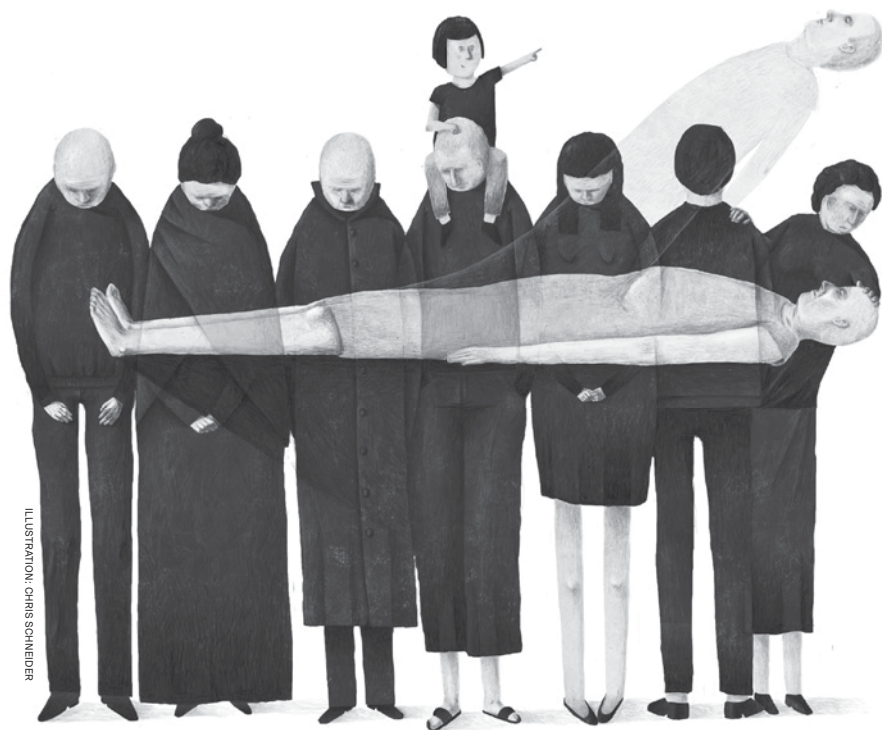




VON SHANNON BENDIG, CONNOR ENDT, ALEXANDER NETTE, TERESA WOLNY

Genug Zeit zum Sterben

In fast allen Pflegeberufen klagen die Pflegenden über Missstände, die seit der Pandemie mehr denn je im Fokus stehen. In der Palliativpflege scheint das besser zu funktionieren. Was können die Leipziger Krankenhäuser davon lernen?

Eine alte Dame liegt mit ihrem Pudel auf den Beinen im Bett. Ihre Tochter und eine Verwandte sitzen weinend bei ihr. Irgendwann drücken sie die Notfall-Klingel, und als Pflegerin Maria Kleinschmidt ins Zimmer des Dessauer Hospizes kommt, bittet die Tochter sie zu übernehmen – sie hätten das Gefühl, die »Mutti« könne nicht loslassen. Das Gefühl stimmt, denn nach ein paar Minuten, in denen Kleinschmidt mit einer Medizinstudentin bei der Dame sitzt, ihre Hand massiert und ihr leise sagt, dass sie jetzt gehen könne, stirbt sie.

Ein schöner Tod – zumindest von außen betrachtet, erzählt Maria Kleinschmidt, die das Sterben in verschiedenen Einrichtungen kennengelernt hat und nun im Hospiz mit angeschlossener Palliativstation in Dessau arbeitet. 2017 schloss sie ihre Ausbildung zur Krankenpflegerin ab und wurde direkt danach auf der Intensivstation eingesetzt. Dort habe sie es jedoch nicht lange ausgehalten, erzählt die 35-Jährige. »In diesen drei Monaten habe ich gemerkt, dass mich die Arbeit dort an den Rand meiner Gesundheit bringt.« Einmal habe sie sich dagegen gewehrt, einen sterbenden Patienten allein zu lassen. »Ich wollte nicht, dass er diesen Weg alleine

gehen muss.« Das Schlimmste sei jedoch gewesen, dass sie kurze Zeit später den noch warmen Körper in einen Leichensack legen und in die Kühlkammer fahren musste. »So etwas Menschenunwürdiges, das hat keiner verdient!«, sagt Kleinschmidt, die nicht lange nach dieser Situation ins Hospiz wechselte. »Hier gibt es diesen Respekt«, sagt sie. Im Hospiz können Verstorbene etwa 36 Stunden nach dem Tod im Bett liegen und von Angehörigen verabschiedet werden.

Der Weg in ein stationäres Hospiz führt oft über die Palliativstationen in den Krankenhäusern, wo Menschen versorgt werden, bei denen keine oder kaum Aussicht auf Heilung besteht. Zur Struktur der Palliativpflege in Deutschland gehören außerdem die ambulanten Versorgungsangebote (SAPV) – denn viele Menschen wollen das Ende ihres Lebens in den eigenen vier Wänden verbringen.

