

Würdevolles Sterben dank gemeinsamen Gesprächs

Wie wir nach der Geburt behütet umsorgt werden, um gut ins Leben zu finden, so gilt das auch für unser Lebensende. Wie das gehen kann, dazu lud das Netzwerk Ethik in der Altenpflege – Frankfurt - zu einer Tagung ein. Sie fand im Mai 2018 im Franziska-Schervier-Seniorenzentrum statt. Unter dem Titel *"Gutes Sterben im Pflegeheim"* fanden sich rund 80 Personen ein. Grundsätzlich ging es darum, nicht nur die Autonomie des Sterbenden zu beachten, sondern auch die ihm nahe stehenden Menschen einzubeziehen. Entscheidend ist dafür eine aussagekräftige Patientenverfügung, die im Ernstfall handlungsleitend für alle Beteiligten ist. Auch eine gesamtgesellschaftlich neue Gesprächskultur sei erforderlich, um die letzte Lebensphase immer besser zu gestalten.

Plädoyer fürs gemeinsame Gespräch am Lebensende

Wie sehr unsere heutige Auffassungen von einem "guten Sterben" mit der geistesgeschichtlichen Entwicklung Europas im 18. Jh. zusammenhängt, erklärte Carola Seifart, Ärztin und Medizinethikerin an der Uni Marburg. So habe der Philosoph Immanuel Kant eine individualistische Autonomie formuliert, die den Menschen zu einem selbstbestimmten Vernunftwesen mache. Das erfordere Respekt vor seiner Entscheidung. Das bedeute auch, dass wir die Gründe einer wichtigen Entscheidung zuvor bedenken müssen. "Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen", formulierte einst Kant.

Nicht nur Autonomie, sondern auch die Verbundenheit mit vertrauten Menschen pflegen

Seifart bezog sich auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) aus dem Jahr 2016. Es besagt, dass Patientenverfügungen hinreichend konkret und ausformuliert sein müssten. Keine lebensverlängernden Maßnahmen ohne weitere Konkretisierung zu wünschen, reiche z. B. nicht mehr aus. Das bedeutet, wir müssen uns damit differenziert beschäftigen und darüber nachdenken, was wir am Lebensende wollen. Patientenverfügungen müssten in Abständen lebenslang überprüft werden, machte Seifart klar.



Carola Seifart, Ärztin und Medizinethikerin, Marburg,
Boris Knopf, Leiter Palliativ-Team Frankfurt

Die Referentin begrüßte das BGH-Urteil auch deswegen, weil damit die Dimension des medizinischen Handelns aller Beteiligten - Patient, Angehörige, Nahestehende, Ärzte - im Sinne des gemeinsamen Austauschs möglich werde. Ziel ist, bis zum Lebensende einen Menschen gemeinsam zu tragen. Die

Patientenautonomie bleibe dennoch bestehen. Sie sei ein Abwehrrecht, auch die Entscheidung, wer am Ende begleitet und wer nicht.

Ärzte und Pflegende hätten dabei einen anderen Wissenshorizont als der Patient. "Sie wissen, was auf ihn zukommt." Daher wies Seifart auf die „Informierte Einwilligung“ hin, die bestimmt, dass eine medizinische Behandlung nur bei einer Indikation und mit Zustimmung des Patienten erfolgen darf. Den Erkrankten müsse klar sein, dass sie die Entscheidungsträger sind. Eine Umfrage unter Onkologiepatienten habe gezeigt, dass für 80 Prozent von ihnen Folgendes wichtig war. Darüber selbst zu bestimmen, eine Palliativbehandlung zu bekommen, und dass Arzt und auch Angehörige übers Sterben mitentscheiden. Bemerkenswert sei, dass Männer am Lebensende Gespräche eher vermieden. Frauen wünschten sich Ansprache. Wie sehr wir hier erst an einem Anfang stehen, zeige die Aussage: "Patientenverfügungen sind nur dann wirksam, wenn sie vorhanden, aussagekräftig und zuverlässig sind sowie von Arzt und Personal auch befolgt werden."

Daher plädiert Seifart für die Gesundheitliche Vorausplanung - engl. Advance Care Planning (ACP) - für Deutschland. Diese Idee sei schon in vielen Ländern Realität. Mit dem im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes 2016 eingeführten Paragraphen 132 g im Sozialgesetzbuch V habe sich jetzt auch in Deutschland eine Tür dafür geöffnet. Wir konzentrierten uns hier noch zu sehr auf die individuelle Autonomie, die aber zu kurz greife. Daher sei eine Gesundheitliche Vorausplanung (ACP) so zu formulieren, dass in diesem Prozess auch das Beziehungsgefüge mitbedacht wird. "Wenn ich sterbe, dann sollte es auch bedeuten, dass nahe Personen da sind." Daher habe auch der Patient die Pflicht, mit seinen Angehörigen darüber zu sprechen. Sind sie einbezogen, könnten sie auch Trauer und Verlust besser tragen.

