

1 **Interview FC 180611_0049**

2 **Datum des Interviews: 11.06.2018**

3 **Gesamtdauer: 54 Minuten**

4

5 **Legende:**

6 (lacht) (weint) = nonverbale Äußerungen

7 ... = Gedankenabbruch, Stottern, Zögern

8 (trotzdem? 22:32) = nicht eindeutig verstandenes Wort

9 (? 12:32) = nicht verstandenes Wort

10 (Pause) = längere Pause

11 aber nein = starke Betonung, laut

12

13

14 **Interviewerin:** Herzlichen Dank, dass Sie sich heute Zeit für mich genommen haben.
15 ich würde Sie bitten, dass Sie sich mal ganz kurz vorstellen, wer Sie sind und welche
16 Qualifikationen Sie haben?

17 **Interviewpartner_in:** Ich heiße FC, ich bin Psychologin von Beruf und arbeite in dem
18 AHDE als Koordinatorin.

19 **Interviewerin:** Können Sie mir erzählen, wie viele Mitarbeiterinnen Sie momentan
20 haben?

21 **Interviewpartner_in:** Aktuell 31 vorbereitete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, und
22 5 sind noch im Vorbereitungskurs.

23 **Interviewerin:** Finden die regelmäßig statt, die Vorbereitungskurse?

24 **Interviewpartner_in:** Immer dann, wenn ... wenn wir ... also wenn die Anzahl der An-
25 fragen höher wird als die Anzahl der zur Verfügung stehenden ehrenamtlichen Mit-
26 arbeiterinnen und Mitarbeiter. Also wir versuchen einfach, nicht immer weiter zu
27 schulen mit der Gefahr, dass dann ehrenamtliche Mitarbeiterinnen nicht zum Einsatz
28 kommen, sondern die ... die Anzahl der Anfragen etwa im Gleichgewicht zu halten
29 mit der zur Verfügung stehenden Anzahl von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und
30 Mitarbeitern, sodass alle, die freie Kapazitäten haben, dann auch Begleitung über-
31 nehmen können.

32 **Interviewerin:** Und wenn Sie jetzt bei *Organisation A* zurückblicken, ist der Bedarf
33 gestiegen?

34 **Interviewpartner_in:** Kann ich nicht sagen.

35 **Interviewerin:** Okay. Sie haben die Koordinationsstelle alleine inne, ist das richtig?

36 **Interviewpartner_in:** Nein, mit einer Kollegin.

37 **Interviewerin:** Mit dieser Kollegin. Und können Sie noch mal kurz sagen, in welchem
38 Stundenumfang wer wie arbeitet?

39 **Interviewpartner_in:** Also meine Kollegin mit Vollzeit und ich mit 35 Stunden.

40 **Interviewerin:** Und die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen, die Sie gerade genannt ha-
41 ben, was würden Sie im Durchschnitt sagen – wobei es wahrscheinlich im Durch-
42 schnitt sehr, sehr schwer macht – was würden Sie sagen, wie viele Stunden pro Wo-
43 che arbeiten diese Mitarbeiter?

44 **Interviewpartner_in:** Hm. (Pause) Vier bis fünf.

45 **Interviewerin:** Okay. Jetzt beschäftigen wir uns in unserer Forschungsarbeit mit der
46 Zielgruppe Menschen mit geistiger bzw. mit schwerer Behinderung oder Beeinträch-
47 tigung. Haben Sie denn bei Ihrem Träger Erfahrungen, oder ein Verein ist es ja, haben
48 Sie Erfahrungen mit dieser Zielgruppe gemacht?

49 **Interviewpartner_in:** Also mit Menschen, die schwere Beeinträchtigungen haben,
50 haben wir sehr häufig zu tun. Aber diese Beeinträchtigungen entstehen aufgrund der
51 Erkrankung, an der sie dann letztendlich auch sterben. Mit Menschen mit geistiger
52 oder schwerer Behinderung von vornherein hatten wir erst einmal zu tun. Also wir
53 haben erst einen Patienten begleitet, der geistig behindert war.

54 **Interviewerin:** Können Sie noch mal auf Ihre Zielgruppe zurückschauen und mir mal
55 sagen, mit welchem Personenkreis Sie arbeiten?

56 **Interviewpartner_in:** Wir sind ja ein spezialisierter Dienst, insofern arbeiten wir
57 schwerpunktmäßig mit ... also das ist unsere Zielgruppe ... sind Patienten mit einer
58 Aids-Erkrankung. Damit verbunden ist, dass wir sehr viele Männer betreuen, etwa
59 drei Viertel der Patienten sind Männer. Sehr viele homosexuelle Männer. Relativ häu-
60 fig auch Drogengebraucher und -gebraucherinnen. Ja, das ist vielleicht so die ... der
61 Schwerpunkt.

62 **Interviewerin:** Jetzt habe ich selbst mal recherchiert: Das Robert-Koch-Institut spricht
63 in Berlin momentan von 11.000 infizierten Menschen. Was würden Sie sagen, wie
64 viele Menschen begleiten Sie jährlich ungefähr?

65 **Interviewpartner_in:** Also jährlich ungefähr zwischen 30 und 40.

66 **Interviewerin:** Und wenn Sie jetzt mal ...

67 **Interviewpartner_in:** In letzter Zeit, vielleicht kann ich das noch sagen ...

68 **Interviewerin:** Ja, klar, gerne.

69 **Interviewpartner_in:** ... eher in Richtung 30.

70 **Interviewerin:** Sind Sie selbst auch noch in der Begleitung tätig oder haben Sie eher
71 koordinative Tätigkeiten?

72 **Interviewpartner_in:** Beides. Wir übernehmen auch Krankheits- und Urlaubsvertre-
73 tung für die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder auch bei Sitzwa-
74 chen, wenn dann Not am Mann ist, dann helfen wir immer mit.

75 **Interviewerin:** Und bevor wir auf Ihre Person mit geistiger Beeinträchtigung zu spre-
76 chen kommen, würde ich ganz kurz, um Parallelen finden zu können, Sie bitten, dass
77 Sie mal an einen konkreten Menschen, den Sie selbst mit begleitet haben, zurück-
78 denken. Würden Sie mal von Beginn, von dem Moment, wo Sie diesen Menschen
79 kennengelernt haben, bis zum Ende oder bis Tod und darüber hinaus, wenn Sie auch
80 mit den Angehörigen oder mit anderen, Freunden oder Beteiligten, gesprochen ha-
81 ben, diesen Fall ganz konkret schildern. Wie sind Sie da vorgegangen? Und es wäre
82 gut, wenn Sie den Namen anonymisieren.

