

Möglichkeiten und Grenzen vorausschauender Pflege

Für einen sensiblen Umgang mit der Planbarkeit

So schmerzhaft der Abschied eines Menschen ist, so unvermeidlich kommt er. Manchmal beginnt er schon lange vor dem eigentlichen Ableben. Wir wissen, dass der Tod nicht plötzlich kommt, sondern unvermeidlich und zu erwarten ist. Durch Krankheitsverlaufskurven („illness trajectories“) und dem damit verbundenen Wissens- und Erfahrungszuwachs wissen wir heute zunehmend mehr über zu erwartende Szenarien auf dem Weg zum Tod.

Dadurch wird der Bereich der vorausschauenden Kommunikation und Planung, vor dem Hintergrund der Autonomie und Ökonomie als zentrale Kategorien unserer Gesellschaft, zunehmend wichtig. Vorausschauende Kommunikationsprozesse haben viele Vorteile. Es besteht jedoch die Gefahr, dass Sterben und Tod zu einer effizienten und bürokratisch organisierten Planung werden. Reimer Gronemeyer und Andreas Heller sprechen dabei von einer „Verprojektion des Sterbens“ (2014, 14).

Der Tod kommt nicht plötzlich

Vor allem in westlichen und ökonomisch gut entwickelten Ländern mit hoher Lebenserwartung ist es mitunter ein jahrelanger Prozess bis hin zum Tod. In unklaren Situationen am Lebensende mangelt es oft an vorausschauenden Abstimmungen. Vielfach liegt es an der mangelnden Kommunikation, das Unausweichliche zu thematisieren sowie Vorkehrungen zu treffen.

Die Anforderungen an die Langzeitpflege sind durch viele verschiedene Faktoren immens gestiegen, die Pflegesettings sind zunehmend komplexer. Damit tritt die Idee der Minimierung von Ungeplantem und Zufälligem ins Zentrum des Interesses. **Vorausschauende Behandlungs- und Betreuungsplanung (Advance Care Planning – ACP)** ist bereits jetzt ein wichtiges Handlungsfeld in Langzeitpflegeorganisationen.

Auf den ersten Blick ist diese Entwicklung sehr sinnvoll. Trotzdem ist eine kritische Reflexion sinnvoll.

Vorausschauende Kommunikationsprozesse

Die vorausschauende Betreuungsplanung ist primär ein kommunikativer Prozess, indem Wünsche für die zukünftige Betreuung besprochen werden. Dieser Prozesscharakter ist insofern wichtig, als das Gespräch im Vordergrund stehen muss. Vorausschauende Kommunikation kann eine sinnvolle Alternative zur Patientenverfügung darstellen. Weltweit kommen verschiedene Instrumente und Programme zu Advance Care Planning (ACP) zur Anwendung. Ein Leitsatz des breit angelegten Programms „Respecting Patient Choices“ (den Patientenwillen respektieren) in Australien trägt etwa den Titel „If your choices for healthcare are known, they can be respected“ (Wenn Ihr Wille bekannt ist, kann er berücksichtigt werden). Die große Kunst liegt also darin, in einem kommunikativen Prozess Überlegungen anzustellen, zu diskutieren und zu dokumentieren. Ergebnisse von Studien zeigen, dass sich die Anzahl der Spitaleintritte am Lebensende durch die Einführung eines ACP-Programms deutlich reduzierten (Badger et al. 2009; Hockley, Watson, Oxenham & Murray 2010).

Das ACP-Programm führte bei Pflegepersonen zu einem Wissenszuwachs, zu mehr Fähigkeiten und Sicherheit mit Themen rund um das Lebensende. Durch den Wissenszuwachs konnten die Pflegepersonen besser mit den Bewohnerinnen und Bewohnern über deren Betreuungswünsche diskutieren (Badger et al. 2009), vorausschauender pflegen (Newton et al. 2009) und erkennen, in welchem Stadium des Sterbeprozesses sie sich befinden (Hockley et al. 2010). Die Kompetenz der Pflege-

person in den Bereichen Wahrnehmung, Kommunikation und Beziehungsfähigkeit hat einen großen Einfluss auf den Nutzen vorausschauender Kommunikation.

