

»Ich will in Würde sterben.« – wie Behandlungen im Voraus geplant werden können!

»Ich will in Würde sterben.« Der Wunsch ist schnell formuliert, kaum jemand wird sich ihm nicht anschließen. Doch was bedeutet Würdeerleben in der letzten Lebensphase und am Lebensende tatsächlich in unserer heutigen Gesellschaft, mit den vielfältigen Möglichkeiten und Vorstellungen bezüglich des Sterbens? Die Antwort liegt in einem immer wieder neu zu beschreitenden Prozess, der herausfordernd sein kann. Die Chance dieses Prozesses liegt darin, dass erneut die Möglichkeit für alle Beteiligten besteht, einen kritischen Blick auf bestehende Konzepte und kulturelle Hintergründe zu werfen und diese somit neu gestaltet werden können. Der Betroffene bleibt dabei mit seinen individuellen Bedürfnissen stets im Mittelpunkt.

Vorausschauende Vorsorgeplanung

Die aktuellen Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums zeigen einen deutlichen Bedarf für einen genaueren Blick auf die letzte Lebensphase: Rund 2,6 Millionen Menschen sind pflegebedürftig, ungefähr 340 000 Männer und Frauen sterben jährlich in einer Pflegeeinrichtung. Mit dem neu gegründeten gemeinnützigen Würdezentrum in Frankfurt verfolgen wir das Ziel, das Wür-

Mit dem neu gegründeten gemeinnützigen Würdezentrum in Frankfurt verfolgen wir das Ziel, das Würdeerleben Schwerstkranker und Sterbender durch vielfältige Angebote zu stärken.

deerleben Schwerstkranker und Sterbender durch vielfältige Angebote zu stärken. Hierzu zählen beispielsweise ambulante Ethikberatung und Letzte Hilfe Schulungen.

Die letzte Zeit auf Erden nicht nur zu thematisieren, sondern sie selbstverständlich »erlebbar« zu machen, ist nicht nur ein Impuls der



Kirsten Wolf, Pflege- und Case Management (B. Sc.), Krankenschwester
Sie schrieb ihre Bachelorarbeit zum Thema »Beratung nach dem 132g/SGB V, des Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, im Altenpflegeheim« und hat die Projektleitung zum Modellprojekt »beizeiten begleiten«® im Würdezentrum Frankfurt inne.

Betroffenen und ihrer Angehörigen. Dieses Ziel verfolgen vielmehr auch alle in der Pflege und der Palliativmedizin Beschäftigten.

Als wesentlicher Baustein hat sich dabei unter anderem das Modell »beizeiten begleiten« herauskristallisiert, eine vorausschauende Vorsorgeplanung, die in anderen Ländern unter dem Namen »Advance Care Planning« lange bekannt ist. Gemäß der Neufassung des Hospiz- und Palliativgesetzes, die zu einer Änderung im SGB V (§ 132g) geführt hat, haben ältere oder chronisch kranke Menschen, die in Heimen leben, die Möglichkeit, mithilfe eines ausgebildeten Gesprächsbegleiters individuelle Wünsche für künftige Behandlungen im Ernstfall zu entwickeln und in wirksamen, dynamischen Patientenverfügungen zu beschreiben, sowie einen Notfallplan (unter Einbindung des Hausarztes) zu dokumentieren (vgl. hierzu auch Christoph Gerhard, ACP in dieser Ausgabe, Anm.

Das Modell rückt wesentlich die Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten in den Vordergrund.

der Redaktion) – immer auf freiwilliger Basis. Das Modell rückt wesentlich die Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten in den Vordergrund und kommt zudem einer aktuellen Entscheidung des Bundesgerichtshofes entgegen, nach der Patientenverfügungen genau und validierbar sein müssen. Die Finanzierung für ein Gesprächsangebot sollen in Zukunft die Krankenkassen übernehmen.

Nicht nur gute Gesprächsführung

Notwendig ist jetzt die Umsetzung von gesundheitlicher Vorsorgeplanung in die Praxis. Das Würdezentrum hat sich die Qualifizierung der Gesprächsbegleiter und die Unterstützung der Einrichtungen zur Aufgabe gemacht. Ein entsprechend innovatives Curriculum zur Ausbildung der Gesprächsbegleiter wird durch die eigens eingerichtete »Taskforce« des Bundesgesundheitsministeriums (diese setzt sich neben der Uni Düsseldorf auch aus anderen Mitgliedern wie der DPG, dem DHPV der DEGAm und der AEM zusammen) erarbeitet.

Auf die Begleiter, derzeit meist Interessierte aus dem Pflege- und Medizinbereich, kommt nun eine hohe Verantwortung zu. Neben inhaltlich-sachlichen Unterrichtsinhalten liegt der Schwerpunkt ihrer sorgfältig strukturierten Lerneinheiten auf den Elementen der Gesprächsführung. Doch die Ausbildung der Gesprächsführenden ist nur ein Teil einer ganzheitlich zu betrachtenden Neu-Gestaltung eines bewussten

und geplanten Würdeerlebnisses für das Lebensende, bringt doch die Einführung eines so umfangreichen Vorsorgesystems wie z. B. »beizeiten begleiten« gesellschaftliche Konsequenzen mit sich.

