

Erste Erfahrungen mit einem Ansatz zur Verbesserung der Schmerzversorgung von alten und chronisch kranken Menschen in der Bremer Heimstiftung.

Meine Damen und Herren,
ich möchte mich zunächst für die umständliche Formulierung des Titels entschuldigen. Er sollte eigentlich lauten: „Erste Erfahrungen mit einem ‚Schmerzprojekt‘ in der Bremer Heimstiftung.“ Ich hoffe, Sie sind nicht zu sehr abgeschreckt.

Zunächst zwei Sätze zu meiner Person: Ich bin von Haus aus Anaesthesist. Mit 65 Jahren, d. h. vor drei Jahren, bin ich als Ehrenamtlicher Mitarbeiter zum ambulant tätigen Verein „Hospiz Horn e. V.“ gestoßen.

Daß die palliative Versorgung am Lebensende im allgemeinen und in den Heimen im besonderen große Defizite hat, ist bekannt und gut belegt. Das hat ein ganzes Bündel von Bedingungen und Ursachen, von denen hier auch einige zur Sprache kommen sollen im Zusammenhang mit den Verbesserungen, um die wir uns bemühen.

Eigentlich ist diese Situation in hohem Maße paradox. Die Heime sollten Hochburgen palliativer Versorgung sein, denn die kurativen, mehr noch substitutiv-lebensverlängernden Maßnahmen treten zum Lebensende in den Hintergrund zugunsten einer stärker symptomorientierten, sprich palliativen Sichtweise. Aber das Bild der Palliativmedizin oder Palliativversorgung war lange Zeit überwiegend von der jüngeren Klientel mit zum Tode führender Krebserkrankung geprägt und ist es sicher in den Augen des Publikums noch. Dass jüngeres Lebensalter und Aufmerksamkeit stark korreliert sind, zeigt sich auch im Spendenaufkommen. Kinderhospize haben keine Finanzierungsprobleme, man könnte noch weit über den Bedarf hinaus solche Einrichtungen schaffen. „Gewöhnliche“ Gruppierungen wie Hospiz Horn haben finanziell zu kämpfen.

Man kann der Führungsspitze der Bremer Heimstiftung nicht nachsagen, daß sie das „palliative Defizit“ in ihrem Bereich nicht zur Kenntnis genommen hätte. Außer der Partnerschaft zu unserem Verein läßt sich eine ansehnliche Liste von Maßnahmen aufzählen, die die palliative Versorgung im Zusammenhang mit einem angemessenen und würdigen Umgang mit dem Sterben zum Ziel hatten und noch haben. Bestandteil dieser Palette ist auch die emotionale Unterstützung der Pflegenden in den Heimen, denn der Tod ihrer zum Teil langjährig betreuten Bewohner ist nicht leicht zu verkraften. Dass das Wohlbefinden der Pflegenden in einem intensiven Wechselverhältnis zum Wohlbefinden der Gepflegten in den Heimen steht, ist ja keine neue Erkenntnis, und dieses Wechselverhältnis ist auch nicht auf den Pflegebereich beschränkt. Nur wirkt es sich dort sehr unmittelbar auf Qualität und Erfolg der Arbeit aus.

Ich will jetzt einzelne Punkte der angesprochenen „Palliativliste“ der BHS aufzählen und kritisch beleuchten.

