Ansprechstellen im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung

Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Juli 2020 Ausgabe 84

HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG IN KRISENZEITEN

Liebe Leserinnen und Leser,

Menschen, die mit Sterbenden und Trauernden arbeiten, haben Erfahrung mit Krisen. Die Corona Krise hat sie nun aber auf andere Weise berührt. Da war eine große Unsicherheit, die Angst vor dem Unbekannten, die veränderte Kommunikation oder die Sorge um die Vereinsamung besonders der alten Menschen. Und da gab es noch weitere Themen wie die Bedenken der ambulanten Hospizdienste wegen geringer Begleitungszahlen oder der stationären Hospize wegen der zunächst unklaren Rahmenbedingungen. In den Anfängen waren alle zutiefst verunsichert. Vorsicht bleibt geboten, denn wir sehen, wohin Unbekümmertheit und Nachlässigkeit führen. In der Zwischenzeit haben wir bei aller Fragilität etwas mehr Routine im Umgang mit dem Virus bekommen. Wir gewöhnen uns an Abstände und finden alternative Formen zwischenmenschlichen Umgangs. Neben den kreativen und alltagspraktischen Fertigkeiten kann die Hospiz- und Palliativversorgung in dieser Krise Werte nutzen, die Grundlage ihrer Identität darstellen, wie Zuversicht, Geduld, Solidarität, Demut oder Vertrauen. Beide Qualitäten finden sich in den Beiträgen unserer Autorinnen und Autoren wieder.

Eine gute Lektüre wünscht Ihnen

Ihre G. Dingerkus

Dr. Gerlinde Dingerkus

INHALT

4 **Solidarität in der Krise**
Hans-Werner Bierhoff

6 **Kreativ durch die Corona-Krise**
Susanne Schübel

8 **„PandeMimik"-Tipps Gute Kommunikation trotz Maskenpflicht**
Mareike Neumayer

10 **Wir sehen uns!**
Dieter Lange-Lagemann

13 **Ganzheitlichkeit in der Krise**
Susanne Kiepke-Ziemes, Jürgen Goldmann

15 **Die ambulante palliativmedizinische Begleitung unter Coronabedingungen**
Interview mit Jan Everts und Dietmar Schlewing

17 **Die Palliativ-Ampel**
Thomas Sitte

20 **Bestattungen in Zeiten der Krise**
Christian Jäger

23 **Hospiz- und Palliativversorgung in Corona-Zeiten – ein Perspektivwechsel**
Andrea von Schmude, Martina Kern

26 **Veranstaltungen**

27 **Impressum**

SOLIDARITÄT IN DER KRISE

HANS-WERNER BIERHOFF

Solidarität stellt eine wichtige gesellschaftliche Grundlage dar. Das gilt gerade auch für moderne Gesellschaften. Eine Gesellschaft ohne Solidarität ist schwer vorstellbar. Trotzdem wird Solidarität immer wieder in Frage gestellt und neu etabliert. Einerseits haben Hilfsorganisationen wie die Hospizbewegung es übernommen, Solidarität mit Menschen, die sich in einer Notlage befinden, zu organisieren. Andererseits wird die Solidarität durch gesellschaftliche und kulturelle Veränderungen bedroht. Ein Beispiel ist die Globalisierung, die in ihren Auswirkungen auf die Solidarität noch nicht hinreichend erforscht ist.

Der Begriff der Solidarität hat mehrere Bedeutungen. In diesem Zusammenhang sind vor allem zwei zu nennen. Die eine Bedeutung ist die der Kooperation auf der Grundlage gemeinsamer Interessen der beteiligten Personen, die einer Binnengruppe angehören. Ein Beispiel dafür ist die Gewerkschaftsbewegung.
Die zweite Bedeutung ist die des Eintretens der Stärkeren für die Schwächeren, das durch eine altruistische Orientierung gekennzeichnet ist. Ein Beispiel ist die Solidarität mit der Dritten Welt, für die sich zahlreiche Hilfsorganisationen engagieren.

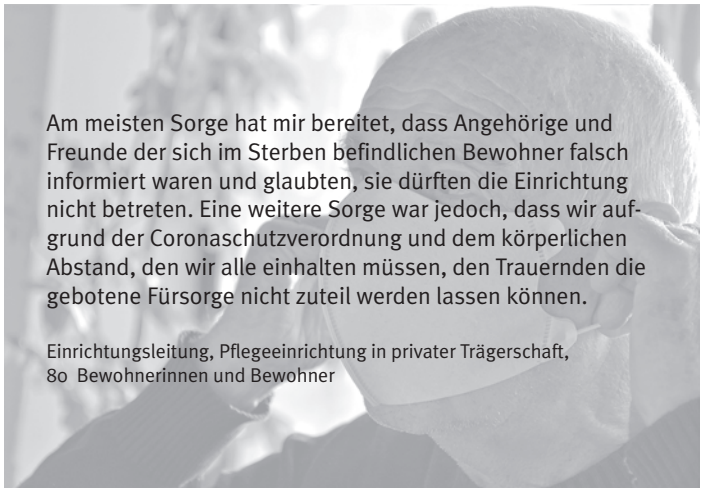
© Gerd Altmann auf Pixabay

Die Grundlage dafür ist die Perspektivenübernahme bezogen auf die Interessen anderer.

Beide Formen der Solidarität beruhen auf unterschiedlichen Werten. Während die erste auf Werten der Selbst-Erhöhung beruht (es geht um die Verbesserung der eigenen Situation in Kooperation mit anderen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden), beruht die zweite auf Werten der Selbst-Überwindung (es geht darum, eigene Leistungen zugunsten anderer Menschen zu erbringen). Mit Selbst-Erhöhung sind eigene Zielsetzungen verbunden, die möglicherweise besser erreicht werden können, wenn sich die Betroffenen zusammenschließen, weil durch den Zusammenschluss das Gewicht erhöht wird, das dem gemeinsamen Anliegen verliehen wird. Mit Selbst-Überwindung rücken Zielsetzungen anderer Menschen, die sich die Akteure gewissermaßen zu ihren eigenen Zielsetzungen machen, in den Mittelpunkt.

Tatsächlich lässt sich zeigen, dass sich individuelle Werte nach Selbst-Erhöhung und Selbst-Überwindung unterscheiden lassen. Das bestätigt indirekt, dass die Gegenüberstellung der zwei Formen der Solidarität sinnvoll ist, weil sie auf der allgemeinen Wertestruktur beruht. Werte der Selbst-Überwindung sind Wohlwollen, Toleranz, Gerechtigkeit und Schutz der Menschen und der Natur. Werte der Selbst-Erhöhung sind Macht, sozialer Status, Dominanz und persönlicher Erfolg. Selbst-Erhöhung und Selbst-Überwindung schließen sich gegenseitig aus. Wie schon erwähnt, stehen sie mit unterschiedlichen Formen der Solidarität im Zusammenhang.

Im Folgenden wenden wir uns der Solidarität mit den Interessen anderer zu, die eine Bereitschaft beinhaltet, unterprivilegierte und



Am meisten Sorge hat mir bereitet, dass Angehörige und Freunde der sich im Sterben befindlichen Bewohner falsch informiert waren und glaubten, sie dürften die Einrichtung nicht betreten. Eine weitere Sorge war jedoch, dass wir aufgrund der Coronaschutzverordnung und dem körperlichen Abstand, den wir alle einhalten müssen, den Trauernden die gebotene Fürsorge nicht zuteil werden lassen können.

Einrichtungsleitung, Pflegeeinrichtung in privater Trägerschaft, 80 Bewohnerinnen und Bewohner

hilfsbedürftige Personen zu unterstützen. Das soziale Lernen und die Entwicklung des Gewissens stellen die Voraussetzung dafür dar, die Interessen des Selbst zu überwinden. Das Gewissen beinhaltet Verpflichtungsgefühle dafür Gutes zu tun, um der sozialen Verantwortung zu entsprechen. Diese Verantwortung hängt mit dem Eintreten füreinander in Zusammenhang, das durch die Fürsorge für Familienangehörige untereinander verdeutlicht wird. Aus diesem prosozialen Engagement in der Familie kann sich ein weiter gefasstes Engagement entwickeln, das dem gesellschaftlichen Zusammenhalt dient. Familiensolidarität ist eine Vorstufe für eine weiter gefasste Überwindung des Eigeninteresses, die es ermöglicht, auf die Bedürfnisse anderer Menschen einzugehen.

Solidarität begegnet aber immer neuen Herausforderungen. In diesem Zusammenhang ist die Individualisierung der Gesellschaft zu nennen, die eine Ich-Orientierung fördert. Außerdem besteht ein erheblicher Wettbewerbsdruck, der sich im ökonomischen Bereich verschärft hat, der auch den Gesundheitsbereich erfasst hat. Betriebswirtschaftliche Denkweise kann solidarisches Handeln erschweren, wie etwa der Wettbewerbsdruck im Gesundheitsbereich zeigt. Die Globalisierung kann ebenfalls eine Krise der Solidarität auslösen. Das ist vor allem dann der Fall, wenn die internationalen Kontrollmechanismen langsamer entstehen, als die Globalisierung voranschreitet. Dann kann es zu einem internationalen Standortwettbewerb kommen, der auf Kosten der Rechte der beteiligten Arbeitnehmer ausgetragen wird.

Gleichzeitig hat aber auch die Bereitschaft der Menschen sich an Freiwilligenarbeit zu einem guten Zweck zu beteiligen und die Rückbesinnung auf freiwilliges soziales Engagement zugenommen. Die Verwirklichung der Solidarität hat sich an unterschiedliche soziale Kontexte angepasst. So lassen sich politische Verantwortung einschließlich der Verantwortung für die Dritte Welt, Familiensolidarität, gewerkschaftliche Solidarität, Solidarität in bestimmten Berufsgruppen und Solidarität mit den Kranken und Schwachen nennen. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass viele Formen der Solidarität von der internetbasierten Vernetzung der Beteiligten profitieren.

Die Sorge wegen einer möglichen Krise der Solidarität ist berechtigt. Die Ergebnisse repräsentativer Umfragen, die im Deutschen Freiwilligensurvey des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahre 2014 zusammengefasst sind, machen aber Hoffnung. Danach gehen 18.1 % der ehrenamtlichen Mitarbeitenden der freiwilligen Tätigkeit mit einem Zeitaufwand von mehr als sechs Stunden nach und 58.1 % mit bis zu zwei Stunden. Das spricht dafür, dass das Engagement der Freiwilligen sich auf einem hohen Niveau befindet. Der Schwerpunkt der Freiwilligentätigkeit liegt auf den Bereichen „Sport und Bewegung“, „Kindergarten und Schule“, „Kultur und Musik“ und im Sozialen. Bemerkenswert ist auch, dass der relative Anteil der Befragten, die sich freiwillig engagieren, zwischen 1999 und 2014 kontinuierlich angestiegen ist. Dieser Anteil liegt in der neuesten Erhebung bei beachtlichen 43.6 %. Solidarität ist definitiv kein Auslaufmodell, auch wenn die Gesellschaft durch aktuelle Krisenerscheinungen gekennzeichnet ist.

Prof. Dr. Hans-Werner Bierhoff
Fakultät für Psychologie
IB, Postfach 35
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstr. 150
44801 Bochum

KREATIV DURCH DIE CORONA-KRISE

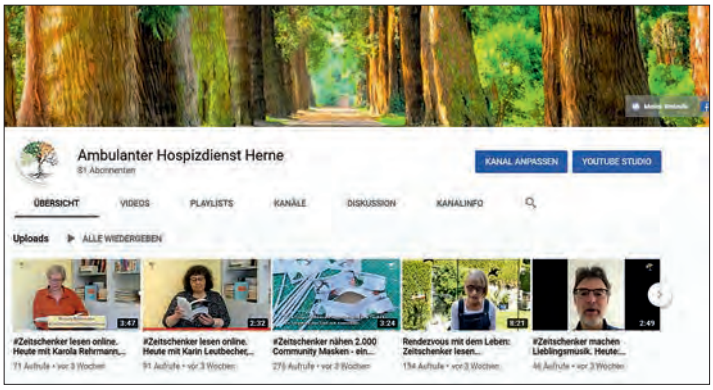
SUSANNE SCHÜBEL

Der Terminkalender für 2020 war durchgeplant, der Einführungskurs in die ambulante Sterbebegleitung gut besetzt. Tischgespräche, Trauerspaziergänge, Beratungsgruppen, Supervision und als Höhepunkt eine Kunstausstellung mit Zeitschenker-Lesung und ein Tag der offenen Tür standen an. Doch dann kam Corona und machte allen Planungen des Ambulanten Hospizdienstes Herne einen Strich durch die Rechnung. Von einem auf den anderen Tag ging der Verein in den Lockdown. Dem Schock der ersten Tage folgte rasch ein kreativer Aufbruch in Neuland.