Die Palliativpflege hat innerhalb der Pflegebranche einen besonderen Stellenwert. Sie profitiert von besserer Finanzierung und Stellenausstattung. Die Personalschlüssel sind höher und die Fluktuation ist geringer: Während eine Pflegekraft im Durchschnitt nur sieben bis acht Jahre

in ihrem Job bleibt, sind dies nach Erfahrungswerten im Palliativbereich 15 Jahre. Sogenannte »multiprofessionelle Arbeit«, die verschiedene Bereiche vereint, ist hier etabliert und die Hierarchien sind flacher. »Auf einer chirurgischen Station wird die Pflegekraft weniger in Fallbesprechungen eingebunden und nach ihrer individuellen Meinung gefragt. Das ist im Palliativbereich anders«, sagt Henrikje Stanze von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Diese Einbindung sei auch deshalb wünschenswert, weil sie sich sehr positiv auf die Zufriedenheit der Palliativpflegekräfte auswirke. »International ist das oft Standard, in Deutschland hinken wir da sehr hinterher.«

Mit den Menschen sprechen und sie nicht nur behandeln: Laut Jan Gramm, Gründer und Geschäftsführer des Instituts für Palliativpsychologie im hessischen Friedberg, ist dies einer der vorherrschenden Gründe, warum Pflegekräfte auf die Palliativstation kommen – oft von der Intensivstation. Dort herrscht insbesondere während der Pandemie das gegenteilige Bild: Ausgebrannte Pflegekräfte, die Überstunden schieben und ihre eigene Gesundheit riskieren, um Covid-19-Patientinnen zu betreuen. »November und Dezember 2020 waren die schlimmsten Monate. Da hat man gar nicht mehr gepflegt, sondern ist nur von Notfall zu Notfall gerannt«, erzählt eine Pflegekraft aus dem Uniklinikum in Leipzig, die anonym bleiben möchte. Probleme gab es aber auch schon vor Corona. Laut dem Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse von 2019 waren Pflegekräfte im Schnitt 23 Tage länger pro Jahr krankgeschrieben als Arbeitnehmerinnen aus anderen Berufsbranchen. Dabei sind psychische Erkrankungen besonders häufig Grund für die Arbeitsunfähigkeit – durchschnittlich betraf das 87 Prozent mehr Angestellte in Pflegeberufen als Angestellte aus anderen Bereichen.

Dass sich dringend etwas ändern muss, belegen auch zwei aktuelle Studien. So befragte der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) vergangenes Jahr etwa 2.000 Mitglieder zu ihrer Situation während der Pandemie. »Das Erschreckende dabei ist, dass etwa ein Drittel der Kolleginnen und Kollegen sagen, dass sie während der Pandemie nur im Beruf bleiben, weil man sie dringend braucht«, erklärt DBfK-Referent Christof Oswald. »Aber genauso viele sagen, dass sie fest planen oder schon Dinge in die Wege geleitet haben, um aus dem Beruf auszuscheiden, wenn die Pandemie so weit im Griff ist.«

Laut einer Studie der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg haben manche Pflegenden auf Intensivstationen während der Pandemie Angst, Patientinnen nicht richtig versorgen zu kön-

nen. Sie belastet, dass viele Menschen im Krankenhaus gerade ohne ihre Angehörigen sterben müssen. Das Zwischenfazit der Studie, dass »während der Covid-19-Krise die zusätzlichen physischen, psychischen, emotionalen und sozialen Herausforderungen und Belastungen« deutlich werden, ist wenig überraschend.

Anfang März 2021 veröffentlichten Fachgesellschaften und Berufsverbände unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) daher einen Appell an die Politik. Darin fordern sie psychologische, psychotherapeutische und seelsorgerische Angebote für Gesundheitspersonal im Covid-19-Bereich – gerade weil »strukturelle Schwachstellen wie der Mangel an Pflegekräften so schnell nicht behoben werden können«. Die Autorinnen aus dem Hospiz- und Palliativbereich verweisen auf die langjährigen guten Erfahrungen der Palliativmedizin mit der psychosozialen Versorgung der Pflegekräfte.

Für Pflegende sei der Tod von Patientinnen durchaus Teil des Arbeitsalltags, sagt Andreas Müller. Während der Höhepunkte der Pandemie sah der Alltag in vielen Krankenhäusern allerdings anders aus. »Das Riesenproblem ist aber, dass das Sterben so rasch verläuft, dass man gar nicht mehr richtig Luft holen kann.« In dieser Situation brauche es Angebote für die Pflegekräfte, um gesund zu bleiben. Müller ist Vorsitzender des Landesverbands Hospiz- & Palliativmedizin Sachsen und hat den Appell mit unterzeichnet. Man dürfe daraus jedoch nicht die Forderung ableiten, jeder Pflegekraft pauschal eine Psychologin zur Seite zu stellen, sondern das Angebot einer Supervision zu schaffen, sagt er. Die Pflegenden seien autonom genug, Bedürfnisse selbst zu erkennen. Müller sieht bei der Bereitstellung von Angeboten auch weniger die Politik in der Pflicht: »Der Aufruf ist wichtig, damit die Arbeitgeber verstehen, dass sie für die Mitarbeitergesundheit zuständig sind«, sagt er.

