Hospizkultur in der Altenpflege (Teil I)

Sterbebegleitung ist interdisziplinär

Von Klaus-Peter Buchmann

Die Palliativversorgung in Heimen wird an Bedeutung zunehmen. Doch ganz aus eigener Kraft werden die Einrichtungen diese komplexe neue Aufgabe wohl nicht meistern können.

Wuppertal. In der jüngeren Vergangenheit kann zunehmend der Eindruck gewonnen werden, dass über Sterben und Tod in einer breiter gewordenen Öffentlichkeit gesprochen und verstanden wird, dass das Sterben zum Leben gehört. Als Ausdruck dafür mag man den Versuch einer flächendeckenden Etablierung der Palliativversorgung verstehen. Palliativversorgung ist von der Weltgesundheitsorganisation als eine Form der Begleitung schwer erkrankter und sterbender Menschen beschrieben worden, mit Hilfe dessen die Lebensqualität von schwerstkranken Menschen und ihrer Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebensbedrohenden Erkrankung und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Dies soll durch frühzeitiges Erkennen, exakte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen, Linderung von Leiden und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen. Palliative Care ist also weitaus mehr als ein allein (palliativ-) medizinischer Ansatz, da hier von einem Menschenbild ausgegangen wird, das den Menschen als bio-psychosoziale Einheit versteht und – anders als die ursprünglich für die Behandlung onkologisch erkrankter Patienten entwickelte Palliativmedizin – den Menschen und sein existenzielles Leid nicht auf körperliche Schmerzen und deren Behandlung reduziert.

Seit dem Jahr 2007 besteht für Menschen mit nicht heilbaren, progredient verlaufenden und weit fortgeschrittenen Erkrankungen mit einer nur noch kurzen Lebenserwartung ein Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (auch in Pflegeeinrichtungen).

Dass die Palliativversorgung an Bedeutung gewinnen wird, wird vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung – und hier besonders dem stetigen Zuwachs an Lebenszeit – ebenso einleuchtend sein, wie unter Berücksichtigung der Tatsache, dass das vierte Lebensalter, die Hochaltrigkeit, durch einen intensiver gewordenen Pflegebedarf und Multimorbidität gekennzeichnet ist.

Mit diesen Fakten sind gleichzeitig die wesentlichen Faktoren für die Veränderungen von Strukturen der Bewohnerschaft in Altenpflegeeinrichtungen benannt. Hinzu kommt, dass der weitaus überwiegende Teil der Bewohner von Pflegeeinrichtungen an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung leidet – hier handelt es sich primär um demenzielle Erkrankungen – und die Aufenthaltszeit in den Pflegeeinrichtungen, auf Grund des sich nach hinten verschobenen Eintrittsalters, immer kürzer geworden ist. In der Folge davon haben sich stationäre Altenpflegeeinrichtungen nach den Krankenhäusern zu den zweithäufigsten Sterbeorten in Deutschland entwickelt. So lässt sich z. B. rückblickend für das Jahr 2005 sagen, dass – bei rechnerisch gleichmäßiger Verteilung aller in Pflegeheimen verstorbenen Menschen – pro Pflegeeinrichtung monatlich zwei Bewohner verstorben sind. Oder anders ausgedrückt: jede Pflegekraft einer Pflegeeinrichtung begleitete zu diesem Zeitpunkt etwa neun sterbende Menschen; Tendenz: steigend.

Bereits hier wird deutlich, wo, neben den Kernaufgaben der Pflege, künftig neue Schwerpunkte in der Pflege zu setzen sind. Die Bedeutung von Pflegeeinrichtungen als Sterbeorte ist auf Grund der hohen Zuwachsrate an Sterbefällen neu zu bestimmen; dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die Begleitung sterbender demenziell erkrankter Bewohner zu richten sein.

Ob und in wieweit Pflegeeinrichtungen auf diese Entwicklungen bereits eingestellt sind, stellt die Publikation „Pflegen in Würde. Hospizkultur und Palliative Care in der Altenpflege" auf dem Hintergrund einer Befragung von 44 Altenpflegeheimen im Freistaat Sachsen vor. Sie zeigt, in wieweit Palliativversorgung und Hospizkultur aus Sicht des pflegenden Berufsstandes bereits in den Blick genommen und in den Einrichtungen konzeptionell verankert worden sind.