- Eine der ersten „Taten“ im Bereich der Palliativen Versorgung war die Einrichtung der *Partnerschaft mit unserem Verein*. Das bedeutete zunächst natürlich ganz simpel, daß bei Bedarf Ehrenamtliche gefunden wurden und werden, die einen Schwerkranken oder Sterbenden begleiten. Aber darauf beschränkte sich die Zusammenarbeit nie, und die Zahl der gemeinsamen Aktionen von Hospiz Horn und der BHS ist ständig angewachsen. Einige davon sollen hier zur Sprache kommen.
- Die Heimstiftung erkannte die Notwendigkeit, *Fachkräfte palliativspezifisch aus- und weiterzubilden*, und hat das in strategischer Weise so organisiert, daß möglichst in jedem Heim ein, besser zwei Fachkräfte eine entsprechende Ausbildung durch das der Heimstiftung nahestehende Erwin-Staus-Institut erhielten. Der Aufwand an Zeit und Mitteln für eine solche Aktion ist erheblich. Ziel war, in jedem Haus Ansprechpartner und Fachberatung zu haben, wenn es um Probleme der palliativen Versorgung, nicht nur am Lebensende, ging. Der Effekt dieser Innovation ist von Haus zu Haus unterschiedlich, je nachdem wie weit eine palliative Orientierung in der Heimhierarchie Fuß gefaßt hat oder auch nicht. Das wissen Sie zum Teil besser als ich, und da gibt es hoffentlich auch Stoff zur Diskussion.
- Die palliativ fortgebildeten Fachkräfte bilden einen Arbeitskreis, das *Fachforum Palliative Geriatrie*, das einmal im Vierteljahr zusammenkommt, unter Moderation von Frau Scholz, die die beschriebenen Initiativen zum großen Teil initiiert hat und betreibt. Auf diese Weise versuchen wir, die Flamme nicht erlöschen lassen. Wir bemühen uns, den Kenntnisstand aufzupolieren, Handlungsweisen zu verfestigen und auch einzufordern. Wir erfahren insbesondere, wie die Lage in den Häusern ist, wo es hakt und was zu tun ist. Auch scheinbar Elementares muß immer wieder reflektiert, teils auch angemahnt und nachgefragt werden.
- Wir bieten einen „*Runden Tisch*“ für Angehörige und Pflegende an, an dem u. a. Probleme des Lebensendes besprochen werden. Aus unmittelbarem Erleben zu erfahren, „wie es gewesen ist“, ist eine unersetzbare Wissensquelle und in hohem Maß motivierend. Wir haben uns inzwischen entschlossen, zu diesem Runden Tisch in die Häuser zu gehen und nicht mehr an Ort und Stelle – in Riensberg – auf „Kundschaft zu warten“. Interesse und Beteiligung sind deutlich gestiegen.
- Auch das Instrument der *Ethischen Fallbesprechung* dient der Einübung palliativer Verhaltensweisen. In einer solchen Runde wird i. a. die Perspektive des Kranken oder Sterbenden als zentraler Gesichtspunkt erarbeitet, und das bedeutet nicht selten die Konzentration auf die Palliation, in deren Zentrum wiederum häufig die Schmerzbehandlung steht.
- Alle Pflegenden haben oder sollten haben die sog. Husebö-Broschüre, ein 20-Seiten-Heft, in dem in unnachahmlich konziser Weise das Wesentliche über die Sterbephase aus palliativer Sicht zusammengefaßt ist, einschließlich der einschlägigen ethischen Gesichtspunkte. Der Text dieser Broschüre ist übrigens auf der Homepage von Hospiz Horn abrufbar. Er ist sowohl für Angehörige als auch für Pflegende gedacht, aber ich muß sagen, auch mancher Arzt könnte ein bißchen an palliativer Einsicht daraus entnehmen.
- Die zahlreichen Unterrichtsaktivitäten unserer ambulanten Hospiz-Gruppe sind natürlich eine immer wiederkehrende Gelegenheit, palliatives und schmerztherapeutisches Gedankengut und Wissen zu verbreiten. Ich nehme diese Gelegenheit gerne wahr und – ein bißchen darf man ja auch missionieren.

Diese Liste liest sich, wie gesagt, schon recht stattlich. Aber wir dürfen nicht übersehen, daß jeder einzelne dieser Punkte für eine Baustelle steht, von der nicht einmal sicher ist, wieweit sie je fertig wird.

