

Palliative Geriatrie

Wie das Menschenbild die Pflege am Lebensende bestimmt



Foto: Ev. Pressedienst/Rohrke

Geriatrich Pflegende vertreten, wie auch der Querschnitt der Bevölkerung, in der Regel eines von drei Menschenbildern, bewusst oder unbewusst:

1. Der Mensch wird begrenzt nur mit seinen körperlichen Bedürfnissen gesehen. Dementsprechend bietet die Geriatrie v. a. körperliche *Pflege* an.
2. Der Mensch wird mit seinen körperlichen und etwas erweitert auch mit seinen psychosozialen Bedürfnissen gesehen. Psyche meint seelische Bedürfnisse, die klassischerweise mit Wille, Verstand und Gefühl definiert sind. Dafür bietet die Geriatrie neben

Ein anderer Mensch ist nicht so wie er ist, sondern so wie ich ihn sehe. Das gilt insbesondere, wenn dieser Mensch auf geriatrische Behandlung angewiesen ist. Sein weiterer Lebensweg ist abhängig davon, wie er von den ambulanten oder stationären Pflegenden gesehen wird. Schwestern und Pfleger werden nur solche Ziele erreichen, die ihr individuelles Menschenbild, ihre Haltung und Einstellungen zulassen. Schwere Belastungen alterskranker und sterbender Menschen sind vermeidbar, wenn Pflegende sich mehr vorstellen und zutrauen.

körperlicher Pflege auch psychosoziale *Betreuung* an.

3. Der Mensch wird als Ganzes mit körperlichen, psychosozialen und geistigen Bedürfnissen gesehen. Geist meint den Wunsch nach Einbindung in einen höheren (Sinn-) Zusammenhang, also der Glaube an einen Gott oder außermenschliche Kräfte. Die Antwort der Geriatrie auf diese Bedürfnisse sind ganzheitliche Angebote in Form von körperlicher Pflege, psychosozialer Betreuung und geistiger Begleitung, kurz: *Palliative Geriatrie*.

Menschenbilder im Team

Die Managementliteratur empfiehlt für bestmögliche Dienstleistungen häufig, dass sich Teammitglieder mit unterschiedlichen Stärkeprofilen ergänzen. Gilt das auch innerhalb eines Pflegeteams mit unterschiedlichen Menschenbildern? Die Erfolge solcher Teams sind auf-

grund innerer Widersprüche zweifelhaft. Das Menschenbild der Schwestern und Pfleger ist keine Privatangelegenheit. Denn es kann einer Pflegeeinrichtung nicht gleichgültig sein, ob einige Mitarbeiter nur körperliche Pflege, andere auch psychosoziale Betreuung und wieder andere auch geistige Begleitung leisten wollen.

Einheitliche Qualität lässt sich auf diese Weise nicht sicherstellen. Unterschiedliche Menschenbilder innerhalb eines Teams sind so schädlich wie unterschiedliche Vorstellungen zu Expertenstandards oder anatomischen Grundlagen. Das soll an den folgenden Beispielen deutlich werden.

Beispiele

■ **Januar:** Mathilde Senior, 86 Jahre alt, verwitwet, lebt zu Hause, seit elf Jahren erkrankt an M. Parkinson, entsprechend bewegungseingeschränkt, Diabetikerin, zeigt Symptome einer dementiellen Veränderung. Ihre

Tochter wohnt mit eigener Familie 100 km entfernt. Mitarbeiter des Pflegedienstes Sorgsam sind täglich aktiv: Vorbereiten und Verabreichen von Medikamenten, Hilfen bei Körperpflege und Hauswirtschaft.

■ **Februar:** Weil die Alltagsbewältigung immer schwieriger wird, übersiedelt Frau Senior ins Altenheim Abendfrieden. Sie toleriert die Übersiedlung schlecht. Ihr Blutzucker entgleist häufig, ihre Demenz schreitet rasch fort. Nicht lange nach dem Umzug zieht sie sich einen Schenkelhalsbruch zu, der operativ versorgt wird. Anschließend erfolgt eine ambulante Rehabilitation.