Ambulante Sterbebegleitung ohne menschliche Nähe ist eigentlich nicht möglich, sagt die Koordinatorin Karin Leutbecher. Zudem gehörten viele der Ehrenamtlichen selbst einer Risikogruppe an und mussten schweren Herzens ihre Begleitungen aussetzen. „Am Anfang blieb uns nur das Telefon, um mit den Betroffenen und ihren Angehörigen, aber auch mit den Ehrenamtlichen in Kontakt zu bleiben“, so Karin Leutbecher. Das neue Diensthandy stand selten still. Parallel sorgten die Koordinatorinnen dafür, dass die Hotline des Palliativ-Netzwerkes Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel immer besetzt und mindestens eine Ansprechpartnerin vor Ort erreichbar war.

2.000 Community Masken

Schon sehr früh in der Corona-Krise fiel den Herne-rinnen auf, dass beruflich Pflegende und Betreuende, aber auch pflegende Angehörige und Risikopersonen nicht ausreichend mit Schutzmaterialien versorgt werden konnten. Lange vor Einführung der Maskenpflicht begann der Verein, gemeinsam mit Näherinnen der Kreativgruppe des Fördervereins Stoffmasken herzustellen – aus hochwertigem Material, bis zu 90 Grad waschbar. „Von Anfang an war uns wichtig, die Masken kostenlos an jene zu verteilen, die sie am dringendsten brauchen“, sagt die Koordinatorin Annegret Müller. Bis Anfang Juni konnten auf diese Weise mehr als 2.000 Community Masken abgegeben werden. Müller: „Wir haben in den Medien aktiv auf unser Angebot aufmerksam gemacht und zum Beispiel auf Facebook eine Riesenresonanz erzielt. Das führte nicht nur zu Geld- und Materialspenden sowie einer Flut von Anrufen und Mails, manche auch aus anderen Städten und Bundesländern, wir konnten auch drei weitere Näherinnen gewinnen, die uns bienenfleißig unterstützt haben. Das hat uns besonders erfreut.“



© Ambulanter Hospizdienst Herne

Über ambulante Hospizarbeit ins Gespräch kommen

Gleichzeitig wirkte sich die Aktion positiv auf die Wahrnehmung der ambulanten Hospizarbeit insgesamt aus. Annegret Müller: „Die Verteilung der Masken gab uns Gelegenheit, mit Anrufern und Abholenden über ambulante Hospizarbeit ins Gespräch zu kommen. Jeder ausgehändigten Maske legten wir nicht nur eine Pflege-Anleitung bei, sondern auch unseren aktuellen Infobrief. Betroffene, aber auch Einrichtungs- und Teamleitungen von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten schütteten uns bei der kontaktlosen Übergabe ihr Herz aus. Wir führten unzählige Gespräche über unsere Arbeit — draußen vor der Tür, im Hausflur, auf dem Parkplatz oder auch direkt an der Nähmaschine.“

Während Besuchsverbot Da-Sein und Zeit-Schenken am Krankenbett

Als Angehörige und Ehrenamtliche ab 20. März keinen Zugang mehr zu den evangelischen Krankenhäusern erhielten, ließ sich die Koordinatorin und Krankenhausseelsorgerin Karola Rehrmann häufiger auf Stationen entsenden, um dort vermehrt

Besuche zu machen. Die dortigen Pflegekräfte zeigten sich dankbar für Unterstützung, waren sehr hilfsbereit und aufgeschlossen. Patientinnen und Patienten reagierten freudig überrascht auf Rehrmanns Anwesenheit. Bereitwillig erzählten sie von ihren persönlichen Sorgen, Ängsten und Unsicherheiten in Bezug auf die eigene Erkrankung und die Pandemie. Der fehlende Besuch, insbesondere von nahen Angehörigen, stimmte sie traurig und verstärkte ihr Gefühl des Allein- und Ausgeliefertseins. Ihr wichtigstes Kontaktmittel nach draußen war das Telefon. Karola Rehrmann: „Mein persönliches Fazit aus diesen Begegnungen ist: Begleitung und Unterstützung mit Nase-Mund-Schutz, ohne körperliche Berührung und mit weitem Abstand sind gewöhnungsbedürftig. Überraschenderweise kann trotzdem ganz viel Nähe im Gespräch entstehen. Das Da-Sein und das Zeit-Schenken werden dankbar angenommen und als hilfreich erlebt."

Kunstausstellung und Lesungen im eigenen YouTube-Kanal

Zu den Höhepunkten des Hospizdienst-Jahres 2020 sollte die lange geplante Kunstausstellung „Rendezvous mit dem Leben" der Malerin Inge Weber gehören, kombiniert mit der Lesung „Zeitschenker lesen Lieblingstexte" und einem Tag der offenen Tür als Finissage im Juni. Die Vernissage im Februar konnte der Verein noch wie geplant durchführen, doch bereits wenige Tage später wurden die Räumlichkeiten für Gäste geschlossen. Die Koordinatorinnen machten aus der Not eine Tugend und wagten mit professioneller Unterstützung den Aufbau eines eigenen Videokanals auf YouTube. Karin Leutbecher: „Wir haben alle Bilder der Ausstellung abfotografiert, ein Video aus den Bildern zusammengestellt und unseren Freundinnen und Freunden so ein Online-„Rendezvous mit dem Leben" ermöglicht. Auch die Lesungen der Zeitschenker haben wir gefilmt und hochgeladen." Dabei erhielt der Hospizdienst viel Zuspruch und Unterstützung. Die bekannte Bochumer Schauspielerin Maria Wolf stellte honorarfrei Texte für Online-Lesungen zur Verfügung. Wolfgang Flunkert, Kreiskantor des Kirchenkreises Herne, zeichnete ausgewählte Orgel-Stücke auf, die er sogar mit einer kleinen Erläuterung versah. Karin Leutbecher: „Das hat uns wirklich viel bedeutet." Die Zahlen können sich sehen lassen: Seit dem Kickoff Ende April schauten sich dort mehr als 2.000 Nutzer die Videos an, 85 feste Abonnenten möchten informiert werden, wenn es beim Hospizdienst etwas Neues gibt. Die Community auf Facebook stieg während der Lockdown-Zeit auf fast 1.000 Freudinnen und Freunde an.

Kontakt halten mit modernsten technischen Mitteln

Im Rückblick zählen die Koordinatorinnen das Gefühl des Abgeschnittenseins von allem zu den größten Herausforderungen während der Pandemie-Hochphase. „Dabei war es uns so wichtig, in Kontakt zu kommen und zu bleiben. Das hat uns alle viel Kraft gekostet: Wo muss ich mich melden? Wen muss ich erinnern? Wie kann ich den Austausch im Fluss halten?", sagen Leutbecher, Rehrmann und Müller übereinstimmend. Um den Informationsfluss zu erhalten, mussten sie sich auf für den Verein bis dato ungewohnte Technikformen einlassen. Sie machten sich mit den Videokonferenz-Programmen „Zoom" und „Teams" vertraut und übten viel privat zuhause. Damit verbunden war die Nachrüstung der Büro-IT mit Webcams, eine neue Telefonanlage tat ihr übriges. Auch wenn seit Anfang Juni durch die Lockerung der Corona-Regeln die Arbeit ganz langsam wieder beginnen kann, so ist die Zeit der Anpassung und des Lernens noch lange nicht vorüber, sagen die Koordinatorinnen: „Wir richten uns darauf ein, dass wir noch über länge-

Gruß vom Balkon: Viele Mieterinnen und Mieter von Seniorenwohnanlagen in Herne wurden mit Community-Masken versorgt

re Zeit „Kontakt auf Abstand“ halten müssen. Wir haben aber gelernt, dass wir gemeinsam gute und kreative Wege finden können, um diese „neue Normalität“ gelingen zu lassen.“

Susanne Schübel

Ambulanter Hospizdienst Herne
Karin Leutbecher, Karola Rehrmann,
Annegret Müller
Bahnhofstraße 137, 44623 Herne
Tel.: 0 23 23 - 98 82 90
info@hospizdienst-herne.de
www.hospizdienst-herne.de
www.facebook.com/DIEZEITSCHENKER
https://bit.ly/ambulanter-hospizdienst-herne

„PANDEMIMIK“-TIPPS GUTE KOMMUNIKATION TROTZ MASKENPFLICHT

MAREIKE NEUMAYER

Ist da ein Lächeln hinter der Maske? Meint jemand, was er sagt? Wie reagiert mein Gegenüber auf mich? Im Kontakt mit anderen Menschen wünschen wir uns eine Rückmeldung und ein Vergewissern. Auch über Worte hinaus versuchen wir unbewusst im Gesicht des anderen zu lesen, was er fühlt. Doch nun ist oft als Corona-Schutzmaßnahme ein großer Teil der Gesichter mit einem Mund-Nasen-Schutz verdeckt. Viele Menschen fühlen sich dadurch im Miteinander verunsichert. Was passiert hinter der Maske?
Auch im Hospiz tragen wir Masken. Macht es etwas mit den Begegnungen hier, wenn Gesichter nicht wie sonst aussehen? Darüber haben wir nachgedacht. Und vielleicht können wir allen ein bisschen Mut machen, dass es viele Möglichkeiten gibt, trotzdem gut miteinander zu kommunizieren.

Aufmerksamkeit und Haltung
In der Sterbebegleitung kommt es häufig – ganz ohne Corona-Pandemie – vor, dass die von uns sonst als üblich empfundenen Kommunikationswege nicht mehr so gut funktionieren. Begleitung findet manchmal auch ohne Worte statt. Wir üben uns darin, durch Dasein, Haltung und aufmerksames Beobachten einen Zugang zueinander zu finden. Bereits im Hospizkurs nimmt das Thema Kommunikation einen großen Stellenwert im Lehrplan ein. Zum Beispiel lernen die Teilnehmenden, dass 93 Prozent der Kommunikation sowieso ohne Worte stattfindet.

„Man kann nicht nicht kommunizieren“
Mit diesem Grundsatz hat der Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick verdeutlicht, dass Kommunikation nicht immer sprachlich ausgedrückt wird. Auch nichts zu sagen, kann eine Antwort sein. Oder unser Verhalten, unser Ausdruck über Körpersprache, Gestik und Mimik.
Letzteres wird in der Tat durch den Mund-Nasen-Schutz eingeschränkt. Aber so wie sich ein Fluss

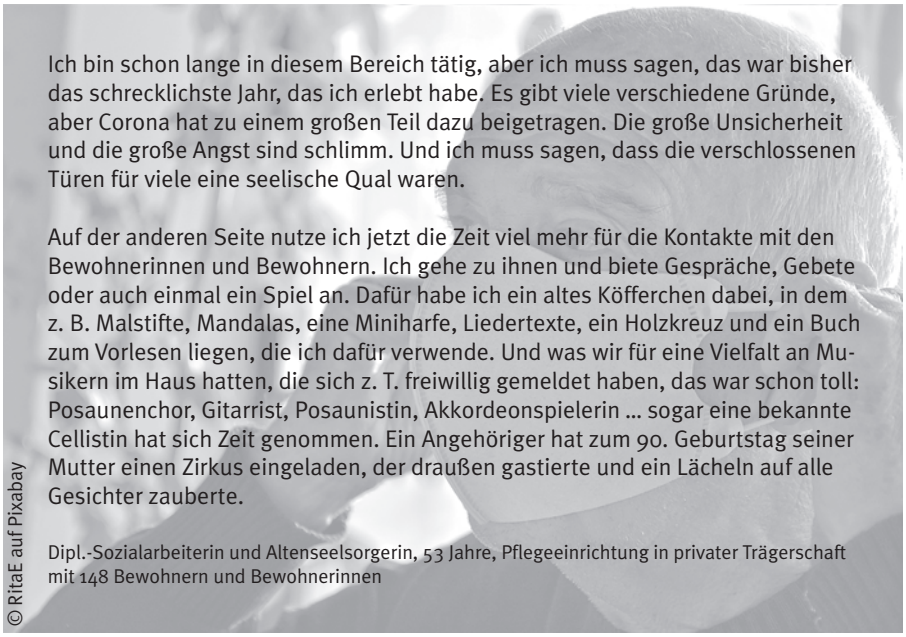
bei Hindernissen neue Wege für das Wasser zum Fließen sucht, können wir auch mit Maske weiterhin Wege zu einer funktionierenden Kommunikation finden.

