

Mit und ohne Corona:

Die Versorgung und Betreuung von alten, kranken und sterbenden Menschen auf dem Prüfstand

Köln, 13.04.2020 (überarbeitete Version, 22.04.)

In bester Gesellschaft mit anderen sozialen Berufen nahmen ab März d.J. und mit der sog. Corona-Krise und deren Systemrelevanz die Belastungen deutlich zu. Neuartige Regelwerke im Gesundheitswesen führten zu gewaltigen Herausforderungen. Die stationäre wie die ambulante Pflege, die Versorgung und die Betreuung (professioneller und familiärer Art) können nun nicht mehr ganz so einfach „übersehen“ werden. In der Krise zeigte sich, wie sehr wir gesellschaftlich und familiär abhängig sind von der Spontaneität des Einsatzes, dem grenzenlosem Einsatz (mit guten bis schlechten Schutzvorkehrungen), von dem schlichten Zupacken – trotz der gesellschaftlichen Distanzregeln – während der Pandemie. Die Berufe der Pflege und Betreuung (neben der Medizin und dem Hebammenwesen) und deren Bezugssysteme (Bewohner, Patienten, Kunden) stehen im Fokus der Fachgruppe „Systemisch pflegen-betreuen-beraten“ der DGSF. In großer Sorge um das, was in der stationären Altenhilfe, der Trennung von Familien und Angehörigen zu den Bewohnern durchzustehen galt und den extremen Arbeitsbedingungen der Fachkräfte lenken wir mit diesem Artikel unser Augenmerk auf einige systemrelevante und äußerst systemische Aspekte.

Wir nehmen an, dass die Corona-Krise länger dauern wird. Wir verbinden unsere fachlichen Reflexionen mit der großen Hoffnung, dass auch *nach* Corona nicht nur die Handlungsfelder der Pflege und große Teile der Organisation des Gesundheitssystems sich ändern müssen, sondern dass genau die „personennahen Dienstleistungen“ in mehrerer Hinsicht Aufwertung benötigen. Der Beifall während der akuten Krise war enorm, gut und hilfreich, doch worin zeigt sich die Nachhaltigkeit?

1. Gegenwärtige Herausforderungen

Die derzeit mit der Pandemie COVID-19 einhergehenden Einschränkungen, Beschränkungen und Verbote sorgen auf diversen Ebenen für psychische, soziale und spirituelle Belastungen. Das gilt insbesondere für Schwerkranke und deren Zugehörige. Menschen bleiben damit in ihrer Not und Angst in dieser existentiellen Situation alleine, selbst sterbende Patient*innen erhalten keinen Besuch, obwohl dies auch von politischer Seite so nicht vorgesehen ist. Das gilt für Krankenhäuser, Intensiv- und Isolierstationen, trifft aber auch auf Altenpflegeeinrichtungen zu. In den Einrichtungen der Altenhilfe ist die Not besonders groß. Es fehlen Schutzmaterialien für die Pflegenden, es fehlen weiterhin personelle und technische Ressourcen. Pflegende haben Sorge darum, dass sie die notwendigen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen nicht wie notwendig aufrechterhalten können. Derzeit liegt der Hauptfokus bei der Verteilung von Ressourcen bei den Krankenhäusern und dort bei den Intensivpflegeeinheiten.

So gelten stationäre Pflegebereiche derzeit als Hochrisikobereiche, sie finden nur bei der Auflistung der Corona-Fallzahlen Beachtung. Dabei hat sich der pflegerische Alltag gravierend verändert. Es gibt strikte Besuchsverbote für Zugehörige, die sozialen Angebote sind gestoppt, Gruppenangebote gibt es nicht, jeder hält sich in seinem Zimmer alleine oder in wenigen Zimmern auch zu zweit auf. Auch die Audits des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen wurden bis in den Herbst ausgesetzt; die

Einrichtungen sind mehr als sonst von der Umwelt abgeschnitten. Eine Beobachtung von außen ist über Corona relevante Fakten/Zahlen hinaus unmöglich.

Besorgte Zugehörige nutzen nun die Möglichkeiten geöffneter Türen und Fenster, um mit ihren Pflegebedürftigen weiter im persönlichen Kontakt zu bleiben. Wer kann, telefoniert oder nutzt andere Möglichkeiten der digitalen Kommunikation. Enkel schreiben Briefe an oder malen Bilder für ihre Großeltern.

Und trotz dieser deutlich distanzierten Kontakte und des Abstandsgebotes bedarf es der konkreten Beziehung zu anderen Menschen. Besonders belastet sind bettlägerige und demenziell stark veränderte Menschen, auch Bewohner im Wachkomazustand und Sterbende. Wie erleben Sie die Kontaktunterbrechung zu Ihren Liebsten? Welche Reaktionen zeigen sie?

Wer nimmt sich der unterbrochenen und nicht befriedigten Beziehungsbedürfnisse an? Wie gehen Pflegende damit um, dass die Bewohner viele Stunden am Tag so isoliert leben müssen? Senioren und Patienten sind durch das Abstandsgebot verstärkt angewiesen auf die sie begleitenden Pflege- und Betreuungskräfte in den Senioreneinrichtungen. Den Verlust und das soziale Bezogensein professionell zu begleiten, dies fordert von den Professionellen ein hohes Maß an zusätzlicher und neuer Beziehungsarbeit. Dies geschieht in einer Situation, in der die Personaldecke eh schon seit langer Zeit am Limit ist. Da hilft es auch nicht, wenn die Fremdbeobachtung wegfällt, weil niemand mehr in die Einrichtung kommt.