83 **Interviewpartner_in:** (lacht) (Pause) Also sehr häufig, so auch in diesem Fall, kam die
84 Anfrage über kooperierende Dienste, und zwar hier in diesem Fall ein Wohnprojekt,
85 in dem HIV-Patienten sowohl stationärer ... in stationären Wohnformen als auch in
86 ambulanten Wohnformen, weil sie über das betreute Einzelwohnen betreut werden
87 ... Dieser Patient lebte in der eigenen Wohnung, wurde über betreutes Einzelwohnen
88 versorgt und verschlechterte sich zunehmend. Ich bin dann dahin gefahren, habe den
89 Erstbesuch gemacht. Wie immer macht eine von uns Koordinatorinnen den Erstbe-
90 such, um herauszufinden, wie ist der Bedarf. Es stellte sich heraus, dass dieser Pati-
91 ent zunächst sich erst mal einfach über regelmäßige Besuche freuen würde, so wie es
92 für AHDE auch üblich ist. Ich habe dann nach zwei, drei Telefonaten mit ehrenamtli-
93 chen Mitarbeiterinnen eine Mitarbeiterin gefunden, habe diese Mitarbeiter dann
94 dem Patienten vorgestellt, und beide waren einverstanden, dass sie miteinander ar-
95 beiten wollen. Das heißt, die ehrenamtliche Mitarbeiterin hat daraufhin dann einmal
96 in der Woche diesen Patienten besucht, wenn er es wollte. Also er hatte immer wie-
97 der Zeiten des Rückzugs. Das hing ein Stück weit zusammen mit bestimmten Drogen,
98 die er auch konsumiert hat. Dann war er eben schwer erreichbar telefonisch und
99 auch persönlich schwer erreichbar. Aber wenn er es zugelassen hat, ist sie einmal in
100 der Woche dorthin gegangen, hat ihn besucht. Irgendwann nach mehreren Monaten
101 kam von ihr der Anruf mit dem Hinweis, sie hat das Gefühl, er braucht mehr als ein-
102 mal in der Woche. Wir haben dann nach einem anderen ehrenamtlichen Mitarbeiter
103 gesucht. Da war aktuell dann es ziemlich eng. Und ich habe zeitweise die Begleitung
104 mit übernommen, sodass wir dann zu zweit zu ihm gegangen sind. Es stellte sich
105 dann aber relativ schnell heraus, dass trotz Unterstützung durch dann Pflegedienst

106 und unsere Unterstützung es nicht mehr ging zu Hause, weil er sich relativ schnell
107 verschlechtert hat, die Sprache nicht mehr vorhanden war, also er auch nicht ir-
108 gendwie telefonisch Dinge regeln konnte, was bis dahin noch ganz gut ging, und wir
109 dann ... Dazu kam, dass er, obwohl eigentlich in einer behindertengerechten, aber ...
110 der ... die Hauseingangstür besaß eine relativ hohe Schwelle, die er nicht alleine
111 überwinden konnte. Also er kam zwar mit dem Aufzug nach unten, aber er kam nicht
112 aus dem Haus raus. (lacht) Sodass er eben überhaupt nicht mehr mobil sein konnte.
113 Und grundsätzlich einfach die Versorgung immer schwieriger wurde. Und er ist dann
114 ins *SHE* gegangen, nachdem dann da ein Platz frei wurde, und hat dort dann tatsäch-
115 lich noch ein Dreivierteljahr gelebt und ist also wirklich sehr langsam gestorben. Also
116 auch das akute Sterben hat mehrere Wochen gedauert. Also relativ selten so zu se-
117 hen, aber bei ihm war das sehr eindrücklich, dass ... dass er eben wirklich bis zur letz-
118 ten Minute Lebenswillen hatte, der ihn am Leben gehalten hat, und er dadurch eben
119 auch ein sehr langes Sterben hatte. Aber ... ja. Es gab ... nur einen guten Freund, der
120 allerdings nicht in *ST* lebte, sodass wir dann die Beisetzungsfeier organisiert haben
121 und eine kleine Traueransprache gemacht haben. Und die ... die finanziellen Dinge
122 hat dieser gute Freund übernommen, sodass es möglich wurde, dass der Patient
123 dann auch ... also nach seinen Wünschen in so einer Art nicht ganz Friedwald, aber es
124 war so eine Baumbestattung. Es gibt hier einen Friedhof, der auch so ... so eine Art
125 Baumbestattung anbietet, sodass das möglich wurde. Rein übers Ordnungsamt wäre
126 das nicht möglich gewesen. Aber so war das, glaube ich, eine ganz runde Sache, und
127 er konnte eben so beigesetzt werden, wie er sich das gewünscht hat.

128 **Interviewerin:** Wie haben Sie die Wünsche erfahren? Wie sind Sie da vorgegangen?

129 **Interviewpartner_in:** Wir haben mit ihm drüber gesprochen, ja, ja. Also das war bei
130 ihm gut möglich. Er hat immer sehr klar geäußert, was er möchte, auch was er im Fal-
131 le seines Todes möchte. Er hatte eine sehr detaillierte Patientenverfügung. Und inso-
132 fern war ganz genau auch festgehalten, was er sich wünscht für seine Beisetzung,
133 immer mit der Option, dass wir nicht wussten, kann das dann so umgesetzt werden.
134 Wenn eben die finanziellen Möglichkeiten nicht da sind, dann ist das manchmal
135 schwierig, die Wünsche so umzusetzen, wie ... wie sie eben da sind. Aber bei ihm hat
136 das dann alles gut geklappt.

137 **Interviewerin:** Und jetzt sagen Sie selbst, er ist dann vom *AHDE* in den ... in ein *SHE*
138 gezogen.

139 **Interviewpartner_in:** Genau.

140 **Interviewerin:** Wie war Ihre Kooperation, wie sind Sie diesen Übergang gemeinsam
141 angegangen, die Fachkräfte untereinander?

142 **Interviewpartner_in:** Also wir haben zu allen *SHE* einen sehr guten Draht. Wir sehen
143 uns ja im Verband regelmäßig, und da gibt es also ... ja, einfach gute Kontakte. Und
144 insofern ist es eben so, dass wir dann anrufen und von einem Patienten berichten
145 und die Kollegen und Kolleginnen dann auch uns auffordern, bitte ein Gutachten vor-
146 zulegen für den Patienten. Und dann schauen die einfach, wann ein Bett frei wird.
147 Und bei ihm hat das auch sehr gut geklappt, sodass es eben auch ein *SHE* war, was für
148 uns in der Nähe war und auch in seiner ... in seinem Wohnumfeld. Insofern war das
149 eine sehr gute Zusammenarbeit.

