

1 Das Ende zu Beginn

»Im Kreis seiner Lieben flüstert der Sterbende ein paar bedeutungsvolle letzte Worte, schließt dann die Augen. Er verlässt die Welt voller Frieden im Gesicht, vielleicht sogar mit einem Lächeln, als spaziere er auf Zehenspitzen und Hand in Hand mit dem Tod davon. So geht Sterben – in vielen Filmen zumindest«, schreibt die Journalistin Silke Pfersdorf in ihrem Beitrag mit dem Titel »Besser sterben« (Pfersdorf, 2016, S. 71). Solche romantischen Vorstellungen sind wohl ein Grund dafür, dass der wirkliche Tod in der heutigen Gesellschaft so stark verdrängt wird. Wohl jeder weiß, dass die Realität ziemlich anders aussieht. Und vergleicht man die Realität mit diesem Filmideal (das sich wohl insgeheim nicht wenige wünschen), kann man nur verlieren. Aber wer will am Ende des Lebens schon verlieren? Die Verdrängung kann da vielleicht etwas Abhilfe schaffen, so hofft man zumindest. »Um gut zu sterben (...), empfiehlt es sich, so früh wie möglich das Leben vom Tod her zu verstehen«, sagt der bekannte Palliativmediziner Gian Domenico Borasio von der Universität Lausanne (zitiert in Pfersdorf, 2016, S. 71f.). Und es empfiehlt sich auch immer mal wieder, an das Lebensende zu denken und vor allem darüber zu sprechen. Oder wie es der römische Dichter und Philosoph Seneca (um 4 v. Chr.–65 n. Chr.) formulierte: »Ein Leben lang muss man sterben lernen«. Was er nicht gesagt hat, ist, dass wir das Sterben ein Leben lang verdrängen sollen. Da muss die heutige Gesellschaft wohl noch so einiges lernen.

Sie wundern sich vielleicht, dass das Kapitel »Lebensende« am Anfang dieses Buches steht. Normalerweise kommt doch das Ende – der Tod – am Ende. Die Entscheidung, dieses Kapitel an den Anfang zu stellen ist kein Zufall, sie wurde bewusst gefällt. Damit stelle ich nicht den Tod an den Anfang, er soll seinen Platz als letzter in der Lebensgeschichte eines Menschen weiterhin behalten und allen sei ein hoffentlich langes und gesundes Leben von Herzen gegönnt. An den Anfang stellen möchte ich aber das Gespräch und die Gedanken über den Tod und das Lebensende. Je weniger wir Lebende (das Wort »Ende« ist darin übrigens enthalten) über das Ende und den Tod nachdenken, desto härter trifft er uns, wenn er dann da ist. Gewissermaßen notfallmäßig, aus heiterem Himmel. Das muss nicht sein.

Die Beschäftigung mit dem Sterben und dem Tod kann durchaus auch spielerisch und humorvoll geschehen. Dass Humor und Tod zusammenpassen können, hat an der Herbstmesse 2016 in Basel der Verein Totentanz bewiesen. Die Künstler Gerda Steiner und Jörg Lenzlinger gestalteten mit anderen Künstlern einen Markt der besonderen Art. Sie brachten damit zwei Dinge zusammen, die beide im Mittelalter ihre Wurzeln haben, nämlich die 1471 erstmals durchge-

führte »Basler Herbstmesse« und das vermutlich um 1440 entstandene Gemälde des »Basler Totentanz«. Auf dem ehemaligen Friedhof bei der Predigerkirche in Basel (heute ein kleiner Park) wurden 19 Marktstände errichtet, die alle einen spezifischen Blick auf den Tod ermöglichen. Da konnte man an einem Stand selbst gebackene Särge essen, die wie ein Stück Zitronenkuchen schmeckten und in einem Löffel gereicht wurden, am nächsten Stand konnte man den Löffel abgeben. Ein paar Stände weiter konnte man dem Tod eine Frage stellen – der Tod in Form einer riesigen Apparatur, die pfeifend und zischend vor sich hin werkelt und am Ende einen Zettel mit der Antwort ausspuckte. Beim nächsten Stand konnte man mit einem Gewehr das letzte Lichtlein auf einer Kerze wegblasen und zu guter Letzt gab es eine Hütte, in die man hineingeschoben wurde (im offenen Sarg versteht sich). In dieser kleinen Hütte lagen dann meine Frau und ich jeweils im offenen Sarg und betrachteten die Decke. Dort lief eine Videoinstallation, das Motto dieses Marktstandes hieß: »Schauen Sie sich die Radieschen von unten an.« Das haben wir getan, wir sahen die Würmer und die Schnecken, die vorbeizogen, das Laub auf dem Grab und ab und zu schaute jemand zu uns herunter. Die Welt von unten. Nach 20 Minuten wurde unser Sarg wieder hinausgeschoben, wir konnten unversehrt entsteigen und ein paar Stände weiter eine Bratwurst genießen. Bezahlt wurde auf diesem Markt übrigens nicht mit Geld, sondern mit Skelettknochen. Die musste man vorgängig an der »Kasse des Todes« eintauschen.