Über die soziokulturellen und anthropologischen Wirkungen und Nebenwirkungen der im Zusammenhang angeordneten Sicherheits- und Schutzmaßnahmen hören wir derzeit wenig. Dabei wäre es so wichtig, sich um diese Phänomene schon jetzt zu kümmern, damit sie nach weiteren Veränderungen nicht alle beteiligten Systeme explosionsartig betreffen.

Blenden wir die Sicht der professionell Pflegenden ein, dann treffen die Auswirkungen der Corona-Krise diese Frauen und Männer in doppelter Hinsicht. Sie sind auch als Bürger*innen unseres Landes betroffen und müssen sich in den eigenen Familiensystemen um hilfreiche Maßnahmen kümmern. Wie viele Pflegekräfte selbst in ihrer Familie Pflegebedürftigen oder Kinder betreuen, liegt im Dunkeln. In den stationären wie in den ambulanten Senioreneinrichtungen wird momentan trotz der Distanz- und Abstandsgebote mentale und körperliche Nähe und Empathie abverlangt. Wie geht es Pflegekräften mit Corona-relevanten Vorerkrankungen? Welche Schutz- und Sicherheitskonzepte werden ihnen vom Arbeitgeber und/oder vom Team angeboten? Mit welchen Bedürfnissen und herausfordernden Verhaltensweisen werden sie nun durch die Corona-Krise in den Pflegesituationen konfrontiert? Welche Gefühle/Emotionen/Affekte treten neu auf? Gibt es dazu gesicherte Handlungskompetenzen? Da die Situationen vermutlich eher instabiler geworden sind, fehlt es vermutlich an Routinen. Dies belastet zusätzlich, erzeugt Angst, Wut, Scham und Schuld.

Die Vermeidung von Teamarbeit u. a. Gruppenkonstellationen führt dazu, dass Besprechungen und Schulungsmaßnahmen eher abgesagt werden oder stark verkürzt und virtuell stattfinden. Es fehlt den Pflegenden selbst in mehrfacher Weise an Beziehungsmöglichkeiten; was werden Folgen sein, denn Beziehungsqualitäten lassen sich nicht konservieren.

Die Öffentlichkeit sieht Fotos von Pflegekräften und Ärzten mit all den Druckstellen und Wunden, die durch das Tragen der Schutzkleidung hervorgerufen wurden. Diese Bilder weisen auf die physischen Druckstellen hin, vielmehr aber drücken sie spiegelbildlich den sozialen und gesellschaftlichen Druck der derzeitigen Krise im Gesundheitssystem und unserer Gesellschaft aus.

Seit mehreren Jahren wird über psychische Überlastungen der Pflegekräfte nachgedacht und erste Forschungen wurden angestoßen. Wie geht es unseren Pflegekräften? Wie halten Sie die

Belastungen aus oder eben auch nicht? Wie steht es um ihre Resilienz? Was hält sie trotz der globalen Krise gesund und leistungsfähig? Wie hilft die Gesellschaft und wirken sich die neueren spezifischen Gesetze (z. B. Pflegestärkungsgesetz) in diesem Zusammenhang aus?

Seitens der Pflegekräfte konzentriert sich alles auf die professionelle Funktionalität, sie leisten ihre körpernahe Arbeit und sind für die ihnen anvertrauten Bewohner und Patienten präsent. Die professionelle Pflege kennzeichnet ein hohes Berufsethos, dieses treibt an zu einem hohen Einsatz und Qualitätsanspruch. Für die Bearbeitung eigener Betroffenheit in den Gefahren der Pandemie, die damit verbunden intensivierten Sterbefälle und die Trauer bleibt derzeit wenig oder gar kein Raum.

2. Ökonomische und ethische Gesichtspunkte

In der stationären Senioreneinrichtung zeigt sich wie im Krankenhaus die ganze Bandbreite menschlichen Lebens. Die Einrichtung ist geprägt durch die Menschen, die auf gute Lebens- und Arbeitsqualität hoffen, und die jeweiligen Rahmenbedingungen, die durch die Träger der Einrichtungen Möglichkeiten erschaffen oder Grenzen setzen. Die Herausforderungen liegen in der Gestaltung und Bewältigung alltäglicher und herausfordernder Situationen. Immer geht es um den Menschen, seine Bedürfnisse und seine Befindlichkeiten, sein Wissen und Können und um verantwortliches Handeln in den relevanten Situationen. Ethische Reflexionen fragen nach dem „was ist für den Menschen gut?“ und so geht es darum, die gelebten Routinen auf ihre Normen und Werte (Moralitäten) hin zu reflektieren. Bekannte allgemeine Prinzipien sind hierbei „das Nichtschadensprinzip (Vermeidung von unnötigem Leid und Bewahrung vor Schaden), das Autonomieprinzip (Respekt vor der freien Entscheidung, in so vielen Lebensbereichen so umfangreich und so lange wie möglich), Prinzipien der Gerechtigkeit (in seiner ursprünglichsten Form: gleiche Fälle gleich, ungleiche Fälle ungleich behandeln) oder Prinzipien der sozialen Zuträglichkeit (Vermeidung unverhältnismäßigen Aufwandes). Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Leidvermeidung sind wichtige Orientierungspunkte im ethischen Nachdenken.“ (Sedmak 2013:19-20) Diese ethischen Prinzipien finden sich auch in den berufsethischen Codizes der Pflegefachkräfte (ICN-Codex) wieder. Im Alltag in einer Senioreneinrichtung werden diese Prinzipien und Orientierungspunkte tagtäglich vielfach in den Alltagssituationen angewendet, wenngleich dazu die Zeit und Orte für die Reflexion des eigenen Handelns fehlen. Unabhängig davon, ob es sich dabei um regelhafte, schwierige, komplexe oder gar gefährliche Situationen handelt, ist es zukünftig notwendig, den *systemrelevanten* Akteur*innen eine moralische Selbstreflexion zu ermöglichen. Diese ist die Quelle des unverzichtbaren Vertrauens der Pflegeempfänger und ihrer An- und Zugehörigen und der Gesellschaft in das professionelle Handeln. Pflegende sind herausgefordert, den Bewohnern im Miteinander auf den Wohngruppen nicht nur Rechte auf Individualität zu ermöglichen, sondern ihnen auch notwendige Pflichten im Sinne des Schutzes oder der Bewältigung gesundheitlicher oder/und sozialer Einschränkungen vor gegenseitiger Ansteckung abzuverlangen. Ohne respektvolle und achtsame Mit-Menschlichkeit gelingen viele Begegnungen nicht. Dem Pflegepersonal kommen hierbei vielerlei Verantwortlichkeiten in der Steuerung, der Initiierung, der Begleitung und Beratung zu. Hier eine transparente abwägende und begründende Praxis zu etablieren, schafft Vertrauen, Vertrauen wiederum reduziert Komplexität und stärkt die Resilienz. Die vielfältigen und immerwährenden Entscheidungserfordernisse in der Pflegepraxis verlangen den Pflegefachkräften eine hohe professionelle Handlungskompetenz verbunden mit einer verantwortungsethisch geprägten Haltung ab. Bisher fehlt es in der Praxis vielfach an situationsbedeutsamen und im Alltag praktikablen Unterstützungs- und Beratungskonzepten.

Auf der anderen Seite werden diese professionellen Leistungen der Pflegefachkräfte durch ökonomische Faktoren begrenzt. Die Folgen sind anhaltender und zunehmender Zeit- und

Kostendruck und fehlende regelhafte Unterstützungs- und Beratungsangebote. Auch hat sich gezeigt, dass die notwendige Vorratshaltung und Bereitstellung notwendiger Ressourcen für außergewöhnliche Belastungen nicht stattgefunden haben. So werden Schutzkleidungen rationiert und Pflegekräfte aus verschiedensten Bereichen rekrutiert oder Helferqualifikationen aufgerüstet. Die fehlenden Fachkraft- und Personalbesetzungen stellen große Herausforderungen an die Führungskräfte in den Bereichen der Personalentwicklung und Kompetenzentwicklung. Dazu kommen noch die notwendigen Dokumentationsleistungen und die damit verbundenen Qualifizierungsmaßnahmen, auch der Einführung in Digitalisierung in der Pflege.

Die bisher schon beschriebene Mitgefühlerschöpfung in den Pflegeberufen (vgl. Rohwetter 2019) zeigt, dass es eine Vielfalt von Phänomen im Erleben, Bewältigen und Verarbeiten von belastenden Erfahrungen sowohl auf der Seite der Pflegeempfänger als auch der der Pflegenden gibt. Die vorhandenen bzw. (noch) zu entwickelnden Beratungskompetenzen der Pflegefachkräfte spielen bei der Entwicklung von Resilienz und der Bewältigung von Krisen eine herausragende Rolle. Mitarbeitende im Gesundheitswesen, egal aus welcher Profession, sind immer mit enormen Belastungen konfrontiert. Diese Mehr-Belastung mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu minimieren, wird derzeit in der Krise beachtet. Nachbarn von Pflegeeinrichtungen malen Plakate, in Stadtteilen klatschen Menschen am Abend, Kindergärten und Schulen kreieren Aufgaben, so dass Bilder oder Briefe die Senioren in ihren Einrichtungen erreichen. In Bayern werden beispielsweise Bonuszahlungen und kostenloses Essen und Trinken in den Einrichtungen für Pflegenden und Ärzte ermöglicht.

Die Systemrelevanz von den im System Tätigen wird derzeit auch von der Gesellschaft und der Politik zwar stärker beachtet, die systemkritischen Fragestellungen werden aber sehr selten aus der systeminternen Perspektive gestellt. Auch wenn unser Land im globalen Vergleich offensichtlich ein funktionierendes Gesundheitswesen hat, wird doch immer drängender die Frage bearbeitet werden müssen, wie die Arbeitsfähigkeit unseres Gesundheitssystems bzw. unserer stationären Pflegeeinrichtungen zukünftig erhalten werden kann. Die bisherigen Zielsetzungen, Strukturen, Arbeitsprozesse und Entscheidungen bedürfen einer Überprüfung im Hinblick auf ihre Nachhaltigkeit und Wirksamkeit. Diesen Fragen widmen sich die Führungskräfte seit Jahren in den Einrichtungen, so dass darin vielleicht auch ein Resilienzfaktor der Einrichtungen erkannt werden kann. Das damit einhergehende Risikomanagement ist geübte Praxis, auch in anderen Gefährdungslagen. (vgl. Rose 2017). „Aus der Krise lernen“ könnte heißen, die systemrelevanten Berufsgruppen und Personenkreise noch intensiver bei der Analyse von Gefährdungslagen zu beteiligen und so die bestehenden institutionellen Schutzkonzepte zu evaluieren und auch auf regionale und globale Gefährdungslagen auszuweiten. Die ausdrückliche partizipative Beteiligung aller systemrelevanten Personenkreise und ihrer gesellschaftlichen Vertretungsorgane (Pflegekammer, Berufsverbände, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Patientenfürsprecher, Heimbeirat, Alzheimer Gesellschaften etc.) erscheint zwingend geboten.

Wir erleben gerade, dass die Gesundheit aller von allen als ein sehr hohes Gut erlebt wird und ihre Gefährdung ist für alle seit Langem nicht mehr so deutlich spürbar gewesen wie heute. Jeder Einzelne, die ganze Familie, die Gesundheit von Teams oder Einrichtungen, ja auch die Gesundheit unseres Gesundheitssystems stehen derzeit im Fokus. Gesundheitsforschung fragt nicht nur danach, wie Krankheiten verhindert werden können (z. B. durch Isolation oder Impfung), sondern es werden auch Fragen wie sie Antonovsky, der Begründer der Salutogenese, schon gestellt hat, von immer größerer Bedeutung: Was hält uns gesund trotz widriger Umstände? Wellensiek und Galuska haben den aus der Werkzeugkunde stammenden Begriff der Resilienz – der Widerstandskraft, Belastungsfähigkeit und Flexibilität auf menschliche Fähigkeiten und menschliche Systeme bezogen. Sie beschreiben Resilienz als psychosoziale Kompetenz und meinen damit die Fähigkeit, „(...) sich

selbst zu regulieren, zu steuern, sein eigenes Leben gemäß der eigenen Fähigkeiten und Werte zu gestalten.“ Darüber hinaus bezieht sich der Begriff der Resilienz auch auf die Fähigkeit, Teams und ganze Organisationen auch durch Krisensituationen hindurch nachhaltig und erfolgreich zu manövrieren“ (Wellensiek/Galuska 2014:25). Genau darauf kommt es derzeit in unseren Einrichtungen an und somit auf die auf Resilienz bezogenen Führungsinterventionen der Führungskräfte und die Resilienz-Kompetenz der Mitarbeitenden. Hierzu bietet die derzeitige Krise ein sinnvolles Forschungsfeld, denn die virale Bedrohung ist nur durch verantwortliches Miteinander in der Familie, im Team, in der Einrichtung, in der Region und der globalen Welt zu bewältigen. Es kommt nicht auf Einzelne an, sondern auf alle Menschen und deren wechselseitigen Bezüge, auch die unserer Gesellschaft, Politik und die der Organisationen des Gesundheitssystems.

Neben dem erhöhten Infektionsrisiko dieser vulnerablen Gruppe, die ja nun gerade besonders geschützt werden soll, sind die psychosozialen Folgen der Kontaktbeschränkung unvorhersehbar. Es ist fahrlässig, dies alles nicht systematisch begleitend dokumentieren zu wollen, um später Rückschlüsse daraus ziehen zu können. In den Heimen sind derweilen die Qualitätsprüfungen des MDK ausgesetzt und Dokumentationspflichten wurden gelockert (Ebm-Netzwerk 2020).

„Mit dem Leben verbunden zu sein bedeutet, es ganz anzunehmen,

nicht nur in seiner Schönheit, sondern auch in seinem Schrecken,

nicht nur in seiner Leichtigkeit, sondern auch in seinem Schrecken,

nicht nur in seiner Lebensfreude, sondern auch in seinem Schmerz und seinem Leid,

nicht nur in seiner Tiefe, sondern auch in seiner Oberfläche,

nicht nur in seiner individuellen Entfaltung, sondern auch in seiner kollektiven Verbundenheit

(bzw. Regionalität sowie globalen Vernetzung Anm. A. Rose)“ (Wellensiek/Galuska 2014:199)

Vielleicht lehrt uns die existenzielle globale Krise, uns mit dem Leben im Miteinander in und mit der Natur neu anzufreunden, dabei die existenzielle Bedrohung des Lebens zu integrieren und nicht abzuspalten. Dazu können wir aus der palliativen Bewegung Lehrreiches einbeziehen.

3. Systemisches Arbeiten / Konzepte am Lebensende (Alten-)Pflege

Konzepte am Lebensende sind ohne eine Verbindung zu Palliative Care kaum möglich. Der Begriff basiert auf dem lateinischen Wort Pallium (Mantel, Umhang) und der Leitgedanke ist die würdige Sterbebegleitung in der letzten Lebensphase. Betrachtet man die Definition von Palliative Care (WHO 2002) impliziert diese einen systemischen Ansatz:

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen, auf körperlicher, psychosozialer und spiritueller Ebene.

Hierbei wird das klassische Geschehen zwischen Arzt und Patient auf das soziale Umfeld des Patienten erweitert. Im Mittelpunkt steht der Patient und seine Familie in einer Multiperspektivität und vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten; denn heute lindern durchaus eine Vielzahl von Hilfesystemen auf körperlicher, spiritueller, psychosozialer und spiritueller Ebene (Gramm, Kiepke-Ziemes, 169, 2019) das Leiden und andere angrenzende Probleme.

Durch die Hygiene- und Seuchenschutzbestimmungen durch COVID-19 ist der Blick auf den Körper und dessen Erkrankungsanfälligkeit gelenkt worden. Ganzheitlich betrachtet ist Körperlichkeit im Sinne von Leiblichkeit, die seelische, die geistige, ja die spirituelle und psychosoziale Dimension weit mehr und völlig aus dem Fokus. Die Konstruktion, die Pandemie auf vorrangig reine Desinfektions-Isolationsmaßnahmen zu reduzieren, bestimmt die derzeitigen Vorbereitungen in der Hoffnung, die zu erwartenden Krankheitsfälle planbarer zu machen. Diese Umstände erschweren die ohnehin bestehenden Belastungen von Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen und ihrer An- und Zugehörigen. So sind Pflegeeinrichtungen eher zu Isolierstationen geworden. Wichtige persönliche Kontakte, aber auch die Tages-/Wochenstrukturierungen durch Frisör, Fußpflege, diverse Gemeinschaftsangebote fehlen, von der psychosozialen und spirituellen Versorgung ganz zu schweigen. Sinnstiftende Angebote fehlen. Immer mehr Kolleg*innen berichten von gehäuften Todesfällen ohne Corona (u. a. Oma Müller, RP online 26.03.20).

Wo beginnt nun derzeit ganzheitlich orientierte Palliativversorgung?

In den meisten Einrichtungen wurden mit den Bewohnern zu Beginn des Einzuges Patientenverfügungen erstellt. Berater*innen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung nach 132g SGB V stehen zu Verfügung, um Vorstellungen und Wünsche zum Lebensende zu erfassen, um diese auch im Sinne von Patientenautonomie umzusetzen. Der Hauptteil der Bewohner*innen wünscht sich bei lebensverkürzenden Erkrankungen keine Einweisung in ein Krankenhaus mehr und verzichtet auf Intensivbehandlung. Gelten diese Überlegungen auch für den Fall der Corona-Pandemie, bei der nach einer überstandenen Intensivbehandlung mit einer Genesung gerechnet werden kann? Bei der derzeitigen Notfallversorgung bei COVID-19 ist eine ausdrückliche Zustimmung zur Intensivbehandlung gefordert. Zu genau diesen Fragen gibt es aber derzeit kaum noch Beratung. Viele neue Fragen entstehen, sie suchen nach Antworten und bleiben unbeantwortet:

Wie wirkt sich die Atemnot aus, was kann getan werden, welche Möglichkeiten stehen mir zur Verfügung? Was trägt zur Patienten-Autonomie bei, wie werden Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen, die zur Hochrisikogruppe gehören aufgeklärt? Ist würdiges Leben und Sterben in Zeiten einer Pandemie noch zu ermöglichen? Endet Ganzheitlichkeit bei Epidemien? Haben persönliche Netzwerkpartner*innen wie An- und Zugehörige, Freunde, aber auch professionelle wie Physiotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen, Kunst und Musiktherapeut*innen und Psycholog*innen in der Krise an „Systemrelevanz“ verloren? Wie sind diese Kuriositäten systemisch zu verstehen?

4. Herr Berg als Fall:

Herr Berg ist 72 Jahre alt und lebt seit einem Monat in der Senioreneinrichtung St. Stefan. Herr Berg ist pensioniert, war von Beruf Lehrer und ist kulturell sehr interessiert. Er ist ein geselliger Mensch. Er ist Pfeifenraucher und genießt außerdem gutes Essen, guten Wein, klassische Musik und liebt Opernbesuche. Er ist seit 48 Jahren verheiratet, seine Frau lebt in der ehemals gemeinsamen Wohnung im gleichen Ort. Beide haben eine Tochter und zwei erwachsene Enkelkinder zu denen ein intensiver Kontakt besteht. Die Enkel waren sehr

häufig bei den Großeltern gewesen, da die Tochter berufstätig und alleinerziehend war. Seine Frau ist in den letzten Jahren aufgrund von Arthritis und Depressionsphasen oft sehr eingeschränkt und verlässt ungern das Haus.

Vor ca. 4 Jahren wurde bei Herrn Berg eine Parkinsonerkrankung diagnostiziert. Die Erkrankung mit diversen Symptomen wurde gut eingestellt und schritt nur langsam voran. Doch vor zwei Monaten wurde Herr Berg aufgrund psychischer Ausnahmezustände, Halluzinationen, Angst und aggressiven Verhaltens in die Psychiatrische Abteilung des örtlichen Krankenhauses verlegt.

Nach dem Abklingen der Symptome und einem Kurzzeitpflegeaufenthalt in St. Stefan hat Herr Berg sich entschlossen, ganz in die Einrichtung zu ziehen, um dort eine gute medizinisch-pflegerische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Er hat sich dort gut eingelebt und fährt täglich mit dem Bus zu seiner Ehefrau, um diese zu besuchen.

Er hat nach seinem Einzug eine Vorsorgevollmacht erstellt und wünscht sich keinerlei lebensverlängernden Maßnahmen bei einer körperlichen Verschlechterung oder Krise.

Durch die Maßnahmen wegen COVID-19 hat sich auch in St. Stefan einiges verändert. Es herrscht Besuchsverbot und Herr Berg darf auch nicht mehr seine Familie besuchen. Nach einem Kliniktermin muss er zusätzlich 14 Tage in seinem Zimmer den Kontakt zu anderen Bewohnern vermeiden und eine Schutzmaske tragen. Seine Physiotherapie fällt aus und seine körperlichen Beschwerden werden schmerzhafter und er unbeweglicher.

Bezüglich seiner Vorsorgebestimmungen müsste er bei einer Erkrankung von Covid-19 eine ausdrückliche Erlaubnis zur Beatmung erteilen. Er denkt auch, dass er das tun sollte, empfindet sein Leben aber als immer sinnloser. Die Telefonate mit seiner Familie erlebt er nicht als Besuchersatz. Er ist appetitlos und antriebsschwach. Er verlässt kaum noch das Bett.

6. Was lehrt uns dieses Beispiel?

Herr Berg und seine Lebenssituation in einer Senioreneinrichtung ist nur eine von so vielen Menschen, die derzeit in Pflegeeinrichtungen leben und die vielerlei existenzielle Fragestellungen aufwerfen, die es zu bedenken gilt und die permanent neue Entscheidungen erfordern. Herr Berg und seine würdige und zufriedene Lebensweise in der Senioreneinrichtung lenkt unseren Blick auf die Einzigartigkeit jedes Pflegesettings. Die psychosoziale Reduktion der Lebens- und Begleitumstände (stationär wie ambulant) erfordert von den Fachkräften – weit über die Pflege hinaus – das Aushalten von Kontakt- und Beziehungslücken; das bloße Aushalten und Verharren wiederum steigert das Empfinden tiefer Erschöpfung und nirgendwo gibt es derzeit Orte und Zeit für die Verarbeitung, Bearbeitung (wie in der Supervision, Fallbesprechung u. a. m.).

Daher sind neben pflegerischer und medizinischer Versorgung auch begleitende und beratende Angebote für den Einzelnen und seine Familie so wichtig. Hier zeigt die Corona-Krise wie hoch bedeutsam es ist, dass Betroffene Zugang zu den notwendigen gesundheitsbezogenen Informationen haben, dass sie die Möglichkeit und Zeit haben, diese Informationen zu verstehen und dass das sich daraus ergebende gesundheitsbezogene Handeln geübt und umgesetzt wird. Kernkonzepte und Entwicklungen der Gesundheitsförderung und die Gesundheitskompetenzen sind zukünftig von

immer größerer Bedeutung. Dazu gehören auch eine palliative Haltung und die Konzepte von Palliative Care und Palliative Medizin der Gesundheitsdienstleister in allen Bereichen unseres Gesundheitswesens und unserer Gesellschaft.

„Entscheidend ist hierbei die Einsicht, dass notwendige Verhaltensveränderungen auf Ebene der Bevölkerung und in den Institutionen (denen bei Covid-19 besondere Bedeutung zukommt) nie allein durch eindimensionale Einzelinterventionen (z.B. gesetzliche Vorschriften), sondern nur durch Mehrfach- bzw. Mehrebeneninterventionen erreicht werden können, zu denen eben auch psychologische, soziale, ökonomische und politische Maßnahmen zählen.“ (Schrappe et al 2020)

7. Vernetzen und kooperieren auf allen Ebenen: Netzwerke-Communities herausgefordert

Alle Bereiche des Gesundheitswesens, in denen das Lebensende begleitet wird, wurden durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG 2015) gestärkt. Die meisten Menschen, ca. 40 Prozent versterben nach wie vor im Krankenhaus. Danach ist die vollstationäre Altenhilfe mit ca. 30 Prozent der zweitgrößte Sterbeort in Deutschland. Mit diesem Gesetz soll unabhängig vom Wohnort gute, fachliche, menschenwürdige palliative und hospizliche Begleitung zur Verfügung gestellt werden.

Für die Umsetzung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, aber auch der Eingliederungshilfe werden im § 132g Abs.3 SGB V vor allem vier Eckpunkte gefordert: frühe Beratungen zu Entscheidungen am Lebensende, (palliative) Fallgespräche, Notfallplanung und Zusammenarbeit mit den örtlichen Netzwerken (vergl. Rolke et al 2019, Eigenverlag). In der Regel haben die Einrichtungen hierzu Konzepte erstellt, die An- und Zugehörigen, ambulante (Hospiz-)Dienste, niedergelassene Hausärzt*innen, Palliativmediziner*innen, Apotheken, Seelsorger*innen, Palliative Care-Teams (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) in die Versorgung von schwerstkranken Menschen einbeziehen. Diese Kooperationen und Netzwerke sind derzeit mehr oder weniger eingestellt. Es gibt Einrichtungen, die keine palliativmedizinische Versorgung mehr zulassen.

Ebenfalls in der Versorgung dementiell veränderter Menschen und in der Quartiersarbeit sind die Einrichtungen in der Regel gut vernetzt und werden durch ehrenamtliche Besuche, Freizeit und Hilfsangebote (wie tiergestützte Begleitung, Musik, Kunst, Einkäufe, Gesprächsangebote, Café oder Frühschoppenveranstaltungen etc.) gut in das Gemeinschaftsleben eingebunden.

Auch wenn dies durch die Corona-Pandemie derzeit brach liegt, entstehen neue Angebote, kreative Hilfen und Solidaritätsbekundungen. Die durch die Einschränkungen frei gewordenen zeitlichen Möglichkeiten, lassen sich wachsende Caring-Communities beobachten. Dies scheint vor allem dann zu gelingen, wenn die Einrichtungen die Bereitschaft zur Öffnung zeigen (bspw. Nachrichtensendungen online) aus der Einrichtung an die An- und Zugehörigen (ZDF-Heute 03-04.20) oder der Aufruf Briefe zu schreiben, Bilder zu malen, über Fenster und Balkone Frühsport, Musik oder Frühschoppen anzubieten. Professionelle Netzwerkpartner sind auf der Suche nach unterstützenden Möglichkeiten, wie Gesprächsangebote, Beratung, Supervision, Trauerarbeit telefon- und/oder videogestützt anzubieten und ein Abschiednehmen bei Sterbenden zu ermöglichen. Bei den derzeitigen Berichterstattungen unterscheiden sich unseres Erachtens die Angebote qualitativ in Form von Wahlmöglichkeit und Autonomie der Bewohner*innen (was kann und möchte der/die Bewohner*in zur Verfügung stellen oder auch bekommen?), individuellen Gruppenangeboten oder Solidaritätsbekundungen (klatschen).

Auch wenn die Krise hohe Einschränkungen und Isolation abverlangt, so ist sie zu gleicher Zeit Geburtsort für wertvolle Neuentwicklungen.

Zwischenfazit

Pflegekräfte puffern und federn in schwierigen Situationen Vieles ab; in den vielfältigen Interaktionen (Senior*innen, Kolleg*innen, Professionen u. a.), deren Kommunikation oder Nicht-Kommunikation und gelegentlich auch in der Schlichtung zwischen Patient*innen, Angehörigen, Mediziner*innen, Verwaltung, Ämter u. a. Hilfsdienste. Genau in diesem Bemühen fühlen sie sich oft alleine gelassen, dazu kommt: bei ihnen lässt jeder an der Versorgung Beteiligte „seinen Dampf ab“.

Die aktuelle Corona-Krise dauert an und nach dem anfänglich großen Verständnis aller Beteiligten auch für einschneidende Maßnahmen kommt jetzt Ungeduld, Unverständnis und Frustration auf. Diese Frustration, die in erster Linie den Pflegekräften entgegengebracht wird, spüren sie ja letztlich in sich selbst, ebenfalls die Sorge um die eigene Gesundheit, die eigene Familie, die Freunde und Kollegen.

Auch wenn in der Gesellschaft allmählich ein Verständnis für die Schwere der pflegerischen Arbeit entsteht, bleibt zu hoffen, dass die vielen institutionellen Akteure und Fachgesellschaften ihren Hut für die Profession der Pflege aufsetzen und aufgesetzt lassen. Die betroffenen Fachkräfte sind zunehmend erschöpft und ihre damit einhergehende Mitgeföhlerschöpfung wird es ihnen nur schwer möglich sein lassen, sich politisch für die eigene Profession stark zu machen. Daher sind wir alle als Akteurinnen zur Solidarität herausgefordert.

In allen Mikro-Lebensbereichen, in der Welt der Institutionen (Meso-Bereichen) und gesamtgesellschaftlich/politisch sind viele weitere Neuerungen angesagt; nach der Krise: wann ist das?

Welcher Zustand wird das sein? Ist das ein Zustand vor einer neuen Krise? Wachstum und Entwicklung – aus der systemischen Sicht – finden dann statt, wenn wir uns die sehr konkreten Erfahrungen der Krisenbewältigung anschauen und daraus eine tiefe Haltung der Offenheit für viele neue und passendere Bewältigungsstrategien generieren.

7. Literatur

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.

Beushausen, J. (2013). Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Biederbeck, M. (2006): Interaktion zwischen chronisch kranken Menschen und pflegenden Angehörigen. Dissertation, Universität Bremen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (o.J.): Kritische Lebensereignisse im Alter - Übergänge gestalten. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 49. Köln: BZgA.

Deutscher Ethikrat (2020): Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc-Empfehlung.

Deutsches Netzwerk Evidenz- basierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk) - Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer (2020): Covid-19 Pandemie: So viel Zeit muss sein! Keine Experimente mit der alten und chronisch kranken Bevölkerung ohne wissenschaftliche Begleitung. <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-20200327-covid19-begleitforschung> (Zugriff zuletzt am 13.04.2020)

Friedemann, M. L., Köhlen, Ch. (2010): Familien- und umweltbezogene Pflege. Bern: Hans Huber.

George M., Faktenscheck Gesundheit, Bertelsmann-Stiftung, 2015,
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Unterstuetzung_Belastete_Schwerstkranke_Sterbende_Trauernde.pdf Zugriff am 13.04.2020

Gramm J., Kiepke-Ziemes S. (2019): Der Einsatz des Genogramms in der Palliativversorgung
Psychotherapie im Alter, Themenheft «Intergenerationelle Beziehungen, Gießen, Psychosozial
Verlag,169

Hantel-Quitmann, W. (1997). Beziehungsweise Familie. Bd. 3. Freiburg: Lambertus.

Heuel, G. (2020): Professionelle Reproduktionsarbeit und der Wert in der Gesellschaft.
file:///C:/Users/scatu/OneDrive/Desktop/Professionelle-Reproduktionsarbeit-und-der-Wert-in-der-Gesellschaft_Guido-Heuel_20200331.pdf(Zugriff (Zugriff zuletzt am 05.04.2020)

Münch U. ,Müller H., Deffner T, Schmude von A. , Kiepke-Ziemes S., Radbruch L., Empfehlungen zur
Unterstützung von belasteten, schwerkranken sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-
Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive, 09.04.2020
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Unterstuetzung_Belastete_Schwerstkranke_Sterbende_Trauernde.pdf Zugriff am 13.04.2020

Riedel, A. & Linde, A.-C. Hg. (2018): Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte-Werte-Phänomene.
Berlin: Springer.

Rolke R., Kiepke-Ziemes S., Schönhofer- Nellessen V., Spicher J., (2019) Gesundheitliche
Versorgungsplanung mit Aachener System, Aachen, Eigenverlag.

Rose, A. (2017: Sexualisierte Gewalt in der Alten- und Krankenhilfe. Blick auf institutionelle Risiken
und Abbilder von Realitäten der Krankenhäuser. Seite 121-150 In: Wazlawik, M. & Freck, S. Hrsg.
(2017): Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen. Wiesbaden: Springer.

Schmidt, U. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (2005): Enquête-Kommission „Situation und
Zukunft der Pflege in NRW“. Erkrath: ToennesDruck + Medien.

Schrappe, M. (2020) et al: Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-COV-2/Covid-19. Datenbasis
verbessern. Prävention gezielt weiterentwickeln. Bürgerrechte wahren. Endversion vom 05.04.2020.
https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/news/2020/thesenpapier_endfassung_200405.pdf
Zugriff zuletzt am 13.04.2020

Sedmak, C. (2013): Mensch bleiben im Krankenhaus. Zwischen Alltag und Ausnahmezustand.

Wien/Graz/Klagenfurt: Verlagsgruppe Styria.

Schwarz, R. (2009): Supervision und professionelles Handeln Pflegender. Wiesbaden: Verlag für
Sozialwissenschaften.

Spahn, J. (2020): Maßnahmen gegen Coronavirus. Spahn kündigt Hilfe für Pflegebranche an.
Tageschau.de, 19.03.2020. <https://www.tagesschau.de/inland/spahn-corona-pflegebranche-101.html>

Mittler, D: Die Angestellten wollen Patienten bestmöglich versorgen, aber gleichzeitig die eigenen Angehörigen nicht gefährden. Fehlende Schutzkleidung erschwert das mancherorts. Süddeutsche Zeitung, 16.03.2020. <https://www.sueddeutsche.de/bayern/coronavirus-bayern-pflegekraefte-schutz-1.4846993>

Münch, U., Müller, H., Deffner, T., Schmade von, A., Kiepke-Ziemes, S., Radbruch, L., (2020): Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerkranken sterbenden und trauernden Menschen in der Corona- Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive, 09.04.2020

Tempel, J. & Ilmarinen, J. (2013): Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. Herausgegeben von Giesert, M. Haburg: VSA.

Wanka, K., Antwerpes, F. (2013): International Council of Nurses. https://flexikon.doccheck.com/de/International_Council_of_Nurses#Hintergrund (Zugriff am 13.06.2019).

Wellensiek, S. K. / Galuska, J. (2014): Resilienz. Kompetenz der Zukunft. Balance halten zwischen Leistung und Gesundheit. Weinheim und Basel: Beltz.

Zwicker-Pelzer, R. (2013). Sorgende und umsorgende Aspekte in der Beratung von Familien im Kontext von Alter und Pflegebedürftigkeit. Kontext 44 (3), 273-281.

Zwicker-Pelzer, R. (2014). Beratung von Familien im Kontext von Alter und Pflegebedürftigkeit. S.47-64 in Bauer, P., Weinhardt, M. (Hg.): Perspektiven sozialpädagogischer Beratung. Weinheim: Beltz.

Zwicker-Pelzer, R. (2017). Angehörige als Zugehörige im Prozess der Pflege und Betreuung: Niemand ist (hoffentlich) alleine krank, in: L. Schirra-Weirich, H. Wiegelmann (Hrsg.), Alter(n) und Teilhabe (S. 273-290). Opladen: Budrich.

Zwicker-Pelzer, R., Geyer, E., Rose, A. (2011). Systemische Beratung in Pflege und Pflegebildung. Opladen: Budrich.

Zwicker-Pelzer, R., Hawellek, Ch., Becker, U. (2018). Eindeutig uneindeutig. Demenz systemisch betrachtet. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Zwicker-Pelzer, R., Hundenborn, G., Heuel, G. (2018): Kultursensibilität im Gesundheitswesen.

Rheinische Post online: https://rp-online.de/nrw/staedte/krefeld/krise-in-krefeld-corona-und-das-traurige-schicksal-von-oma-mueller_aid-49766307 Zugriff am 07.04.2020

8. Autorinnen

Alle drei Autorinnen sind fachlich in den Feldern der pflegerischen, psychosozialen Arbeit, der Aus- Fort- und Weiterbildung über viele Berufsjahre hinweg in unterschiedlichen Organisationen tätig. Gemeinsam sind sie Sprecherinnenteam der Fachgruppe Systemisch pflegen – betreuen – beraten der DGSF (www.dgsf.org; www.dgsf.org/ueber-uns/gruppen/fachgruppen/pflegen/pflegen).

Susanne Kiepke-Ziemes, Dipl.-Sozialpädagogin, Lehrende für systemische Beratung, Therapie, Coaching, Supervision (DGSF), Systemische Organisationsentwicklung, Kursleitung Palliative Care und Palliative Praxis (DGP), Trainerin und Mitinitiatorin: GVP mit Aachener System beraten (GVP) Projektkoordinatorin für das Projekt: „*Würdige Sterbebegleitung*“, Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e.V. Systemische Beratung Trauernder, Lehraufträge an der Hochschule Rhein-Main,

Kursleitung und Referententätigkeit in Palliative Care und Palliativmedizin sowie multiprofessionellen Fortbildungen

Andrea Rose, Kinderkrankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Diplom-Berufspädagogin (FH), Systemische Beraterin / Supervisorin (DGSF), Supervision M.A. (DGSv), Systemische Supervisorin / Coach (DGSv), Lehrbeauftragte an der Katholischen Hochschule NRW (Pflegebildung, Systemische Beratung und Supervision), Praxis als Supervisorin/Coach, Beraterin , Trainerin im Gesundheitswesen und der Sozialen Arbeit , Weiterbildnerin in den Bereichen der Personalentwicklung/Fort- und Weiterbildung und Präventionsbeauftragte in der Kplus Gruppe GmbH; Mitwirkung in verschiedenen Projekten vom Erzbistum Köln und vom Diözesan-Caritasverband Köln, Betreuung und Begleitung von pflegebedürftigen Eltern und Nachbarn.

Prof. Dr. Renate Zwicker-Pelzer, Dipl.-Pädagogin, Dipl.-Sozialpädagogin (FH), Professorin für Soziale Arbeit und später für Erziehungswissenschaft und Beratung im Gesundheitswesen der KatHo -NRW; Systemische Familienberaterin/ Familientherapeutin, Coachin (DGSF); Supervisorin (DGSv/DGSF); Lehrberaterin/Lehrtherapeutin/Lehrsupervisorin DGSF; diplomierte Ehe-Familien-Lebensberaterin (BAG EFL), Heilpraktikerin Psychotherapie. Gründungs-Studiengangleitung des Mastes of Counseling (Ehe-, Familien- und Lebensberatung). Weiterbildnerin, 2012-2018 zweite Vorsitzende der DGSF, Mitglied in der VHBC, Wissenschaftliche Beirätin der DGfB.