

Sorgegespräche im Prozess statt Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Patientenverfügung mit Tarnkappe

Das 2009 vom Bundestag verabschiedete Gesetz zur Patientenverfügung mit der Feststellung ihrer rechtlichen Verbindlichkeit hat die Erwartungen der Befürworter offensichtlich enttäuscht – sowohl hinsichtlich der Akzeptanz in der Bevölkerung als auch im Hinblick auf die gewünschte ökonomische Wirksamkeit. Einer der Gründe ist die zunehmende Erkenntnis, dass eine Vorausbestimmung über das Leben aus gesunden Tagen heraus hin zu Zeiten von Leid, Krankheit und Sterben nicht möglich ist.

Um die gewünschte Akzeptanz trotzdem zu erreichen, scheint das Instrument des gesundheitlichen Versorgungsplanes für die letzte Lebensphase (im Hospiz- und Palliativgesetz) als „Patientenverfügung mit Tarnkappe“ eingeführt zu werden. Wie der Arzt und Medizinethiker Stephan Sahm jedoch formuliert, sollte es um eine „Vorsorgeplanung im Prozess“ gehen. Von diesem Grundsatz her ist zu begrüßen, dass der einwilligungsfähige Patient im Bewusstsein einer limitierenden schweren Erkrankung zusammen mit seinem behandelnden Arzt das weitere Vorgehen überlegt. Wie eine Studie von Stephan Sahm zeigt, wünschen Menschen (Erkrankte, Gesunde, Mitarbeiter aus Gesundheitsberufen), dass der Arzt das Gespräch anstößt, das im guten Fall nicht nur therapeutische Aspekte umfasst, sondern durchaus offen ist für soziale, psychische, spirituelle Wünsche und Erwartungen. Die Planung IM PROZESS beinhaltet aber auch die Möglichkeit, Änderungen im Wünschen und Erwarten aufzugreifen und umzusetzen. Auf beiden Seiten ist das Vertrauen groß, und in dieser Hinsicht ist eine gesundheitliche Versorgungsplanung im Sinne eines *begleitenden Sorgegesprächs* eine zu begrüßende Einrichtung.

Gesundheitliche Versorgungsplanung in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe – Tarnung ökonomischer Interessen?

Ein Mensch, der sich in eine Pflegeeinrichtung begibt, befindet sich in einer schweren lebensverändernden Phase, die vom Verzicht

geprägt ist – Verzicht auf das gewohnte häusliche Umfeld, Verzicht auf liebgewordene Gegenstände, Verzicht auf persönliche Intimität, Verzicht auf Teile seiner Autonomie und auf lebenserfreuende Umstände. Es entsteht eine zunehmende Abhängigkeit seiner Person vom Alters- und Krankheitsprozess einschließlich ökonomischer Belastungen.

Mit dem neuen Hospiz- und Palliativgesetz wird die Möglichkeit eröffnet, in zugelassenen Heim- und Pflegeeinrichtungen sowohl für alte als auch behinderte Menschen eine Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anzubieten, deren geplante Ausführung schärfste Kritik herausfordern muss. *(Einblicke in die Gedanken der Protagonisten gab die Zeitschrift für Palliativmedizin im Juli 2016, Seite 141-200, es wird im Folgenden darauf Bezug genommen)*

Die Palliativmedizinerin Prof. Claudia Bausewein spricht in ihrem Vorwort von einer professionellen Gesprächsbegleitung. Desweiteren werden abgestimmte Dokumente, regionale bis hin zu nationalen Qualitätsstandards und ein Curriculum für Berater/innen gefordert. Selbstbestimmung realisiere sich nicht einfach aus bloßer Meinungs- und Willensäußerung (...), sondern der Betroffene müsse zu der Entscheidung befähigt werden durch einen anspruchsvollen Beziehungs- und Kommunikations-Prozess. Statt der Abfassung einer Patientenverfügung sollen regionale Akteure im Gesundheitswesen die Verantwortung übernehmen und professionelle Gesprächsbegleitung anbieten; sofern möglich oder gewünscht können designierte Vertreter (Bevollmächtigte) an den Gesprächen beteiligt werden.