Mehr Gespräch wagen - gesamtgesellschaftliches Denken muss sich ändern

"Sterben und Tod sind mit vielen Ängsten, oft auch mit Schmerzen verbunden", sagte Boris Knopf. Er ist Teamleiter im Palliativteam Frankfurt, das 2010 gegründet wurde, und er hat 2016 das Würdezentrum in Frankfurt mitgegründet. Das Palliativteam arbeitet gemäß des 2007 eingeführten Krankenkassengesetzes, nach § 132d SGB V der so genannten SAPV (Spezielle Ambulante Palliative Versorgung). Das Team ist im häuslichen Bereich sowie in Pflegeheimen tätig. Es kümmert sich darum, die Bedürfnisse des Sterbenden zu besprechen und sie möglichst zu erfüllen. Zur Grundidee von Palliativ Care gehört auch, neben der medizinischen Versorgung, nahe stehende Personen einzubeziehen und spirituelle Wünsche zu erfüllen. Alle Beteiligten um den Sterbenden herum haben verantwortliche Entscheidungen zu treffen. Daher müsse die Patientenverfügung bis zum Lebensende immer wieder besprochen werden. Ein Mensch in mittleren Jahren formuliert i. d. R. andere Wünsche rund um die Begleitung am Lebensende, als ein älterer Mensch. Die ganzheitliche Haltung von Palliative Care umfasse eine Haltung, die das Körperliche, Psychische, Soziale und Spirituelle umfasst.

"Wir müssen lernen, das Lebensende verantwortlich zu regeln", forderte Knopf.

Daher sei in der Vorsorgeplanung die Patientenverfügung im Laufe des Lebens anzupassen, auch und gerade was lebenserhaltende Maßnahmen betrifft. Derzeit bestünden rund 300 unterschiedliche

Formulierungen für diese Verfügungen. Doch sie reichten nicht aus und sind oftmals nicht konkret genug. Denn der Bevollmächtigte sollte nicht nur Formales erfüllen, sondern wissen, was sein Vollmachtgeber im Falle von Krankheit oder Unfall will und benötigt. Das stoße einen gesellschaftlichen Lernprozess des Miteinander-Sprechens an. Auch wenn sich der Vollmachtgeber wegen Demenz nicht mehr äußern könne, kann er möglicherweise dennoch „seine Freude am Leben“ ausdrücken. Daran habe sich sein Vertreter zu halten. Das setze aufrichtiges Interesse des Bevollmächtigten voraus, um derartige Fragen zu klären und für ein lebenswertes Leben zu sorgen. Knopf wies auch auf die Möglichkeit der Anordnung für einen Notfall hin und wie kurzfristig verfahren werden sollte. Für all diese Fragen bietet das Würdezentrum Kurse nach § 132 g SGB V an, in denen die „Gesundheitliche Vorausplanung“ behandelt werde. Ziel ist, den Willen am Lebensende zu respektieren und eine Haltung dafür zu entwickeln. Letztendlich ein Vorgang, der den Sterbenden und die Angehörigen in ihrem Zusammenstehen würdigt und Geborgenheit ermöglicht. Dieser Ansatz helfe, dem auf Rechtssicherheit bestehenden Gesundheitssystem nicht ausgeliefert zu sein. Daher ist der ausformulierte Patientenwille sehr hoch zu bewerten. Mit den Neuregelungen zur Palliativversorgung und Gesundheitlichen Vorausplanung habe der Gesetzgeber nun Vorgaben zur Strukturentwicklung gemacht. Nun gelte es, diese im Sinne der Autonomiebefähigung weiter auszubauen.

Ist es sinnvoll, in einem Pflegeheim "Gesundheitliche Vorsorgeplanung" anzubieten?

Diese Frage stellte sich Günther Schlott, der das "Altenpflegeheim An den Platanen" der Mission Leben in Neu-Isenburg leitet. "Es geht doch beim Sterben um einen Vorgang in der Zukunft. Man plant für eine Situation, von der man nicht weiß, wann und wie sie eintritt", so seine erste Annahme. Dennoch kam er zur Überzeugung, für die im Haus lebenden Menschen Palliative Pflege und Gesundheitliche Vorsorgeplanung einzuführen. "Ziel ist, vernünftig miteinander über das Sterben zu sprechen!" Er sieht im Paragraphen 132 g der Gesetzlichen Krankenversicherung - eingeführt am 17.08.2017 - die Chance für einen Kulturwandel. Er hofft, dass sich dadurch das paternalistische Medizinsystem verändern könne. Der Paragraph regelt Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase und die dafür anfallenden Kosten, z. B. für die Arbeit der dafür ausgebildeten Gesprächsbegleiter in den Pflegeheimen. Im Voraus müssten die Mitarbeiter im Haus für dieses Konzept überzeugt und gewonnen werden.