Fünf praktische Tipps für gute Verständigung trotz Maske

1. Mit Worten fehlende Mimik ersetzen: Denken Sie im Gespräch manchmal daran, dass der andere Ihren Gesichtsausdruck vielleicht schlechter deuten kann. Sagen Sie konkret und zusätzlich zur Information, die Sie überbringen, was eigentlich Ihr Gesicht dabei ausgedrückt hätte: Ich freue mich darüber. Das macht mich traurig. Ich bin etwas ratlos.
   Fragen Sie ganz direkt nach, wenn Sie umgekehrt unsicher sind, welche Gefühle bei Ihrem Gegenüber mit dem Gesagten einhergehen.
2. Achten Sie auf die Augen: Oft kann man im Blick des anderen viel ablesen. Ein echtes Lächeln lässt meist auch die Augen strahlen. Auch ob jemand Augenkontakt hält oder wegschaut, uns mit seinem Blick fixiert oder mit den Augen rollt, kann ein wichtiges Signal sein. Probieren Sie vielleicht einmal bei sich selbst vor dem Spiegel aus, ob und wie Ihre Augen Ihre Emotionen signalisieren.
3. Fragen Sie nach: Wenn Sie sich unsicher sind, wie Ihr Gegenüber etwas gemeint hat oder ob Sie richtig verstanden wurden, sprechen Sie es an. Das ist in Zeiten eingeschränkter Mimik wichtiger denn je.
4. Nehmen Sie das Gesamtbild wahr: Auch wenn ein kleiner Teil der Mimik hinter einer Maske verschwindet, so bleibt noch sehr viel erkennbare Körpersprache übrig. Lässt jemand die Schultern hängen oder sitzt sehr starr? Was sagen die Gesten der Hände? Der Kopf ist geneigt? Unbewusst senden und empfangen wir über die Körpersprache unzählige Signale.
5. Ton und Stimme: 38 Prozent der Signale, die wir aussenden, werden über den Tonfall und die Stimme transportiert (und nur 7 Prozent über den Inhalt!). Dessen können wir uns bewusst sein, wenn wir durch die Maske zu jemandem sprechen.

Schärfen wir unsere Sinne für die vielen Möglichkeiten und Ebenen, auf denen Kommunikation stattfindet, dann kann zumindest die Botschaft, die wir senden oder empfangen, unmaskiert ankommen.

Mareike Neumayer
Fort- und Weiterbildung & Social Media
Leitung Hospiz- und Palliativ-Akademie Gütersloh im Hospiz- und Palliativ-Verein Gütersloh e.V.
Hochstr. 19
33332 Gütersloh
Tel.: 0 52 41 - 7 08 90 44
Mobil: 01 79 - 9 10 51 04



Ich bin schon lange in diesem Bereich tätig, aber ich muss sagen, das war bisher das schrecklichste Jahr, das ich erlebt habe. Es gibt viele verschiedene Gründe, aber Corona hat zu einem großen Teil dazu beigetragen. Die große Unsicherheit und die große Angst sind schlimm. Und ich muss sagen, dass die verschlossenen Türen für viele eine seelische Qual waren.

Auf der anderen Seite nutze ich jetzt die Zeit viel mehr für die Kontakte mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Ich gehe zu ihnen und biete Gespräche, Gebete oder auch einmal ein Spiel an. Dafür habe ich ein altes Köfferchen dabei, in dem z. B. Malstifte, Mandalas, eine Miniharfe, Liedertexte, ein Holzkreuz und ein Buch zum Vorlesen liegen, die ich dafür verwende. Und was wir für eine Vielfalt an Musikern im Haus hatten, die sich z. T. freiwillig gemeldet haben, das war schon toll: Posaunenchor, Gitarrist, Posaunistin, Akkordeonspielerin … sogar eine bekannte Cellistin hat sich Zeit genommen. Ein Angehöriger hat zum 90. Geburtstag seiner Mutter einen Zirkus eingeladen, der draußen gastierte und ein Lächeln auf alle Gesichter zauberte.

Dipl.-Sozialarbeiterin und Altenseelsorgerin, 53 Jahre, Pflegeeinrichtung in privater Trägerschaft mit 148 Bewohnern und Bewohnerinnen

© RitaE auf Pixabay

WIR SEHEN UNS!

Internetgestützte Kommunikation der Hospizvereine in Corona-Zeiten

DIETER LANGE-LAGEMANN

Die Digitalisierung der Dienstleistungsgesellschaft schreitet auch in der Hospizarbeit fort. Die Mehrzahl der Hospizdienste betreibt eine Homepage. Eine Minderheit nutzt Facebook, Instagram und YouTube-Channels. Der ambulante Hospizdienst Oberhausen stellt seit einem halben Jahr auf Facebook unter dem Titel „Gib dem Hospiz (D)ein Gesicht“ wöchentlich einen Ehrenamtlichen in einem Videofilm vor. Der ambulante Hospizdienst in Herne verknüpft auf seinem Facebook-Account die regelmäßigen Videofilm-Reihen „Zeitschenker lesen online“, die wiederum auf einem eigenen YouTube-Kanal hinterlegt sind. Auf YouTube-Kanälen finden sich auch Beiträge der Palliativstiftung sowie die „Sarggeschichten“.

Das konkrete hospizliche Handeln in Begleitung, Beratung, Befähigungskursen, Bildung und Besprechungen findet überwiegend analog zur gleichen Zeit am selben Ort statt. Um aktuell Corona bedingte Kontaktsperren im „Home-Office“ und „social distance“ zu überwinden, stehen unterschiedliche internetgestützte Kommunikationswerkzeuge zur Verfügung: Messenger Dienste (z. B. WhatsApp, Telegram), Videotelefon-Dienste (Skype, facetime), Videokonferenz-Programme (z. B. Zoom), Webinare (z. B. edudip, GoToWebinar), gemeinsame Dokumentenbearbeitung (z. B. Nextcloud, Dropbox), Teamarbeit und Projektmanagement-Programme (Trello, Slack) sowie Learning Management Systeme (BigBlueButton, Senf).

In der hospizlichen Praxis finden sich aktuell zahlreiche Beispiele für deren Einsatz: Die Kursleiterinnenschulung für das Konzept der „Letzte Hilfe Kurse“ wurde erstmalig auf „Zoom“ durchgeführt. Der Hospizverein Landshut plant „Letzte Hilfe Kurse“ für Interessierte ebenfalls via „Zoom“. Die ambulante Hospizarbeit Bochum nutzt „Zoom“ für die Supervision kleiner Gruppen mit 4-6 ehrenamtlichen Begleitungskräften. In Erftstadt verwendet der ambulante Hospizverein dieses Tool in der Fortbildung von Trauerbegleitern im Ehrenamt und für eine neue Trauergruppe Jugendlicher. Hierbei zeigte sich, dass nicht alle Jugendlichen über die notwendige Hard- und Software verfügen, bzw. dass sie

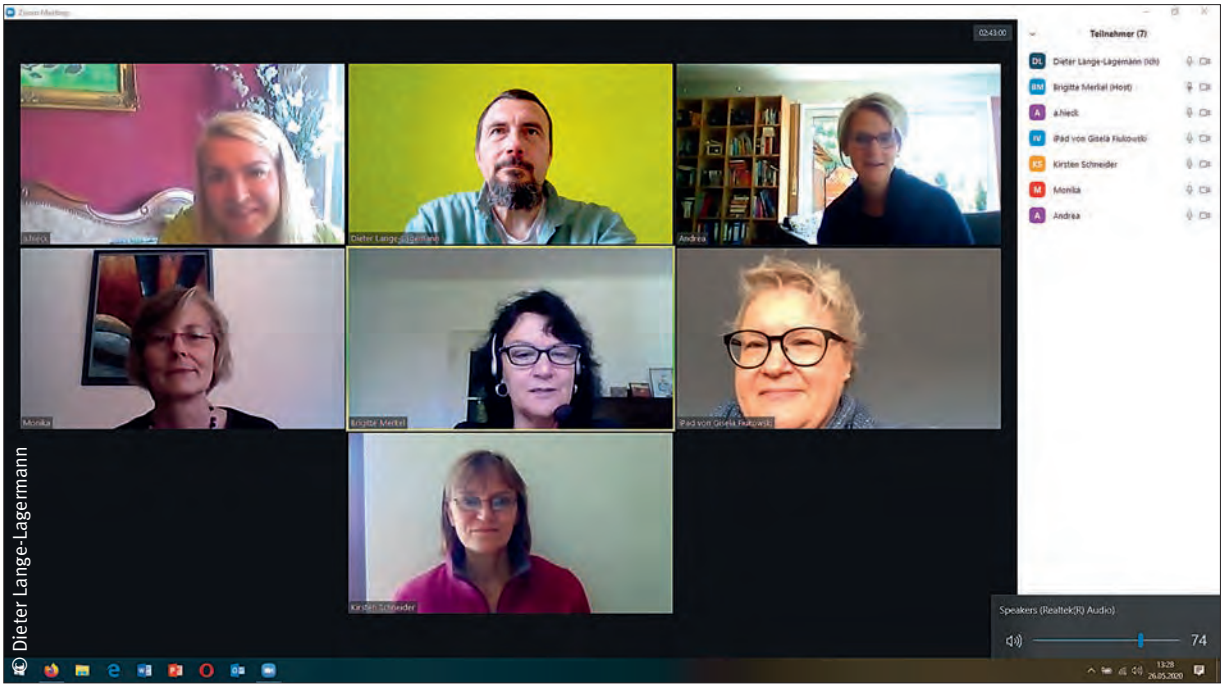
von der Möglichkeit Gebrauch machen, „anonym“ unter Ausschalten der Kamera teilzunehmen. Der ambulante Hospizverein Gießen setzt ebenfalls „Zoom“ ein für den Kursabschnitt Trauer innerhalb dessen Befähigungskurses. Zur Implementierung gehörte eine erfolgreich verlaufene Pilotphase.

ALPHA NRW setzte Ende Mai erstmalig Zoom für die Supervision von Koordinatorenkräften in Gruppen von 6 bis 10 Personen ein. Die Hospizakademien in Bamberg und Nürnberg bieten zahlreiche kostenpflichtige Webinare zu hospizlichen Themen an. Die Vorträge der ausgefallenen Messe „Leben und Tod“ in Bremen wurden per Livestream ausgestrahlt und sind auf der Internetseite des Veranstalters weiterhin zugänglich. Auf verschiedenen Ebenen finden Überlegungen zu Online-Befähigungskursen statt.

Werkzeuge für Videokonferenzen gibt es in großer Zahl (Zoom, Microsoft Teams, Slack, Clickmeeting, Jitsi Meet, Nextcloud, Skype, OpenMeetings, GoToMeetings) und sie lassen sich vielfältig einsetzen: für Besprechungen, Bildungsmaßnahmen, Beratungen oder Supervision. Für „Zoom“ spricht, dass es bereits in der kostenlosen Version zahlreiche Features bereitstellt sowie seine Benutzerfreundlichkeit. Das große Manko des mangelhaften Datenschutzes kann über die kostenpflichtige Version mit wählbarem Serverstandort ausgeglichen werden.

