

„Ein gutes Leben und Sterben muss in Pflegeeinrichtungen möglich sein“

Dirk Müller über die Entwicklung der Zentrale Anlaufstelle Hospiz vom Modellprojekt zu einem Strukturelement der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin

Menschen in der Situation des Sterbens, Abschiednehmens und der Trauer, aber auch bei der Vorsorge für das Lebensende nicht alleine zu lassen, dafür steht die Zentrale Anlaufstelle Hospiz (ZAH) in Trägerschaft des Unionhilfswerks. Seit ihrer Gründung geht es hier um eine kompetente und sorgende Beratung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer sowie die Vorsorge für das Lebensende. Und auch das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) ist aus der Pflege- und Hospizlandschaft Berlins nicht mehr wegzudenken, hat ein neues Verständnis von alten Menschen und ihren Bedürfnissen am Lebensende geprägt.

Dirk Müller vom Unionhilfswerk kommt dabei eine besondere Rolle zu: Ohne zu übertreiben, kann man ihn als einen der wichtigsten „Player“ in diesem Bereich bezeichnen, als „Erfinder“ des KPG, Ideengeber und Mitbegründer der ZAH. Denn was den Leiter des Bereichs „Hospiz und Palliative Geriatrie“ ausmacht, war und ist der Mut, auch gegen Widerstände neue Wege zu gehen, visionäres Denken, die Fähigkeit, andere mitzureißen und eine idealistische Kompromisslosigkeit, wenn es um das gute Leben und Sterben alter Menschen geht.

Claudia Pfister traf ihn zum Interview.

Die Zentrale Anlaufstelle Hospiz war ein Modellprojekt und gilt als Strukturelement der Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin. Wie kam es zur Gründung?

In den Jahren 1995/96 gab es eine Arbeitsgruppe „Reinickendorf am Lebensende“ – in diesem Kontext hatte die damalige Bezirksbürgermeisterin Marlies Wanjura die Idee, dass es eine Stelle bräuchte, an die sich Bürger wenden können, wenn sie zu Sterben, Tod oder Trauer Fragen haben. Aus dieser Idee hat sich dann ein Bundesmodellprojekt mit vier Teilprojekten entwickelt: Die Datenbank „Hilfelotse“ beim Träger Albatros, die es ja immer noch gibt, die Krankenwohnungen der Diakonie, eine „Koordinierungsstelle rund ums Alter“, das sind die heutigen Pflegestützpunkte, und die Reinickendorfer Beratungsstelle zu Sterben, Tod und Trauer.

Es gab eine Ausschreibung mit der Vorgabe, das Modellprojekt unter dem Namen „Hospizbüro“ zu entwickeln und das Unionhilfswerk bekam den Zuschlag.

Als Bundesmodellprojekt „Integrierte pflegerische Betreuung in der Versorgungsregion Berlin-Reinickendorf, Teilprojekt Hospizbüro“ wurde es im Oktober 1997 gegründet, im Januar 1998 haben wir dann richtig losgelegt.

Und schnell gemerkt, dass es sinnvoll wäre, Menschen in ganz Berlin zu beraten, so kam die Ausweitung.

Wie kam es zu dem großen Engagement für altershospizliche Themen und was ist so wichtig am guten Sterben alter Menschen?

Ich bin über die Altenpflegeausbildung mit den Themen Sterben, Tod, Trauer konfrontiert worden und es war mir immer wichtig, dass gutes Leben und Sterben in Pflegeeinrichtungen möglich ist. Deswegen war es mir ein Anliegen, an diesem Konzept des Hospizbüros, einer Beratungsstelle, mitzuwirken. Und das war damals richtig revolutionär: Interprofessionell aufgelegt, mit Sozialarbeiterin, Pflegekraft, Informatiker ... Wir waren eine der ersten Stellen in der Stadt, die eine Internetseite hatte und besaßen – damals ganz modern – sogar ein Laptop. Das Gerät hat uns der Bundespräsident gespendet.

War dann auch der Fortbestand dieser Beratungsstelle gesichert?

Der Bund hat das Projekt drei Jahre gefördert, dazu kam ein nicht zu unterschätzender Eigenanteil des Trägers. Das Land Berlin kam dann erst zum Zuge, als es darum ging, ob, und wenn ja wie, das Beratungsprojekt in der langsam wachsenden Hospiz- und Palliativlandschaft der Stadt weitergeführt werden soll. Ausschlaggebend war dann im Jahr 2000 ein Beschluss des Berliner Abgeordnetenhauses zur „Weiterführung eines unabhängig beratenden Hospizbüros in Berlin“. So konnte dann vom Unionhilfswerk und mit Geldern aus dem Land Berlin die ZAH als „neutrale Beratungsstelle“ weiterführt werden.

Wie kam es zum „Schulterschluss“ zwischen hospizlich-palliativer Beratungsarbeit der ZAH und der Palliativen Geriatrie?

Wir hatten schon im Bundesmodellprojekt viele Unterprojekte, so z. B. eine russischsprachige Sterbebegleitung oder mit der St. Elisabeth-Stiftung das Projekt „Bessere Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden in der Altenpflege“, für das wir das Konzept gemacht haben. Damals war Palliativ Geriatrie ja noch kein Begriff, sondern Hospizarbeit verortete sich in der Welt der onkologischen Patienten. Das kann man übrigens bis heute kritisch anmerken. Wir haben versucht, da ein Stück gegenzuhalten und deutlich zu machen, dass hospizliches Engagement nicht nur ein Thema von onkologischen Patienten ist. Ab 2004 hat sich das dann langsam entwickelt, wir konnten die Palliative Geriatrie, auch mit dem Auftrag aus dem Land Berlin, stärker etablieren.