Nicht nur in den Alltag muss der Tod, oder eher das Sterben wieder mehr Einzug halten. Auch quer durch alle Organisationseinheiten innerhalb einer Einrichtung ist es Zeit für einen Kulturwandel. Rettungsdienst, Krankenhäuser und ärztlicher Notdienst sind ebenfalls Teil des Modells. Geht es um das Lebensende, gibt es kein »Wegducken«, alle sind gefragt: der Praktikant, die Auszubildenden, die Pflegekräfte und die Hauswirtschaft. Um der Würde am Ende des Lebens eine Chance zu geben, braucht es Ressourcen, eine klare Botschaft des Wollens und die zum Wandel benötigte Zeit. Das bedeutet Arbeit, denn interne Prozesse und Qualitätsansprüche müssen auf den Prüfstand. Entsprechende Fertigkeiten und fachliche Fähigkeiten bedürfen der Qualifizierung. Es braucht Raum, um Fragen zu klären wie: »Was ist in Notfallsituationen für uns handlungsleitend?« oder »Wie gehen wir mit moralischen Bedenken um?«. Im Sinne von Partizipation muss der Kreis sich weiten, um An- und Zugehörige und Betreuer mit einzubeziehen.

Auch quer durch alle Organisationseinheiten innerhalb einer Einrichtung ist es Zeit für einen Kulturwandel.

Gesundheitliche Vorausplanung entlastet

Es gilt, ein Bewusstsein und eine entsprechende Haltung zu entwickeln und zu erkennen, dass die gesundheitliche Vorausplanung sich positiv auf die eigene Arbeit auswirken kann. Denn wenn mittels des Dialogs die Wünsche der Bewohner, der eigenen Mutter oder des Vaters bekannt und so dokumentiert sind, dass danach

Wo stehen wir, wo wollen wir hin, in welcher Zeit? gehandelt werden kann, können es Mitarbeiter und Angehörige gleichermaßen als Entlastung empfinden, wenn sie das Festgelegte respektieren und schließlich stellvertretend entscheiden. So kann es gelingen, dass die Menschen nach ihren Wertvorstellungen und Therapiewünschen in einer Situation, in der sie selbst nicht mehr danach gefragt werden können, behandelt werden.

Jede Einrichtung beginnt mit individuellen »Startvoraussetzungen«. Angepasst daran sollte sich die Organisationsentwicklung orientieren. Wo stehen wir, wo wollen wir hin, in welcher Zeit? So ist in einem ersten Schritt immer die

Einrichtungsleitung gefragt, eine klare Position zum Ausdruck zu bringen. Ein Statement im Sinne von: »Wir wollen und tragen dieses Modell«. Aber Konzepte lassen sich nur schwer direktiv verordnen. Sterbekultur, Hospiz und palliative Haltung will gelernt sein. Das Team mitzunehmen und auch dort eine Zustimmung zu erhalten, kann in einem interdisziplinären Qualitätszirkel innerhalb der Einrichtung geschehen, in dem die Beteiligten ihre Visionen und Ziele entwickeln. Mitarbeiter aller Disziplinen schließen sich zusammen, um die für die Einrichtung passenden Maßnahmen zu entwickeln.

Gezwungenermaßen geht es letztendlich auch um finanzielle Ressourcen. In der Stellungnahme zum Gesetzesentwurf heißt es: »Erforderlich ist eine bessere Personal- und Ressourcenausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen«. Der Bundesrat monierte bei der Einführung: »Die Länder hatten in ihrer umfassenden Stellungnahme Lösungsvorschläge zu einer bedarfsgerechten Berücksichtigung des palliativen und hospizlichen Leistungsangebotes in vollstationären pflegerischen Einrichtungen und deren Gegenfinanzierung unterbreitet, die nun nicht zum Tragen kommen«. Das heißt, Geld fehlt überall, gesamtgesellschaftliche Verantwortung ist gefragt, wobei es nicht sein kann, dass freiwillige Leistungen verlässliche Zuwendungen dauerhaft ersetzen.

*Geld fehlt überall,
gesamtgesellschaftliche
Verantwortung ist gefragt,
wobei es nicht sein kann,
dass freiwillige Leistungen
verlässliche Zuwendungen
dauerhaft ersetzen.*

Derzeit befinden wir uns in der Start-Phase, das heißt, dass es noch nirgendwo konkrete Vorgaben gibt. Eile darf den Prozess der Implementierung von gesundheitlicher Vorsorgeplanung aber keinesfalls überschatten. Wichtig ist stets, die ethisch notwendige Sorgfalt walten zu lassen und mit Bedacht vorzugehen. Manches gute Vorbild lässt sich nutzen.

Fazit

Handlungsleitend für mich als Projektleitung sind unter anderem die »best practice« Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die vorhandenen Hospiz- und Palliativ-Care-Konzepte. Sie beinhalten aus meiner Sicht vielfältige Faktoren, um dem individuellen Bedarf gerecht zu werden und eine entsprechende Kultur und Haltung entwickeln zu können. Wichtiger Aspekt ist dabei, dass es uns gelingt, für Betroffene ein Umfeld zu schaffen, das Gesundheit durch die Möglichkeit fördert, selbst Einfluss zu nehmen auf sein Leben und sein Sterben.