■ **März:** Nach einem Schlaganfall erholt sie sich nicht mehr und stirbt innerhalb einiger Tage.

Angenommen, die Mitarbeiter im Pflegedienst Sorgsam, im Haus Abendfrieden und im Akutkrankenhaus arbeiten mit unterschiedlichen Menschenbildern: Sr. Susi betrachtet ihre Patienten/Bewohner/Klienten als Menschen mit körperlichen und psychosozialen Bedürfnissen. Ihre Kollegin Sr. Birgit sieht zusätzlich noch die geistig-spirituellen Bedürfnisse. Wo handeln die beiden gleichartig, wo unterschiedlich?

■ **Januar:** Sr. Susi achtet darauf, dass Frau Senior körperlich gut gepflegt, dass Ernährung und Bewegung angepasst sind, sorgt gegebenenfalls für entsprechende Unterstützung. Sie ermuntert die alte Dame, ihre bisherigen Kontakte zu erhalten, zeigt Chancen von Selbsthilfegruppen auf. Das alles mit dem Ziel, Frau Senior lange eine hohe Selbstständigkeit zu ermöglichen, sich dabei mit ihren alters- und krankheitsbedingten Veränderungen zu arrangieren. Dabei beobachtet sie ratlos, dass Frau Senior immer unruhiger und barscher wird.

Sr. Birgit hat die gleichen Ziele wie Sr. Susi. Sie registriert aber darüber hinaus, dass Frau Senior über zunehmende Vergess-

lichkeit und Ungeschicklichkeit klagt, die ihr die Hausfrauentätigkeit fast unmöglich machen. Sr. Birgit gibt keine schnellen Antworten („Das macht doch nichts, wir helfen Ihnen ...“). Stattdessen überlegt und plant sie mit Frau Senior, wie sie andere Aufgaben und Lebenssinn finden kann. Zeitweise auftretende Unruhe kann sie auf diese Weise auffangen.

„Auch wenn nichts mehr zu machen ist, so ist noch viel zu tun.“

Buchtitel Andreas Heller et al.

„Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie.“

Friedrich Nietzsche

„Was der Mensch wirklich will, ist: Sinnvoll sein.“

Viktor Frankl

■ **Februar:** Im Altenheim entwickelt Sr. Susi nun für Frau Senior ein tagesstrukturierendes Angebot, um die dementiellen Veränderungen zu moderieren. Sie pflegt dabei mit der Tochter einen guten Kontakt. Während des Krankenhausaufenthalts und der Rehabilitation legt sie Wert auf die weitgehende Wiederherstellung des früheren körperlichen Zustandes und nutzt dabei alle Möglichkeiten weiterer Hilfen. Zunehmend reagiert Sr. Susi ungeduldig auf Frau Seniors immer wiederkehrende mürrische Ablehnung ihrer Angebote.

Sr. Birgit pflegt genauso wie Sr. Susi. Aber sie nimmt zusätzlich wahr, dass Frau Senior häufig das Altenheim Abendfrieden als „Endstation“ bezeichnet – und sich Vorwürfe macht wegen früherer Versäumnisse in Erziehung und Ehe. Sr. Birgit sucht nach Gelegenheiten, mit der Bewohnerin über Schuld, Angst und Lebensbilanz zu sprechen. Es ge-

lingt ihr immer wieder, Frau Senior zur Teilnahme an Gemeinschaftsveranstaltungen zu bewegen.