Über die inhaltlichen Aspekte notwendiger konzeptioneller Neuausrichtungen hinaus, werden gleichzeitig auch die gegenwärtig geltenden Rahmenbedingungen hinterfragt und untersucht, in wieweit es den Pflegeeinrichtungen objektiv überhaupt möglich ist, Palliative Care und Hospizkultur als Aufgaben der Pflege zu verankern. Eine kritische Würdigung der vorhandenen Bedingungen führt zu dem Ergebnis, dass die Pflege aus sich selbst heraus und allein nicht in der Lage sein kann, die hier auf sie zu kommenden Aufgaben und Erwartungen zu erfüllen.

Dass die Begleitung zu Ende gehenden Lebens nach Auffassung Pflegender in Krankenhäusern (Kaluza/Töpferwein, 2005) nicht ungeteilt als dezidierte Aufgabe des pflegenden Berufsstandes verstanden wird, veranlasste zu einer entsprechenden Fragestellung an die Mitarbeitenden der an der Untersuchung teilnehmenden Pflegeeinrichtungen. Der Vergleich des Antwortverhaltens zeigt zwar, dass die Sterbebegleitung nach Meinung Pflegender in Langzeitpflegeeinrichtungen wesentlich häufiger als Aufgabe der Pflege anerkannt wird, diese Auffassung aber auch hier nicht ungeteilt ist. Klare Auffassungen bestehen allerdings darüber, welche Berufs- und Personengruppen zumindest in die Sterbebegleitung einbezogen werden sollten. //

INFORMATION

Das Buch zum Thema: Pflegen in Würde. Hospizkultur und Palliative Care in der Altenpflege, hospiz verlag, ISBN 978-3-941251-37-3

Hospizkultur in der Altenpflege (Teil II)

Wie definieren wir „Würde“ am Lebensende eines Bewohners?

Von Klaus-Peter Buchmann

Mit der Sterbebegleitung stellt sich auch die Frage nach der Würde. Sollen Pflegebedürftige auf ihrem letzten Weg würdevoll begleitet werden, so muss dafür der Begriff Würde inhaltlich definiert sein.

Wuppertal. Sich in der stationären Langzeitpflege durch eine höhere Pflegeintensität und eine signifikante Zuwachsrate an Sterbebegleitungen verändernde Aufgaben, führen zu der Frage, in wieweit die Pflegeeinrichtungen auf diese Aufgabenverschiebungen bereits vorbereitet sind. Pflegebedürftige Menschen in Heimen zu betreuen heißt heute und in Zukunft mehr denn je, sie auch in ihrer letzten Lebensphase – dem Sterben – zu begleiten. In Würde zu pflegen schließt also eine würdevolle Sterbebegleitung ein und setzt voraus, den Begriff der Würde inhaltlich bestimmt zu haben.

Durch die Bestimmungen des deutschen Grundgesetzes erhält der Schutz der Menschenwürde höchsten Verfassungsrang: „Die Würde des Menschen ist unantastbar (...)“; aber ist sie das wirklich? Diese berechtigte Frage unvoreingenommen zu beantworten ist umso notwendiger, wenn eine ebenso objektive Bewertung zu dem Ergebnis gelangt, dass die Würde hilfe- und pflegebedürftiger Menschen tagtäglich angetastet wird. Wozu bräuchte es sonst eine Charta der Rechte für hilfe- und pflegebedürftige Menschen, die doch überflüssig wäre, wenn es im Pflegealltag nicht immer wieder zu Übergriffen auf die Würde zu pflegender Menschen käme? Gerade weil die Würde antastbar und verletzlich ist, besitzt ihr Schutz höchste verfassungsrechtliche Relevanz. Soll diese Bestimmung ernst genommen werden, muss sie auch für besonders vulnerable Menschen und Personengruppen, zu denen hilfe- und pflegbedürftige, wie auch sterbende und demenziell erkrankt Menschen gehören, gelten.

Wird die Frage nach der Würde des Menschen mit der Eigenschaft als „Vernunftsubjekt“ beantwortet, so ist mit der Würde zwangsläufig das Recht auf vernünftige Selbstbestimmung verbunden, Selbstbestimmung ist dann eine Art Kern der Menschenwürde. Wie ernst Pflegende das Selbstbestimmungsrecht ihnen anvertrauter Menschen nehmen (können), steht oft in einem Spannungsverhältnis zu organisationalen Zwängen. Welche Rolle spielt die Selbstbestimmung etwa bei nicht mehr einsichtsfähigen, demenziell erkrankten und letztlich bei sterbenden Menschen? Das Selbstbestimmungsrecht wird zwar häufig im Zusammenhang mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten diskutiert und ist dann Ausdruck von Wertschätzung und Respekt, wenn es über die Akzeptanz hinaus, um die Durchsetzung der Patientenwünsche und Vollmachtgeber in letzter Konsequenz geht. Für Pflegende, die hier durch ihre Entscheidungen ganz wesentlich Einfluss nehmen können, geht es dabei auch um Entscheidungen, die sie in ethische Konflikte führen können, insbesondere dann, wenn der („mutmaßliche“) Wille zu pflegender Menschen eigenen Wertevorstellungen widerspricht. Wird die Würde in solchen oder vergleichbaren Situationen bereits dadurch angetastet, wenn nach anderen, jedenfalls nicht nach den Wünschen und Vorstellungen der Betreffenden entschieden wird? In diesem Zusammenhang heißt Selbstbestimmung am Lebensende nach eigenen Vorstellungen und Wünschen sterben zu können bzw. sterben gelassen zu werden. Die Frage nach einem würdevol-

