

Worte, die wirken

Palliative Care „Sprechende Medizin“ ist eine ärztliche Intervention, die die Kommunikation zwischen Arzt und Patient als Wirkfaktor versteht. Bei der pflegerischen Kommunikation ist das nicht anders. Der Beitrag zeigt, dass Kommunikationsarbeit kein „Nice-to-have“, sondern integraler Bestandteil der Pflege unheilbar kranker Menschen ist.

Von Markus Wenner

Palliative Care akzeptiert, dass eine Krankheit nicht mehr kausal geheilt werden kann. Darüber hinaus:

- schätzt sie physische, psychische und spirituelle Symptome ein und behandelt diese, um Lebensqualität zu optimieren,
- koordiniert sie die multiprofessionelle Kommunikation und ineinandergreifende Versorgung,
- unterstützt sie Angehörige in der Zeit des Abschiednehmens.

Alle Aufgabenfelder bergen kommunikative Herausforderungen – auch für Pflegende. Letztlich kann auch pflegerische Kommunikation einen therapeutischen Mehrwert zeitigen – gerade im Umgang mit Menschen am Ende ihres Lebens.

Heilung ist keine Option mehr

Ein Beispiel: Herr Römer, Patient auf einer onkologischen Station, hört die Stimme des Oberarztes wie in einem Traum. Seine Gedanken fahren Karussell: „Hat der Weißkittel wirklich gesagt ‚Wir können nichts mehr für Sie tun‘? Es fühlt sich an wie vor drei Jahren, als ich die Diagnose bekam. Wie ein Hieb in die Magen-grube ... Was labert der von Palliativ? Mir geht's hundeelend, aber ich sterbe doch nicht!“

Patient soll erst mal ankommen. So oder ähnlich geht es vielen Menschen mit einer unheilbaren Krankheit. Mit den Jahren haben sie ge-

lernt, sich im kurativen Behandlungskontext zu orientieren und hatten ein hohes Maß an Erwartungssicherheit. Sie kennen die behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal, die Routinen. Nun sollen sie aus diesem System raus? Die Reaktion ist ein Schock. Deshalb stoßen palliative Angebote zunächst auf Ablehnung. Mit dem Attribut *palliativ* assoziieren viele Patienten ihren nahen Tod.

Eine palliative Versorgung beginnt, wenn der Patient

- unter einer unheilbaren fortschreitenden Krankheit leidet,
- unter schwer beherrschbaren Symptomen leidet und er über seine Prognose aufgeklärt ist,
- die Prinzipien der Palliativmedizin kennt und keine lebenserhaltenden Maßnahmen wünscht.

Bevor ein Palliativteam tätig wird, werden diese Punkte abgefragt, beim überweisenden Arzt, aber auch im Gespräch mit dem Patienten, zum Beispiel im Rahmen eines palliativen Konsils. Eine palliative Anbindung wird keinen Mehrwert haben, wenn der Patient die Ziele und Methoden der Palliative Care ablehnt.

Was will der Patient? Im Zentrum aller Bemühungen steht immer die Frage: Was will der Patient? Jedoch weiß dieser häufig selbst nicht, was er will, wurde ihm doch bisher stets gesagt, was ansteht. Im Bereich der Onkologie führt diese Entscheidungsunfähigkeit unter Umständen zu einer Übertherapie. Studien zeigen, dass viele Krebspatienten in ih-

ren letzten Lebensmonaten eine zu aggressive Therapie erhalten. Einerseits vermeiden Mediziner mit dieser Strategie, dem Patienten sagen zu müssen, dass therapeutische Optionen nahezu ausgeschöpft sind. Andererseits kann eine solche High-End-Medizin am Lebensende mehr Leid erzeugen und Lebenszeit rauben.

Wohlinformiert entscheidet besser.