Es ist vorstellbar und eigentlich unausweichlich, dass bei einem solchen Vorgehen der Mensch, der sich sowieso in einer Ausnahmesituation befindet, in größte Bedrängnis versetzt wird. Ihm völlig unbekannte Personen mit geballter Präsenz fordern eine Entscheidung ein, die mit großer Angst und Verunsicherung verbunden sein muss. Sein vertrauter Mensch, dem er in gesunden Tagen lebenswichtige Entscheidungen überantwortet hat, wird zu einer Nebenfigur degradiert („wenn gewünscht, darf er teilnehmen“) und seine autonome (und rechtlich verbindliche) Entscheidung einer Vorsorgevollmacht wird damit letztlich der Lächerlichkeit preisgegeben.

Ein Entkommen aus dieser Situation ist aus eigener Kraft kaum möglich, eine autonome Entscheidung in dieser Bedrängnis auch nicht. Die Übermacht der „professionalisierten“ Gesprächsteilnehmer – vielleicht sogar ohne die vertrauten Personen – macht ein NEIN zu Vorausbestimmungen kaum möglich. Dabei ist das Scheitern der Patientenverfügung an dieser Unmöglichkeit der Vorausbestimmung mit den damit verbundenen Ängsten entstanden, genau dies aber soll durch die Einrichtung einer Versorgungsplanung in Alten- und Pflegeheimen hintergangen werden.

Leben bis zuletzt

Soll die letzte Lebensphase von den Gedanken um Sterben und Tod geprägt sein oder von der durchaus möglichen Lebensfreude? Nicht nur das Lebensende, sondern das Leben an sich muss im Vordergrund stehen. Die Zukunft ist bekanntermassen nicht unendlich, aber wir sollten sie auch nicht vorseilend gegen die Gegenwart eintauschen.

Die Menschen dürfen nicht für den Rest ihres Lebens mit dem Ableben beschäftigt sein. Dass in diesem Zusammenhang auf die Verbesserung der Pflegesituation als viel vordringlicher hingewiesen werden muss, ist selbstverständlich. Leider liegt auch der Verdacht nahe, dass die Einrichtung einer gesundheitlichen Versorgungsplanung im Altenheim von ökonomischen Gesichtspunkten überschattet wird – das letzte Lebensjahr ist nun mal leider das teuerste. „Will ich für mich leben oder muss ich für die Gesellschaft sterben?“



Sorgegespräche für ein gutes Leben bis zuletzt – kein Formular, sondern eine Strategie

Wir meinen, eine verantwortungsvolle Versorgungsplanung muss anders gestaltet werden – anders als im Hospiz- und Palliativgesetz vorgesehen. Sie sollte ein Prozess sein mit Sorgegesprächen, die nicht auf das Abfassen von Vorabverfügungen zum Behandlungsverzicht abzielen, gerade auch nicht bei zunehmender kognitiver Einbusse und körperlicher Einschränkung. Hierzu gehören ausschließlich Personen des Vertrauens – der Betroffene selber, sein Arzt, sein vertrauter Vorsorgebevollmächtigter oder auch Menschen aus dem persönlichen Umfeld und den persönlichen Beziehungen, z.B. Angehörige, Freunde, Pflegepersonen. Diese Personen könnten auch im Rahmen der Aufnahmesituation bestimmt werden. Der vertraute Arzt hat eine Fürsorgepflicht für seine Patienten, er wird zusammen mit dem Vorsorgebevollmächtigten und/oder den vertrauten Personen Entscheidungen im Krankheits- und Sterbenprozess für den eventuell nicht mehr Einwilligungsfähigen treffen können, die dann - neben den medizinischen Möglichkeiten – Wünsche und den mutmaßlichen Willen berücksichtigen und wertschätzen; in einer medizinisch unsicheren (Notfall-)Situation liegt die Entscheidungshoheit beim Arzt. So kann vertrauensvoll gelebt und gestorben werden. Leid und Krankheit gehen nicht unbedingt mit Sterben-Wollen zusammen. Entscheidungen und Entscheidungsänderungen müssen im PROZESS DER SORGESPRÄCHE möglich sein, nicht im Voraus einer gesundheitlichen Versorgung mit der Dominanz eines professionalisierten Umfeldes.

Mittelpunkt der Sorgegespräche ist und bleibt der Mensch.

*Dr. med. Marie-Elisabeth Averkamp, Lingen, Internistin, Palliativärztin,
Beirat OMEGA*

Inge Kunz, Bocholt, Dipl.-Sozialpädagogin, Beirat OMEGA

Mehr zum Thema unter:

www.bioskop-forum.de

www.omega-ev.de