Um nun auf all diesen Baustellen voranzukommen, kamen wir auf die Idee, das Thema Schmerz aus der Gesamtheit der palliativen Thematik herauszulösen, einmal um modellhaft Verfahrensweisen einzuüben, aber auch natürlich, um Bewohnern oder Patienten unmittelbar nützlich zu sein. Denn, ich komme darauf zurück, die schmerztherapeutische Versorgung insbesondere dementer Patienten hinkt noch erheblich.

Der erste Schritt bestand im Entwurf einer handfesten Prozedur, und die sah so aus: Ausgehend von der fachlichen Maxime, daß die Basis der Schmerztherapie in den drei Elementen Schmerzdiagnose, Schmerzerfassung bzw. -beobachtung und Schmerzdokumentation besteht, machten wir den Niedergelassenen Ärzten, die unsere Heime versorgen, einen einfachen Vorschlag zur Einführung einer solchen Verfahrensweise, wobei die Last der Dokumentation nicht einmal von diesen selbst, sondern von den Pflegenden zu tragen war.

Das Wesentliche bei diesem Vorschlag zur Schmerzdokumentation war außer der fortlaufenden Registrierung der Medikation und der Wirkung ein möglichst einfacher Schmerzscore, der retrospektiv, bei der Visite zum Beispiel, bewerten läßt, wieweit die Therapie im zeitlichen Längsschnitt erfolgreich war. Das sollte vor allem unabhängig machen vom jeweils kurzen und zufälligen Visiteneindruck, der ja außerdem dadurch eingeschränkt ist, daß nicht immer ein ausreichend informierter Mitarbeiter verfügbar ist. Insbesondere, wie gelegentlich heftig beklagt, wenn die ärztlichen Besuche nicht angekündigt und verabredet sind. Eine zusätzliche Gewichtung bekommt die Dokumentation bei dementen Bewohnern, die sich an vergangene Schmerzzustände kaum erinnern und/oder darüber Auskunft geben können.

Außerdem verfaßte ich auf einem DIN A4-Bogen einen *Merkzettel* mit den wichtigsten Prinzipien der Schmerztherapie für die Pflegenden, der an alle Mitarbeiter im Pflegedienst in den Heimen der BHS ausgehändigt wurde. Bei Nachfragen erinnert sich allerdings kaum jemand an dieses Merkblatt. Wahrscheinlich ist es mit dem ganzen anderem täglichen Papierkram in den Müll gewandert. Aufgabe der Pflegedienstleitungen: Darauf hinzuweisen, daß es sich bei dem Inhalt dieses Merkblattes um ein *Minimalwissen* handelt, das jedem Pflegenden abfragbar bekannt sein sollte. Man könnte vielleicht Quiz-Veranstaltungen dazu machen – kreative Ideen sind gefragt.

Im Frühjahr dieses Jahres erhielten nun alle heimversorgenden Ärzte, etwa 400 Adressen, ein Rundschreiben, dem unser Dokumentationsvorschlag und der Merktettel beigelegt waren. Natürlich wäre es naiv, zu glauben, damit eine Methode im ärztlichen Bereich einführen zu können. Es hatte mehr den Charakter eines Versuchsballons. Bei einem solchen Probeschuss darf man ja vielleicht auch mal etwas blauäugig tun. Jedenfalls war die Reaktion sehr unterschiedlich und reichte von Ablehnung („überflüssiger Bürokratismus“, „noch mehr Papierkrieg“) über Indifferenz bis zu freundlicher Ermutigung. Diese letztere von der Praxis Auerswald, deren Chef, Dr. Kayser, heute hier ist.

Interessant in dem Zusammenhang war auch die Reaktion des Hausärzteverbandes, einer von zwei Gruppierungen von Hausärzten im Bremer Raum, die ihren Sitz in einem der Heime der BHS hat. Man reagierte dort leicht gereizt mit dem Hinweis, man könne doch über solche Initiativen zunächst einmal sprechen, zumal angesichts der nachbarschaftlichen Nähe. Ich habe darauf, um das abzuschließen, mit Dr. Mühlenfeld ein Gespräch gehabt und ihm vor allem klarzumachen versucht, daß ein intensiverer Austausch mit dem Pflegebereich absolut nötig ist, wenn man auf diesem Sektor weiterkommen will. Das wurde auch eingeräumt, allerdings sah man Schwierigkeiten bei der Honorierung des damit verbundenen Zeitaufwandes.