Der Basler Totentanz

Der »Basler Totentanz«, auch als »Tod von Basel« bekannt, bezeichnet ein Bild, welches im Spätmittelalter in Basel auf die Innenseite der Friedhofsmauer bei der Predigerkirche gemalt wurde und den Totentanz darstellte. Das Gemälde ist ein »Memento mori«, d.h., es erinnerte mahnend daran, dass der Tod jeden, ungeachtet seines Standes, plötzlich aus dem Leben reißen kann. Nach mehreren Renovierungen wurde die Mauer samt Bildern 1805 abgebrochen. Einige Basler Kunstreiter retteten einen Teil der Bilder, die heute im Historischen Museum in Basel zu sehen sind. → www.basler-totentanz.ch

Solche und ähnliche Events sind Möglichkeiten, die eigenen Gedanken über das Sterben und den Tod anzuregen. Nachdenklich machen sie auf jeden Fall. Und das scheint mir heute wichtiger denn je. Das Lebensende geht in der heutigen Gesellschaft in Richtung selbstbestimmtes Sterben. In den folgenden Kapiteln wird näher darauf eingegangen. Selbstbestimmung heißt aber auch, dass ich selbst bestimmen muss, z.B. in Form einer Patientenverfügung, eines Vorsorgeauftrages, eines Testamentes oder persönlicher Anordnungen für den Todesfall. Verdrängungsmechanismen jeglicher Art führen meist dazu, dass der Mensch diese so wichtige Selbstbestimmung verpasst, und dann bestimmen andere.

2 Palliative Care. Heime als Lebensräume gestalten

Bereits 1967 gründete Cicely Saunders in London das St. Christopher's Hospiz. Ziel war es, todkranken Menschen eine umfassende Sterbebegleitung anzubieten und ihnen bis zuletzt beizustehen. Sie legte damit den Grundstein für die Hospizpflege. Schon damals wurde erkannt, dass eine umfassende Sterbebegleitung nur mit einer professionellen Hospizpflege funktionieren kann.

Saunders handelte damals sehr weitsichtig, da sie erkannte, dass eine umfassende Sterbebegleitung nicht nur aus medizinischen Maßnahmen zu bestehen hat, sondern auch die psychosozialen sowie die geistigen Seiten eines Menschen einbezogen und vor allem auch die Angehörigen mitberücksichtigt werden müssen. Letztere dürfen nicht zu Zaungästen degradiert werden. Die Idee war, das Sterben in die Mitte der Gesellschaft hineinzutragen. »Erst wenn wir den Tod nicht länger tabuisieren, können wir ein menschlicheres Verhältnis zur eigenen Sterblichkeit bekommen« (Saunders & Baines, 1991, S. 216). Gerade die Tabuisierung des Todes in Kombination mit dem menschlichen Machbarkeitswahn, alles und jedes kontrollieren zu können, macht uns in den heutigen Debatten um das Lebensende das Leben besonders schwer. Die gesellschaftliche und vor allem die mediale Diskussion in der Schweiz drehen sich fast ausschließlich um die Frage des begleiteten Suizids. Eine umfassende Sterbebegleitung in der letzten Lebensphase – wie sie in den Prinzipien einer Palliative Care beschrieben sind und schon von Saunders erwähnt wurden – wird viel zu wenig thematisiert. Vielleicht ist eine solche menschliche Begleitung auch heute viel zu komplex und deshalb auch für viele schwer zugänglich. Auch ist eine Begleitung im Sinne der Palliative Care oft eine stille und im Verborgenen geleistete Unterstützung eines sterbenden Menschen. Das hat in einer schrillen und lauten Gesellschaft aber keinen Platz mehr. Gesucht wird das Spektakuläre, selbst beim Tod. Eine Reduktion der gesamten Diskussion um das Lebensende auf die begleitete Sterbehilfe ist fahrlässig und eines der größten Indizien für eine den Tod verdrängende Gesellschaft. Was wir grundsätzlich brauchen, sind sensible und zugewandte Menschen, die fähig sind, anderen Menschen beizustehen. Was wir grundsätzlich nicht brauchen, sind spektakuläre Berichte und Geschichten über Freitodbegleitungen, wie wir sie immer wieder durch die Medien aufgetischt bekommen. Im folgenden Kapitel werde ich hierauf noch genauer eingehen (► Kap. 3).