150 **Interviewerin:** Ist die ehrenamtliche Mitarbeiterin, die ihn ja auch begleitet hat, dann
151 noch regelmäßig in das *SHE* gegangen?

152 **Interviewpartner_in:** Ja. Ja.

153 **Interviewerin:** Okay.

154 **Interviewpartner_in:** Also wir haben ihn dort auch ... auch als Koordinatorin und die
155 ehrenamtliche Mitarbeiterin haben wir ihn regelmäßig besucht, weil er uns einfach
156 kannte und wir auch seine ... seine Zeichen sehr gut verstehen konnten. Also er hat
157 bis zu seinem letzten Tag sehr klar zeigen können, was ... was er möchte. Also nicht
158 verbal, aber er hatte ... ja, klare Zeichen. Wenn er auf unseren Flyer zeigte, hieß das,
159 wir sollen angerufen werden, und wenn er zur Tür zeigte, hieß das, jetzt dürfen wir
160 wieder gehen. (lacht) Und wenn er ... wenn er zwei Finger in die Luft hielt, dann hieß
161 das, er möchte gerne eine Zigarette rauchen. Bis dahin, dass wir erstens sie halten
162 mussten, weil er sie selber nicht mehr halten konnte, bzw. sie anrauchen mussten,
163 weil er das auch nicht mehr geschafft hat. (lacht)

164 **Interviewerin:** (lacht)

165 **Interviewpartner_in:** Für uns als Nichtraucher manchmal ein bisschen ... (lacht) hus-
166 tenauslösend, aber ... ja. Also das war eine sehr intensive und sehr schöne Beglei-
167 tung, weil so klar war, was er möchte, und er das bis zuletzt auch äußern konnte mit
168 seinen Möglichkeiten. Das hat uns alle irgendwie auch zufrieden gemacht.

169 **Interviewerin:** Vielen Dank für das Fallbeispiel. Jetzt haben wir gerade ein bisschen
170 geschmunzelt über die Zigarettsituation. Was würden Sie denn globaler sagen, was
171 sind denn Ihre Aufgaben? Was geben Sie Ihren ehrenamtlichen Mitarbeitern mit bei
172 der Begleitung? Was erwarten Sie von denen? Sicherlich ist es von Fall zu Fall unter-
173 schiedlich, Leute brauchen sehr, sehr unterschiedliche Sachen. Aber was würden Sie
174 denn so als Hauptpunkte, Tätigkeitsbereiche oder Aufgaben nennen?

175 **Interviewpartner_in:** Also es ist tatsächlich sehr unterschiedlich. Und bei einem Pati-
176 enten heißt das, mit fernzusehen. (lacht) Bei vielen, solange sie es können, Beglei-
177 tung bei Spaziergängen bzw. Schieben, also wenn jemand im Rollstuhl sitzt. Das ist
178 für viele ein großes Gut, noch mal raus zu können. Insofern fragen das viele Patienten
179 an. Für viele heißt es auch nur da sein oder manchmal ein Gespräch. Wobei Gespräch
180 sich oft reduziert in der letzten Zeit, weil die Patienten selber gar nicht mehr in der
181 Lage sind, sich sprachlich zu äußern. Ja. Also die Aufgabe für die Ehrenamtlichen
182 heißt: Herausfinden, was möchte der Mensch. (lacht) Das ist die zentrale Aufgabe,
183 die die Ehrenamtlichen haben.

184 **Interviewerin:** Das heißt, wenn ich das jetzt richtig interpretiere, ist das Überziel, die
185 Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten bzw. noch mal durch Ehrenamtliche
186 zu fördern, richtig?

187 **Interviewpartner_in:** Richtig, ja. Ja.

188 **Interviewerin:** Okay. Und jetzt haben Sie selbst Erfahrungen mit dem Menschen mit
189 Beeinträchtigung gemacht?

190 **Interviewpartner_in:** Auch. Auch, ja.

191 **Interviewerin:** Dann würde ich gerne noch auf diese Person zu sprechen kommen.
192 Können Sie mal kurz schildern, wie Sie ... also erst mal den Zugang, wie Sie von die-
193 sem Menschen erfahren haben, dass der einen Bedarf an Begleitung hat, und wie Sie
194 ihn begleitet haben.

195 **Interviewpartner_in:** Mhm (bestätigend). Also dieser Mensch befand sich in einem
196 Pflegeheim. In diesem Pflegeheim wurden relativ häufig HIV-Patienten betreut. Inso-
197 fern hatten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort schon ... also Erfahrungen mit
198 uns als Dienst gemacht. Und insofern haben die uns dann auch angefragt für diesen
199 Patienten. Und er hat sich sehr gefreut. Also er hatte viel Spaß an ... an Kontakt. Er ...
200 Anfänglich erzählte er sehr gern und freute sich, wenn er jemandem was erzählen
201 konnte, und schaute auch sehr gerne Fotoalben an mit immer den gleichen (lacht) ...
202 Fotos, aber er ... er wusste alles ganz genau, was da drauf war, und hatte viel Spaß,
203 das auch jemandem zu berichten. Und insofern war die Begleitung anfänglich auch
204 eine ... eine sehr entspannte, weil ... weil er von sich aus immer gleich aktiv wurde
205 und ... und sagte, was er gerne machen möchte. Es hat sich dann geändert, weil er
206 immer eingeschränkter wurde und dann auch so in seiner ... in seinen sprachlichen
207 Äußerungen so eingeschränkt, dass es sich auf einzelne Sätze begrenzte, später auf
208 einzelne Worte. Zentrales Wort: Zigarette. (lacht) Zigarette. Ja. Wie bei vielen unserer
209 Patienten, also viele sind Raucher. Und da spielt das Rauchen einfach eine ganz große
210 Rolle. Wenn man das noch ermöglichen kann, dann ist das eine Form von Lebensqua-
211 lität. (lacht)

212 **Interviewerin:** Und wenn Sie jetzt auf Ihre Zielgruppe und auch auf diesen Einzelfall
213 schauen, glauben Sie, dass es einen höheren bzw. einen anderen Bedarf gibt bei die-
214 ser Zielgruppe? Also von welcher auch immer Sie jetzt gerade sprechen möchten.