Gute, tragfähige Entscheidungen hängen von der Qualität der Aufklärung ab. Dies zeigen Forschungsergebnisse, die Murphy et al. bereits 1994 erhoben haben (1). Die Wissenschaftler befragten 300 herzkranken Patienten, ob sie eine Reanimation wünschten, sofern es zum Herzstillstand käme. Nach einer einfachen Aufklärung befürworteten 41 Prozent der Befragten lebensverlängernde Maßnahmen. Nachdem diese jedoch ausführlicher aufgeklärt wurden – zu statistischer Überlebenswahrscheinlichkeit, potentiellen Komplikationen nach Reanimation und tatsächlicher Lebenserwartung – sank die Zahl auf gerade mal fünf Prozent! Dieser Befund zeigt eindrücklich, wie wichtig es ist, Patienten ehrlich und ausführlich zu informieren und sie damit zu befähigen, eine wohlinformierte Entscheidung treffen zu können.

Frühe Anbindung hilft Betroffenen.

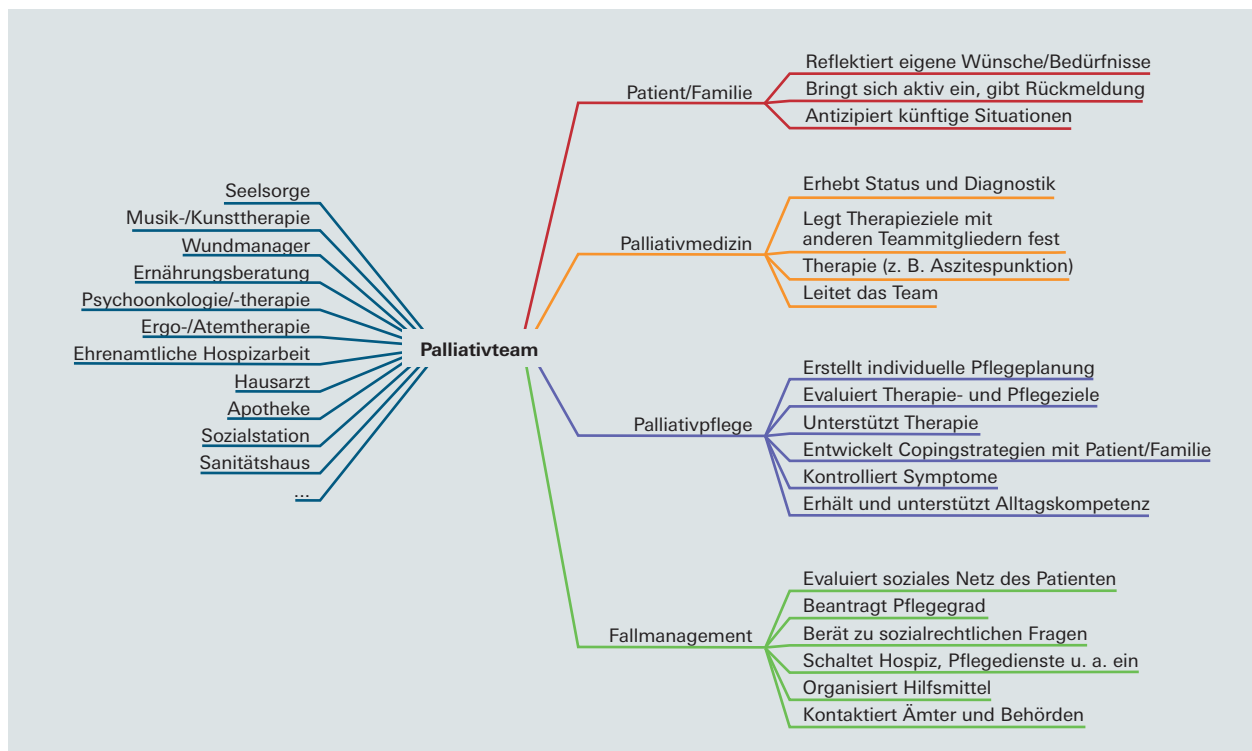
Um einen harten Schnitt zwischen kurativen und palliativen Strukturen zu vermeiden, befürworten Palliativmediziner eine frühe Anbindung an

Das Total-Pain-Konzept

Schmerz muss stets im Zusammenspiel von physischen, psychischen und sozialen Umständen betrachtet werden. Das von der Gründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin Cicely Saunders erarbeitete Total-Pain-Konzept (5) beschreibt, dass neben der rein körperlichen auch eine psychische, soziale oder spirituelle Dimension des Schmerzes auftreten kann. So kann zum Beispiel die Ausgrenzung durch Arbeitsunfähigkeit (soziale Dimension) schmerzverstärkend wirken.