Mit der Hospizidee entstand jedenfalls auch die Fachrichtung der Palliative Care. »Pallium« kommt aus dem Lateinischen und bedeutet »Mantel«. Es geht primär um die Linderung von Symptomen und Beschwerden unheilbar kranker Menschen und darum, dass um den sterbenden und verletzlichen Menschen ein

schützender Mantel gelegt wird (Saunders & Baines, 1991). Wie dieser Mantel nun konkret aussehen kann, wird in diesem Buch noch erläutert. Zwei wesentliche Voraussetzungen für das Weben dieses Mantels seien jedoch an dieser Stelle schon erwähnt. Zum einen geht es um die Anerkennung der eigenen Sterblichkeit, wie dies Saunders bereits postulierte, und zum anderen geht es auch um das Überprüfen der Bilder vom Sterben, welche wir alle in uns tragen. Hierzu seien zwei persönliche Beispiele wiedergegeben. Mit acht Jahren erlebte ich mit, wie meine damals 92-jährige Urgroßmutter starb. Sie starb bei uns zu Hause. Ich durfte sie nicht sehen, als sie im Sterben lag. Für meine Brüder und mich war das Sterbezimmer eine Sperrzone, wir durften dort nicht hinein. Als wäre der Tod eine ansteckende Krankheit, wurden wir vom Sterbebett der Urgroßmutter ferngehalten. Wir bekamen natürlich mit, was da hinter den verschlossenen Türen stattfand, aber sehen durften wir es nicht. Der Tod als etwas Unsichtbares und Unheimliches, das hinter verschlossenen Türen stattfindet. Zutritt für Kinder und Personen mit schwachen Nerven verboten.

Das zweite prägende Erlebnis, das ich lange mit mir herumtrug, hat mit meiner Zeit als junger Pflegeassistent zu tun, als ich in einem Krankenhaus meinen Dienst tat. Damals wurden oft – aus angeblichen Platzgründen – Sterbende in ihrem Bett ins Badezimmer geschoben. Dort wurden sie dann mehr oder weniger betreut und begleitet. Es ist nicht so einfach, sich einen »schützenden Mantel« in einem mit weißen Fliesen ausgestatteten sterilen Badezimmer vorzustellen. Palliative Care ist immer eine Kombination von menschlicher Zuwendung und passender räumlicher Umgebung.

Wer solches schon erlebt oder zumindest solche oder ähnliche Bilder im Kopf hat, braucht sich nicht zu wundern, dass Sterben mit Angst und Schrecken in Verbindung gebracht wird. Da benötigt es zunächst eine Totalrevision der vorhandenen Bilder und Vorstellungen, bevor es zu einer emotionalen Begegnung kommen kann. Wenn jede Form der Sterbegleitung nicht die Herzen der Begleiter berührt, bleibt der gesamte Prozess eine technische Abwicklung des Lebensendes. Oder eine »spektakuläre Geschichte« in der Zeitung.

Zurück zur ursprünglichen Hospizidee von Saunders. Diese »(...) gründet auf der Vorstellung, dass nur in eigenen Häusern außerhalb der Gesundheitsversorgung eine Enttabuisierung des Sterbens und ein neuer Umgang damit sichergestellt werden kann« (Schmid, 2016a, S. 4). In vielen Ländern wurden dann in der Folge eigene Hospize gegründet, nicht so in der Schweiz. Dort hat sich von Anfang an die Idee entwickelt, »Palliative Care als ergänzenden medizinischen und pflegerischen Ansatz in die gesamte Gesundheitsversorgung zu integrieren« (Schmid, 2016a, S. 4).

