

1 Interview MS_180822_0057

2 Datum des Interviews: 22.08.2018

3 Gesamtdauer: 46 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 die Zeit für ein Interview mit mir nehmen. Ich freue mich sehr. Heute geht es um die Erfahrungen in einem SAPV-Team.
15
16 Sie arbeiten gemeinsam mit Ihrer Kollegin *Person X* in der Leitung, richtig? Nee.

17 **Interviewpartner_in:** Nee.

18 **Interviewerin:** Das können Sie ja dann sagen.

19 **Interviewpartner_in:** Nee, die arbeitet schon lange nicht mehr bei uns.

20 **Interviewerin:** Ah, okay. Dann würde ich Sie bitten, dass Sie einfach mal Ihr Team
21 momentan vorstellen.

22 **Interviewpartner_in:** Ja. Also wir sind zwei Teams, unsere Gesellschaft besteht aus
23 zwei Teams, eines arbeitet hier in der Stadt und eines im Landkreis, das ist ungefähr
24 50 Kilometer von hier entfernt. Wir sind insgesamt vier Ärztinnen mit palliativmedizi-
25 nischer Zusatzbezeichnung, die hier arbeiten, und wir sind aufgeteilt auf diese beiden
26 Teams. Im Landkreis ist immer eine Ärztin fest, hier in der Stadt sind zwei fest, und
27 einer wechselt immer so ein bisschen. Und dann haben wir noch ... jetzt sind es ...
28 jetzt muss ich es gerade mal ausrechnen.

29 **Interviewerin:** Ja.

30 **Interviewpartner_in:** Jetzt muss ich mal eben rechnen. Also wir sind 15 Mitarbeiter,
31 vier Ärzte, elf, zehn Schwestern und Pfleger, die noch für das Team sozusagen arbei-
32 ten.

33 **Interviewerin:** Was würden Sie jetzt einfach mal über den Daumen gepeilt sagen, wie
34 viele Menschen begleiten Sie momentan?

35 **Interviewpartner_in:** Insgesamt in beiden Teams?

36 **Interviewerin:** Ja.

37 **Interviewpartner_in:** Da begleiten wird 130.

38 **Interviewerin:** 130 Menschen?

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

40 **Interviewerin:** Okay. Und auf der Homepage stand auch, Sie haben eine Rufbereit-
41 schaft, richtig?

42 **Interviewpartner_in:** Ja.

43 **Interviewerin:** Decken Sie die mit den vier Ärzten ab oder gibt es das weitere ...?

44 **Interviewpartner_in:** Da gibt es weitere Ärzte, die mit uns sozusagen kooperieren.
45 Das sind alles Ärzte auch, die palliativmedizinische Erfahrung haben und die Zusatz-
46 bezeichnung haben. Die arbeiten entweder in Kliniken oder sind niedergelassen. Und

47 auf diesen großen Pool verteilen sich die Rufbereitschaften.

48 **Interviewerin:** Und haben Sie bei den momentanen Begleitungen auch Menschen
49 mit geistiger und/oder schwerer Behinderung dabei?

50 **Interviewpartner_in:** Wir haben die immer wieder dabei. Gerade aktuell glaube ich
51 schon, dass wir da vielleicht so einen oder zwei haben. Ich kann jetzt keine ganz si-
52 cheren Zahlen nennen, aber wir haben hier ein Gebiet, wo viele Wohnheime sind, wo
53 Menschen mit Behinderung leben, die haben also geistig und körperlich Behinderte,
54 weil das in der Nähe einer großen Psychiatrie ist. Und da sind wir immer wieder. Und
55 auch im Landkreis, da gibt es ja auch in jeder Stadt die ... so Behinderteneinrichtun-
56 gen, in denen wir arbeiten ... mit denen wir arbeiten.

57 **Interviewerin:** Und können Sie mir mal sagen, was Sie selbst darunter verstehen?
58 Was ist für Sie ein Mensch mit geistiger und/oder schwerer Behinderung?