Rahmenbedingungen für vorausschauende Kommunikation im Pflegeheim

Im Organisationssystem **Bezugspflege (Primary Nursing)** setzt die **pflegerische Bezugsperson** ihre Funktion als Kommunikationsdrehscheibe für die Bewohner ein. Durch die Kontinuität der Betreuung können Beziehung und Vertrauen entstehen. So können Belastungsfaktoren frühzeitig erkannt werden. Pflegerische Bezugspersonen haben zudem ein größeres Verständnis für Bewohner und kommunizieren mehr mit der Familie (Sellick et al. 2003). Ein hoher Grad an interdisziplinärer und individueller **Kompetenz des Teams** ist dabei erforderlich.

Vor dem Hintergrund von Palliative Care sind Ärzte, Seelsorger, Hospizmitarbeiter, Freiwillige, Therapeuten, Angehörige und andere in einem Pflegeheim ein integrativer Bestandteil des Teams – auch wenn sie nicht direkt dort angestellt sind. Durch **Informationsaustausch** können die Qualität der Zusammenarbeit verbessert und Informationsdefizite ausbalanciert werden. Zumeist liegt es nicht am Willen oder Wollen, sondern an kommunikativen Problemen und den inhärenten Systemlogiken der jeweiligen Berufsgruppe.

Es ist wichtig, die Wertvorstellungen der Bewohner zu kennen, um die würdevolle Begleitung bis zuletzt zu ermöglichen. Dazu gibt es verschiedene formale **Instrumente**, die unter dem Begriff der „Vorsorgeplanung“ zusammengefasst werden können. Die offene, laufende, unabgeschlossene Kommunikation hat dabei höchste Priorität. Wegleitner und Medicus (2012, 224)

formulieren das treffend als: „Checklisten kommunizieren nicht.“ Es kann auch kein Dokument die Situation in ihrer Komplexität erfassen. „Notfallpläne“ für das Lebensende sind Instrumente, bei denen bereits im Vorfeld konkrete Szenarien thematisiert und Vorbereitungen getroffen werden. Zentrale Punkte dabei sind die Behandlung möglicher belastender Symptome und Vermeidung sinnloser Spitaleinweisungen. Die Verfügbarkeit von Medikamenten für belastende Symptome, Rooming-in-Möglichkeiten für Vertrauenspersonen, eine enge Zusammenarbeit mit den beteiligten beziehungsweise betroffenen Menschen und eine sensible Wahrnehmungsfähigkeit sind wichtige Aspekte. Ein offener Umgang mit Sterben und Tod als Teil des Lebens setzt nicht nur die Bereitschaft voraus, sich auf diese Fragen einzulassen, sondern auch die Bereitschaft, die „Ars moriendi“, die Kunst des Sterbens anzuerkennen.

Vom Entscheiden-Müssen zum Entscheiden-Können

Autonomie ist ein zentraler Wert unseres Lebens, sie gewinnt immer mehr an Bedeutung. Für Menschen am Lebensende bedeutet Entscheiden immer, zwischen Optionen zu wählen. Diese Optionen müssen in einem organisierten Reflexionsprozess sichtbar gemacht werden und sind keineswegs trivial. Sie passieren in komplexen menschlichen Lebenszusammenhängen zwischen den betroffenen Personen. An diesem Grat der Lebenszusammenhänge bewegen wir uns ständig zwischen Wissen und Nichtwissen.

Schwer kranke Menschen in Pflegeheimen sind meist in existenziellen Krisen. Sie können – im Gegensatz zu souveränen Kunden – eben nicht die Produktpalette prüfen und vergleichen sowie dann das für sie am besten Geeignete auswählen. Im Rahmen

der Autonomie zumutung erscheint gerade dieser Aspekt unterbelichtet. Diese Zumutung überfordert viele Bewohner und ihre Vertrauenspersonen in Pflegeheimen. Sie möchten vielleicht gar nicht entscheiden, können nicht entscheiden, sind mit den Optionen nicht einverstanden oder es fehlen ihnen für die Prüfung der Optionen Informationen. Scheinbare Partizipation, Autonomie und Entscheidungsfreiheit sind die Folge. Demnach ist es höchst bedenklich, von allen Bewohnern eines Pflegeheims Patientenverfügungen zu verlangen.