Hierzulande begann die Bewegung der Palliative Care in den 1970er-Jahren, als die damalige Krankenschwester Rosette Poletti als eine der ersten Pionierinnen der Schweiz in Genf ihre Umgebung auf die Anliegen der Palliative Care zu sensibilisieren begann. In der Folge gab es dann in verschiedenen Städten Gruppierungen, die sich in einem umfassenderen Sinne mit der Umsetzung von palliativer Medizin, Pflege und Begleitung auseinandersetzen (für mehr Informationen zu den historischen Zusammenhängen in der Schweiz: Schmid, 2016a). Die Grundsätze für Pflegeinstitutionen sowie die Basis für ein gemeinsames

Verständnis und eine gemeinsame Grundhaltung von und in Palliative Care für ältere Menschen sind im Folgenden dargestellt (Schmid, 2016b):

- Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen.
- Enttabuisierung des Todes, das heißt, Sterben wird als ein »normaler« Prozess betrachtet und das Leben bejaht. Sterben und Leben sind kein Widerspruch, sondern gehören zusammen.
- Es besteht nicht die Absicht, den Eintritt des Todes zu beschleunigen, aber auch nicht, diesen hinauszögern.
- Psychologische und spirituelle Aspekte werden am Lebensende in die Fürsorge für die älteren Menschen miteinbezogen.
- Es besteht ein Unterstützungssystem, welches es dem älteren Menschen erlaubt, bis zum Tod so aktiv wie möglich zu leben.
- Es besteht ferner ein Unterstützungssystem, welches den Familien und Angehörigen hilft, mit ihrem eigenen Trauern und den Belastungen umgehen zu können.
- Palliative Care benutzt immer auch einen Teamansatz, der sich interprofessionell auf die gesamte Institution bezieht und alle Bereiche miteinbezieht (entsprechende Beispiele werden im Laufe der folgenden Kapitel noch erwähnt.)
- Palliative Care kommt bereits früh im Krankheitsverlauf zum Einsatz, oft in Verbindung mit anderen Therapieformen.

CURAVIVA Schweiz hat zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit in einer Broschüre aufgezeigt, wie Palliative Care im Pflegealltag funktionieren kann und wie sie durch die älteren Menschen konkret erlebt wird. Durch verschiedene Geschichten von älteren Menschen wird dort Palliative Care konkret nachvollziehbar (Kazis, 2013).

2010 wurde in der Schweiz die »Nationale Strategie Palliative Care« erarbeitet, die nach einer ersten Phase von drei Jahren nochmals um drei weitere Jahre bis 2015 verlängert wurde. Ziel war es, bestehende Lücken in den Bereichen »Versorgung«, »Finanzierung«, »Sensibilisierung«, »Bildung« und »Forschung« zu schließen. Damit ist das Thema rund 40 Jahre nach der Pionierphase in der öffentlichen, fachlichen und auch politischen Diskussion angekommen – und das ist gut so. Ganz allgemein ist es aber in der Schweiz ein wenig Mode geworden, mit der Entwicklung nationaler Strategien das gesamte Gesundheitswesen weiterentwickeln zu wollen. Dagegen ist freilich nichts einzuwenden. Problematisch wird es nur, wenn die Umsetzung und ihre jeweiligen Maßnahmen nicht zu Ende gedacht werden und vor allem die Frage der Finanzierung unbeantwortet bleibt. Das drückt immer ein wenig auf die Moral und senkt die Motivation derjenigen, die dann für die Umsetzung verantwortlich sind. Es wäre wohl ein Wunder gewesen, wenn ich an dieser Stelle hätte berichten können, dass die Finanzierungsfragen rund um den zusätzlichen Zeitbedarf einer umfassenden Palliative Care im Rahmen der Strategie geklärt worden sind. Dennoch sind nationale Strategien wichtig – vor allem dann, wenn breit darüber diskutiert und im Idealfall ein gemeinsames Verständnis darüber entwickelt werden kann, was eine hohe Lebensqualität bis zum Tod bedeutet (vgl. Schmid, 2016c).

Aber auch hier sei noch ein kritischer Hinweis erlaubt. Natürlich haben all diese Dokumente ihre Berechtigung, dem sterbenden Menschen auf dem Sterbebett nutzen sie nicht unbedingt. Die Inhalte der erarbeiteten Dokumente entfalten dann ihre volle Wirkung, wenn sie den Weg vom Kopf in die Herzen derjenigen gefunden haben, die am Sterbebett anwesend und – in welcher Form auch immer – tätig sind.