Zu diesen Angeboten gehören etwa auch Supervisionsangebote. Jan Gramm ist davon überzeugt, dass solche Angebote nicht nur im Palliativbereich, sondern auch auf anderen Stationen sinnvoll wären. Sie dienten der Reflexion der eigenen Arbeit. Abseits der Palliativmedizin fehle häufig das Bewusstsein dafür, dass Supervision ein Weg sein könne, Überlastungen vorzubeugen. Im Palliativbereich sind Supervisionsangebote für das Team oft Standard. Zum Personal auf diesen Stationen gehören oft auch Sozialarbeiterinnen und Psychologinnen, die neben den Patientinnen auch deren Angehörige betreuen, etwa im Trauerprozess. Der Tod wird hier nicht mehr mit allen medizinischen Mitteln bekämpft, stattdessen wird versucht, das Lebensende so angenehm und schmerzarm wie möglich zu gestalten. Auch, aber nicht nur mit Me-

dikamenten. »Wir haben eine Entwicklung der Medizin, die sehr auf den Körper fokussiert ist«, sagt Gramm. Palliativversorgung zeichne sich hingegen dadurch aus, dass neben dem körperlichen Leiden auch das psychische und das soziale Umfeld der Menschen berücksichtigt werden.

Obwohl das Angebot besteht, geht Maria Kleinschmidt aber nur selten zur Supervisorin. Denn diese erlebe die pflegerischen Aspekte ihrer Arbeit nicht mit, sagt Kleinschmidt. »Sie ist ja nicht mit dabei, wenn wir jemanden mit in den Tod begleiten. Das können wir nur unter Kollegen ausmachen.« Ähnlich ist es auf der Palliativstation eines Leipziger Krankenhauses, auf der Kerstin Seifert arbeitet. Seifert ist seit der Gründung der Station 1999 im Team. Vorher hat sie in der Geburtshilfe gearbeitet. »Passt ein bisschen zusammen, Anfang und Ende«, sagt sie. Zu Beginn habe es auf der Station regelmäßig Supervisionen gegeben, erzählt Seifert. »Bis wir festgestellt haben, dass dort immer die gleichen kommen und diejenigen, die Probleme haben, sich andere Wege suchen.« Die täglichen Teambesprechungen hätten sich als sinnvoller herausgestellt.

Wichtig ist Seifert zufolge vor allem, dass viel kommuniziert werde und nichts auflaufe. »Wenn ein Team das nicht hat, ist Supervision aber sicher ein guter Weg«, sagt Seifert. Dass ihr Team auf der Palliativ-

station so gut funktioniert, liege zum einen an den guten Rahmenbedingungen des Krankenhauses, zum anderen aber auch am Grundgedanken der Palliativpflege. Man arbeite schließlich bewusst an einem Ort, an dem Menschen nach langer Krankheit möglichst ruhig und symptomarm sterben können. »Ich muss auf den Patienten gucken und auch gut auf mich, sonst schaffen wir das hier nicht. Vielleicht trainiert das dann auch mehr zu gucken, was der Kollege braucht.« Wenn es jemandem aus dem Team nicht gut gehe, würden andere oft freiwillig den Dienst übernehmen, sagt Seifert. Das gehe, weil viele ihrer Kolleginnen nicht in Vollzeit arbeiten. Trotzdem möchte Seifert die Palliativstation nicht als Insel der Seligen verstanden wissen. Auch dort gebe es Phasen der Überlastung. »Aber ich glaube, die Haltung zum Patienten und zu unserem Arbeitsgegenstand wird hier oft reflektiert. Das bringt schon etwas mit sich.« Dass es in der Hospiz- und Palliativpflege nicht nur mehr Reflexion, sondern auch mehr Zeit gibt, liegt in ihrem Auftrag begründet. Es gebe dort kein Schema F, das abgearbeitet werden kann, sagt Andreas Müller. »Palliativpflege beginnt unbedingt bei der ausführlichen Krankenbeobachtung: physisch, psychisch, sozial, spirituell. Ich muss verstehen, was den Menschen, der mir gerade gegenübersteht, eigentlich ausmacht.«

ANZEIGE

GRASSI MUSEUM FÜR VÖLKERKUNDE ZU LEIPZIG

Der Moment, wenn du Prozess, liquid, reinventing und Netzwerkmuseum in einem Satz sagst und alle erstmal so »hää ä ä?«.

@grassimuseum.skd

You're welcome to join our #reinventingGRASSI journey!

www.grassimuseum.de
www.skd.museum

Gefördert durch:
KULTURSTIFTUNG DES BUNDES

Staatliche Kunstsammlungen Dresden

3 WE CHANGE! #REINVENTING @GRASSIMUSEUM.SKD 2021-23 NOW! #REINVENTING @GRASSIMUSEUM.SKD 2021-23 WE CHANGE! #REINVENTING