Exkurs: Alter stellt kein Ausschlusskriterium für die digitale Teilhabe dar. Der kommende achte Altenbericht der Bundesregierung wird sich schwerpunktmäßig mit diesem Thema befassen. Im Kursabschnitt wurde ein Methodenmix aus Selbstlernphase durch vorab versandte Texte, die eigentliche Video-Konferenz, gefolgt von Partner-Arbeit in Zweier-Telefonaten eingesetzt.

Videokonferenzprogramme bieten unterschiedliche Funktionen an: die eigentliche Videokonferenz in Bild und Ton, eine Menüleiste zur Steuerung, Chatraum für Textnachrichten, „Break out Räume“ für Untergruppen oder Kaffeepause, virtuelles Whiteboard zum Schreiben und Zeichnen, die Möglichkeit, Präsentationen, Texte und Bilder hochzuladen, die Möglichkeit, den Bildschirm zu teilen, um gemeinsam Texte online in Echtzeit zu bearbeiten oder Umfragen zu erstellen. Zusatzfunktionen



Supervisionsrunde bei ALPHA

© Gerd Altmann auf Pixabay

einiger Tools: Verschriftlichung und Archivierung der Konferenz.

Die Programme können auf dem PC auch häufig ohne Download der Software direkt online genutzt werden. Bei der Nutzung über Smartphones ist in jedem Fall eine APP zu installieren. Als Technische Voraussetzungen müssen bei dem Endgerät Kamera-, Kopfhörer- und Mikrophon-Funktion vorhanden sein. Optimal wäre ein Headset. Des Weiteren sind eine stabile Internetverbindung und ein ruhiger, ungestörter Raum erforderlich.

Video-Konferenzen laufen folgendermaßen ab: Vorab erhalten die angemeldeten Teilnehmenden vom Veranstalter bzw. Moderator/Moderatorin eine E-Mail mit einem Link für den Zugang, einem Passwort und einem kurzen Einführungstext. Zum angegebenen Zeitpunkt wählen die Teilnehmenden sich über den Link in die konkrete Videokonferenz ein. Moderator oder Moderatorin empfangen die Teilnehmenden in einem virtuellen Vorraum und lassen diese dann in den Konferenzraum. Dort können sich Moderatoren und Teilnehmende per Bildschirm in sogenannten Kacheln sehen. Ablauf, Gesprächsbeiträge, Arbeitsformen steuert die Moderation. Video-Konferenzen erfordern wie Besprechungen eine eigene „Netiquette“ als Umgangsform. Beispielhaft sei genannt: virtuelles Melden für einen Wort Beitrag, Ausschalten des Mikrofons in Redepausen.

Folgende offene Fragen zum Einsatz internetgestützter Kommunikation in der Hospizarbeit über die Corona Zeit hinaus stellen sich: Wie verändert die Nutzung Anwender, Nutzer und Inhalte? Wie wird der Datenschutz gewährleistet? Wie wird die Zugangsgerechtigkeit für sozial benachteiligte Gruppen und nicht internet-affine Einzelne hergestellt? Wie wird Medienkompetenz zu einem Teil hospizlicher Kommunikationskompetenz?

Mein persönliches Zwischenfazit ist positiv: In meiner Familie machen meine Frau, meine Tochter, meine Söhne und ich medienmäßig neue Erfahrungen, z. B. mit Videoandachten, Onlinecoaching, Streaming-TV und Zoom-Konferenzen.

Beruflich freue ich mich und bin erleichtert, die anderen Koordinationskräfte und Supervisionsteilnehmenden, die ich coronabedingt nicht treffen kann, in Videokonferenzen wiederzusehen. Insgesamt erlebe ich in der Hospizbewegung zwar noch viele Vorbehalte gegen neue Medien, aber ich schätze, dass uns einiges an Online-Konferenzen, Fortbildungen und Beratungsangeboten auch in dieser Arbeit zukünftig erhalten bleibt.

Literatur

Baacke, D. (1997, 2007). *Medienpädagogik. Grundlagen der Medienkommunikation 1*, Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
Best, L. (2020). *Nähe und Distanz in der Beratung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
Dufft, N. et al. (2017). *Digitalisierung in Non-Profit-Organisationen.* Berlin/Vallendar.
Edinger-Schons, L.M. et. al. (2020). *DIGITAL-REPORT 2020* München: Haus des Stiftens.
https://zoom.us/de-de/meetings.html (Zugriff: 26.05.2020).
Kaiser, H. (2016). Hospizarbeit und Social Media – geht das zusammen? *Hospiz-Dialog NRW*, 67 (6).
Müller, M. (2005). *Handreichung für Multiplikatoren*, Bonn: Pallia Med Verlag.

Dieter Lange-Lagemann
Hospizkoordinator Hospizverein Ochtrup-Metelen
kontakt@hospizverein-ochtrup.de

GANZHEITLICHKEIT IN DER KRISE

Stellungnahme des Landesarbeitskreises Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich in NRW zur Corona-Pandemie

SUSANNE KIEPKE-ZIEMES, JÜRGEN GOLDMANN

Die Erfahrungen der Mitglieder des Landesarbeitskreises mit den Herausforderungen der Corona-Krise werfen viele Fragen auf, insbesondere mit Blick auf die psychosoziale Ebene, auf der auch die Soziale Arbeit agiert. Gerade die Bereiche Hospiz und Palliative Care mit ihrem ganzheitlichen Ansatz, in denen Unterstützung für die psychischen, sozialen und spirituellen Bedarfe von Patientinnen und Patienten und An-/Zugehörigen zum Begleitungsstandard gehört, sind von den Maßnahmen des „Social Distancing“ stark und negativ betroffen. Wie wichtig menschliche Nähe in existenziellen Krisen für die Betroffenen ist, bedarf grundsätzlich keiner weiteren Erklärung. Dazu gehören auch Beratung, Begleitung und Krisenintervention, die in diesen Arbeitsfeldern eine zentrale und wesentliche Rolle spielen. Dies bezieht sich neben der medizinisch-pflegerischen in gleichem Maße auch auf die psychosoziale Ebene, welche Lebensqualität von Menschen kurz vor ihrem Tod bestimmt.

Der notwendige Schutz vor Infektionen von Patientinnen und Patienten, An-/Zugehörigen sowie von haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden steht außer Frage. Allerdings wirkt es im Sinne des Prinzips von Ganzheitlichkeit befremdlich, wenn Qualität in der Versorgung von Patienten, gerade auch der von Sterbenden, über geringe Infektionszahlen und Sterberaten aufgrund entsprechend durchgeführter Hygienemaßnahmen, zu der letztendlich auch Besuchs- und Kontakteinschränkungen gehören, definiert wird. Wünsche zum Lebensende, wie sie in Patientenverfügungen und Notfallplänen häufig vorlagen, wurden im Rahmen des dynamischen Pandemiegeschehens vielerorts nicht berücksichtigt.

Ein authentisches Fallbeispiel (anonymisiert):
Herr S. ist 74 Jahre alt und lebt seit vier Monaten in einer Senioreneinrichtung. Herr S. ist pensioniert, war von Beruf Jurist, ist religiös und kulturell interessiert. Er ist ein geselliger Mensch. Er genießt gutes Essen, guten Wein, klassische Musik und liebt Konzert- und Kirchenbesuche. Er ist seit 46 Jahren verheiratet, seine Frau lebt in dem ehemals gemeinsamen Haus im gleichen Ort. Zusammen haben sie zwei verheiratete Söhne und fünf erwachsene Enkelkinder, zu denen ein intensiver Kontakt besteht, obschon diese berufsbedingt mit ihren Familien in weiter entfernten Städten leben. Seine Frau ist in den letzten Jahren aufgrund von Arthritis und depressiven Phasen oft sehr eingeschränkt und verlässt ungern das Haus.

Vor ca. acht Jahren wurde bei Herrn S. eine Parkinsonerkrankung diagnostiziert. Die Erkrankung mit diversen Symptomen wurde gut eingestellt und schritt nur langsam voran. Doch vor vier Monaten wurde er 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 einem Altenstift hat Herr S. sich entschlossen, ganz in die Einrichtung zu ziehen, um hier eine zuverlässige medizinisch-pflegerische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Er hat sich gut eingelebt und fährt täglich mit dem Bus zu seiner Ehefrau, um diese zu besuchen. An den Wochenenden trifft sich dort die ganze Familie, soweit es möglich ist. Musik, Essen, Austausch und gemeinsame Fürsorge bestimmen hier das Familienleben.

Herr S. hatte eine Vorsorgevollmacht erstellt und wünscht sich keinerlei lebensverlängernden Maßnahmen bei einer körperlichen Verschlechterung oder Krise.

Durch die COVID-19-Maßnahmen hat sich im Seniorenstift jedoch einiges verändert. Es herrscht Besuchsverbot und Herr S. darf somit 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, seine körperlichen Beschwerden nehmen zu und er wird unbeweglicher.

Die Telefonate mit seiner Familie erlebt er nicht als Besuchersatz. Er hat große Angst vor einem neuen Anfall. Bezüglich seiner Vorsorgebestimmungen müsste er bei einer akuten Erkrankung von Covid-19 eine Änderung seiner Verfügung veranlassen, da er in einem solchen Notfall durch evtl. Intensivbehandlung gute Überlebenschancen vermutet. Er denkt, dass er das in diesem Fall tun sollte, empfindet andererseits sein Leben aber auch als immer sinnloser. Die Sozialarbeiterin, mit der er an der Gesundheitlichen Versorgungsplanung gearbeitet hat, ist durch die Vorsichtsmaßnahmen um Corona einer anderen Abteilung zugeordnet worden und kommt nicht mehr in seinen Wohnbereich. Auch die Seelsorge darf nicht mehr ins Haus. Er ist appetitlos und antriebsschwach. Er verlässt immer seltener das Bett.

Die Reaktionen vieler Betroffener auf die einschränkenden Corona-Maßnahmen zeigen, wie wichtig direkte Kommunikation, Beratung oder Nähe gewesen sind bzw. gewesen wären. Diese Aussagen erfolgen von schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen ebenso wie von An- und Zugehörigen. Sei es in ambulanten oder stationären Hospizen, in der Kinderhospizarbeit, auf Palliativstationen, im Bereich der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung oder der Trauerbegleitung. In nahezu allen Fällen wurde der Kontakt am Fenster, per Video oder Telefon im Sinne von „besser als nichts“ als hilfreiche Unterstützung gegen Vereinsamung, Todesangst, familiäre Belastungen, materielle Existenzsorgen oder für Selbstbestimmung beschrieben. Dies alles sind Themen, in denen die Soziale Arbeit u. a. mit ihrer systemischen Ausrichtung und Lebensweltorientierung sowie der Kenntnis von Methoden von Empowerment, Krisenintervention als auch sensibler und lösungsorientierter Beratung Kernkompetenzen besitzt.