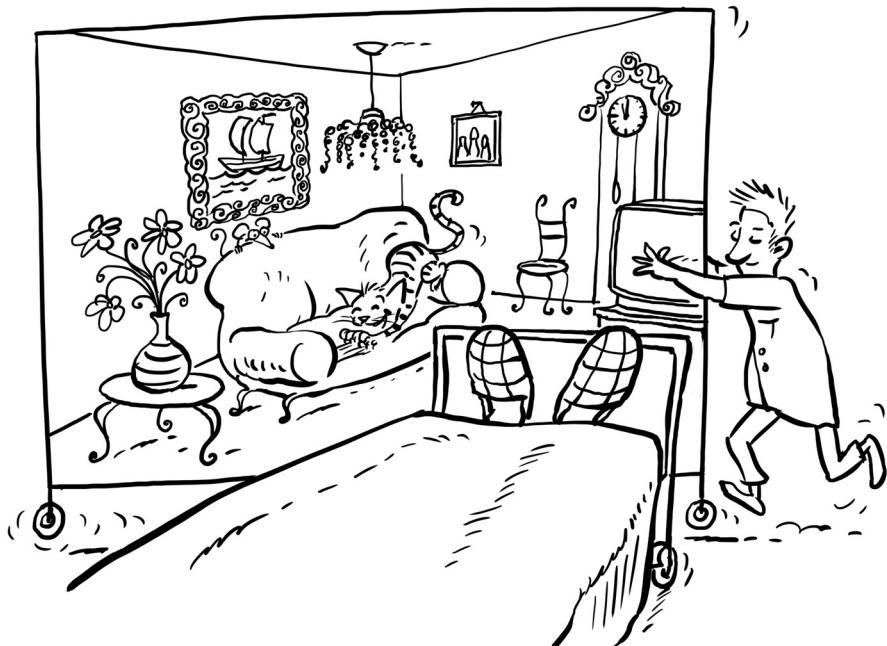
Unabhängig von der erwähnten »Nationalen Strategie Palliative Care« hat CURAVIVA Schweiz mit anderen Verbänden bereits im Jahre 2010 eine Charta der Zivilgesellschaft »Zum würdigen Umgang mit älteren Menschen« lanciert. Dort fordert These 10: »Wir setzen uns ein für eine Gesellschaft, in der das Sterben als ein Teil des Lebens wahrgenommen wird und alle vom Sterben Betroffenen auf hilfreiche, würdevolle Art Unterstützung erfahren« (CURAVIVA, 2010, S. 11). Aus diesem Grundsatz lässt sich folgern, dass es bei Begleitungen am Lebensende immer zunächst darum geht, herauszufinden, was die besondere Würde für diesen einen und nun sterbenden Menschen ist. Dass dieser Suchprozess sehr verschieden ist und nur zusammen mit allen Beteiligten gestaltet werden kann, versteht sich von selbst und verbietet einfache Antworten, was denn schließlich ein gutes Sterben ist.

Es gibt in der Branche der Langzeitpflege verschiedene Institutionen, welche sich schon vor Längerem mit viel Engagement auf den Weg gemacht haben. Im Jahre 2009 wurde beispielsweise der *Age Award* der auf das gute Wohnen im Alter spezialisierten schweizerischen Age-Stiftung zum Thema »Palliative Care« ausgeschrieben. Der Preisträger des Age Award 2009, das Betagtenzentrum in Laupen (www.bz-laupen.ch), sowie die anderen Teilnehmer bieten sehr gute Beispiele aus dem Alltag, wie die Umsetzung der Palliative Care konkret gelingen kann (Age-Stiftung, 2009).