215 **Interviewpartner_in:** Also ich kann das nicht sagen, dass es einen anderen Bedarf
216 gibt. Es ist eine andere Form der Kommunikation. Aber die Bedarfe, glaube ich, un-
217 terscheiden sich nicht. Ich ... Von den wenigen Erfahrungen, die wir gemacht haben,
218 kann ich sagen, war es ganz ähnlich zu anderen Begleitungen, das, was als Wunsch da
219 war bei den Patienten. Wie gesagt, es war eine andere Form der Kommunikation,
220 aber die setzt ja bei vielen anderen Patienten, die ursprünglich kognitiv sehr wohl gu-

221 te Möglichkeiten haben, ... da ändert sich das ja oft auch zum Ende hin, und man
222 muss lernen, anders zu kommunizieren und ... und auf eingeschränktere Möglichkei-
223 ten zurückgreifen. Aber der ... der Grundbedarf, glaube ich, ist nicht so unterschied-
224 lich.

225 **Interviewerin:** Wie findet man denn den Zugang, wenn die Kommunikation beeinträchtigt ist? Was kann man tun, um die Bedarfe und die Bedürfnisse der Menschen
226 zu erfassen?
227

228 **Interviewpartner_in:** Na ja, ich denke, vieles ... sieht man im ... in der Mimik des Pa-
229 tienten. Also wenn ich irgendetwas versuche, sei es nur, dem Patienten helfen, sich
230 aufzurichten, und der zieht die Stirn kraus, dann merke ich, irgendwas stimmt nicht.
231 Also vielleicht sitzt er schlecht oder er möchte viel lieber liegen. Also ich muss sehr
232 intensiv beobachten in seiner Mimik, in seiner Körperhaltung, auch in ... in anderen
233 ...akustischen Äußerungen. Also wenn er irgendwie genervt brummt, muss ich das ir-
234 gendwie alles nutzen, um rauszufinden, ist das, was ich als Angebot mache, tatsäch-
235 lich sinnvoll und tut dem Menschen auch gut. Dann muss man so ein bisschen lernen,
236 auch kreativ zu sein, indem man eben tatsächlich mal was ausprobiert, von dem man
237 denkt, es könnte demjenigen vielleicht guttun, und das dann auch kommunizieren.
238 Und das, glaube ich, geht ganz gut. Also die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und
239 Mitarbeiter, da staune ich immer, wie ... wie kreativ sie dann werden und sich auch
240 Gedanken machen, was demjenigen jetzt vielleicht guttun könnte. Und weiß ich
241 nicht, also ganz ... ganz schöne Dinge, die sich so einfallen lassen, finde ich. Also
242 macht schon viel Spaß. Und die Reaktionen der Patienten, die zeigen ja auch, dass es
243 mitunter total ankommt bei den Patienten. Ich kann mich gut erinnern, ein sprachun-
244 fähiger Patient, der ... ja, ganz eingeschränkte Möglichkeiten hatte, sich zu äußern,
245 weil er auch sonst ... also aufgrund von Lähmungserscheinungen nicht irgendwo hin-
246 zeigen konnte oder ... Aber da hat eine Mitarbeiterin ... Da war auch Fußball-WM,
247 und die hat sein Zimmer dekoriert (lacht) komplett mit Fähnchen und Fußball und ...
248 Und der lag im Bett und strahlte. Er fand es total schön, ja? Und dann hat sie mit ihm
249 Fußball geguckt, obwohl sie selbst überhaupt kein Fußball-Fan war. (lacht) Aber allein
250 diese Stimmung hat ihm unheimlich gutgetan, und er hatte Spaß. Da muss man erst
251 mal drauf kommen, das mit jemandem, der so schwer krank ist, auch ... dieses Ange-

252 bot zu machen. Das fand ich schon beeindruckend, wie kreativ da die Mitarbeiterin-
253 nen auch sind. Das ist ganz schön.

254 **Interviewerin:** Und wenn Sie jetzt mal an Herausforderungen denken oder an Barrie-
255 ren bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung. Wahrscheinlich ist das bei Ihnen
256 auch geschuldet, da Sie ja schon eine spezielle Zielgruppe haben, da wäre ja jetzt die
257 geistige Beeinträchtigung noch mal eine ... Da schließt sich wahrscheinlich so ein
258 bisschen aus, sich noch mal zu spezialisieren. Aber ich gehe ja davon aus, dass Sie of-
259 fen sind, wenn Sie schon eine Person begleitet haben. Wenn Sie daran denken, zu-
260 künftig vielleicht noch ein, zwei, drei Personen zu begleiten, was wären denn noch
261 Herausforderungen außer dem Zugang, außer der Kommunikation? Wobei Sie gesagt
262 haben, das ist bei anderen auch recht ähnlich am Lebensende. Sehen Sie da noch an-
263 dere Barrieren? Oder Barrieren ist sehr hart. Sehen Sie andere Herausforderungen?

264 **Interviewpartner_in:** (Pause) Hm. Ich denke, diese Menschen, die ... die geistig Be-
265 hinderten, sage ich mal, sind ja in anderen Einrichtungen sehr häufig. Das würde be-
266 deuten, dass wir mit neuen Kooperationspartnern zu tun hätten. Das ... ja, also ich
267 sage mal, für uns, muss ich ehrlich sagen, wäre das ziemlich ... unmöglich, also sich
268 noch einen Schwerpunkt zu suchen. Aber ich denke, das wäre die Voraussetzung,
269 dass man tatsächlich auch auf andere Kooperationspartner zugeht und da neue Ver-
270 bindungen schafft. So ähnlich wie wir es für unsere Spezialisierung gemacht haben,
271 eben wirklich auch aktiv auf bestimmte Einrichtungen gezielt zuzugehen. Das muss
272 man, wenn man sagt: Ich will mich schwerpunktmäßig mit Behinderten befassen, ...
273 dann muss man das eben auch wieder tun. Weil man braucht einfach diese Form von
274 Multiplikatoren, die ... Ich erfahre ja sonst nicht von den ...

275 **Interviewerin:** Ja.

276 **Interviewpartner_in:** ... von den Bedarfen, die es gibt. Also insofern wäre das für uns
277 jetzt ein Aufwand, den wir wahrscheinlich jetzt nicht betreiben würden. Aber der wä-
278 re notwendig, um ... um gezielt auch Behinderte begleiten zu können.