Das mit der Palliativen Geriatrie war eher ein Zufall: Ich habe Kontakte zu Menschen gepflegt, denen es ebenfalls wichtig war, das hospizliche Thema auf die Alten und Dementen auszuweiten, und Marina Kojer aus Wien kennengelernt. Sie gilt als Pionierin in diesem Gebiet, hat den Begriff Palliative Geriatrie entwickelt. Dabei geht es darum palliative – Leiden lindernde – und geriatrische Elemente zu verbinden.

Und die Netzwerke wie das NPG Berlin?

Die ZAH hat ja den Gedanken der persönlichen Beratung von Bürgern, sie berät aber auch Institutionen, und es gab sehr viele Anfragen aus Krankenhäusern, Stichwort Geriatrie und aus Pflegeheimen. Wir hatten da schon mit vielen Kolleginnen und Kollegen zu tun, die in Berlin an dem Thema gearbeitet haben.

Deswegen lag es nahe, ein Netzwerk – aus Mitteln der Robert-Bosch-Stiftung und vom Unionhilfswerk – zu etablieren. Es war gedacht als Reflexions-, Bildungs-, Austauschnetzwerk für Pflegeeinrichtungen, die sich mit dem Thema beschäftigen. So kam es zur Gründung des Netzwerks Palliative Geriatrie (NPG) Berlin. Mittlerweile kann man sagen, dass das NPG, die Palliative Geriatrie insgesamt, Erfolgsmodelle sind. Wir sehen sie auch als Lern- und Stärkungsort der Mitarbeitenden in der Versorgungskrise, weil die Altenarbeit personell, finanziell, strukturell bei weitem nicht so auf Rosen gebettet ist wie die Hospizarbeit im Allgemeinen.

Und wohin soll die Reise gehen? Was könnte besser sein?

Es ist leider immer noch so, dass die Hospizarbeit und Palliativversorgung zu sehr im Kontext von erwachsenen onkologischen Patienten gedacht wird; die allermeisten Menschen, die sterben, sind aber alte, hochbetagte Menschen. Die große Herausforderung ist es, die Versorgung der alten Menschen stärker in den Blick zu nehmen in einem Setting, das zunehmend problematischer wird. Wir haben immer mehr Demente, Alte, Kranke und Sterbende, und das vor dem Hintergrund einer zusammenbrechenden ambulanten Versorgungssituation. Diese zu stärken, muss das Ziel sein. Hier zeigen unsere praktischen Erfahrungen und Beratungen: Einrichtungen, die sich des palliativgeriatriischen Ansatzes annehmen, sind inhaltlich, aber auch strukturell und seitens der Einrichtungs- und Organisationsethik, diejenigen, die eine höhere Verweildauer von Personal haben, wo sich die Bewohner und auch die Angehörigen wohler fühlen.

Welche Rolle spielt Thema „Sterben wünschen“ bis hin zum Assistierten Suizid in der Arbeit von ZAH und KPG?

Wir haben vor zwanzig Jahren den Slogan „Leben können. Sterben dürfen.“ eingeführt, und das ganz bewusst. Es geht darum, dass die Menschen gut leben können bis zuletzt, aber wir wollen ihnen auch das Sterben ermöglichen, das sie gerne wollen und das ihnen entspricht. Dazu gehört eine adäquate Hospiz- und Palliativversorgung. Und es ist wichtig – gerade bei alten Menschen – zu akzeptieren, dass es ein Wunsch sein kann zu sterben. Wir müssen damit offen umgehen. In stationären Hospizen ist das ja gang und gäbe, nun gilt es, diesen Ansatz auch in die Welt der Pflegeheime und Krankenhäuser zu überführen.

Welche Highlights gab es in den mehr als 20 Jahren Engagement für die zentrale Berliner Beratungsstelle und für den Ansatz der palliativen Geriatrie??

Im Laufe der Zeit haben wir viel Projekte und Initiativen gestartet und ich kann stolz sagen, dass viele dieser Projekte bis heute da sind und funktionieren. Wir haben ein breites Netzwerk an engagierten Menschen in der Altenarbeit, der Krankenpflege und Medizin. Stolz sind wir besonders auf unseren Hausärztekurs, der sich an Mediziner richtet, die alte Menschen versorgen, und die dankbar für dieses Angebot sind. Hervorzuheben sind außerdem unsere Initiativen zur Validation als Kommunikationsangebot für Menschen mit Demenz am Lebensende. Das Wichtigste aber ist, dass es uns gelungen ist, in einer Welt, wo es immer heißt,

„das bringt ja nichts ..., das geht ja nicht ..., da kann man kein Geld verdienen“ für viele gute Lebens- und Sterbesituationen zu sorgen.

Und zum Schluss noch eine Prise Kritik ...

Die deutsche Hospizszene muss aufpassen, dass sie nicht zu „satt“ wird und zu sehr im eigenen Saft schwimmt. Es ist wichtig, dass sich die Hospizarbeit sich öffnet, und dass wir uns nicht auf den Fördergeldern ausruhen. Hospizarbeit muss der Stachel im Fleisch der Versorgungskrise sein.

Unsere Aufgabe ist es, Partei zu ergreifen für den Großteil der Menschen, die sterben und die nicht unter den Bedingungen des „Erste-Klasse-Sterbens“ versorgt werden. Es ist wichtig, sich an die Seite derer zu stellen, die den Laden in der Pflege und Altenpflege am Laufen halten – sei es im Pflegeheim, im Krankenhaus oder im ambulanten Bereich. Und da ist aus meiner Sicht noch viel zu tun!

Claudia Pfister