Die im Rahmen der »Nationalen Strategie Palliative Care« von Bund, Kantonen und der Schweizer Fachgesellschaft für Palliative Care erarbeiteten Empfehlungen (vgl. Themendossier »Palliative Care« auf www.curaviva.ch) für die Umsetzung nennen die folgenden Aspekte von Bedürfnissen, welche am Lebensende vorkommen können und welche die Grundlage für eine palliative Betreuungs- und Begleitungssituation ausmachen (Bundesamt für Gesundheit et al, 2015, S. 10f.). Sie ergänzen und bestätigen damit die oben skizzierten Grundsätze:

- Linderung von belastenden Symptomen (physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Art)
- eine bewusste Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
- weitmöglichste Erhaltung von Selbstbestimmung und Autonomie am Lebensende (und das beinhaltet deutlich mehr als die Bestellung des »Giftbechers« bei einer Sterbehilfeorganisation)
- persönliche Wünsche für die Gestaltung der letzten Lebensphase (ich persönlich möchte jedenfalls nicht im Badezimmer sterben, sondern habe in meiner Patientenverfügung festgehalten, dass mich die Begleitpersonen in der Sterbephase in den Garten oder in eine Kapelle bringen mögen, und wenn das nur noch im Bett möglich sein sollte, dann wird es so sein.)

- Akzeptanz der genannten Wünsche
- Unterstützung bei schwierigen Entscheidungen
- ausreichende und sachgerechte Informationen an alle Beteiligten
- Unterstützung und Begleitung der Angehörigen



2011 erarbeitete CURAVIVA Schweiz das Positionspapier »Palliative Care in der Langzeitpflege«. Dort wird Palliative Care im Kontext der Langzeitpflege beschrieben und werden die Leistungen in den stationären Einrichtungen konkretisiert. Gemäß dieser Beschreibung sind Palliative Care und die damit verbundene Grundhaltung ein wesentlicher Bestandteil in den Heimen – oder sollten es zumindest sein. Beim Sterbeort scheiden sich aber die Geister. Denn Wunsch und Wirklichkeit klaffen auseinander. Gemäß einer vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebenen Bevölkerungsbefragung wollen über 70% der Menschen in der Schweiz zu Hause sterben. Nur 8% der Befragten wünschen sich, im Krankenhaus oder im Pflegeheim zu sterben (GfK, 2009). Statistische Daten zum Lebensende zeigen aber, dass mehr als 80% der über 80-jährigen und 95% der über 90-jährigen hochbetagten Menschen in einem Heim oder in einem Krankenhaus sterben (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bundesamt für Statistik, 2016). Und nicht – wie in sozialromantischen Vorstellungen oft gewünscht – zu Hause. Eine hohe Lebensqualität im Heim beinhaltet deshalb immer auch ein gutes Leben bis zum Ende und schließt damit das Sterben und seinen gesamten Prozess mit ein. Noch ein Hin-

weis nebenbei: In der Schweiz sterben mehr alte Menschen in Pflegeeinrichtungen als in allen Nachbarländern. Eine Untersuchung von Hedinger und Braun zeigt auch auf, dass dabei in den letzten Jahren eine Verlagerung vom Sterben im Krankenhaus zum Sterben im Heim erfolgte (Hedinger, Braun, Zellweger, Kaplan & Bopp, 2014).

Das »gute Leben bis zuletzt« ist eine große Chance für die Heime. Das in der anonymen Gesellschaft weitverbreitete schlechte Image der Heime hat auch viel mit dem bevorstehenden Tod zu tun. Heime werden allzu oft in eine »Todesecke« geschoben, als Vorhof des Todes abgetan. Da Sterben und Tod in unserer heutigen Zeit (immer mehr) unerwünscht sind und nach wie vor sehr tabuisiert werden, kann auch die Institution, in welcher die Menschen sterben, per se nicht anerkannt werden. Wer den Tod verdrängt, lehnt auch die Heime ab. Wir müssen aber allmählich davon abkommen, dass wir uns alleine auf das Sterben und den Tod konzentrieren. Es ist das »Wie« des Sterbens, welches den gesamten Prozess ausmacht und damit die Qualität bestimmt. Was ist schlecht daran, wenn Heime und spezialisierte Institutionen ein Ort sind, wo der Mensch bis zum Lebensende umsorgt wird und gut leben und sterben kann? Wenn der »Wartesaal des Todes« zum »Lebensraum für die letzte Etappe« wird, lässt sich die »tabuisierte Todesecke« mitten ins Leben rücken.