59 **Interviewpartner_in:** Das sind eigentlich in der Hauptsache Patienten mit einer geis-
60 tigen Behinderung. Wir haben Menschen, die angeborene zum Beispiel Behinderun-
61 gen haben, Sauerstoffmangel unter der Geburt hatten wir einige. Oder wo es auch
62 gar nicht so ganz klar war. Gerade bei Älteren, der ist dann ... da gibt es gar nicht so
63 eine gesicherte Diagnose, da weiß man manchmal gar nicht, warum die zum Beispiel
64 intelligenzgemindert sind oder entwicklungsverzögert. Wir hatten jetzt eine Patien-
65 tin, die war ungefähr auf dem Entwicklungsstand einer Dreijährigen ihr Leben lang.
66 Da gab es keine ... Da habe ich in den Unterlagen keine wirkliche Diagnose gefunden.
67 Ich nehme an, dass das Sauerstoffmangel unter der Geburt war, ein Geburtsschaden.
68 Wir haben Patienten mit Neurosen zum Beispiel ... hatten wir jetzt auch doch mehre-
69 re, wo sozusagen die Gehirnfunktionen dann dadurch geschädigt sind. Tja, andere
70 angeborene Hirnschäden. Ich kann gar nicht die einzelnen Diagnosen so im ... Also es
71 sind meistens Intelligenzminderungen, und das ist oft gepaart auch mit körperlichen
72 Einschränkungen. Manche Patienten haben nie ... konnten nie laufen. Manche konn-
73 ten es, haben es dann wieder verlernt. Also was dem immer so für Krankheiten zu-
74 grunde liegen, weiß ich nicht immer.

75 **Interviewerin:** Würden Sie sagen, dass es eine Rolle spielt für Ihre Begleitung?

76 **Interviewpartner_in:** Nee, das spielt keine wirkliche Rolle. Ich möchte es natürlich
77 immer wissen, vor allen Dingen auch als Ärztin. Einmal interessiert es mich, dann
78 zweitens muss ich es ja auch vor der Krankenkasse immer begründen, warum haben
79 die jetzt auch den Bedarf an Mitarbeit, also an Betreuung durch uns. Und dann muss
80 ich natürlich irgendwie eine Diagnose liefern. Und deswegen forsche ich da manch-
81 mal. Aber wie gesagt, es ist letztendlich ... es ist nicht so wichtig, was dem zugrunde
82 liegt, muss man schon sagen.

83 **Interviewerin:** Und da gleich anschließend meine Frage: Glauben Sie, dass Menschen
84 mit geistiger und/oder schwerer Behinderung einen anderen bzw. einen höheren Be-
85 darf bei Ihrer palliativen Versorgung haben?

86 **Interviewpartner_in:** Das würde ich gar nicht mal unbedingt sagen, dass die jetzt ...
87 Also der ist natürlich ein bisschen anders, weil die Herangehensweise anders ist. Wir
88 haben Patienten, mit denen man überhaupt nicht reden kann, die also wirklich nur
89 durch irgendwelche Lautäußerungen beurteilbar sind. Da haben wir aber wirklich das
90 große Glück, dass oft die Einrichtungen sehr kompetent sind und einfach dort die
91 Mitarbeiter, die diese Menschen jahrelang kennen, die können uns sagen, dem geht
92 es gut, dem geht es schlecht, der hat sich jetzt verändert oder nicht. Das können wir
93 überhaupt nicht, wenn wir da eine halbe Stunde oder Stunde vor Ort sind. Also wir
94 sind natürlich da in der Beurteilung sehr auf die Mitarbeiter in den Einrichtungen an-
95 gewiesen. Aber das klappt meistens ganz gut. Das sage ich so von unserer Seite, ich
96 weiß ja nicht, wie es dann letztendlich für die Patienten ist. Aber ich habe das Gefühl,
97 dass wir durchaus immer ganz kompetente Aussagen dann auch bekommen.

98 **Interviewerin:** Sie haben gesagt, die Herangehensweise ist ein bisschen anders. Wie
99 gehen Sie denn vor, wenn Sie jetzt mal schauen, von wem bekommen Sie überhaupt
100 die Anfrage? Vom Hausarzt ja beispielsweise. Gibt es noch andere von ...

101 **Interviewpartner_in:** Der Hausarzt oder die Einrichtung selber, die Einrichtungslei-
102 tung meldet sich bei uns. Manchmal auch die Kliniken, wenn die stationär ... Jetzt
103 zum Beispiel hatten wir eine Patientin, da ist ein fortgeschrittenes Tumorleiden ent-
104 deckt worden während eines stationären Aufenthalts. Man hat dann in der Konfe-

105 renz aufgrund des Gesamtbildes sozusagen, in der Tumorkonferenz entschieden,
106 nichts mehr zu machen. Und dann werden die von der Klinik an uns gemeldet. Also es
107 ist der Weg wie bei anderen aus, Hausärzte, Kliniken, die Einrichtungen.