In der Zwischenzeit gab es unter anderem Gespräche mit Pflegedienstleitungen über Möglichkeiten einer verbesserten Palliativversorgung, insbesondere Schmerztherapie. Ein wesentlicher Beitrag aus dieser Phase war, daß es praxisfern ist, bei Schmerzerfassung und –dokumentation die große Gruppe der Demenzen auszulassen und einer künftigen Bearbeitung vorzubehalten. Wenn überhaupt, muß man diese große Gruppe bereits im ersten Ansatz mit berücksichtigen.

Aus diesem ersten Anlauf, den ich als Versuchsballon bezeichnet habe, sind nun drei Initiativen geworden.

1. Der „Riensberger Probelauf“. Die Pflegedienstleitung und vor allem die Pflegenden selbst haben sich bereit erklärt, von sich aus die Schmerzdokumentation in der beschriebenen Weise anzufangen und auf ihre Durchführbarkeit zu testen. Dieser Probelauf wird von uns begleitet, wir stehen für Rückfragen zur Verfügung. Insbesondere wurden aber auch einführende Kolloquien mit den Pflegenden gehalten und sind weiter geplant. Dieser Teil des Projekts ist für mich der derzeit wichtigste:
 - Ich bekomme kurzfristige Rückmeldungen.
 - Die Machbarkeit darf als belegt gelten.
 - Die Nützlichkeit wird von den Pflegenden bestätigt.

Ein interessanter Nebeneffekt wird von den Pflegenden beobachtet: Das Problem Schmerz bekommt durch seine Dokumentation ein neues Gewicht. Es wird vom behandelnden Arzt stärker beachtet und findet daher auch mehr Niederschlag in der Verordnung. Das ist nicht überraschend und ist der Effekt, den wir uns erhofft hatten.

2. Qualitätsprojekt Schmerz. Das Thema Schmerz wurde sehr bald von der Abteilung für Qualitätssicherung der BHS aufgegriffen, mit dem Ziel, einen verbindlichen Qualitätsstandard für alle Heime für den Umgang mit Schmerzen zu schaffen. Dazu wurde ein Arbeitskreis einberufen, der seine Arbeit nach bereits drei Sitzungen abschloss. Der Text für den neuen Pflege-Qualitätsstandard ist somit fertig. Er enthält gegenüber dem ursprünglichen Entwurf eine wesentliche Erweiterung, nämlich die Einbeziehung des demenzen Kranken. Das ist aus zwei Gründen dringend angesagt:
 - Zum einen hat es wenig Sinn, in einem Heim ein Projekt zu beginnen, das nur für die wenigsten Bewohner anwendbar ist. Das Interesse wird nicht geweckt.
 - Zum andern sind Demenzen hinsichtlich ihrer Schmerzsymptomatik bisher – und das ist gut belegt – weitgehend vernachlässigt worden. Hier ist für die Praxis sowohl wie wissenschaftlich viel aufzuholen. Die Gründe liegen auf der Hand: Demenzen äußern sich nicht gezielt und sind nicht in der Lage, ihre

Anliegen selbst zu vertreten. Ihre Schmerzen müssen häufig indirekt erschlossen werden. Der Schmerz kann ihr Innenleben völlig ausfüllen, ein Phänomen, das als Totalschmerz sehr anschaulich bezeichnet wird und für Demente charakteristisch ist.