■ **März:** Sr. Susi konzentriert im Umgang mit Frau Senior ihre Arbeit auf die „Pfleger nach Schlaganfall“. Dabei stellt sie die schnell fortschreitende Verschlechterung des körperlichen und mentalen Zustandes fest. Sie weist die Tochter darauf hin, dass keine Besserung zu erwarten und Frau Senior mit Worten kaum mehr zu erreichen sei. Sr. Susi erkundigt sich, ob die Tochter eine seelsorgerliche Begleitung wünscht. In den letzten Lebenstagen von Frau Senior sorgt sie für ruhige Umgebung und reduziert die Körperpflege auf das absolut Notwendige. Sr. Susi ist unglücklich darüber, dass Frau Senior über Tage hinweg sehr gespannt wirkt. Sie wird ständig mit der Frage der Tochter konfrontiert, was man noch tun könne.

Sr. Birgit folgert aus ihren Beobachtungen, dass Frau Senior Schmerzen hat und bespricht mit dem behandelnden Arzt die Therapie. Sie hat bereits im Vorfeld erfahren, welche Lieder und Texte für Frau Senior bedeutsam waren und ermutigt die Tochter, vorzulesen oder zu singen. Sr. Birgit pflegt mit Hilfe der basalen Stimulation und zeigt der Tochter, wie sie ihre Mutter eincremt und ihren Mund pflegt. Sie fordert die Tochter auf, mit ihrer Mutter über das gemeinsame Leben, Dankbarkeit und Liebe zu sprechen. Sr. Birgit geht davon aus, dass die Sterbende zwar nicht die einzelnen Worte der Tochter versteht, aber die darin liegende Botschaft spürt. Frau Senior wirkt zunehmend entspannt und ruhig.

Die drei Räder

Worin liegt der Unterschied zwischen den beiden Pflegenden? Sr. Birgit könnte bei ihrer Arbeit das Bild eines Dreirades vor Augen haben: Das Vorderrad ist die medizinisch-körperliche Pflege (Palliative Care spricht von den beiden Säulen Medizin und

Pflege). Das eine Hinterrad bildet die psychosoziale Betreuung und das andere Hinterrad steht für die geistig-spirituelle Begleitung. Zur Fahrtüchtigkeit sind alle drei Räder erforderlich! Nehmen wir eines weg, wird noch lange kein Fahrrad daraus, und fehlen zwei, können wir es nicht als Einrad benutzen. Das bedeutet: Sr. Susi arbeitet professionell und qualifiziert, doch für den von ihr betreuten alten Menschen bleibt eine Lücke – ob bewusst oder nicht – und für sie selbst auch. Das Dreirad fährt nicht, weil das symbolisch dritte Rad für die geistigen Bedürfnisse fehlt. Ja, durch das Nicht-Sehen dieser Bedürfnisse entsteht umso mehr Bedarf an körperlicher Pflege und psychosozialer Betreuung.

Dieser Mehraufwand an Zeit und Finanzmitteln zeigt, dass es sogar kostengünstiger ist, wenn Pflegende alle drei Dimensionen menschlicher Bedürfnisse in ihre Arbeit einbeziehen. Das ist im täglichen Ablauf an vielen Stellen möglich. Zum Beispiel bei der Grundpflege können Pflegende statt eines nur sachlich-äußerlichen Gesprächs auch die Gestik und Mimik des Patienten/Bewohners/Klienten „beantworten“ („Sie sehen traurig aus – stimmt das?“). Und können währenddessen auf eine Bemerkung „... hat doch alles keinen Sinn mehr ...“ fragen: „Was würde denn jetzt Sinn machen?“ und dann vielleicht einige Minuten mitfühlend zuhören.

Am Lebensende geben nicht die Pflegenden Ziel und Tempo vor –

nein, sie folgen in die Richtung, wohin es den Sterbenden zieht. Dafür lohnt es, dass manche/r sein Menschenbild überprüft und ändert. Denn der Erfolg Palliativer Geriatrie hängt davon ab, dass nicht nur einzelne, sondern alle Teammitglieder mit dem Dreirad unterwegs sind.