Zentrale Forderungen auf Grundlage der geschilderten Erfahrungen für den Umgang mit ähnlichen Pandemie-Situationen in der Zukunft sind:

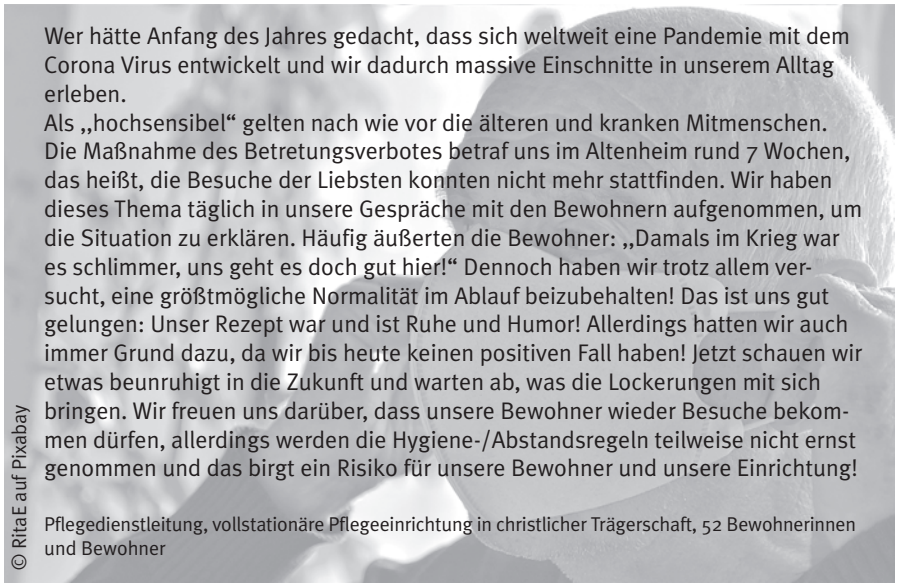
- politische und institutionelle Notfallpläne, die es ermöglichen, psychosoziale Beratung und Begleitung anzubieten
- adäquate Ausstattung mit technischen Kommunikationsmitteln
- adäquate Schutzkleidung wie FFP-Schutzmasken auch für psychosoziale Berufsgruppen, die auf Wunsch physische Kontakte ermöglichen können
- Aktualisierung von Patientenverfügungen bezüglich Klärung der Frage nach Beatmung oder Intensivmedizin, die in Zusammenhang mit Corona verstärkt auftreten
- stärkere Berücksichtigung der Bedarfe von Bewohnerinnen und Bewohnern und Mitarbeitenden von Einrichtungen der Eingliederungshilfe

© Sabine van Erp auf Pixabay

Dies alles kann nur gelingen, wenn sich Gesellschaft, Politik und Träger von Organisationen und Einrichtungen dem ganzheitlichen Menschenbild (wieder) mehr öffnen. Dazu gehört auch die multiprofessionelle Zusammenarbeit diverser Berufsgruppen, in denen die Soziale Arbeit eine zentrale Disziplin darstellt.

Susanne Kiepke-Ziemes
Dipl.-Sozialpädagogin
Caritasverband für die Region Kempen-Viersen e. V.
Projekt: „Würdige Sterbebegleitung“

Jürgen Goldmann
Dipl.-Sozialpädagoge
Bonn Lighthouse-Verein für Hospizarbeit e.V.
Koordination ambulanter Hospizdienst/Trauerbegleiter



Wer hätte Anfang des Jahres gedacht, dass sich weltweit eine Pandemie mit dem Corona Virus entwickelt und wir dadurch massive Einschnitte in unserem Alltag erleben.
Als „hochsensibel“ gelten nach wie vor die älteren und kranken Mitmenschen. Die Maßnahme des Betretungsverbotes betraf uns im Altenheim rund 7 Wochen, das heißt, die Besuche der Liebsten konnten nicht mehr stattfinden. Wir haben dieses Thema täglich in unsere Gespräche mit den Bewohnern aufgenommen, um die Situation zu erklären. Häufig äußerten die Bewohner: „Damals im Krieg war es schlimmer, uns geht es doch gut hier!“ Dennoch haben wir trotz allem versucht, eine größtmögliche Normalität im Ablauf beizubehalten! Das ist uns gut gelungen: Unser Rezept war und ist Ruhe und Humor! Allerdings hatten wir auch immer Grund dazu, da wir bis heute keinen positiven Fall haben! Jetzt schauen wir etwas beunruhigt in die Zukunft und warten ab, was die Lockerungen mit sich bringen. Wir freuen uns darüber, dass unsere Bewohner wieder Besuche bekommen dürfen, allerdings werden die Hygiene-/Abstandsregeln teilweise nicht ernst genommen und das birgt ein Risiko für unsere Bewohner und unsere Einrichtung!

Pflegedienstleitung, vollstationäre Pflegeeinrichtung in christlicher Trägerschaft, 52 Bewohnerinnen und Bewohner

© RitaE auf Pixabay

DIE AMBULANTE PALLIATIVMEDIZINISCHE BEGLEITUNG UNTER CORONABEDINGUNGEN

Interview mit Jan Everts und Dietmar Schlewing

Dr. Dietmar Schlewing, Internist, Palliativarzt, ist 1962 geboren, lebt mit seiner Familie in Verl und arbeitet seit 1996 als hausärztlicher Internist. 2009 gründete er das Palliativnetz Gütersloh mit aktuell fünf Palliativärzten, fünf Krankenschwestern als Koordinatorinnen und einer MFA als Sekretärin, alle mit Palliativ-Care-Zusatzausbildung.

Jan Everts, Internist, Palliativarzt, ist 1977 geboren, lebt mit seiner Familie in Lohmar bei Köln. 2013 hat er beim Aufbau des SAPV-Teams am Vinzenz-Pallotti-Hospital in Bergisch Gladbach-Bensberg mitgewirkt, arbeitete zuletzt als Oberarzt in der Internistischen Abteilung der GFO-Kliniken Troisdorf-Sieglar. Seit 2019 ist er Ärztlicher Leiter des Palliative-Care Teams an den GFO Kliniken Troisdorf.

Erinnern Sie sich noch an den Moment, als Sie zum ersten Mal den Eindruck hatten, dass das Corona-Virus eine Bedeutung für Sie als Palliativmediziner haben könnte?
Dietmar Schlewing: Ja, ich weiß das noch sehr genau. Es war Anfang März, mein Geburtstag, und meine Frau und ich sind noch „ganz normal“ Essen gegangen. Bereits zu diesem Zeitpunkt fragte ich mich, was wohl geschehen wird. Am 13.März habe ich dann die erste Dienstanweisung sowohl für meine Praxis als auch für das Palliativteam geschrieben. Der Gedanke an eine Pandemie bewegte mich schon sehr. Aus persönlichen Gründen betraf meine Sorge auch Afrika: Mein Sohn studiert in Südafrika; er ist bis heute im Lockdown und kommt vorerst nicht aus dem Land heraus. Ich sehe dort die deutlich schlechtere medizinische Versorgung für große Bevölkerungsteile, dazu zu befürchtende soziale Unruhen.

Jan Everts: Ja, ziemlich genau. Ein Freund von mir, welcher als leitender Notarzt arbeitet, schickte mir Ende März einen Bericht vom Deutschen Institut für Katastrophenmedizin. Dort wurde sehr detailliert die aktuelle Lage im benachbarten Straßburg beschrieben. Es war zu einer völligen Überlastung der Krankenhäuser gekommen, so dass der Rettungsdienst gezwungen war, erkrankte Patienten zuhause und in Pflegeheimen zu triagieren. Bei Multimorbidität und schlechter Prognose erfolgte eine Symptomkontrolle und Sterbebegleitung vor Ort durch das Rettungsdienstpersonal. Als ich das las, wurde mir schlagartig bewusst, dass wir bei einem Ausbruch, beispielsweise in einem Pflegeheim, gefordert sein könnten.

Welche Bedeutung hatte die Krise auf Ihre praktische Arbeit?
Jan Everts: Zunächst bestand viel Verunsicherung, sowohl bei mir selbst als auch im Team. Es hat sich aber gezeigt, dass gerade in der Krise vieles möglich

© Gerd Altmann auf Pixabay

ist. Wir mussten neue Wege suchen, um unsere Patienten weiterhin engmaschig versorgen zu können, ohne sie zu gefährden. Viele Besuche wurden durch Telefonate ersetzt, Rezepte wurden verschickt.
Gleichzeitig sind wir Anfang April trotz der angespannten Situation auf ein neues Dokumentationssystem umgestiegen. Dies ermöglichte uns gerade in der Krise, einen besseren Informationsaustausch auch ohne große Besprechungen abzuhalten.

Dietmar Schlewing: Ich befinde mich in der Doppelrolle als Hausarzt und als Leiter des PKD Gütersloh. In beiden Institutionen gab es seit Mitte März ständig aktualisierte Dienstanweisungen in Abhängigkeit von den Vorgaben des Robert-Koch-Institutes. Diese betrafen vor allen Dingen Verhaltensregeln im Umgang mit Patienten, Angehörigen und potenziell Infizierten, Hygiene- und Schutzmaßnahmen und weitere Umstrukturierungen/Anpassungen von Arbeitsabläufen. Zunächst wurden Hausbesuche durch Koordinatorinnen und MFAs eingestellt und von Ärzten übernommen, auch wegen des Fehlens ausreichender Schutzkleidung. Die Koordinatorinnen haben ihre Aufgaben aus dem Netzbüro, räumlich getrennt und in 2 separaten Schichten umgesetzt. Der direkte Patientenkontakt durch die Koordinatorinnen hat in dieser Phase sehr gefehlt.
Die Frage des Umgangs mit COVID-19-assoziierten Todesfällen war zunächst ungeklärt, sodass wir eigene Standards entwickelt haben, die sich in den späteren Regelungen des Robert-Koch-Instituts wiederfanden. Wir haben mit allen Heimen im Kreis Kontakt aufgenommen und die Zuständigkeit von Ärzten für Pflegeheime organisiert.

Wie haben Sie sich und Ihre Mitarbeitenden geschützt?
Jan Everts: Wir haben zunächst damit angefangen, dass alle einen Mundschutz tragen. Büroräume sowie Fahrzeuge wurden regelmäßig desinfiziert. Gleichzeitig versuchten wir, so viel wie möglich von zuhause zu arbeiten, so dass sich nicht unnötig viele Mitarbeitende gleichzeitig in den Büroräumen treffen. Es wurden auch die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen, dass man auch sein Privatfahrzeug zu dienstlichen Zwecken einsetzen kann. So konnten viele Touren so geplant werden, dass der Mitarbeitende überhaupt nicht im Büro erscheinen musste.

Hat sich Ihrer Meinung nach in der gesellschaftlichen Haltung zu sterbenden alten Menschen etwas verändert?
Jan Everts: Ich glaube schon. Bei Covid-19 hat sich gezeigt, wie verletzlich gerade diese Gruppe der Menschen ist. Zu Beginn der Krise wurde auch in den Medien viel über ethische Aspekte diskutiert. Insbesondere kam zur Sprache, dass wir in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern keine Altersgrenze als Entscheidungskriterium für oder gegen eine Krankenhaus- bzw. Intensivbehandlung haben. Die Palliativversorgung wurde immer wieder als ein fester Bestandteil der Gesamtstrategie genannt. Dennoch sind wahrscheinlich gerade in Pflegeheimen viele Menschen einsam gestorben, weil es strenge Besuchsauflagen gab. Dies hat wiederum eine sehr wertvolle Diskussion über das Selbstbestimmungsrecht alter Menschen ausgelöst.

Wie empfanden alle Beteiligten die Kontaktsperre?
Dietmar Schlewing: In der Palliativversorgung ist Nähe und direkter Kontakt ein wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit. Dementsprechend wurde die Kontaktsperre von allen Beteiligten – Patienten, Angehörigen und Palliativteam – als besonders belastend empfunden. Das Leid der Vereinsamung angesichts des nahen Todes war oft größer als die Angst vor Ansteckung. Die aktuelle Entwicklung hat uns die Möglichkeit gegeben, unter Einhaltung der Hygiene- und Abstandsregeln schrittweise unsere Hausbesuchstätigkeit durch die Koordinatorinnen wieder aufzunehmen – zur großen Erleichterung aller Beteiligten.

Jan Everts: Die Wirkung der Kontaktsperre war deutlich spürbar. Bei vielen hat das eine ohnehin traurige Grundstimmung noch deutlich verstärkt. Insbesondere wenn Enkelkinder nicht mehr zu Besuch kamen. Eine Patientin formulierte das so, dass man ihr die letzte Freude genommen habe.

Waren Sie mit der Frage konfrontiert, ob ein Patient nun schneller sterben muss, weil seine Behandlung nicht mehr gewährleistet ist?
Jan Everts: Genau davor hatte ich Angst. Zusätzlich hatte ich Sorge, dass ich im Katastrophenfall gezwungen sein werde, selbst zu triagieren, wer ins Krankenhaus kommt und wer nicht, beispielsweise in einem Pflegeheim. Zum Glück ist nichts davon eingetreten, wir konnten unsere Patienten bislang weitgehend unverändert versorgen.