Links: Bernd Tost, Leiter Franziska-Schervier-Seniorenzentrum,
und Günther Schlott, Leiter Altenpflegeheim An den Platanen

Aber nicht jeder Mitarbeiter ist für diese Aufgaben geeignet

Es habe sich gezeigt, dass nur diejenigen, die zu diesem Konzept ja sagten, auch dabei blieben. Das bedeute auch, dass nur diese Mitarbeiter den Wandel verstehen und mittragen könnten. Sie würden in sehr persönliche Themen involviert, hätten Angehörige zu informieren, einzubeziehen und zu integrieren – also weitreichende soziale Kompetenzen. Rund 25 % der Bewohnerschaft im Hause werde derzeit erreicht und 82 Gespräche seien geführt worden. Es gilt die Qualifikation zur „Palliativ Fachkraft“ in der Pflege zu fördern. Es müssten dafür Kurse angeboten werden. Unterdessen durchlaufen fünf Mitarbeiter die Ausbildung zum Gesprächsbegleiter. Schlott sieht für die Zukunft der Gesundheitlichen Vorsorgeplanung, dass sich Träger von Einrichtungen zusammenschließen sollten. Sie hätten für die Koordination und Vernetzung in die Breite zu sorgen.

Jedes Gespräch bringt gegenseitiges Verständnis

Gastgeber Bernd Trost, Leiter von zwei Pflegeheimen in Frankfurt, führte 2016 in beiden Häusern Gesundheitliche Vorausplanung ein. Er brachte das Thema 2017 auch ins Frankfurter Forum für Altenpflege (FFA) ein, in dem 42 Heimleitende Frankfurts organisiert sind. Sie diskutierten 2017 mit Boris Knopf über das Konzept und sahen einen Film, der zeigte, wie ein Gespräch zwischen Heimbewohner und Gesprächsbegleiter verläuft, um den Willen für die letzte Lebensphase zu klären.

Akribische Implementierung von Gesundheitlicher Vorsorgeplanung im Pflegeheim erforderlich

Wie umfassend das Konzept Gesundheitlicher Vorsorgeplanung ins Pflegeheimsystem zu integrieren ist, erläuterte Trost. Das reiche von der Akkreditierung der Gesprächsbegleiter bei den Kassen bis hin zur Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband, um das alles umsetzen zu können. Ferner müsse die Integration des Projekts in den Qualitätssicherungsprozess des Hauses erfolgen. Das gehe bis hin zur Gründung einer dafür zuständigen hausinternen Steuerungsgruppe und der Versuch, auch die behandelnden Hausärzte mit einzubinden. Schon bei Anbahnung eines Einzugs werde auf die Gesundheitliche Vorsorgeplanung hingewiesen, sagte Trost, und auch Angehörig würden informiert.

Was hat sich für die Bewohner verändert, die am Projekt teilnehmen?

Die erforderlichen Dokumente für die letzte Lebensphase werden im Haus zusammengeführt, so der Referent. Dazu gehöre die gültige Patientenverfügung. Der Hausarzt sei bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes oft ratlos und rät zu einer Klinikeinweisung. Durch die rechtzeitige vorausschauende Gesundheitsplanung mit dem Bewohner und den Angehörigen könne besser gewährleistet werden, dass nach dem Willen des Bewohners gehandelt wird. Durch diese Maßnahme ist im Voraus ein Weg strukturiert, sich damit auseinanderzusetzen und sicherer zu handeln. "Hier und da", so Trost, "ist das inzwischen schon erfolgreich." Dem Ziel, für eine gelingende vorausschauende Planung sei man deutlich näher gekommen, auch für Bewohner, die sich nicht mehr äußern könnten. Fazit: Die vorausschauende Vorausplanung dient dem Bewohner, den Angehörigen, den Pflegenden und den Betreuern.

Wie bekommen wir diesen Ansatz in die gesamte Bevölkerung?

Dass das Thema in die Gesamtbevölkerung hinein kommuniziert werden müsse, wurde in der Schlussrunde vom Publikum bekräftigt. Die zivilgesellschaftliche Aufgabe bestehe darin, dass sich Bürgerinnen und Bürger nicht mehr scheuen, sich über das Gesundheitssystem Klarheit zu verschaffen. Sie sollten sich Rat einholen, um ihre Entscheidungskompetenzen zu stärken. Geht es doch um eine existentielle Entscheidung, die jeden Menschen betrifft. Ziel ist es, auf dem letzten Lebensweg den Sterbenden gut zu begleiten, dank guter gemeinsamer Planung.

Text und Fotos

Beate Glinski-Krause

Frankfurt/Main, den 23.05.2018