»Der Tod ist ausgebrochen im Wartesaal des Lebens (...)\«, schreibt Manfred Lütz in seinem Buch »BLUFF! – Die Fälschung der Welt« (Lütz, 2012, S. 166). Unsere Aufgabe ist es, die Heime als Wartesaal des Lebens zu gestalten und nicht als Wartesaal zum Tod. Natürlich wird in den Heimen gestorben, aber gestorben wird eben immer irgendwann, ob wir das wahrhaben wollen oder nicht. Gutes Sterben beinhaltet immer auch das gute Leben – bis zuletzt. Hier müssen wir daran arbeiten, eine gesellschaftliche Fehlmeinung zu korrigieren. »Wer den Tod verdrängt, verpasst das Leben, das eigentliche, das existenzielle Leben« (Lütz, 2012, S. 169). Es geht beim Sterben vor allem darum, das Wesentliche wieder sichtbar werden zu lassen. In den o.g. Bedürfnissen am Lebensende wird erkennbar, was dieses Wesentliche sein kann.

Die oben genannten Kernleistungen für palliative Pflege und Betreuung müssen natürlich in einem Konzept festgehalten und beschrieben werden. Es geht aber nicht nur um die konzeptionelle Beschreibung, sondern vor allem um das »Wie«. Einem sterbenden Menschen nützt eine streichelnde Hand mehr als ein Konzept. Ich rate Menschen, die sich für eine palliative Begleitung am Lebensende interessieren, immer dazu, nach dem Konzept, das dahintersteckt, zu fragen und dann im Gespräch und im Alltag zu erspüren, ob ein solches Konzept auch lebt und fühlbar ist. Ein Konzept beschreibt immer nur die Möglichkeiten, die man kennt und ergreifen könnte. Möglichkeiten aber werden nur durch Taten zu Wirklichkeiten.

Was Palliative Care ist, setzt die Geschäftsführerin eines Alters- und Pflegeheimes in der Alltagspraxis wie folgt um:

Regelmäßig führt sie mit ihren Mitarbeitern einen interdisziplinären Morgenrapport durch. Alle Bereiche ihres Hauses sind dort vertreten, von der Küche über den Hausdienst bis hin zur Pflege. Denn eines ist unbestritten klar: Pal-

Palliative Care funktioniert nur interprofessionell. An diesen Tischgesprächen tauschen sich die Mitarbeitenden über die Wünsche und die Lebenssituationen der Bewohner aus. So kann es vorkommen, dass Frau Schmidt im Sterben liegt und sich nochmals Erdbeeren zum Mittagessen wünscht. Dann muss die Küche wissen, was dahintersteckt, wenn sie den Auftrag bekommt, diese Erdbeeren zu organisieren. Möglicherweise muss jemand diese Erdbeeren einkaufen, weil sie vielleicht gerade im Heim nicht verfügbar sind. Es sind die kleinen und – wie schon angedeutet – unaufgeregt Dinge des Lebens, welche die letzte Lebensphase so angenehm wie möglich machen. Man könnte auch sagen: die Selbstverständlichkeiten des Lebens erleichtern das Sterben.

Palliative Care ist immer eine Herzenssache. Und ein Dialog mit dem Tod. Dann wird das Heim nicht als Endstation erlebt, sondern als ein Ort, wo es Hilfe und Unterstützung für ein gutes Leben bis zum Ende gibt. Die älteren Menschen sollen sagen können: »Ich bin froh, dass ich weiß, dass ich im Alters- und Pflegeheim XY sterben kann.« Damit wird das Leben vor dem Sterben zu einer »normalen« Lebensphase. Es ist heute in der Pflegeheimbranche unbestritten, dass sich alle institutionellen Angebote am »Prinzip der Normalität« auszurichten haben. Das gilt auch für den Tod.

Die oben genannten Kernleistungen der Palliative Care lassen sich in konkrete Fragestellungen umformulieren, welche sich jede Pflegeinstitution stellen muss. Ausgehend von der Feststellung, dass das Umsorgen Sterbender ein Kerngeschäft der Heime ist, sind folgende Fragen relevant:

- Gestalten wir die letzte Lebensphase der Bewohner? Wie?
- Erfassen, behandeln und lindern wir die Symptome? Wie?
- Planen wir voraus? Wie? Zum Beispiel durch interdisziplinäre Tischgespräche?
- Unterstützen wir die Entscheidungsfindung? Wie?
- Pflegen wir ein verbindliches, interdisziplinäres Netzwerk? Mit wem?
- Begleiten wir die Sterbenden und ihre Angehörigen familienzentriert und über den Tod hinaus? Wer?