Was wünschen Sie sich, wenn Sie an das Ende der Krise denken?
Dietmar Schlewing: Wir wünschen uns sehr, wieder zurückzugehen zu dem, wie wir es vorher hatten, zu dieser wirklich persönlichen, engen Patientenbeziehung zurückzukehren und diese noch auszubauen. Der Bedarf an Koordination wächst, die Präsenz der Koordinatorinnen gibt Sicherheit, und die steht für unsere Patienten ganz oben. Dabei steht nicht immer das Fachlich-Medizinische im Vordergrund. Es ist wichtig, dass jemand da ist – jemand, der sich kümmert – jemand, der kommt, wenn Bedarf ist – das allein gibt schon Sicherheit.

Gibt es für Sie persönlich eine Lehre, die Sie aus dieser Zeit ziehen?
Dietmar Schlewing: Für mich hat sich bestätigt, dass ich als Palliativmediziner im direkten Kontakt mit den Patienten und Angehörigen meinen Platz habe. Es erfüllt mich mit Dankbarkeit, am Schicksal der Betroffenen teilhaben zu dürfen und sie auf ihrem letzten Weg zu begleiten.

Jan Everts: Ich bilde mir ein, dass ich meine Prioritäten im Leben richtig setze. Aber das ist eher eine Einbildung, nicht selten muss ich mich leider selbst vom Gegenteil überzeugen. Diese Situation hat in mir den Drang verstärkt, Wichtiges vom Unwichtigen zu unterscheiden.

Jan Everts
Ärztlicher Leiter Palliative-Care Team
GFO Kliniken Troisdorf
Viktoriastr. 5
53840 Troisdorf
Tel.: 0 22 41 - 2 66 - 33 40
janmilan.everts@gfo-kliniken-troisdorf.de

Dr. Dietmar Schlewing
Leiter des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes für den Kreis Gütersloh
Facharzt für Innere Medizin, Palliativmedizin
Marktstr.10
33415 Verl
Tel.: 0 52 46 - 93 09 09
dr.schlewing@t-online.de

DIE PALLIATIV-AMPEL

THOMAS SITTE

Der Gedanke für Pflegeheimbewohner einen bestmöglich erfassbaren Hinweis für den Rettungsdienst zu erarbeiten, damit im Notfall der Behandlungswille sofort erfassbar ist, entstand in hunderten von Gesprächen von Praktikerinnen und Praktikern aus Altenpflege, Rettungsdienst, Palliativversorgung und Allgemeinmedizin.

Ziel mehrerer Projekte der Deutschen PalliativStiftung war die Optimierung der palliativen Versorgung in Pflegeheimen und zugleich die Vermeidung unerwünschter bzw. unnötiger Krankenhausaufenthalte. Wichtigster Baustein war es dabei, dass jeder Beteiligte für sich einen Mehrwert daraus ziehen kann. Ein Mehrwert

... für die Bewohner durch das Wissen, dass ihre Behandlungswünsche umgesetzt werden, auch

wenn sie sich dazu nicht mehr äußern können, die größere Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit.
... für die Angehörigen durch die Gewissheit, dass ihre Verwandten bis zum Lebensende in dieser Einrichtung angemessen versorgt werden können.
... für die Verwaltung, dass die Arbeitsabläufe reibungsärmer gelingen.
... für die versorgenden Hausärzte, dass ihre Patientinnen und Patienten mit größerer Kompetenz gepflegt und die Symptome angemessen gelindert werden.

Das Ziel:
- Optimierung der palliativen Versorgung in Pflegeheimen
- Vermeidung unerwünschter bzw. unnötiger Krankenhausaufenthalte
- (jetzt unter SARS-CoV-2 zusätzlich): Vermeidung von Triage

Immer wieder zeigte es sich, dass darin ein enormes Potential zur verbesserten Versorgung in Pflegeeinrichtungen besteht. Ein Teil der Mitarbeitenden muss in den Grundlagen der Palliativversorgung geschult und parallel die bestehenden Strukturen der palliativen Versorgung besser in die Heimversorgung eingebunden werden.
Gerade jetzt unter der SARS-CoV-2-Pandemie steht die Beratung von hochbetagten Menschen unter einem besonderen Vorzeichen, denn es erscheint als relativ unstrittig, dass eine Intensivtherapie bei einem respiratorischen Versagen bei über 80jährigen Patientinnen und Patienten in den Ergebnissen noch schlechter ist als bei „normalen“ Pneumonien.
Auch wenn in Pflegeeinrichtungen ohnehin immer eine gute Dokumentation mit einer einfachen Erkennbarkeit des Patientenwillens wichtig wäre, so wird unter Quarantänebedingungen diese Erkennbarkeit doch ganz entscheidend. Insbesondere hilft die schnelle Identifizierung des Behandlungswillens der Patientinnen und Patienten mit, dass es erst gar nicht zu den jetzt breit diskutierten, ethisch hoch problematischen und kaum erträglichen Belastungen einer möglichen Triage kommen muss.

Die Palliativ-Ampel
Als ein Teilergebnis aus der Projektarbeit wird hier ein so einfaches wie effizientes Ampel-System vorgestellt. Dieses wurde kontinuierlich in der Praxis angepasst.

Aus den Erfahrungen der täglichen Arbeit in Pflegeeinrichtungen wurde dieses Ampelsystem mit den beteiligten Einrichtungen entwickelt. Es erlaubt in Notsituationen, Bewohnerinnen und Bewohnern angemessen schnell und effektiv die Hilfe und die Maßnahmen zukommen zu lassen, die sie wünschen, selbst wenn die Beteiligten den Betroffenen kaum kennen. Es ist nicht für den Gebrauch zuhause gedacht oder gar als Ersatz einer Patientenverfügung, sondern speziell für bettlägerige oder wenig mobile Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen geeignet.

Ampeln haben einen eindeutigen Symbolcharakter. Rot bedeutet „Halt“, grün „Freie Fahrt“. Wobei jedem Führerscheininhaber klar sein sollte, dass man auch bei grün darauf achten muss, dass kein anderer widerrechtlich die Vorfahrt nimmt und es zu einem Unfall kommen kann.

rot für „bitte innehalten, primäres Ziel ist die reine Linderung“.

gelb für „erst handeln, dann schnell orientieren“, was gewünscht ist.

grün für „Freie Fahrt“ oder „Volles Programm“.

In einem Notfall kann man bei jedem/jeder auch unbekannten Patienten/Patientin auf einen Blick die notwendigen bzw. erwünschten Erstmaßnahmen erfassen. Von grün für Freie Fahrt oder „Volles Programm“ über gelb, „erst handeln, dann schnell orientieren“, was gewünscht ist, bis rot „bitte innehalten, primäres Ziel ist die reine Linderung“.

Im Notfall ist es nicht sinnvoll, erst nach einem orientierenden Aktenstudium zu entscheiden, was getan werden soll, ohne einen Schaden für den Patienten/die Patientin in Kauf zu nehmen. Lebensrettende oder lebenserhaltende Erstmaßnahmen müssen sofort erfolgen können.
Mit der Palliativ-Ampel kann im Notfall die belastende Suche in der Dokumentation entfallen und eine letztlich lebensgefährliche Behandlungsverzögerung wie auch eine vielleicht unerwünschte Über- und Fehltherapie wirkungsvoll vermieden werden.

Palliativ-Ampeln müssen sauber ausgefüllt werden, damit sie klar erkennbar den Patientenwillen wiedergeben

In den letzten Wochen wurde in fünf Einrichtungen die aktuelle Version der Ampel einem Praxistest unterzogen, die Unterlagen von 564 Bewohnerinnen und Bewohnern wurden untersucht. Das Ergebnis war ernüchternd und sicherlich leider zugleich bezeichnend und nicht untypisch für den allergrößten Anteil der Einrichtungen in Deutschland. Bei den Patientinnen und Patienten war wie folgt dokumentiert:

0,4 % „Keine Klinikeinweisung mehr! Das gilt jetzt."
1 % „Keine Wiederbelebung mehr! Das gilt jetzt."
20 % formal korrekte Patientenverfügung
45 % formal korrekte Vollmacht

Ein gutes Screening für die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung zu den Vorsorgeunterlagen ist dann möglich, wenn die Palliativ-Ampel anhand der Akten sorgfältig ausgefüllt wird. Es wird übersichtlich dokumentiert, ob die üblichen und sinnvollen Vorsorgedokumente vorhanden sind, wo erneut nachgefragt, nachgebessert, ergänzt werden sollte. Dabei hat es sich bewährt,

- … alle Akten Patient für Patient und Station für Station durchzugehen, dann
- … die Palliativ-Ampeln zunächst pro Station en bloc auszuwerten und danach
- … die einzelnen Palliativ-Ampeln im Patientenzimmer an einem einheitlichen Ort aufzubewahren (z. B. innen an der Schranktür).

Bei dem formal korrekt ausgefüllten Fünftel der Patientenverfügungen war zudem deutlich zu erkennen, dass auch hier häufig nicht angemessen dokumentiert war, was der Bewohner tatsächlich für sich wünschte. Hier besteht ein großer Bedarf an qualifizierter Beratung, die Einrichtungen zumindest teilweise durch das Hospiz- und Palliativgesetz im Rahmen des neuen § 132 g SGB V und eventuell sogar vollständig über den § 150 SGB XI refinanzieren können.

Mit der Einführung des Ampel-Systems ist im Idealfall immer gleichzeitig eine Schulung aller Mitarbeitenden verbunden. Üblich sind eine schriftliche Information und eine kurze Präsenzveranstaltung. Wegen der COVID-19-Problematik ist dies leider derzeit nur sehr eingeschränkt möglich.

Deshalb werden gerade mit den Schulungserfahrungen aus zwanzig Einrichtungen Online-Schulungen entwickelt. Diese werden noch im Sommer als komplettes Tutorial mit Überprüfung des Lernerfolges und Beurkundung zur Verfügung stehen. Auch ein TÜV Siegel für die Einrichtungen selbst ist in Arbeit. Nähere und stets aktuelle Informationen dazu sind unter www.doc-sitte.de abrufbar.

Erste Rückmeldungen aus der Praxis

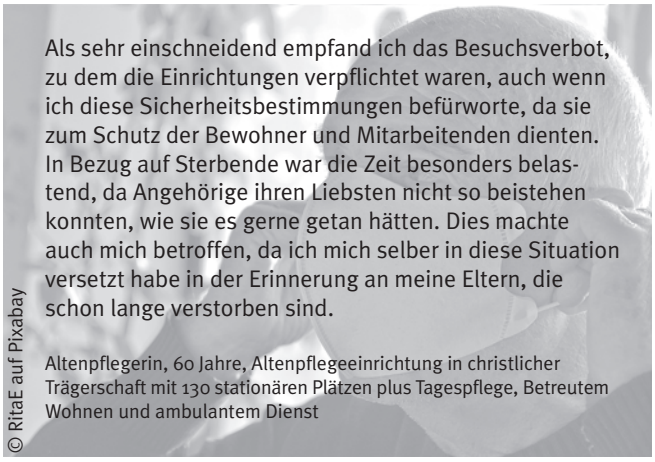
Diese Form der Palliativ-Ampel wurde erst im April und Mai 2020 vorgestellt, die ersten Reaktionen waren aus unserer Sicht sehr erfreulich. Sicher kamen auch einige kritische Mails von Kollegen, die eine solche Ampel für überflüssig hielten. Aber die weit überwiegende Mehrheit sah doch die klaren Vorteile:

„Genau das haben wir gebraucht."
„Das weiß ich als Notarzt sehr zu schätzen."
„Ihre Idee ist genial und zugleich gut umzusetzen. Am nächsten Tag konnte ich unsere Einrichtungsleitung für diese Idee auch sofort begeistern."

Die Rückmeldungen aus Pflegeeinrichtungen wie auch von Hausärzten und von Rettungsdiensten aus den verschiedensten Regionen Deutschlands waren so ermutigend, dass die Palliativ-Ampel sogar in die Druckversion der Vorsorgeunterlagen der Deutschen Palliativ-Stiftung aufgenommen wurde, die jetzt kostenlos bezogen werden kann.