len Sterben lässt sich nicht auf der Grundlage empirisch erhobener Daten beantworten, sondern allein anhand der Wertevorstellungen der Lebensentwürfe des Sterbenden. Es zeigt sich also, dass die individuelle Bedürfnisorientierung, die im Zentrum jeder Pflegesituation stehen sollte, vor allem auch und gerade in der letzten Lebensphase im Fokus sein sollte. Wird das Sterben als Lebensvollendung verstanden, liegt der Sinn biografischen Arbeitens – bezogen auf die Sterbebegleitung – darin, dem „mutmaßlichen Willen" des Sterbenden so nahe als möglich zu kommen, um als Pflegende die Selbstbestimmung des Sterbenden vertreten zu können und Entscheidungen, die der Sterbende getroffen hätte, durchzusetzen.

Ist der Mensch – wovon nach hier vertretener Auffassung ausgegangen wird – uni sono Träger von Würde, dann bleibt die Frage, worin Würde in gestalteten Beziehungen ihren Ausdruck findet. Dies dürfte insbesondere dann von Bedeutung sein, wo es um Abhängigkeitsbeziehungen, wie sie Beziehungen in der Pflege immer sind, geht.

Die Vertretung der Menschenwürde kann hier z. B. einschließen, den sterbenden (demenziell erkrankten) Menschen auch davor zu schützen, zum ‚Objekt einer Menschenwürdedefinition' zu werden. Im Zweifelsfall kann dies auch die Intervention bei sinnlosen ärztlichen Therapievorschlägen bedeuten, weil – wie auch der Bundesgerichtshof kürzlich entschieden hat – der erklärte bzw. der mutmaßliche Wille des Patienten noch vor dem ärztlichen Heilauftrag steht. So kann etwa eine Nahrungsverweigerung Ausdruck von Willen – und damit von Selbstbestimmung – sein, die nicht automatisch zu einer künstlichen Ernährung führen darf.

Die Themen Selbstbestimmung und Würde erlangen noch einmal eine ganz andere Dimension, wo es um Menschen geht, die aufgrund (geronto-) psychiatrischer Erkrankungen zur Äußerung ihres freien und selbstbestimmen Willens nicht mehr in der Lage sind. //

INFORMATION

Das Buch zum Thema: Pflegen in Würde. Hospizkultur und Palliative Care in der Altenpflege, hospiz verlag,
ISBN 978-3-941251-37-3

Hospizkultur in der Altenpflege (Teil 3)

Demenziell Erkrankte bedürfnisgerecht pflegen

Von Klaus-Peter Buchmann

Sterbende demenziell erkrankte Menschen bedürfnisgerecht, würdevoll zu pflegen, ist eine hohe Kunst, denn die Bewohner können sich nur noch eingeschränkt äußern. Was nun bei der Betreuung im Vordergrund stehen sollte, erläutert der dritte und letzte Teil unserer Serie zu Hospizkultur und Palliative Care in der Altenpflege.

Wuppertal. Die Frage, ob demenziell erkrankte Menschen anders sterben als Menschen ohne gerontopsychiatrische Erkrankungen ist bis heute unbeantwortet geblieben. Während sich der Blick für die letzte Lebensphase dieses Personenkreises allmählich erst zu öffnen beginnt, haben sich Untersuchungen bisher vorrangig auf die so genannten „mobilen Phasen" der Erkrankungen konzentriert, deren Ergebnisse einerseits zum Verstehen der Erkrankung und ihrer Auswirkungen beigetragen haben und sich andererseits ganz wesentlich mit Inhalten angemessener Betreuungskonzepte befasst. Die Demografie aber gibt dem Thema der Begleitung sterbender, an Demenz erkrankter Menschen seine Aktualität und Brisanz. So ist z. B. in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen bereits heute davon auszugehen, dass drei Viertel der hier lebenden Menschen demenzbedingt verändert sind.

So ist das Sterben demenziell erkrankter Menschen häufig verbunden mit dem Verlust verbaler Kommunikationsfähigkeit. Dieser Fakt ist kausal – vor allem in weit fortgeschrittenen Phasen der Erkrankung – auf verloren gegangene kognitive Fähigkeiten zurück zu führen. Ob gleichzeitig aber davon ausgegangen werden kann, dass damit auch jedwede Gefühlsfähigkeit, Ahnungen oder Intuitionen verloren gegangen sind, lässt sich derzeit nicht, jedenfalls nicht auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten, beantworten. Ob – und wenn ja, wie – Menschen mit demenziellen Erkrankungen ihr Sterben verstehen (können), kann daher nur gemutmaßt werden und zwingt, da mit den Mitteln und Möglichkeiten der Wissenschaft nicht beantwortbar, zu einem hermeneutischen Verstehen. Dies gibt allerdings ebenfalls Raum für Mutmaßungen und Spekulationen. Beispiele dafür finden sich in der Literatur, etwa in Behauptungen wie, „Demenzerkrankte leben in einem ewigen Augenblick" oder sie „leben im Hier und Jetzt", und können ihr Sterben weder verstehen, noch sich als sterbend begreifen.

Dem gegenüber gibt es allerdings auch gute Gründe dafür, anzunehmen, dass der Wert solcher oder vergleichbar hypothetischer Vermutungen in einem theoretischen Diskussionsbeitrag zu sehen ist, als vielmehr in gesichertem Wissen. Denkbar ist genauso – wie in anderen existenziellen Lebenssituationen – dass nicht ein erkennender Verstand, sondern, was die Psychologie das Unbewusste nennt, in den Vordergrund tritt und handlungsleitend wird. Immer wieder beobachtete auffallende geistige Klarheit demenziell erkrankter Menschen vor ihrem Tod könnte dieses Phänomen erklären, das dann als ein Versuch gedeutet werden kann, sich bewusst aus dem Leben zu verabschieden, wie es wohl das Bedürfnis eines jeden Sterbenden ist.

Bedürfnisorientiert auch im Sterben pflegen zu können setzt voraus, die Bedürfnisse des Sterbenden zu kennen. Mit demenziellen Erkrankungen gehen auf Grund der damit verbundenen Persönlichkeitsveränderung Veränderungen der Bedürfnisse einher. In getrennten Befragungen Pflegender in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen und stationären Hospizen wurden als veränderte Bedürfnisse an Demenz erkrankter Menschen durch die Befragten beschrieben: ein intensiverer Zuwendungs-(nicht Pflege-)bedarf, eine wesentlich größere Bedeutung der Rolle von Bezugspersonen und die ganz überwiegend nicht verbal geführte Kommunikation. Anders als häufig vermutet zeigt sich, dass Bedürfnisse nicht verloren gehen oder vergessen werden; es handelt sich vielmehr um menschliche Grundbedürfnisse, also um solche, die jedem Menschen eigen sind, wenngleich auch in veränderter Form. So lässt sich etwa der in der veränderten Bedürfnislage beschriebene intensivere Zuwendungsbedarf, genauso aber die stärkere Bedeutung von Bezugspersonen in der Begleitung sterbender demenziell erkrankter Menschen als menschliches Elementarbedürfnis verstehen, hier als ein Ausdruck ‚finaler Sozialisationsbemühungen', was gerade nicht (mehr) rational gesteuert sein kann, sondern vielmehr aus den tiefer liegenden Schichten des auch bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen vergleichsweise erhalten gebliebenen Hirnstamms, dem „Sitz des Unbewussten".

Wenn es sich hier auch nicht um Wissen, sondern um Erklärungsmodelle handelt, bleibt die Frage nach der Pflege in Würde. Was Würde und Wertschätzung in gestalteten Beziehungen – wie sie Beziehungen in der Pflege immer sind – ausmacht, ist ein respektvoller und annehmender Umgang. Dazu gehört zweifellos, die Individualität und die Unverwechselbarkeit jedes einzelnen Menschen anzuerkennen. Allein für möglich zu halten, dass auch demenziell veränderte Menschen am Ende ihres Lebens – wenn auch veränderte – so aber doch Möglichkeiten des Verstehens besitzen, ist dies ein erster Schritt hin zu einer Pflege in Würde. //

BUCHTIPP

Pflegen in Würde. Hospizkultur und Palliative Care in der Altenpflege, hospiz verlag Wuppertal (2010), ISBN 978-3-941251-37-3