279 **Interviewerin:** Genau. Also ich höre tatsächlich raus, dass es überhaupt gar nicht zur
280 Debatte momentan steht richtig, denn Sie haben eigentlich eine spezifische Zielgrup-

281 pe, mit der Sie arbeiten, wo die Nachfrage, die Ausbildung der Ehrenamtlichen be-
282 stimmt, richtig? Und dass so jetzt nach ich glaube 20 Jahren ... Richtig?

283 **Interviewpartner_in:** Ja, ja.

284 **Interviewerin:** Genau, nach 20 Jahren sich jetzt so eingespielt haben, dass Sie sehr,
285 sehr spezifisch arbeiten können mit dieser Zielgruppe, die Sie haben.

286 **Interviewpartner_in:** Mhm (bestätigend).

287 **Interviewerin:** Können Sie noch mal ganz kurz einzelne Einrichtungen nennen, mit
288 denen Sie kooperieren? Weil das klang jetzt immer wieder im Interview raus, dass Sie
289 eine starke Netzwerkarbeit haben und Ihre Zugänge, die Leute über bestimmte Ko-
290 operationspartnerinnen bekommen und relativ wenig über private Kontakte. Stimmt
291 das?

292 **Interviewpartner_in:** Also ich sage mal, es gibt ja eine Szene. Also insofern sind wir
293 auch szenebekannt. Und es gibt immer wieder auch Begleitungen, die zustande
294 kommen, weil jemand aus dem Freundeskreis eines Patienten schon mal von *Organi-*
295 *sation A* gehört hat, und wo es so eine Mund-zu-Mund-Propaganda gibt, die ... die
296 uns einfach auch den Zugang ermöglichen zu Patienten. Aber sehr, sehr viele Patien-
297 ten kommen eben einfach auch über Kooperationspartner. Das sind die HIV-
298 Schwerpunktpraxen, das sind die Wohnprojekte, also die Wohnangebote. *Organisa-*
299 *tion B* heißt das, hier in *ST*. Dann gibt es spezialisierte Pflegedienste, mit denen wir
300 sehr gut im Kontakt sind, also *Pflegedienst X*, *Pflegedienst Y*. Die haben auch Patien-
301 tenwohnungen, also Wohngemeinschaften, die sie betreiben. Dann gibt es ein Pro-
302 jekt, das heißt *Organisation C*. Das ist eines von der Schwulenberatung initiiertes
303 Wohnprojekt. Zur Schwulenberatung, zur *ST* Aidshilfe, also wir haben eine ganze Rei-
304 he von guten Kooperationspartnern, mit denen wir regelmäßig im Kontakt sind. Das
305 sind zwei Krankenhäuser, also das ist die *Krankenhaus X* mit ihren ... mit ihrer Tages-
306 klinik, und das ist das *Krankenhaus Y* mit der Tagesklinik und zwei Schwerpunktstati-
307 onen. Da gibt es überall sehr intensive Kontakte, sehr intensiven Austausch. Bis da-
308 hin, dass wir im *Krankenhaus Y* zweimal in der Woche zur Großen Übergabe sind und
309 dort einfach auf schnellem Weg auch Kontakt aufnehmen können zu Patienten, die

310 uns brauchen. Das nennt sich Schöneberger Modell, diese Form auch der Großen
311 Übergabe, wo ST Aidshilfe ist, wo ... Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ernährungsbe-
312 ratung und wir also alle zusammensitzen, um zu gucken, was brauchen die einzelnen
313 Patienten.

314 **Interviewerin:** Und das zweimal pro Woche?

315 **Interviewpartner_in:** Auf jeder Station einmal. Also nicht zweimal auf einer, sondern
316 auf jeder Station einmal in der Woche. Mhm (bestätigend). Also das ist schon toll,
317 muss ich sagen. Und da merkt man einfach, dass ... dass es ein großes Interesse da-
318 ran gibt zu gucken, was tut den Menschen gerade gut und was brauchen die auch,
319 um möglicherweise das Krankenhaus verlassen zu können. Das ist schon ... ja, ein
320 sehr guter Zugang auch für uns dann.

321 **Interviewerin:** Ja. Sie lernen die Leute frühzeitig kennen, wahrscheinlich häufig noch
322 vor der akuten Situation.

323 **Interviewpartner_in:** Ja.

324 **Interviewerin:** Können Sie mal sagen, wann ist denn früh? Ab wann würden Sie defi-
325 nieren, dass Sie reingehen? Oder ist das ganz, ganz individuell, dass Sie gar nicht sa-
326 gen können, da beginnt die Begleitung?

327 **Interviewpartner_in:** Also die Begleitung beginnt, wenn entweder die Mediziner sa-
328 gen, es handelt sich um ... also deutliche Lebenszeitbegrenzung. Oder auch, wenn Pa-
329 tienten ... für sich das Gefühl haben, dass ihr Leben zu Ende geht. Das heißt aber
330 nicht, dass es dann tatsächlich auch (lacht) ... innerhalb kürzester Zeit zu Ende geht,
331 sondern auch wenn Mediziner sagen, da ist jetzt die letzte Lebenszeit, kann das hei-
332 ßen, dass es sich noch um mehrere Jahre handelt. Weil das ist gerade bei unserer
333 Spezialisierung äußerst schwer, Prognosen zu treffen. Das habe ich bei keiner ande-
334 ren Erkrankung so erlebt. Ich habe früher mal in einem andere AHDE gearbeitet, wo
335 es sehr viel, viel klarer war, wenn ich sage mal jemand eine Krebserkrankung hat mit
336 einem gewissen Grad der Metastasierung, dann kann man einigermaßen gut ab-
337 schätzen, dass nicht mehr so viel Lebenszeit vorhanden ist. Bei HIV-Erkrankungen mit

338 den entsprechenden Folgen kann es sein, dass jemand in einem ganz, ganz extrem
339 schlechten Zustand ist und sich aus diesem aber wieder erholt und dann doch noch
340 mal zwei Jahr lebt – wider Erwarten. Also wir haben schon oft Begleitungen begon-
341 nen mit der Aussage: „Könnt ihr den im Sterben begleiten? Es handelt es sich sicher
342 nur noch um Wochen.“ Und dann waren es mehrere Jahre. Also das ist schon schwie-
343 rig. Und andersrum auch. Also manchmal beginnt man eine Begleitung, wo ... wo die
344 Ärzte sagen: „Ja, er verschlechtert sich, hat wenige Kontakte, hat einen großen Rede-
345 bedarf. Könnt ihr ihn vielleicht so einmal in der Woche begleiten, dass er so ein biss-
346 chen auch Kontakt hat? Vielleicht verbessert er sich wieder.“ Und dann ist er in 14
347 Tage schon gestorben. Also es ist ganz schwer kalkulierbar. Das ist uns lange Zeit sehr
348 auf die Füße gefallen, weil wir dadurch Langzeit-Begleitungen hatten, die wir nicht re-
349 finanzieren konnten. Also ich weiß nicht, ob Sie das kennen, diese Regelung, dass für
350 die Förderung der Personalkosten die Anzahl der abgeschlossenen Begleitungen aus-
351 schlaggebend sind. Da die nicht abgeschlossen waren, viele Begleitungen zum Jah-
352 resende, konnten wir die nicht mit angeben. Das hat sich allerdings jetzt verändert.
353 Seit drei Jahren werden wir wie die *AHDKJ* finanziert, die auch ... auch die laufenden
354 Begleitungen mitrechnen dürfen.