© Valentin Sitte

Dr. med. Thomas Sitte
Geranienstraße 6
36041 Fulda-Kämmerzell
Tel.: 01 71 - 7 45 09 79
Thomas.Sitte@me.com
www.doc-sitte.de



Als sehr einschneidend empfand ich das Besuchsverbot, zu dem die Einrichtungen verpflichtet waren, auch wenn ich diese Sicherheitsbestimmungen befürworte, da sie zum Schutz der Bewohner und Mitarbeitenden dienten. In Bezug auf Sterbende war die Zeit besonders belastend, da Angehörige ihren Liebsten nicht so beistehen konnten, wie sie es gerne getan hätten. Dies machte auch mich betroffen, da ich mich selber in diese Situation versetzt habe in der Erinnerung an meine Eltern, die schon lange verstorben sind.

Altenpflegerin, 60 Jahre, Altenpflegeeinrichtung in christlicher Trägerschaft mit 130 stationären Plätzen plus Tagespflege, Betreutem Wohnen und ambulantem Dienst

© RitaE auf Pixabay

BESTATTUNGEN IN ZEITEN DER KRISE

CHRISTIAN JÄGER

Wenn ich mich an die Bilder von Massengräbern und gestapelten Särgen aus Italien oder den USA erinnere, bin ich froh, dass eine solche Katastrophe hier verhindert werden konnte.

Wir haben die Situation von Anfang an auch für unser Land sehr ernst genommen. Es hat sich in der Vergangenheit (Ebola-Fälle, Lassa-Infektionen etc.) deutlich gezeigt, dass der Beruf des Bestatters gerade in einer Pandemie genauso wichtig ist wie alle anderen gesundheitsrelevanten Berufe, denn die Infektionsgefahr hört nicht mit dem Tod auf. Deshalb ist ein fachgerechter Umgang mit einem infektiösen Verstorbenen genauso wichtig wie mit einem/einer infektiösen Patienten/Patientin im Krankenhaus oder im Pflegeheim.

Bereits am 1. Februar 2020 versandte unser Bundesverband den ersten Newsletter zum Thema „Corona“. Etliche Informationsschreiben auf Landes- und Bundesebene sollten im Laufe der nächsten Wochen, größtenteils im Tagestakt, folgen. Die Corona-Pandemie war zu diesem Zeitpunkt in der allgemeinen Wahrnehmung noch auf China und Italien beschränkt und hatte noch nicht die weltweite Dimension entwickelt, in der wir uns derzeit befinden. In Deutschland gab es „damals“ nur sieben Infektionsfälle in Bayern.

Für uns als Interessenvertretung des Bestatterhandwerks war die schnelle und fundierte Kommunikation mit unseren Mitgliedsunternehmen und unserem Bundesverband auf der einen Seite und den zuständigen Ministerien, Institutionen und der Politik auf der anderen Seite maßgeblich. Alle Fragen in diesem Zusammenhang lassen sich auf drei große Fragenkomplexe herunterbrechen und diese beherrschten unsere verbandsseitige Kommunikation – insbesondere seit Ausrufung der allgemeinen Kontaktsperre:

1. Wie stellen wir die Funktionsfähigkeit unserer Bestattungsinstitute sicher und welche Maßnahmen müssen wir ergreifen, um die Sicherheit in den Instituten, im Umgang mit Angehörigen und Verstorbenen sicherzustellen?
2. Wie organisieren wir hinsichtlich unterschiedlichster politischer Entscheidungen und Regelungen in Bund, Ländern und Gemeinden die Beratungen von Angehörigen, Überführungen, Trauerfeiern und Beisetzungen?
3. Wie sorgen wir für die mentale Gesundheit unserer Mitarbeitenden und der Menschen, die sie begleiten, auf ihrem Weg unter diesen irrealen Bedingungen, von ihren Verstorbenen Abschied zu nehmen?

Nach zahlreichen Gesprächen in unserem Landesvorstand haben wir unseren Mitgliedern frühzeitig Ideen und Empfehlungen an die Hand gegeben, damit wir alle auch dann noch arbeitsfähig sind und bleiben, wenn sich ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin infizieren sollte oder in Quarantäne gestellt wird. Vor allen Dingen aber wollten wir unsere Mitglieder und deren eigene Familien damit schützen. Jeder von uns hat Kinder, ältere oder erkrankte Familienmitglieder. Wir wissen alle noch nicht, wie sich die Infektionswelle entwickelt.

Die Bestatterinnen und Bestatter mussten sich also seit Beginn der Pandemie auf einem schmalen Grat zwischen Selbstschutz und Angehörigenwohl be-

© G. Achtermann

wegen, was bis zum heutigen Tage andauert. Es ging und geht dabei nicht nur um die hygienische Versorgung der am Corona-Virus Verstorbenen in Deutschland, sondern auch um die über 900.000 regulären Sterbefälle, die unsere Mitglieder im Bundesgebiet jedes Jahr erfolgreich betreuen.

Für die eigentliche Versorgung der Verstorbenen gelten generell strenge Vorschriften: Mundschutz, Handschuhe und Kittel sind schon immer und bei jedem/jeder Verstorbenen fester Bestandteil. Coronavirus-Tote sind allerdings eine Risikogruppe, für die spezielle Regeln gelten. Eine nachgewiesene Corona-Infektion vermerkt der Arzt im Totenschein. Gemäß dem Infektionsschutzgesetz sollen die Kontaktzeiten mit bestätigten Corona-Toten minimiert werden.

Unser Ziel war und ist, nicht panisch zu reagieren, aber auf jeden Fall vorsichtig zu handeln! Das führte von unserer Seite u. a. zu den folgenden Empfehlungen:

- Gespräche und Vorsorgen sollten nur noch in den Geschäftsräumen stattfinden, alternativ auch telefonisch oder online. Nur in absoluten Ausnahmefällen darf das Gespräch bei der Familie stattfinden.
- Alle Flächen, mit denen sie oder ihre Kunden in Kontakt kommen, sollten mehrfach täglich, bei Publikumsverkehr nach jedem Anlass, gereinigt und gegebenenfalls desinfiziert werden.
- Vor und nach Kundenkontakt sollten immer die Hände gewaschen werden, ansonsten mindestens einmal pro Stunde. Eine ständige Desinfektion ist nicht nötig.
- Es soll möglichst papierlos (WhatsApp, E-Mail) gearbeitet werden. Sämtliche Akten und Dokumente sollten in desinfizierten Mappen übergeben werden.
- Grundsätzlich sollte über einen Schichtbetrieb nachgedacht werden.
- Um Infektionsketten nachvollziehen zu können, sollen die Bestatterinnen und Bestatter Teilnehmerlisten mit den Namen der Angehörigen, des Pfarrers sowie des anwesenden Friedhofspersonals führen.

Unsere Mitgliedsunternehmen haben in der Krise sehr schnell auf neue digitale Möglichkeiten gesetzt. So konnten Trauerfeiern, die aufgrund der Kontaktverbote nur im engsten Familienkreis stattfinden konnten, per Live-Stream im Internet verfolgt werden. Beratungsgespräche mit Angehörigen fanden teilweise per Videokonferenz statt und Trauerfeiern wurden filmisch festgehalten und anschließend als Video an die Trauergemeinde versandt.

Viele Angehörige haben den Online-Kontakt erfreulich gut angenommen, zum Beispiel um einen Sarg auszuwählen, Musikstücke für Trauerfeiern auszusuchen oder Traueradressen zusammenzutragen. Auf diese Weise ist schon viel geregelt und die Beratungszeit sinkt. Früher hieß es häufig: „Das besprechen wir ja sowieso nochmal persönlich.“ Nun ist es aber auch im Interesse der Angehörigen, dass die Beratung nicht mehr so lange dauert.

Das Bestattungsgesetz in Nordrhein-Westfalen sieht vor, dass ein Toter innerhalb von zehn Tagen im Sarg beigesetzt wird oder zur Einäscherung auf

den Weg gebracht wird. Die Beisetzung der Totenasche muss dann sechs Wochen nach der Kremation erfolgen. In enger Abstimmung mit dem Städte- und Gemeindebund NRW konnten wir erreichen, dass viele Städte die Beisetzungsfristen nach der Einäscherung großzügig verlängert haben.

Viele Familien haben diese Gelegenheit dankbar aufgenommen, um eine Lockerung der Maximalanzahl bei Beerdigungen abzuwarten. Gerade Familien mit vielen Verwandten im Ausland nutzen die Fristen in der Hoffnung, dass es weitere Lockerungen bei den Reisebestimmungen gibt, sodass mehr Familienmitglieder bei der Bestattung dabei sein können. Denn die Bestattung ist ein wichtiger Meilenstein im Trauerprozess.

Die anfängliche Beschränkung auf „den engsten Familienkreis“ bei der Bestattung hat viele Menschen sehr belastet. Vielen Trauernden fehlte dadurch der Trost und Zuspruch von Verwandten, Freunden und Nachbarn sowie das Gefühl, von der Gemeinschaft aufgefangen zu werden. Trotz der Beschränkungen haben viele Angehörige eine besondere Trauerfeier gestaltet, etwa mit einem Musiker, der am Grab gespielt hat, weil die Kapellen geschlossen waren. Seit Inkrafttreten der aktuellen Corona-Schutzverordnung am 15.06.2020 haben die Angehörigen, die Bestatter und Bestatterinnen und auch die Kirchen und Kommunen wieder mehr Spielraum: Trauerkaffees sind wieder zulässig, es dürfen wieder mehr Menschen an der Trauerfeier teilnehmen und auch die Kapellen sind wieder offen.

Leider hat die Politik unser Handwerk bis zum heutigen Tag nicht als systemrelevant anerkannt, obwohl wir einen wesentlichen Beitrag zum Infektionsschutz in Deutschland leisten. Der Beruf des Bestatters/der Bestatterin ist gerade in einer Pandemie genauso wichtig wie alle anderen gesundheitsrelevanten Berufe. Ein fachgerechter Umgang mit einem/einer infektiösen Verstorbenen ist genauso wichtig wie mit einem/einer infektiösen Patienten/Patientin im Krankenhaus oder im Pflegeheim.

Wir sind bis heute nur ein Stück des Weges gegangen und man kann für Deutschland sagen, wir sind bisher glimpflich davongekommen, angesichts der Horrormeldungen aus anderen, weitaus stärker betroffenen Ländern. Erste Lockerungen weisen den Weg in eine neue Form der Normalität. Die Bestatterinnen und Bestatter üben ihren nach unserer Auffassung „systemrelevanten“ Beruf mit großem Einsatz für ihre Mitmenschen aus. Handlungsleitend hierfür waren und bleiben die Bedürfnisse der Angehörigen und der weiteren Trauernden.

Christian Jäger
Assessor jur.
Geschäftsführer
Bestatterverband NRW e.V.
Graf-Recke-Str.71
40239 Düsseldorf
Tel.: 02 11 - 69 06 40
www.bestatter-nrw.de

HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG IN CORONA-ZEITEN – EIN PERSPEKTIVWECHSEL

ANDREA VON SCHMUDE, MARTINA KERN

Die Welt wird wieder frisch – wenn wir sie staunend und von vorne betrachten“, so Zygmont Bauman, der polnisch-britische Soziologe und Philosoph, der sich damit beschäftigte, wie man die richtigen Fragen für eine Zukunftsforschung finden kann.

In der Wortbedeutung der Krise (griech.: krisis) ist neben einer schwierigen Situation bereits eine Entscheidung und ein Wendepunkt enthalten. Die Fragen, die während der Covid-19-Pandemie seit Monaten alle anderen Themen überragen, sind: Wie kommen wir durch die Krise? Wie bleiben wir gesund? Wie sieht die Welt nach Corona aus? Diese Fragen beschäftigen die Gesellschaft und auch die Dienste und Einrichtungen in der Hospiz- und Palliativversorgung.