Wenn sich die Trägerschaft eines Alters- und Pflegeheimes verpflichtet, eine Kultur der Palliative Care als strategisches Ziel erreichen zu wollen, dann braucht sie aus dem operativen System die Antworten zu den oben gestellten Fragen. Hierzu bedarf es aber auch – wie oben schon kurz erwähnt – Rahmenbedingungen, damit eine solche Kultur und Grundhaltung wachsen und gedeihen kann. Zu diesen gehören u. a.:

- Wertschätzung von Politik und Gesellschaft. Dies bedeutet vor allem eine Grundhaltung zu Palliative Care und ein Bekenntnis zum Sterben als normalen Prozess im menschlichen Leben.
- Leistungsvereinbarungen mit den Kostenträgern mit einer gegenseitigen Verpflichtung zur allgemeinen Palliative Care und zu deren Finanzierung

- verbindliche Zusammenarbeit mit Ärzten, Seelsorgern und Therapeuten (vertragliche Vereinbarungen)
- Zugang zu spezialisierten Palliative-Care-Diensten (mobile Teams oder stationäre Angebote)
- Aus- und Weiterbildung: Die Inhalte der Palliative Care gehören in alle Ausbildungsstufen, dazu gehören vor allem auch regelmäßige Weiterbildungstage und Vernetzungstage in den Teams. Der kostbarste Unterricht ist ohnehin derjenige am Sterbebett.

Das Thema »Palliative Care« ist in der Fachwelt angekommen – nicht erst seit der erwähnten nationalen Strategie. In diesem Zusammenhang taucht auch immer wieder die Frage eines schweizerischen Labels für die Anerkennung der Qualität in Palliative Care auf. Dieses gibt es und wird durch den Verein qualitépalliative (www.qualitepalliative.ch) angeboten. Dieses Label gibt den auf Palliative Care spezialisierten Institutionen die Möglichkeit, anhand genau definierter Kriterien zu prüfen und zu beweisen, dass sie die heutigen Kenntnisse der Palliative Care auch anwenden und umsetzen. Einen solchen Prozess für ein Alters- und Pflegeheim zu durchlaufen, bedingt automatisch eine Auseinandersetzung mit allen verborgenen Ecken des Tabuthemas »Tod«. Aber wie oben schon erwähnt, wird der Mensch in der Regel nicht nach dem Zertifikat eines Labels fragen, wenn er oder sie auf dem Sterbebett liegt. Sondern nach den Erdbeeren oder einem Aufenthalt im Garten. Er oder sie wird sich über die wohltuende Berührung der streichelnden Hand freuen. Natürlich sind das keine Gründe, die gegen ein Label sprechen, sie zeigen aber auch, dass Palliative Care als Haltung und Kultur eines Hauses und seiner Mitarbeiter nicht davon abhängt. Das alles lässt sich auch ohne Label durchführen, wie viele Heime in der Schweiz beweisen, die führend in der Arbeit der Palliative Care sind und kein Label besitzen. Aus meiner Sicht führt uns diese Diskussion auch nicht weiter. Sie ist, wie gesagt, unendlich. Wer an der Frage des »Wie« und nicht nur des »Was« interessiert ist, wird Palliative Care im Betrieb umsetzen und verankern können. Egal, ob mit oder ohne Label. Palliative Care muss immer in der Unternehmensstrategie verankert sein und von der Führung bis zu allen Mitarbeitenden gelebt werden. Eine strategische Führungsaufgabe ist es, die Bedingungen so zu schaffen, dass sich eine entsprechende Kultur und Wertehaltung entwickeln kann. Im Sinne der Transparenz für die sterbenden Menschen und ihre Angehörigen müssen wir darauf achten, dass überall, wo Palliative Care drauf steht, auch Palliative Care drin ist.

Dazu gehört aber nicht nur das Wissen über die Möglichkeiten der Palliative Care. Auch ein Verständnis und eine tiefe Überzeugung für interprofessionelles Zusammenarbeiten gehören dazu. Kein einfaches Unterfangen in der Schweiz, wo noch immer die Pflege des »eigenen Gartens« über alles gestellt wird. Wichtig ist der interne Austausch über alle Bereiche (das Beispiel des runden Tisches wurde bereits erwähnt), aber auch der Wille, außerhalb des Heimes den interdisziplinären Austausch zu pflegen (z. B. mit Ärzten, Seelsorgern, Angehörigen etc.). Hier gibt es in der Schweiz noch Optimierungsbedarf.