Palliative-Care-Team: Die rechte Seite der Mind-Map zeigt das Kernteam aus Patient und seiner Familie, Palliativmedizin, Palliativpflege und Fallmanagement. Die linke Seite zeigt spezialisierte Akteure, die nach Bedarf hinzugezogen werden.



ein Palliativteam. Forschungsbefunde legen nahe, dass Patienten hiervon profitieren. Als Beleg für diese Annahme war die Studie von Jennifer Temel wegweisend (2). Die Medizinerin verglich Patienten mit Bronchialkarzinom. Die eine Gruppe erhielt die onkologische Standardtherapie, die zweite Patientengruppe hatte zusätzlich Kontakt zu einem Palliative-Care-Team. Die Patienten in dieser Interventionsgruppe zeigten mehr Lebensqualität, litten weniger unter Depressionen und benötigten weniger aggressive Therapien. Darüber hinaus lebten sie zweieinhalb Monate länger als Patienten ohne palliative Begleitung.

Patient ist Teil des Teams. Neuere Arbeiten erhärten diesen Befund von Temel. Zuwendung, Kommunikation und eine ganzheitliche Perspektive auf den Patienten haben therapeutischen Benefit. Alle Professionen innerhalb des Palliative-Care-Teams achten darauf, dass Patienten und ihre Familien mitkommen. Das geht nur mit Zeit, Zuwendung und Gesprächen. Hier verfolgt das Team einen adhärenten Ansatz: Je gleichberech-

tigt und aktiver die Patientenrolle ist, desto höher ist seine Bereitschaft mitzuarbeiten. Somit ist ein Patient nicht bloßes Objekt medizinischer Entscheidungen, sondern bereits an der Entscheidungsfindung beteiligt. Ziele werden nur *mit* ihm und seinen Angehörigen vereinbart (3).

„Haben Sie Schmerzen?“

Hauptaufgabe eines ambulanten oder stationären Palliative-Care-Teams ist die professionelle Symptomkontrolle. Symptome gefährden die Lebensqualität von Menschen mit infausten Prognosen, egal ob ein Mensch unter einer Tumorerkrankung leidet oder unter einer progredienten Herzinsuffizienz.

Symptome strukturiert erfassen. Um sich ein möglichst genaues Bild von der Symptomlast zu machen, nutzen Palliative-Care-Teams ein Standardinstrument zur Symptomerfassung, die „Hospiz- und Palliativmedizin Erfassung Standarddokumentation“, kurz HOPE (4). Symptome und ihre Ausprägungen werden abgefragt. Das Instrument gibt einen

ersten Überblick – selbstverständlich reichen die Informationen noch nicht aus, um Alltagseinschränkungen zu antizipieren oder eine hilfreiche Therapie festzulegen. Hat ein Patient zum Beispiel starke Schmerzen, wird zunächst die Schmerzintensität erfasst, beispielsweise mithilfe einer Numerischen Rating-Skala (NRS). Wichtig sind auch Informationen zu Schmerzlokalisierung, Schmerzzeitpunkt und Schmerzqualität, um nozizeptive von neuropathischen Schmerzen zu unterscheiden. Überzeugende Kommunikation impliziert auch hohe medizinisch-pflegerische Fachkompetenz.

Lebensqualität ist keine Floskel. Lebensqualität bedeutet, wie zufrieden ein Mensch im Hinblick auf seine individuelle physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension ist. Eine oder mehrere Dimensionen können krankheits- oder therapiebedingt eingeschränkt sein. Das Team muss alle Dimensionen beachten! Das funktioniert nur durch eine multiprofessionelle Herangehensweise (regelmäßige Teamsitzungen, Absprachen der verschie-



Zuwendung, Kommunikation und eine ganzheitliche Perspektive auf den Patienten haben therapeutischen Benefit

denen Professionen über Therapiestrategien und Verlaufskontrollen).