In einem neuen Zukunftsmodell hat der Trend- und Zukunftsforscher Matthias Horx einen Perspektivwechsel entwickelt: die konstruktive Vision. Im Gegensatz zu einer Pro-gnose, in der man aus der heutigen Gegenwart in die Zukunft blickt, projiziert die Re-gnose ein Bild aus der Zukunft ins gegenwärtige Heute. Das Gedankenspiel von Matthias Horx sei hier einmal als Perspektivwechsel für die Hospiz- und Palliativeinrichtungen übertragen. Ein Blick in das nächste Jahr. Angenommen, wir befinden uns im Sommer 2021. Worauf blicken wir zurück? Was ist anders? Was hat sich geändert?

Rückblickend werden wir im Sommer 2021 sehen, dass die Kontakteinschränkungen und Abstandsregelungen, die uns das vergangene Jahr begleiteten, nicht zur kollektiven Isolation geführt haben. Nach dem Stillstand im Frühjahr 2020 sind die Hospiz- und Palliativdienste kreativ geworden nach dem Motto: Wenn etwas nicht geht, wie es immer ging, werden Wege gefunden, wie es anders gehen kann. Viele, die mit Menschen arbeiten, die von Sterben, Tod, Abschied, Trauer betroffen sind, kennen diesen Perspektivwechsel aus ihrem Arbeitsalltag – eine Grundkompetenz in der Hospiz- und Palliativversorgung. Als 2020 die Wahrung der Distanz zur vorübergehenden neuen Normalität wurde, wurden Ideen entwickelt, wie Menschen trotz physischem Abstand zusammen Nähe erleben und soziale Kontakte gestalten können.

Wir werden im Sommer 2021 sehen, wie viel Solidarität es gibt. Die Menschen rücken auf Distanz zusammen. Die Nachbarschaftshilfe ist neu belebt, es gibt organisierte Hilfsangebote in den Vereinen und Diensten, in den Freiwilligenagenturen und auf digitalen Plattformen. Neben tatkräftiger Unterstützung entstehen Kontaktbrücken und Telefonketten. Es wird mehr und länger telefoniert, Postkarten und Briefpost haben ein Revival erlebt. Dabei werden diejenigen in den Blick genommen, die durch Alter oder Vorerkrankung einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Die Einrichtungen haben ihre Ideen, um Kontakte zu Patientinnen und Patienten, Zugehörigen und auch zu haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden zu halten, zusammengestellt und tauschen sie aus, damit Viele die Anregungen nutzen und weiterentwickeln können.

Wir werden im Sommer 2021 rückblickend sehen, wie selbstverständlich es geworden ist, digitale Kommunikation zu nutzen. In einer Pandemie gilt es, Kontakte grundsätzlich einzuschränken. Dies hat Auswirkungen auf alle Bereiche, in denen Menschen zusammenkommen und sich versammeln. In den Hospiz- und Palliativnetzwerken tauschen die Kolleginnen und Kollegen, Teams, Vorstände und Gremien sich häufiger über Videokonferenzen aus. Besprechungen finden alternativ auch online statt. Auch Kolleginnen und Kollegen, die zu Beginn der

Pandemie Bedenken hatten, schätzen heute den Zeitgewinn, da weniger Dienstreisen unternommen werden und Fahrtzeiten wegfallen. Teams arbeiten konzentriert und intensiv zusammen, es gibt eine neue Aufmerksamkeit für Gesprächspartner. Die Dienste schaffen neue interne und externe Angebote: Vorbereitungskurse für Ehrenamtliche oder Palliative Care Kurse für Mitarbeitende, die, wenn es die Situation erfordert, teilweise online stattfinden, Chat- und Hilfegruppen für Angehörige, Zugehörige und trauernde Menschen, Telefonsprechstunden u. v. m. Die Arbeit im Homeoffice ist ein zusätzlicher Normalzustand neben dem Büroschreibtisch geworden. Menschen aller Altersgruppen nutzen digitale Medien, um Kontakt zu halten mit ihren Familienmitgliedern in den Pflegeheimen, im Hospiz oder in einer anderen Stadt. Sie sehen sich häufiger und verbringen mehr Zeit miteinander als vor der Pandemie.

© G. Achtermann

Wir werden im Sommer 2021 rückblickend sehen, wie interdisziplinäre Zusammenarbeit über die fachlichen und regionalen Grenzen hinweg gelungen ist. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände gehen nach diesen Erfahrungen zielgerichtet und intensiv in den Austausch, um bei aktuellen Fragestellungen, wie z. B. einer Pandemie, zügig Empfehlungen und Handreichungen zu erarbeiten. Diese werden veröffentlicht und der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt, neue Erkenntnisse werden rasch angepasst. So wurden zu Beginn der Pandemie, geprägt von den erschütternden Bildern und Berichten aus den Nachbarländern, von den Fachgesellschaften übergreifende Empfehlungen erstellt, u. a. zu Entscheidungshilfen über die Indikation intensivmedizinscher Maßnahmen oder zur ambulanten patientenzentrierten Vorausplanung für den Notfall. Ziel war es dabei, Patientinnen und Patienten zu unterstützen, ihren Behandlungswillen in Krisensituationen zu dokumentieren und zu erreichen, dass dieser umgesetzt wird. Flankierend dazu wurden Leitfäden und Online-Schulungen für Gesprächsbegleiter und behandelnde Hausärzte entwickelt. Nach den ersten Wochen der Kontakteinschränkungen wurden interdisziplinär auch die psychosozialen und spirituellen Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten, Zugehörige und Mitarbeitende in den Blick genommen und Empfehlungen zur Entlastung und Unterstützung erarbeitet. Überregional wurde rasch mit einer Handlungsempfehlung für SAPV-Teams reagiert, um die ambulante Versorgung sterbender Menschen in der Häuslichkeit sicherzustellen sowie Mitarbeitende zu schützen. Es gibt Behandlungsempfehlungen in Krisensituationen, spezifiziert auf ältere und hochbetagte Menschen zu Hause und in Pflegeheimen, und es sind Video-Tutorials als Kurzfortbildung zur Behandlung von Angst und Luftnot am Lebensende entstanden. All diese Materialien stehen der Öffentlichkeit zur Verfügung, sie können auch in Zukunft in verschiedenen Kontexten angewendet und für andere Krisensituationen aktualisiert werden.

Wir werden im Frühjahr 2021 rückblickend sehen, wie Teams und Dienste gemeinsam und zielgerichtet neue Konzepte entwickeln. Die Maßnahmen der Bundesregierung und der Gesundheitsbehörden, um die Pandemie zu verlangsamen, wirkten sich auch auf die Hospiz- und Palliativeinrichtungen aus. Während in der ersten Phase der Pandemie, als die exponentielle Verbreitung mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln unterdrückt wurde (so-

genannter „Hammer“), waren in der zweiten Phase (sogenannter „Tanz“) die Maßnahmen regional unterschiedlich: Distanzierungsmaßnahmen wurden je nach Infektionsausbrüchen verschärft oder gelockert, um die Infektionsrate möglichst gering zu halten. Die Einrichtungen reagierten rasch mit den Konzepten, die sie entsprechend den Erlassen und Verordnungen der Gesundheitsministerien aktualisierten. Dabei galt es z. B. für Pflegeeinrichtungen, Quarantäneräume zu schaffen, Mitarbeitende zu testen, Besucherinnen und Besucher zu koordinieren und dabei schnell auf neue Ereignisse zu reagieren.

Wir werden in der Rückschau sehen, dass Hospiz- und Palliativversorgung eine wichtige gesellschaftliche Ressource ist. Sie weitet die Sicht, die in der Krise auf die medizinische Dimension konzentriert ist, auch auf die psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse, auf bürgerschaftliches Engagement. Der Perspektivwechsel kann ermutigend wirken. Es ist der gleiche Perspektivwechsel, den wir in Gesprächen mit schwerstkranken, sterbenden, trauernden Menschen, Zugehörigen, Kolleginnen und Kollegen oder in ethischen Sorgegesprächen nutzen – aus dieser Rückschau blicken wir jedoch auf uns selbst. Dieser Blick lenkt die Aufmerksamkeit auf das Gelingende, die positiven Erfolge und die Lösungen und bezieht die Erkenntnisse und Kompetenzen, die wir voraussichtlich in der Zukunft erwerben und in der Krise schon erworben haben, mit ein. Er nimmt vorweg, dass „in der Krise nicht nur die Gefahr, sondern auch die Gelegenheit“ (John f. Kennedy) steckt. Dabei liegt die Betrachtung in diesem Beitrag auf der Gelegenheit und in der Chance, ohne dass die zahlreichen Anstrengungen, Verluste und Ängste ignoriert werden.

„Die Welt wird wieder frisch – wenn wir sie staunend und von vorne betrachten.“
Wir werden im Sommer 2021 sehen, wie wir diese Zeit gemeinsam durchgestanden haben: In der Rückschau hat die Krise Kreativität, Kraft und Erneuerung hervorbracht.

Andrea von Schmude
Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein-Sieg
info@netzwerk-brs.de
www.netzwerk-brs.de

Martina Kern
ALPHA Rheinland
rheinland@alpha-nrw.de

Die Literaturliste zu diesem Artikel kann per E-Mail bei der Redaktion angefordert werden.
sigrid.kiessling@alpha-nrw.de

Veranstaltungen

28.08. - 29.08.2020 Gütersloh
Würde am Lebensende
Hospiz- und Palliativ-Akademie Gütersloh
Tel.: 0 52 41 - 7 08 90 22
kurse@hospiz-und-palliativmedizin.de

07.09. - 11.09.2020 Winterberg
Biografiearbeit mit dem Genogramm – eine Arbeitshilfe AWBG
St. Bonifatius, Bildungs- und Exerzitienhaus Elkeringhausen
Tel.: 0 29 81 - 9 27 30
info@bonifatius-elkeringhausen.de

14.09. - 16.09.2020 Köln
Symbolarbeit in der Trauerbegleitung Das Innere sichtbar machen
Dr. Mildred Scheel Akadmie für Forschung und Bildung
Tel.: 02 21 - 94 40 49-0
msa@krebshilfe.de

23.09.2020 - 16.04.2021 Essen
Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
Weiterbildung zum ACP-Berater gem. § 132g Abs. 3 SGB V
Tel.: 02 01 - 81 02 8 0
info@caritas-essen.de

25.09. - 27.09.2020 (Teil 1) Würzburg
Palliative Atemtherapie
Teil 2: 13.11. - 15. 11 2020
Teil 3: 04.12. - 06.12. 2020
Juliusspital Palliativakademie
Tel.: 09 31 - 3 93 22 81
palliativakademie@juliusspital.de

05.10.2020 Bielefeld
„Ich kann und will nicht mehr“ – Umgang mit Sterbewünschen
Bildung & Beratung Bethel
Fax: 05 21 - 1 44-61 09
bildung-beratung@bethel.de

30.10.2020 Aachen
Spirituelle Begleitung
(5 Kurstage jeweils Okt. 2020 bis Febr. 2021)
Bildungswerk Aachen
Tel.: 02 41 - 51 27 22
info@bildungswerkaachen.de

06.11.2020 Nürnberg
Ethische Kompetenz mittels Fallanalysen entwickeln
Hospizakademie Nürnberg
Tel.: 09 11 - 89 12 05-30
info@hospizakademie-nuernberg.de

16.11. - 20.11.2020 Kleve
Koordinatorenseminar nach §39a SGB V
Palliativakademie Rheinland
Tel.: 0 28 04 - 18 12 82
info@palliativakademie-rheinland.de

IMPRESSUM

Herausgeber
ALPHA - Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen
zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Redaktion
Ansprechstelle im
Land Nordrhein-Westfalen zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
im Landesteil Westfalen-Lippe
Sigrid Kießling
Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48, Fax: 02 51 - 23 65 76
alpha@muenster.de, www.alpha-nrw.de

Layout
Art Applied, Kinderhauser Str. 101, 48147 Münster

Druck
Burlage, Münster

Auflage
2.500

Die im Hospiz-Dialog-NRW veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

ALPHA-Rheinland
Heinrich-Sauer-Straße 15
53111 Bonn
Tel.: 02 28 - 74 65 47
Fax: 02 28 - 64 18 41
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA-Westfalen
Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48
Fax: 02 51 - 23 65 76
alpha@muenster.de
www.alpha-nrw.de

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen