

Profilbericht – Forderungen konkret!

Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung

Die Fachkräftekampagne #dauerhaftsystemrelevant macht auf die Relevanz und die Bedarfe von Fachkräften der Sozialen Arbeit aufmerksam. Sie fordert politische Entscheidungsträger*innen auf, die Bedarfe der Fachkräfte und Organisationen der Sozialen Arbeit ernst zu nehmen und umgehend angemessene Arbeitsbedingungen zu schaffen. Die vorliegenden Profilberichte konkretisieren diese Forderung in bestimmten Handlungsfeldern und Wirkungsbereichen der vielfältigen Profession Sozialer Arbeit.

Der vorliegende Profilbericht wurde federführend von Susanne Kiepke-Ziemes und Hans Nau der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin/ Sektion Soziale Arbeit erstellt." Sozialarbeiterische Fachkräfte gibt es in allen Institutionen, die Menschen in der letzten Lebensphase versorgen und begleiten. Konkrete Zahlen liegen für Pflegeeinrichtungen vor. Dort waren 2018 19.595 sozialarbeiterische Fachkräfte beschäftigt¹.

Wie wirkt Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung?

In Zeiten der COVID-19 Pandemie standen alle Mitarbeiter*innen in der Gesundheits- und Altenhilfe, die sich um schwerkranke, sterbende und trauernde Menschen kümmern, vor großen Herausforderungen, die zu Verunsicherung und hoher Belastung führten, besonders in den Anfangswochen im Frühjahr als auch in den Herbst- und Wintermonaten 2020. Analog dazu spiegelten sich dies auch auf Seiten der Patient*innen und ihrer An- und Zugehörigen, die in dieser Zeit eine besondere Last zu tragen hatten. Sie hatten nicht nur Angst, angesichts von Ressourcenverknappung benachteiligt zu werden. Trotz besonderer Verwundbarkeit und Belastung mussten die Patient*innen Einsamkeit und Isolation ertragen. Krankenhausabteilungen, Hospize und Pflegeeinrichtungen wurden beinahe zu

¹ Katrin Blankenburg, Elke Cosanne in: Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, S. 14, (Hg) Stefan Dettmers, Jeanette Bischkopf, Ernst Reinhardt Verlag, 2019

Isolierstationen, Hospizdienste ermöglichten bestenfalls telefonische Begleitung, Tagespflegen schlossen und persönliche Kontakte sowie psychosoziale und spirituelle Versorgung waren kaum mehr möglich.

In diesem Umfeld stand auch die Soziale Arbeit vor besonderen Herausforderungen. Die Soziale Arbeit im Kontext von Trauer, Tod und Sterben stellt Kern- und Lösungskompetenzen wie Krisenmanagement, Empowermentstrategien, systemische und lebensweltorientierte Denkweisen und Beratungs-Know-how zur Verfügung. Diese Kompetenzen und Ressourcen wurden in der Pandemiesituation vielfach nicht genutzt. Kolleg*innen berichteten vom Ausschluss aus Einrichtungen und fachfremde Kräfte übernahmen ihre Aufgaben. Soziale Unterstützungs- und Hilfsangebote spielten plötzlich keine Rolle mehr, Beratung durfte bestenfalls telefonisch stattfinden, Familiengespräche wurden tabu und Trauerbegleitung konnte nicht erfolgen. Dies verdeutlichen Aussagen von Kolleg*innen im psychosozial-spirituellen bundesweiten Arbeitskreisen (s.u. O-Töne), in denen vor allem der Mangel an Begegnung und Nähe deutlich wird. Dies steht im Widerspruch zum palliativen 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.“

Unter dieser Sichtweise wird das klassische Geschehen zwischen Arzt*Ärztin und Patient*in auf das soziale Umfeld des*der Patient*in erweitert. Im Mittelpunkt stehen der*die Patientin und seine*ihre Familie, sowie unterschiedlichste Sichtweisen und persönliche Zugänge auf Themen und Problemlagen und vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten.²

² Gramm J, Kiepke-Ziemes S (2019) Der Einsatz des Genogramms in der Palliativversorgung
Psychotherapie im Alter, Themenheft «Intergenerationelle Beziehungen, Giessen, Psychosozial Verlag, 169

Misstände

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat sich früh und deutlich mit Empfehlungen zur Versorgung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen positioniert, für deren Inhalte auch die Verfasser*innen dieser Zwischenbilanz stehen³. Mitarbeiter*innen der Sozialen Arbeit haben, ebenso wie viele Kolleg*innen aus anderen palliativen und hospizlichen Fachgebieten, mit Kreativität und Engagement (re)agiert und versucht, Angebote aufrechtzuerhalten bzw. angepasst, um sie hygienekonform anzubieten.

Angesichts der aktuellen Zahlen an Neuinfektionen gilt es dringend zu reflektieren, dass Social Care ein unabdingbares „Must-have“ ist und die Aufgaben und Ressourcen der Sozialen Arbeit in Zeiten der Pandemie zu stärken und nicht zu streichen.

Dabei kristallisieren sich folgende Themenfelder heraus:

Bewohner*in-/Patient*inbezogen

Die pandemiebedingten Einschränkungen, insbesondere das Verbot von Besuchen von außen und von persönlichen Kontakten der Bewohner*innen/Patient*innen untereinander, führten bei vielen Betroffenen zu einer steigenden Symptomlast, z.B. Schmerz oder Atemnot. Auch wenn es Aufgabe aller ist, die sich um die schwerkranken Menschen kümmern, deren psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse wahrzunehmen und geeignete Maßnahmen zu initiieren, trägt die Soziale Arbeit mit ihrer Lebensweltorientierung hier eine besondere Verantwortung.

Zugehörigenbezogen

Viele Zugehörige waren und sind angesichts der Situation der vergangenen Monate angespannt und hinsichtlich der zukünftigen Pandemieentwicklung massiv verunsichert. Sie brauchen in besonderer Form Wertschätzung, Unterstützung, Beratung und

³ 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

Begleitung. Dies ist eine zentrale Aufgabe Sozialer Arbeit, die Belastungen wahrnimmt und adäquate Hilfen anbietet. Von zentraler Bedeutung sind dabei Offenheit gegenüber den Fragen, Ängsten, Sorgen und möglichen Schuldgefühlen der Menschen. Es gilt, Zugehörige in ihrer Hilflosigkeit und Überlastung handlungsfähig zu (er)halten bzw. zu machen. Sinnvoll sind feste Ansprechpartner*innen, regelmäßiger Kontakt, einschließlich mutmachender Anrufe, mit dem Angebot der Unterstützung und Information.

Auf das Ehrenamt bezogen

Die Arbeit mit Ehrenamtlichen war und ist teilweise nur eingeschränkt, gar nicht, oder lediglich unter strengen Hygienevorschriften erlaubt. Erschwerend kommt hinzu, dass viele ehrenamtliche Mitarbeiter*innen aufgrund ihres Alters oder bestehender Vorerkrankungen selbst zur Risikogruppe gehören. Da es keine speziellen Vorgaben für die ehrenamtliche Hospizarbeit gibt, muss vieles auf kommunaler Ebene geklärt werden und unterliegt je nach lokalem Infektionsgeschehen raschen Änderungen. Daraus folgt, dass die bestehenden Strukturen der Situation immer wieder angepasst werden müssen. Im Rahmen der Fürsorgepflicht muss die Gesundheit der einzelnen ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen verstärkt in den Fokus gerückt werden, sie müssen über die Risiken und Vorsorgemaßnahmen aufgeklärt werden. Daneben gilt es, den Ehrenamtlichen einen Raum zu bieten, in dem sie ihre Sorgen und Ängste ausdrücken können und einen sicheren Rahmen für Ihr Handeln erfahren.

Auf die Sterbesituation bezogen

In kritischen Situationen oder wenn der Sterbeprozess eingesetzt hat, sollte der direkte Zugang der Zugehörigen ermöglicht werden. Dies gilt es anzubahnen und zu unterstützen. Kultursensible Besonderheiten bedürfen besonderer Berücksichtigung. So ist es in manchen Kulturkreisen üblich, dass die ganze Familie am Sterbebett Abschied nimmt. Da dies in Zeiten der Pandemie nicht möglich ist, bedarf es sensibler Gespräche mit den Betroffenen, in denen begründet wird, warum dies nicht möglich ist und alternative Handlungsansätze aufgezeigt werden.

Nach dem Tod

Um den Trauerprozess positiv zu beeinflussen, sollten die Wünsche und Anliegen der Hinterbliebenen so weit wie möglich einfließen. Daher ist es wichtig, Abschiedsrituale zu ermöglichen, entweder beim Verstorbenen selbst oder als symbolisches Abschiedsritual. Je nach Situation muss entschieden werden, was realisiert werden kann. Sinnvoll ist darüber hinaus ein abschließendes Gespräch mit den Zugehörigen, in dem offene Fragen und mögliche Schuldgefühle Platz finden und in dem Trauerwissen und Hilfsangebote für Trauernde vermittelt werden.

Auf das Team bezogen

Der Austausch im Team ist in Ausnahmesituationen von großer Bedeutung und minimiert Belastungen, klärt Schnittstellenprobleme und erhöht die Teamresilienz. Insofern sollten sowohl strukturierte als auch ungeplante Kommunikation in besonderer Weise ermöglicht werden, sowohl in persönlichen Teamsitzungen (unter Einhaltung der Hygienevorgaben, z.B. kleine Gruppen, Mindestabstand), in telefonischem Austausch oder in Online-Meetings. Daneben gilt es, die einzelnen Kolleg*innen noch stärker als sonst in den Fokus zu nehmen: aktiv auf sie zugehen, nach Belastungen zu fragen und Unterstützung anzubieten.

Im März 2020 hat uns mit Covid-19 eine Pandemie überrollt, in der Ressourcen und erprobte Handlungsweisen fehlten. Wir wissen, dass Menschen, die nur somatisch und materiell versorgt werden, verkümmern⁴.

Mitarbeiter*innen der Sozialen Arbeit sind unverzichtbar, um gemeinsam mit den anderen Berufsgruppen schwerstkranke und sterbende Menschen und deren Zugehörige zu versorgen und ihnen einen guten Abschied und ein würdiges Sterben zu ermöglichen. Somit sind Palliative Care und Soziale Care ein wesentlicher Beitrag in der Pandemiebekämpfung.

⁴ Vortrag DGP Kongress (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) Kontroversen am Lebensende, Wiesbaden, am 11.09.2021, Sechs Monate Corona Pandemie in Deutschland, Urs Münch, Berlin u. S.Kiepke-Ziemes, Viersen

Es gilt, die geschilderten Themenfelder in den Fokus zu nehmen und die genannten Anliegen umzusetzen. Insofern richten sich unsere Empfehlungen über die Mitarbeiter*innen der Sozialen Arbeit hinaus auch an jene, die über den Einsatz Sozialer Arbeit entscheiden – in Krankenhäusern, Hospizen, Pflegeheimen, der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung und ambulanten hospizlich-palliativen Versorgung.

Forderungen

Wir Fachkräfte der Sozialen Arbeit fordern...

- Die grundsätzliche Einbeziehung Sozialer Arbeit in die Betreuung und Versorgung von Menschen, die von den Auswirkungen der Pandemie betroffenen sind und bei denen soziale Isolation und Vereinsamung drohen. Die Kompetenzen unserer Profession sind unverzichtbar um Betroffene, die durch die Pandemie zusätzlich belastet sind, psycho-sozial zu entlasten.
- Beratungen, Begleitungen und Betreuungen durch Mitarbeiter*innen der Sozialen Arbeit müssen auch in einer Pandemie grundsätzlich möglich sein, einschließlich z.B. Familiengesprächen und Trauerbegleitung. Der direkte Kontakt ist dabei zu präferieren, da die Inhalte der Beratung existenzielle Themen betreffen und körperliche Nähe bei der Bewältigung hilft.
- Die Bereitstellung von Schutzausrüstung, damit persönlicher Kontakt sowohl mit Infizierten, als auch mit Risikogruppen und deren Zugehörigen möglich ist.
- Die konsequente Einbeziehung der Expertise Sozialer Arbeit bei Entscheidungen über Kontakteinschränkungen, da Soziale Arbeit die individuellen psychosozialen Auswirkungen einer solcher Maßnahmen abschätzen kann. Soziale Arbeit sollte auch selbst auf die Verantwortlichen zugehen und sich bei der Entwicklung von Konzepten aktiv einbringen damit Begegnungen aller Art weiterhin möglich bleiben.
- Die technische Anpassung der Arbeitsplätze, um problemlosen Kontakt per Telefon oder virtuell zu ermöglichen, sofern der direkte Kontakt nicht möglich ist.
- Die Etablierung Sozialer Arbeit in allen Bereichen, in denen von der Pandemie betroffene Patienten*innen/Bewohner*innen (als Infizierte oder von

Kontaktbeschränkungen Betroffene) versorgt oder gepflegt werden, als bundeseinheitliche Regelung.

- Kein Ausschluss Sozialer Arbeit aus Einrichtungen bzw. Einsatz Sozialarbeitender für berufsferne Tätigkeiten, bspw. körperliche Versorgung, da den Klient*innen/Patient*innen so die notwendige psychosozialer Unterstützung entzogen wird. Solche Vorgehensweisen bedürfen öffentlicher Begründung.
- Eine unbürokratische kurzfristige Umsetzung bei Coaching-, Supervisions- oder Reflexionsbedarf.
- Bei Handlungsanweisungen in Einrichtungen muss der Mensch nicht nur als rein körperliches Wesen betrachtet und behandelt werden, sondern ganzheitlich. Trotz Distanzregelungen müssen soziale Bezüge ermöglicht werden. Entsprechende Schutzräume, Ressourcen und Materialien sollten in Einrichtungen und Institutionen geschaffen und umgesetzt werden.

O-Töne

„Ich durfte in keine Einrichtung. Ich konnte einige wenige Angehörige am Telefon beraten. Ob Wünsche bzgl. Gesundheitliche Versorgungsplanung der Gäste und Bewohner umgesetzt wurden, weiß ich nicht“.

Interview Frau Z, Sozialpädagogin – Beraterin Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP)

„Wir konnten alles nur nach Aktenlage und telefonisch regeln. Es gab keine technische Unterstützung. Die Patienten durften wir nicht besuchen“.

Interview Krankenhaussozialdienst Frau R.

„Meine Oma ist nicht an Covid gestorben, sondern nachdem sie nicht mehr zur Tagespflege konnte, da diese geschlossen wurde. Ihr Leben hatte für sie in der Isolation keinen Inhalt mehr. Sie verstarb drei Wochen nach der Schließung. Sie hatte sich ins Bett gelegt und nichts mehr gewollt“.

Interview Angehörige Oma Müller Tagespflege