Ein Beispiel: Frau Martin leidet unter einem fortgeschrittenen Pankreaskarzinom. Alles in allem zeigt die Schmerztherapie des ambulanten Palliativteams Wirkung. Nur nachts werden die Schmerzen so stark, dass sie alle zwei Stunden ein schnell wirksames Opioid einnehmen muss. Beim wöchentlichen Hausbesuch findet die Palliative-Care-Pflegekraft heraus, dass Frau Martin nachts sehr oft alleine ist, weil ihr Mann viele Nachtschichten absolviert. Dann fühlt sie sich einsam, kommt ins Grübeln und entwickelt Angstattacken. Offenbar verstärkt die Angst den Schmerz.

Outcome messen. Lebensqualität zu ermitteln, ist nicht leicht. Was soll einem ein Patient schon antworten, wenn man ihn fragt: „Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben noch ausreichend Qualität hat?“ Im Dialog finden sich häufig implizite Hinweise. Pflegende müssen hierzu genau hören. Will man aktiv Hinweise herauskitzeln, bieten Instrumente zur Messung von Lebensqualität gute Formulierungshilfen. Selbstverständlich kann ein solcher Fragebogen auch gemeinsam mit dem Patienten Frage für Frage durchgearbeitet werden. Ein Messinstrument, das sich wegen seiner Einfachheit für den Palliative-Care-Bereich bewährt hat, ist die Palliative-Outcome-Scale (POS) (6). Ein solches Instrument hat außerdem den Vorteil, dass man den Erfolg der eigenen Arbeit transparent machen kann.

Versorgung verzahnen

Koordination impliziert Kommunikation. Cicely Saunders, die Pionierin der Hospiz- und Palliativarbeit,

vereinte noch drei Professionen in einer Person: Sie war Pflegekraft, Medizinerin und Sozialarbeiterin. Somit konnte sie Patienten durch unterschiedliche fachliche „Brillen“ betrachten und musste sich weniger mit anderen abstimmen. Abbildung 1 zeigt eindrucklich, wie viele Akteure heute an der Versorgung von Patienten beteiligt sind.

Indikation vermitteln. Im Hinblick auf Versorgungsintensität und sozialrechtliche Abrechnung ist die Unterscheidung in ambulante und spezialisierte Palliativversorgung grund-

gend. 90 Prozent der schwer kranken und sterbenden Menschen können bis zu ihrem Tod ohne spezialisierte Palliativversorgung versorgt werden (7). In der Regel können die sogenannten Primärversorger wie der Haus- oder Facharzt solche Patienten gut versorgen (= allgemeine [ambulante] Palliativversorgung, A[A]PV).

„Sie müssen nicht ins Krankenhaus“. Reichen die therapeutischen Möglichkeiten nicht mehr aus, muss zu einer spezialisierten (ambulanten) Palliativversorgung, S(A)PV, eskaliert werden. Das ist der Fall bei schwer kontrollierbaren körperlichen Symptomen in der letzten Lebensphase, die eine intensive Evaluation und Anpassung der Therapie erforderlich machen. SAPV ist eine Komplexleistung, die über die vertragsärztliche Versorgung hinausgeht. Patienten, die ansonsten nur im Krankenhaus adäquat versorgt werden könnten, können bis zu ihrem Tod zu Hause betreut werden. Eine

WEITERBILDUNGSTIPENDIUM
Durchstarten für Berufseinsteiger

Erfolg durch Initiative!

Sie haben einen sehr guten Ausbildungsabschluss in der Tasche - und noch lange nicht genug? Dann sind Sie bei uns richtig!

Das Weiterbildungsstipendium fördert Sie mit bis zu 7.200 € bei Ihrer weiteren beruflichen Qualifizierung.



www.weiterbildungsstipendium.de





Abb. 2
Häufige Fragen von Angehörigen und mögliche Reaktionen

SAPV kann auch für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen verordnet werden (§ 72 Abs. 1, SGB XI).

Pflegerische Koordinatoren müssen Patienten, Hausärzten oder auch Pflegeheimen den Unterschied zwischen allgemeiner und spezieller Palliativversorgung immer wieder erklären, denn SAPV-Teams werden täglich zu Patienten gerufen, die sich in einem symptomarmen Sterbeprozess befinden.

Sicherheit in den letzten Stunden

Da in einer akuten Krisensituation in der Regel keine Zeit mehr ist, ruhig und adäquat zu reagieren, erstellt das Palliativteam für jeden Patienten einen Notfallplan. Entsprechend der Grunderkrankung und ihrer Symptome müssen akute oder lebensbedrohliche Situationen ehrlich antizi-

piert werden, ohne Betroffene unnötig zu verängstigen.

Pflegende klären mit den Betroffenen, ob diese im Krisenfall eine Klinikweisung wünschen – für viele bisher ein Sicherheitsanker – oder sie mit allen Konsequenzen im häuslichen Umfeld bleiben. Pflegende erklären Wirkungen und Nebenwirkungen von Notfallmedikamenten und zeigen, wie diese zu applizieren sind. Nimmt man die S3-Leitlinie Palliativmedizin (8) ernst, nimmt dies Zeit und Geduld in Anspruch. Die Leitlinie fordert: „Der Sterbende und seine Angehörigen sollen angemessen über den nahenden Tod und die zu erwartenden Veränderungen in der Sterbephase informiert werden.“

Viele Menschen haben noch nie zuvor das Sterben eines Nahestehenden unmittelbar erlebt. Manifestationen, zum Beispiel Rasselatmung, verunsichern Angehörige. Sie erwe-

cken den Eindruck, dass der Sterbende leidet, auch wenn er aus professioneller Perspektive gut symptomkontrolliert ist. Eine professionelle Begleitung und Patientenedukation sorgt in der Sterbephase für Sicherheit (Abb. 1).

Kommunikation ist Therapie

Alle oben genannten Beispiele zeigen, dass kommunikative und beratende Aspekte nicht nur sehr viel Raum in der Pflege von unheilbar Kranken einnehmen, sondern therapeutischen Mehrwert haben. „Therapeutic nursing is (...) a major force for achieving health for the patient“ (9). Diese Haltung unterstreicht auch die S3-Leitlinie. Sie postuliert, dass eine „patientenzentrierte Kommunikation mit Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung [...] eine unverzichtbare Voraussetzung für eine umfassende Behandlung ist.“ (8)

(1) Murphy, D.J.; Burrows, D.; Santilli, S. et al.: The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J of Med* 1994, Heft 8; S. 545–549

(2) Temel, J.; Greer, J.; Muzikansky, A. et al.: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. In: *NEJM* 8/2010; S. 733–742

(3) Schulz, M.: Von Compliance zu Adhärenz. In: *Heilberufe* 5/2009; S. 27–28

(4) Hospiz- und Palliativmedizin Erfassung (HOPE) Bericht 2016, URL https://www.hope-clara.de/download/2016_HOPE_Bericht.pdf

(5) Clark, D.: Total pain: the work of Cicely Saunders and the hospice movement. In: *American Pain Society Bulletin* 2000; 10; S. 13–15

(6) <http://pos-pal.org/>

(7) Borasio, G.D.: *Über das Sterben*. München: CH Beck, 2011; Kap. 3.

(8) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2015). S3-Leitlinie: Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. URL <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/128-001OL.html>

(9) McMahon, R. *Therapeutic nursing: theory, issues and practice*. In: McMahon R, Pearson A. *Nursing as Therapy*. 2nd Ed. Cheltenham (UK) 1998



Markus Wenner, M.A., arbeitet als Palliative Care Nurse in Heidelberg. Als Fachmedienredakteur schreibt und doziert er freiberuflich zu Themen rund um Pflege und Gesundheit: <http://markuswenner.de>
Mail: mail@markuswenner.de

Unser neues Portal:
www.bibliomed-pflege.de

Schon online gewesen?



Ihre Vorteile:

- Alle Abonnenten von Die Schwester Der Pfleger haben vollen Zugriff auf das neue Portal
- Kein Extra-Abo erforderlich
- Kostenfreier Zugang zum Heftarchiv und zu allen Fachartikeln
- Exklusive Artikel und Themen-Specials
- Nutzbar auf allen gängigen Endgeräten

BibliomedPflege

DAS PORTAL FÜR DIE PFLEGE powered by Die Schwester Der Pfleger