Lebensende zulassen

Jeder Mensch hat laut Grundgesetz nicht nur ein Recht auf Leben. Er hat auch ein Recht auf Sterben. Der Sterbeprozess, die finale Phase, darf in der Regel nicht unterbrochen oder verlängert werden. Es geht also nicht um Sterbehilfe – ein Unwort für die Pflege –, sondern um die Begleitung von Sterbenden entsprechend ihrer Wünsche für die letzten Stunden oder Tage.

Das Grundrecht auf Sterben ist von allen Beteiligten – Bevollmächtigten, Betreuern, Angehörigen, Pflegenden, Einrichtungsleitern und Ärzten – zu achten. Dies gilt unabhängig von finanziellen Interessen oder Gewissensgründen. Auch die Bundesärztekammer hat dies in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung vom Mai 2004 formuliert: „Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d. h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, dass sie unter menschenwürdigen Bedingungen sterben können.“ „Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.“ Vor diesem Hintergrund sind zwei Fehlentwicklungen zu verhindern:

1. Mit guter Absicht wird auch in finalen Phasen den Bevollmächtigten oder Betreuern eine Zustimmung zur Flüssigkeitszufuhr aufgedrängt. „Wollen Sie Ihre Mutter verdursten lassen?“ ist eine eindringliche, aber falsche Frage. Denn es geht nicht darum, Durst zu stillen, sondern das *Gefühl* von Durst zu nehmen.

Das ist mit Hilfe von Mundpflege im Rahmen palliativer Geriatrie möglich.

2. Ebenfalls mit guter Absicht werden während einer Sterbephase, z. B. Samstagabend, Notärzte gerufen. Obwohl die o. g. Grundsätze der Bundesärztekammer auch für Notärzte gelten, lassen manche von ihnen Sterbende in Kliniken bringen. Die erste Fehlentscheidung trafen jedoch die Pflegenden. Denn sie haben z. B. eine Bewusstlosigkeit im Rahmen des natürlichen Sterbevorgangs umdefiniert: Von einer absehbaren (und damit planbaren) Krise zu einem angeblichen Notfall. Nicht der Notarzt ist dann der richtige Ansprechpartner, sondern der Hausarzt oder kassenärztliche Not-/Bereitschaftsdienst. Auch wenn er erst einige Zeit nach dem Anruf kommt. Um zu verhindern, dass Krisen fälschlich in Notfälle umgedeutet werden, braucht es für die Sterbephase eine Planung von Pflegeszenarien, mit denen insbesondere die Nacht- und Wochenenddienste von Pflegeeinrichtungen vertraut sind.

Um einen bekannten Buchtitel umgekehrt zu zitieren: Auch wenn in einer Sterbephase noch viel zu tun ist, so haben die Beteiligten nichts mehr zu machen. Ihre einmalige Aufgabe ist es, Menschen beim Sterben Ängste zu nehmen und dafür, wie im Hotel, an der Türklinke eines Sterbezimmers das Schild zu befestigen: „Bitte nicht stören“. Das Geschehenlassen von Sterben und verlässliche palliative Geriatrie sind überzeugender als die fatalen Schein-Argumente der Euthanasie-Bewegung.

Autoren:

Dr. med. Christiane Schilling,
Krankenschwester, Koordinatorin
eines ambulanten Hospizvereins
Frederic Seeborn, Rechtsanwalt

Anschrift für die Verfasser:

Dr. Christiane Schilling
Laurentiusstraße 38c
53639 Königswinter
E-Mail: dr.ch.schilling@online.de

Info

Bildungsangebote zum Thema Palliative Geriatrie gibt es speziell für Pflegende z. B. in Form von 5-tägigen Kompaktlehrgängen nach dem Curriculum der Robert-Bosch-Stiftung „Palliative Praxis“ (s. www.Bildungszentrum-Pflege.de).

Oder in Form von Kongressen, z. B. „2. Internationaler Palliative Care Kongress“, 27.–28. Juni 2007 in Friedrichshafen oder „Schmerzfrei altern und sterben“, 8.–9. Februar 2007 in Bonn (s. www.bibliomed.de und Anzeige in dieser Ausgabe)