Bei Dementen ist die Variabilität des Schmerzes nach den äußeren Bedingungen besonders ausgeprägt. Angenehmer Besuch kann den Schmerz völlig zum Verschwinden bringen, während Einsamkeit ihn unerträglich macht. – Wenn der Riensberger Probelauf keine grundlegenden Änderungen veranlaßt, hoffen wir, den Qualitätsstandard Schmerz im Jahre 2007 verbindlich für alle Häuser der BHS einführen zu können.

3. Das läßt die interessante Frage stellen, was die Einführung eines Standards in der Praxis bewirkt. Diese Frage kann ich als Außenstehender nicht beantworten. Sie wäre m. E. eine Aufgabe für empirische Pflegewissenschaft, für die ich mir ohnehin ein größeres Interesse für unsere Heime wünschen würde.

Aber diese Frage läßt mich zwanglos zum dritten und letzten Punkt überleiten, der sich aus unserem „Schmerzprojekt“ ergeben hat, dem Ärztekolloquium. Es leuchtet sofort ein, daß ohne die Einbeziehung der behandelnden niedergelassenen Ärzte sich jede Initiative auf palliativem Sektor rasch totlaufen muß. Daher hatten wir schon früh die Idee eines „Ärztekreises“. Ich erinnere mich, daß mich Erika Nola in den letzten Jahren des öfteren bei diesem Thema strafend anblickte – es mußte etwas geschehen, und die Initiative konnte ja nur von den Ärzten aus unserem Bereich ausgehen.

Der Kontakt mit der Praxis Auerswald brachte schließlich die Dinge auf den Weg. Wir bieten vierteljährlich ein Kolloquium an zu palliativen Themen und haben in diesem Jahr zweimal getagt. Angesprochen, d. h. per Anschreiben eingeladen, werden die niedergelassenen Ärzte, die Patienten im Haus Riensberg versorgen. Die Beteiligung ist gering, wie nicht anders zu erwarten. Ich nutze allerdings die Einladungsschreiben zur Information, indem ich die wichtigsten Punkte einer Sitzung zusammenfasse und auch sonst die eine oder andere Information versuche an den Mann zu bringen.

Aber das Wichtigste bei diesem Gesprächskreis scheint mir die Einbeziehung der pflegerischen Seite. Die Idee dazu kam uns ganz kurzfristig, inzwischen glaube ich, daß darin das innovative Element und auch eigentlich das Attraktive liegt: Es beteiligen sich die Pflegedienstleitung vom Haus Riensberg, die Abteilung Qualitätssicherung aus der Markus-Allee und Frau Scholz als Koordinatorin des oder der palliativen bzw. hospizlichen Projekte. Ich wurde zwar gewarnt, es habe vor Jahr und Tag schon mal etwas Ähnliches mit Ärzten gegeben, und diese Initiative sei dann sanft entschlafen. Das ändert nichts an der unverrückbaren Notwendigkeit, auf diesem Gebiet Veränderungen anzustreben. So wie es ist, ist es teilweise beschämend.

Bei den Diskussionen im Rahmen dieses ärztlich-pflegerischen Arbeitskreises stehen palliative Themen zunächst einmal nicht unbedingt im Vordergrund. Es gibt in der Zusammenarbeit zwischen Heimen und Niedergelassenen offenbar ganz allgemein genügend Stoff. Zwei Punkte kann ich hier anführen:

- ⇒ Die Schriftlichkeit der Verordnungen, die absolut und rigide eingehalten wird, und die
- ⇒ unangekündigten Visiten bzw. Visiten zu schwach besetzten ungünstigen Dienstzeiten.

Fehlen bei Verordnungen die schriftlichen Belege, so führt das zu langwierigen Nachfragen und Nachforderungen. Es muß hin- und hergefaxt werden, es werden auch mal Taxis bemüht. In einzelnen Fällen wird die Arbeitszeit einer Fachkraft über Stunden gebunden – eine unglaubliche Verschwendung, materiell und auch angesichts des bekannten Arbeitsdrucks der Pflegekräfte. M. E. hat das Fehlen schriftlicher Unterlagen auch juristische Relevanz, aber das mag angesichts fehlender Rechtsprechung niemanden interessieren. – Auch über die leidige 10-Euro-Gebühr wurde schon diskutiert, aber das nur am Rande.

Einen interessanten Einblick gewannen wir letztthin bei einer Diskussion über Ernährungstherapie. Bei palliativen und hospizlichen Diskussionen geht es ja meist um die Frage, wie Essen und Trinken am Lebensende zu handhaben sind, also hauptsächlich darum, dem Sterbenden leidvollen Durst zu ersparen bei Verzicht auf unangemessene Methoden wie PEGs. Hier also die Diskussion um eine im medizinischen Sinne normale Ernährung und all die kleinen Probleme und Tricks, die bei Alter und Demenz sinnvoll oder nötig sind.

Es wurde rasch klar, daß der ärztlichen Seite die pflegerischen Standards unbekannt waren oder sind. Und damit sind wir bei einem wichtigen Problem: Was sollen pflegerische Qualitätsstandards, wenn sie der wichtigste Partner der Pflege, die Ärzteschaft, nicht kennt und somit auch nicht einfordern kann? Was hat das für Konsequenzen, wenn wir jetzt einen Schmerzstandard einführen, den die Ärzteschaft dann ignoriert? Wir brauchen sehr aktive Bemühungen, um diese Lücke zu schließen, nicht nur beim Thema Schmerz.

Ein anderer interessanter Punkt: Die Bewertung der Bedeutung von Schmerztherapie. Eine Kollegin vermutete, das Schmerzproblem sei „die Kuh, die jetzt durchs Dorf getrieben wird. Im nächsten Jahr ist es eine andere.“ Der Verdacht ist sicher zu prüfen: Haben wir hier eine Modeerscheinung, überziehen wir das Thema?

Es gibt wie gesagt gute Belege für die Mängel an palliativer Versorgung in Heimen. Insbesondere die Schmerzbehandlung bei Demenz weist markante Unterschiede gegenüber mental intakten Vergleichsgruppen auf, selbst bei akutem Schmerz, postoperativ z. B.

Abgesehen davon haben viele Zeitgenossen vor Schmerzen größere Angst als vor dem Sterben selbst, und auch die Euthanasie-Diskussion enthält Argumente dieser Art. Freisein von Schmerz ist einfach ein wesentliches Element jeglicher Lebensqualität. Außerdem glaube ich, daß wir am besonders markanten Phaenomen Schmerz sozusagen palliative Versorgung einüben können. Genau das versuchen wir ja mit unserm Schmerzprojekt in der BHS.

Ein wesentliches Nebenziel bei diesem Projekt ist die Stärkung der pflegerischen Kompetenz und damit auch des pflegerischen Selbstbewußtseins. Pflege muß als gleichwertiger Partner gegenüber anderen Kompetenzen auftreten können. Dazu

muß sie aber auch die nötigen Kenntnisse erwerben. Beides geht notwendigerweise Hand in Hand: Wer kein Selbstwertgefühl hat, empfindet wenig Motivation zur Entwicklung, hat keine Neugier und keine Freude am Wissen. Ich freue mich immer wieder und wundere mich auch ein bißchen, wieviel davon bei allem Frust bei Pflegenden davon erhalten ist. Aber wir sollten nicht glauben, daß diese Flamme nicht erlöschen kann. Hier und da ist das Feuer einfach tot, und die finanzielle und gesellschaftliche Entwicklung macht uns da große Sorgen.

Ich will nicht verhehlen, daß mir für unseren kleineren Horizont hier und jetzt ein anderer Punkt Sorge macht: Angenommen wir etablieren unser Schmerzprojekt im Riensberger Einzugsbereich, bringen den Schmerzstandard zum Laufen und informieren die heimversorgenden Ärzte: Was ist mit den übrigen Häusern der Bremer Heimstiftung? Denn ohne daß sich jemand aktiv um Einführung und Pflege solcher Projekte an Ort und Stelle kümmert, wird sich nicht viel bewegen.

Es wird darauf hinauslaufen müssen, daß *lokale Austauschforen* für die gegenseitige Abstimmung zwischen Ärzten und Pflegenden Bestandteil des Projekts werden, für die auf pflegerischer sowohl wie ärztlicher Seite Verantwortliche benannt werden. Wie oben angedeutet, erwarten zumindest einige Ärzte dafür Honorar, was mir wenig aussichtsreich erscheint.

Es läßt sich nicht leugnen: Die ärztliche Versorgung stellt sich immer wieder als Schlüsselproblem beim Thema „Palliativversorgung in Heimen“ dar. Deswegen halten wir immer wieder Ausschau nach Modellen, wo die Versorgung funktioniert, nach Netzwerken und Verbänden.

Ich sehe eigentlich, was die ärztliche Versorgung betrifft, nur zwei Möglichkeiten. Entweder man entschließt sich zur Einrichtung von Heimarztstellen und eines eigenen heimärztlichen Dienstes. So etwas gibt es bei uns nur ausnahmsweise, in anderen Ländern ist es die Regel. Oder man schafft Praxisverbände, die kollektiv die palliative im Rahmen der gesamten ärztlichen Versorgung garantieren, und dazu gehört nicht nur eine ausreichende Qualifikation in Palliativmedizin, sondern vor allem die Garantie, daß die intensivere ärztliche Versorgung in der eigentlichen Sterbephase auch wirklich geleistet wird. Es muß Bereitschaftsdienste zu diesem Zweck in den Heimen geben, denn gerade in der aktuellen Sterbephase treten manchmal neue Probleme auf, die eine alsbaldige ärztliche Intervention erfordern. Über die Möglichkeiten, hier an die pflegende Seite Aufgaben zu delegieren, haben wir auch schon kontrovers diskutiert, und wir werden das sicher weiter tun müssen.

Dieses Problem ist auch ein Honorarproblem. Ich kenne Ärzte, die aus humaner Motivation Besuche bei Sterbenden bei ausgeschöpftem Hausbesuchs-Budget machen. Aber das ist nicht die Regel, und vielleicht ist es falsch, das zu erwarten. Vielleicht fließt ja etwas von den angekündigten 250 Mio Euro der Ministerin für palliative Zwecke in diese Richtung.

Ich fasse zusammen:

Hospiz Horn und Bremer Heimstiftung sind auf mehreren Ebenen aktiv, um die Palliativversorgung im allgemeinen und die Schmerzbehandlung im besonderen in den Heimen zu verbessern, wozu in der Tat auch aller Anlass gegeben ist.

Keine dieser Initiativen oder Baustellen, wie ich sie nenne, hat bisher durchschlagenden Erfolg gehabt, obwohl sie gut begründet und sinnvoll sind. Erfolge zeichnen sich zwar in bescheidenen Einzelfällen ab, nicht aber auf breiter Linie.

Das bedeutet für uns, dass wir erst am Anfang unserer Bemühungen stehen. Vielleicht ist es weniger sinnvoll, auf den riesigen Berg zu starren, den wir noch zu bewältigen haben, sondern auf die jeweils nächsten Schritte, die zu tun sind. Sie sind in unserem Fall klar vorgegeben: Durchsetzen des Schmerzstandards im Heimbereich und seine systematische Propagierung bei der Ärzteschaft.

Es gibt eine hübsche Parabel von einem japanischen Einsiedler, der sich zum Lebenszweck setzte, durch einen Granitberg einen Tunnel zu meißeln, weil dieser zwei benachbarte Dörfer trennte. Er schaffte in seinem Leben nur wenige Meter. Aber der Tunnel wurde schließlich fertig – lange nach seinem Ableben. Wir sind insofern in einer vergleichbaren Situation, als wir die Notwendigkeit eines Anfangs erkannt haben, ohne zu wissen, wann ein Abschluss überhaupt denkbar ist.