355 **Interviewerin:** Okay.

356 **Interviewpartner_in:** Das war für uns ein ganz großer Vorteil. Dadurch ist es eben
357 möglich, doch einen großen Anteil unserer Kosten auch über die Krankenkassen ge-
358 fördert zu bekommen.

359 **Interviewerin:** Und neben der finanziellen Herausforderung birgt das natürlich auch
360 Herausforderungen für die Mitarbeiter.

361 **Interviewpartner_in:** Ja.

362 **Interviewerin:** Wenn ich jemanden jahrelang begleitet, bin ich emotional sehr invol-
363 viert, habe eine Beziehung zu der Person aufgebaut. Welche Bewältigungsstrategien
364 haben Sie denn für Ihre Mitarbeiterinnen? Welche Möglichkeiten der Entlastung, der
365 psychischen Entlastung gibt es?

366 **Interviewpartner_in:** Erstens können unsere ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen jeder-
367 zeit hier anrufen. Also bei Bedarf gibt es immer einen Ansprechpartner. Wir sind we-
368 gen der Bereitschaft sowieso Tag und Nacht erreichbar. Insofern steht das auch den
369 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen zu. Es gibt einmal im Monat generell ein Supervisi-
370 onsangebot für jeden Mitarbeiter. Es gibt ... Also das ist eine Gruppensupervision. Es
371 gibt zusätzlich dazu auch die Möglichkeit, einzelne Supervisionen zu vereinbaren.
372 Wenn jetzt ein dringender Bedarf ist, können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
373 beim Supervisor anrufen und sich kurzfristige Termine machen. Und weil Sie eben
374 auch sprachen von Langzeitbegleitung, besondere Herausforderung. Auch da, nach
375 einem halben Jahr kommt von uns immer die Frage: Geht es noch? Manchmal ... also
376 ... verläuft sich das auch. Also wenn ich jemanden begleitet, der eben kognitiv sehr
377 eingeschränkt ist und mir jede Woche das Gleiche erzählt, dann kann das auch ... be-
378 sonders anstrengend sein, sich dann immer wieder zu motivieren und immer wieder
379 die gleichen Gespräche zu führen. Und insofern fragen wir nach einem halben Jahr
380 auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ob es noch in Ordnung ist, dass sie diesen
381 Patienten besuchen. Wenn die Rückmeldung kommt: Es wird immer schwerer, dann
382 kann es sogar dazu führen, dass wir dann auch Mitarbeiter austauschen. Also das
383 muss man dann ein bisschen vorbereiten für den ... für den Patienten auch, ne? Denn
384 für den ist das ja auch schwer zu verstehen, warum dann jemand Neues kommen
385 soll. Aber ich denke, dass die Patienten dann mehr davon haben, wenn jemand Neu-
386 es kommt, als wenn sie eben bei dem vertrauten Mitarbeiter blieben, der aber nur ...
387 also sich mehr oder weniger dahin prügeln muss. Also insofern ist das eine zusätzli-
388 che Möglichkeit, dass sie ... die Mitarbeiterinnen sich auch noch mal selber hinterfra-
389 gen können: Ist das für mich tatsächlich auch noch eine Arbeit, die ... die ich gerne
390 tue?

391 **Interviewerin:** Und Sie als Koordinatorin werden ja nicht so gut begleitet, wie Sie
392 wahrscheinlich die eigenen Mitarbeiter begleiten. Was tun Sie selbst, um diesem
393 stressigen Beruf nachgehen zu können?

394 **Interviewpartner_in:** Also erstens sind wir zu zweit und haben die Möglichkeit, im-
395 mer auch uns auszutauschen, und auch ... die Möglichkeit zu sagen: Da kann ich heu-
396 te nicht hingehen zum Beispiel. Manchmal hat mal so ... irgendwie ... hm ja Grenzen,

397 wo man merkt, das ist ein Patient, der liegt mir nicht. Und wenn man zu zweit ist, ist
398 natürlich der große Vorteil, dass man dann sagen kann: Kannst du dahin gehen? Also
399 ... Und das tun wir auch. Also wir nehmen uns auch das Recht raus, ... ja, einfach mal
400 nein zu sagen und ... und sich rauszunehmen aus einer Situation. Das ist ein großer
401 Vorteil. Ansonsten, bei Bedarf haben auch wir die Möglichkeit der Supervision. Und
402 außerdem haben wir ja ... Wir predigen ja auch unseren ehrenamtlichen Mitarbeite-
403 rinnen immer wieder, sie sollen für sich sorgen. Und auch das ist was, was wir auch
404 gelernt haben, also tatsächlich auch bewusst die eigenen Kraftquellen aufzusuchen,
405 was ja sehr unterschiedlich ist. Bei mir ist das Tanzen oder Gartenarbeit. (lacht) Bei
406 meiner Kollegin was ganz anderes.

407 **Interviewerin:** Ja.

408 **Interviewpartner_in:** Aber das, glaube ich, lernt man auch. Also entweder lernt man
409 es, dann kann man es lange machen, diese Arbeit, oder man lernt es nicht, dann ...
410 hört man, glaube ich, auch auf. Also wenn man ... wenn man nicht in der Lage ist,
411 auch eigene Kraftquellen anzuzapfen, dann steht man das, glaube ich, nicht so lange
412 durch. Und wir machen es beide schon über 20 Jahre. Also ... (lacht)

413 **Interviewerin:** Und noch mal ein Blick auf Ihre Homepage. Da steht, dass Sie für eine
414 ganzheitliche Begleitung sind oder ... Also ich weiß nicht, ob ich damit Sie jetzt über-
415 falle, aber da steht Ganzheitlichkeit. Können Sie noch mal ganz kurz ausführen, was
416 bedeutet für Sie als Vertreterin von *Organisation A* die ganzheitliche Begleitung? Also
417 da geht es mir wirklich um das Wort ganzheitlich.