Alle Dokumente, seien sie auch noch so gut und durchdacht, müssen in ihrer Begrenztheit wahrgenommen werden. Es dürfen keine Entscheidungen gefordert werden. Personen, die sich nicht entscheiden wollen oder können, dürfen nicht als „Systemverweigerer“ verurteilt werden. Hinsichtlich ihres Lebensendes haben Menschen Ängste und Wünsche, und sie lehnen lebensverlängernde medizinische Maßnahmen bei Abnahme ihrer kognitiven Fähigkeiten und bei zunehmender Pflegebedürftigkeit ab. Manchmal ist die Mitgestaltung an Entscheidungen eingeschränkt oder nicht mehr möglich. Manchmal auch schlicht nicht erwünscht.

Für einen sensiblen Umgang mit der Planbarkeit

Es ist bewusst darauf zu achten, dass in Palliative-Care-Kontexten der Zeit für Zuwendung Aufmerksamkeit geschenkt wird. Zuwendung und Fürsorge dürfen nicht im Rahmen von Rationalisierungszügen jene „Leistungen“ sein, auf die man am ehesten verzichten kann, da sie schlecht „messbar“ sind.

Gerade im Umgang mit schwer kranken und hochvulnerablen Menschen ist es nicht ausreichend, den richtigen Prozess auszuführen. Es kommt vor allem darauf an, in welchem Beziehungsgeschehen dies

geschieht (Maio, 2011). Vorausschauende Kommunikation kann dann hilfreich sein, wenn diese im Rahmen eines positiven Beziehungsgeschehens passiert, Prozesscharakter hat und laufend reflektiert wird. Ein sensibler Umgang bedeutet, den Menschen die Möglichkeit offen zu lassen, Teil dieses Prozesses zu sein. Wir können erahnen, vermuten und hoffen, was uns am Lebensende erwartet. Der Anfang kennt jedoch das Ende nicht. ■

LITERATUR

- Austin Health (2012): Respecting Patient Choices for Professionals. Abgerufen von http://www.respectingpatientchoices.org.au/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=38 (23. 3. 2014)
- Badger, F. J., Clifford, C., Hewison, A. & Thomas, K. (2009). An evaluation of the implementation of a programme to improve end-of-life care in nursing homes. *Palliative Medicine*, 23(6), 502–511. doi:10.1177/0269216309105893
- Gronemeyer A., Heller A. (2014): In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann. München
- Hockley, J., Watson, J., Oxenham, D. & Murray, S.A. (2010). The integrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the UK: an in-depth evaluation. *Palliative Medicine*, 24(8), p. 8282–838
- Heimerl K. (2008): Orte zum Leben – Orte zum Sterben: Palliative Care in Organisationen umsetzen. Freiburg
- Maio G. (2011): Heilen als Management? Zum Verlust einer Kultur der verstehenden Sorge in Zeiten der Ökonomie. *Z Allg Med*, 87 (12), S. 362–41
- Newton, J., Clark, R. & Ahlquist, P. (2009). Evaluation of the introduction of an advanced care plan into multiple palliative care settings. *International journal of palliative nursing*, 15(11), 554–561. Abgerufen von <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010509755&lang=de&site=ehost-live> (20. 3. 2014)
- Sahm S. (2007): Medizinische Entscheidungen am Lebensende – Alternativen zur Patientenverfügung. *Forschung Frankfurt – das Wissenschaftsmagazin*, 2/2007, S. 482–52
- Wegleitner K., Medicus E. (2012): Vorausschauende Betreuungsplanung in Palliative Care – Palliativer Behandlungsplan und ethischer Orientierungsrahmen. In: Wegleitner K., Heimerl K., Heller A. (Hrsg.). *Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne*. Ludwigsburg, S. 2202–238