418 **Interviewpartner_in:** Na ja, es sind zwei verschiedene Aspekte. Einmal dass der
419 Mensch in seiner Ganzheit gesehen wird, der Patient. Also dass er ... sowohl seine
420 körperlichen Bedürfnisse ... für uns ... ja, wichtige ... ein wichtiger Schwerpunkt sind,
421 den wir ... den wir beobachten, wo wir Rückmeldungen einholen, wo wir auch Rück-
422 meldungen geben an die Ärzte, an Pflegende. Es ist ja nicht unsere Aufgabe, also für
423 eine bestimmte Therapie zu sorgen. Aber wenn wir merken, da ist jemand, der hat
424 Schmerzen trotz einer bestimmten Therapie, dann auch sehen wir es als unsere Auf-
425 gabe an, das an die Mediziner oder die Pflegenden zurückzumelden und zu sagen:

426 Hier reicht es nicht, das, was er an Therapie hat. Also die körperlichen Bedürfnisse.
427 Die psychischen und psychosozialen Bedürfnisse: Natürlich ist das ein Schwerpunkt
428 für uns, weil dafür sind wir da. Dafür sind wir auch ausgebildet. Und das ist auch das,
429 was ... was die Ehrenamtlichen sich auf die Fahne geschrieben haben, wenn sie sa-
430 gen, sie wollen Sterbebegleitung machen. Auch die spirituellen Bedürfnisse. Wir sind
431 ja ein *AHDE*, der auf ... auf der Basis einer katholischen Organisation gegründet wur-
432 de. Und das heißt aber nicht, dass jetzt wir nur schauen, ob jemand vielleicht ... ich
433 sage mal eine Krankensalbung braucht, was jetzt eher ein katholisches Ritual wäre,
434 sondern wir gucken einfach, was braucht jemand grundsätzlich an spiritueller Unter-
435 stützung. Das kann auch sein, dass wir dann jemanden organisieren, der mit dem Pa-
436 tienten ein Mantra schreitet. Wenn wir das nicht leisten können, heißt das eben für
437 uns, das zu organisieren. Oder auch buddhistische Kontakte ... Entschuldigung, ich
438 meinte muslimische Kontakte herzustellen. Da haben wir mit mehreren Moscheen
439 Kontakt, wo wir auch anrufen können und sagen, hier hat jemand einen Bedarf. Oder
440 einfach zu gucken, ja, gibt es andere spirituelle Bedürfnisse. Manchmal hat es auch
441 eine Form von Spiritualität, wenn jemand über ... über den Sinn seines Lebens nach-
442 denkt. Würde ich auch als spirituelle Momente bezeichnen. Und also den Menschen
443 in seiner Ganzheit zu sehen, das ist der eine Aspekt, aber auch den Menschen in ei-
444 nem Umfeld zu sehen. Auch das, finde ich, ist eine Form von Ganzheitlichkeit. Also
445 nicht die Angehörigen und Freunde außen vor zu lassen, sondern die auch so zu un-
446 terstützen, dass sie eben wieder für den Patienten da sein können. Und, ja, das ... das
447 gesamte Umfeld, je nachdem, wo jemand sich befindet. Auch ein Pflegeheim ist Um-
448 feld. Und auch da zu gucken, wie kann man möglicherweise auch Mitarbeiter schulen
449 oder helfen, mit einem bestimmten Krankheitsbild entspannter umzugehen. Also
450 auch das ist, finde ich, ein Aspekt von Ganzheitlichkeit. Und dann eben auch, ja, viel-
451 leicht ... auch das ist Ganzheitlichkeit, nicht nur sich zu beschränken auf das ... auf das
452 Leben vor dem Tod, sondern auch zu gucken, dass jemand beruhigt sein kann, wenn
453 er weiß, ich werde gut beigesetzt, es wird eine Form von Erinnerung an mich geben.
454 Also dass man auch demjenigen sagt: Auch mit deinem Leichnam wird gut umgegan-
455 gen werden, und es wird eine Form von Erinnerungskultur geben. Vielleicht auch ein
456 Aspekt von Ganzheitlichkeit. (lacht) Ja. So würde ich es vielleicht sagen.

457 **Interviewerin:** Ich habe es jetzt im Hintergrund schon gesehen. Können Sie vielleicht
458 noch mal für das Interview sagen, welche Möglichkeiten Sie haben, was wir gerade
459 hinter Ihnen sehen?

460 **Interviewpartner_in:** (lacht) Ja, wir haben einen Gedenkvorhang. Und an diesem
461 Vorhang befinden sich Namenskärtchen von allen Patienten, die wir begleitet haben,
462 die verstorben sind. Diese Namenskärtchen fertigen wir immer zum Anfang jedes
463 Jahres an, wo wir eine Gedenkfeier organisieren für alle im letzten Jahr Verstorbe-
464 nen. Dann bekommt jeder so ein Namenskärtchen, und wir erinnern uns dann an je-
465 den Einzelnen noch mal und holen die zu dieser Feier dann noch einmal in unsere
466 Mitte. Und wenn die Feier zu Ende ist, dann werden die an dem ... die Kärtchen an
467 dem Gedenkvorhang angepinnt, sodass jeder unserer Patienten noch irgendwie hier
468 ist im Raum. Und es ist ganz oft so, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und
469 Mitarbeiter, wenn die herkommen zu Fortbildungen, dass die einfach noch mal an
470 den Vorhang treten und sich erinnern und erzählen: Ach, weißt du noch? Also dann
471 sind immer wieder mal Einzelne in der Mitte. Oder wenn wir am PC sitzen und auf die
472 Kärtchen schauen, dann fallen einem Geschichten ein. Und das ist für viele Patienten
473 tatsächlich ein ganz gutes Gefühl zu wissen, sie bleiben da. Weil viele werden ja ord-
474 nungsbehördlich beigesetzt, und da gibt es dann keinen ... keinen Grabstein. Und in-
475 sofern ist das für viele auch ein ... eine wichtige Sache, dass sie wissen, ja, bei *Organi-*
476 *sation A* wird es meinen Namen geben.

477 **Interviewerin:** Ich würde gerne noch mal kurz darauf zurückkommen ... Entschuldigen
478 Sie, jetzt war ich nur abgelenkt wegen dem Verweis auf die kleinen Kärtchen. Bei
479 der Ganzheitlichkeit sagten Sie, es wäre schön, wenn die Akteurinnen oder die Betei-
480 ligten auch gestärkt werden würden. Wäre es denn der Optimalfall, dass Sie die Be-
481 teiligten anleiten und eigentlich gar nicht mehr in der Begleitung sind? Wissen Sie,
482 wie ich meine? Wäre das wünschenswert, dass Sie die Leute, die eigentlich im famili-
483 ären Umfeld sind, wenn es die denn gibt, oder Freunde, dass die die Begleitung
484 übernehmen?

485 **Interviewpartner_in:** Das ist ... Ich glaube, als ich angefangen habe, Hospizarbeit zu
486 machen, hatte ich immer die Idee, dass es so ... so werden könnte. Es stellt sich jetzt

487 ein Stück weit anders dar, weil es oft kein Umfeld gibt. Also insofern dann ... dann ist
488 es einfach (lacht) nicht möglich, das noch zu schaffen, dieses Umfeld. Aber grundsätz-
489 lich ist das schon Teil der Hospizidee, dass ... dass jeder Hospizarbeit machen kann.
490 Also das war immer unser Grundgedanke, diese Idee in die Pflegeheime, in die Kran-
491 kenhäuser zu tragen und damit allen auch eine Basis zu geben, wie gehen sie mit ...
492 mit Sterbenden um. Und eben auch in dem häuslichen Bereich. Wir haben jetzt für
493 den September angefangen, Letzte-Hilfe-Kurse anzubieten. Das ist auch so eine Idee,
494 wo ... wo wir versuchen, jedem, also dem Mann auf der Straße sozusagen (lacht), ein
495 Stück weit die Fähigkeit zu geben und denen Mut zu machen, auch Menschen auf ih-
496 rem letzten Weg zu begleiten. Grundsätzlich kann es ja jeder Mensch, nur hat sich in
497 Deutschland so eine Tendenz zur Institutionalisierung durchgesetzt. Und das hatte
498 zur Folge, dass ... dass viele Familien oder Angehörige sich das nicht mehr zugetraut
499 haben, jemanden zu begleiten, sondern dann gerne auch die ... die Fachleute ... oder
500 alles den Fachleuten überlassen habe, während die Patienten selbst sich eigentlich
501 gewünscht hätten, ihre Angehörigen wären für sie dagewesen. Ich glaube, es gibt
502 wieder eine rückläufige Tendenz. Immer mehr Menschen interessieren sich dafür,
503 was kann man denn tun für einen Sterbenden, und übernehmen auch immer mehr
504 wieder die Verantwortung für ihre Angehörigen, so sie denn da sind. Also es ist ... die
505 Tendenz zur ... zum Single-Haushalt ist da natürlich kontraproduktiv. Aber wenn es
506 familiäre Strukturen gibt, erlebe ich, dass es wieder mehr Interesse daran gibt, dass
507 Menschen sagen: Ich möchte mich um meinen Vater oder meinen Partner kümmern,
508 solange es irgend geht, und ich brauche dafür einfach Unterstützung, und ich brau-
509 che ein bisschen Wissen. Und dafür sind eben jetzt auch so diese Angebote gedacht
510 wie Letzte-Hilfe-Kurse.

511 **Interviewerin:** Das heißt, mit einem Letzten-Hilfe-Kurs verpflichte ich mich zu gar
512 keiner ehrenamtlichen Arbeit, ...

513 **Interviewpartner_in:** Mhm (bestätigend).

514 **Interviewerin:** ... sondern ich gucke, was kann ich in meiner Familie damit leisten?

515 **Interviewpartner_in:** Genau. Genau.

- 516 **Interviewerin:** Und wie lange geht ein Letzter-Hilfe-Kurs?
- 517 **Interviewpartner_in:** Das sind nur Ein-Tages-Kurse.
- 518 **Interviewerin:** Ein ganzer Tag?
- 519 **Interviewpartner_in:** Mhm (bestätigend). Ja, unterschiedlich. Also vorgesehen sind
520 von Letzte Hilfe Deutschland eigentlich nur drei Stunden. Ich finde das ein bisschen
521 knapp, muss ich ehrlich sagen, aber das schwankt ein Stück weit. Unser Kurs ... also
522 unser Angebot wird jetzt fünf Stunden umfassen.
- 523 **Interviewerin:** Okay.
- 524 **Interviewpartner_in:** Mit einer Pause.
- 525 **Interviewerin:** Und wenn Sie jetzt abschließend auf das Interview schauen: Was wür-
526 den Sie noch mal zusammenfassend sagen, was bedarf es, Menschen selbstbe-
527 stimmt, wohltuend am Lebensende zu begleiten, unabhängig davon, welche Beglei-
528 tung oder welche Krankheit sie mit sich bringen?
- 529 **Interviewpartner_in:** Grundsätzlich ... braucht es ... die Bereitschaft, sich auf den an-
530 deren einzulassen, also absichtslos auf den anderen einzulassen. Also nicht im Kopf
531 zu haben, wo will ich hin oder was will ich gerne erreichen, sondern ohne Absicht zu
532 gucken, was ... was möchte der jetzt gerade von mir. Und das ist ein Lernprozess. Al-
533 so wir funktionieren oft mit ... mit einem Ziel, also wir agieren auch oft mit einem
534 Ziel. Und sich davon zu verabschieden, finde ich eine wichtige Voraussetzung, damit
535 wir begleiten können, weil dann ist es möglich, dass er andere das irgendwie mir sig-
536 nalisiert, was ihm tatsächlich guttut, und nicht einfach mir einen Gefallen tut, weil ich
537 denke, das täte ihm jetzt gut. Also das ist eine wichtige Voraussetzung. Und es
538 braucht auch ein Stück weit Zeit. Das, finde ich, ist auch eine wichtige Voraussetzung,
539 weil viele ... ja, nicht ... nicht sofort in der Lage sind, was will ich jetzt oder was brau-
540 che ich jetzt. Also sie brauchen auch ein bisschen ... Vorlaufzeit, sie brauchen Ver-
541 trauen, um ihre vielleicht etwas außergewöhnlichen Wünsche auch äußern zu kön-
542 nen. Also Zeit und ... und die Bereitschaft, sich auf den anderen einzulassen, glaube
543 ich, sind die zentralen Fähigkeiten, Voraussetzungen für eine Begleitung.

544 **Interviewerin:** Dann danke ich Ihnen sehr für das Interview.

545

546 **Ende des Gesprächs bei Min. 53:50**