108 **Interviewerin:** Und wenn Sie dann kommen, beispielsweise in die Wohngruppe, be-
109 kommen ja andere Menschen, die schon sehr lange mit dem begleiteten Menschen
110 zusammenleben das sicherlich mit, dass Sie dort reinkommen.

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

112 **Interviewerin:** Was erleben Sie dort, wenn Sie die Wohngruppe beispielsweise betre-
113 ten?

114 **Interviewpartner_in:** Ja. Also es kommt immer darauf an, in welcher Einrichtung. Es
115 gibt ja Einrichtungen, das sind die anderen Mitbewohner tagsüber in irgendwelchen
116 Werkstätten. Da ist dann manchmal ... sind gar nicht viele andere da. Manchmal sind
117 andere da. Also die sind oft neugierig, wollen wissen, wer wir sind. Wir sind auch
118 manchmal schon angegriffen worden. Also das haben wir dann so empfunden. Das
119 war wahrscheinlich nicht so gemeint. Aber dass tatsächlich dann andere Bewohner
120 kommen und die dann sehr auf Fremde reagieren. Oder eine Kollegin ist mal ein biss-
121 chen gewürgt worden. Weil wir das einfach vorher nicht so genau wussten. Und dann
122 haben die Mitarbeiter gesagt: „Ach, das wollten wir Ihnen noch sagen, diejenige rea-
123 gierte so und so auf Fremde.“ Aber meist ist es eine große Neugier. Oft ist es ja so,
124 dass die Menschen sehr freundlich sind und einfach wissen wollen, wer wir sind. Ja.

125 **Interviewerin:** Und haben Sie dann in der Regel die Zeit, auch sich mit den Beteiligten
126 auseinanderzusetzen und denen Sachen zu erklären? Oder ist die Zeit im Alltag doch
127 sehr knapp?

128 **Interviewpartner_in:** Also wir erklären denen ... natürlich dem Betroffenen, dem Pa-
129 tienten so weit, wie das geht, dem anwesenden Betreuer. Wir versuchen ja auch im-
130 mer, den Betreuer zugleich dabei zu haben. Natürlich die Mitarbeiter. Also den amtli-
131 chen Betreuer meine ich jetzt, den gesetzlichen.

132 **Interviewerin:** Ja.

133 **Interviewpartner_in:** Und dann natürlich die Mitarbeiter der Einrichtung. Aber dass
134 wir jetzt auch noch die Mitbewohner sozusagen da mit einbeziehen, das schaffen wir
135 nicht.

136 **Interviewerin:** Und sind Sie auch präventiv in bestimmten Wohngruppen schon dort,
137 dass man Sie kennt, bevor sozusagen ein akutes ...

138 **Interviewpartner_in:** Mhm (verneinend).

139 **Interviewerin:** Sie werden immer zu ...

140 **Interviewpartner_in:** Immer wenn irgendwas akut ist. Das würden wir gar nicht
141 schaffen. Und dafür haben wir auch keinen Auftrag.

142 **Interviewerin:** Ja. Und auf Ihrer Homepage steht, habe ich nachgelesen, ein Ziel ist
143 es, die Lebensqualität und Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhal-
144 ten, zu fördern und zu verbessern. Würden Sie mal was zur Lebensqualität und zur
145 Selbstbestimmung sagen? Inwiefern können Sie die Selbstbestimmung durch Ihre Ar-
146 beit für die schwerstkranken Menschen fördern?

147 **Interviewpartner_in:** Wir arbeiten symptomorientiert, das heißt, wir sind wirklich in
148 erster Linie dafür da, durch Symptomminderung eine Lebensqualität zu erreichen.
149 Wenn das verbal möglich ist sozusagen, können ... Wir erfragen ja die Symptome o-
150 der das wird uns auch gesagt von den Pflegenden oder von den betreuenden Ange-
151 stellten dort. Dann versuchen wir zu gucken, was ist jetzt das größte Problem desje-
152 nigen. Ist das größte Problem, dass er Schmerzen hat oder dass er nicht essen kann
153 oder dass er Luftnot hat oder ein Gemisch aus allem? Dann versuchen wir erst mal
154 diese Symptome so gut wie möglich einzustellen. Und dann ist es so, dass wir immer
155 einen Bedarfsplan haben. Also die Mitarbeiter dort, die Betreuer, die könnten jeder-
156 zeit Medikamente, wenn es notwendig ist, gegen Luftnot, gegen Schmerzen, gegen
157 Übelkeit etc. verabreichen, sodass die Patienten – ich spreche jetzt immer von Pati-
158 enten, damit es klar ist –, dass die Patienten immer sagen ... also wenn die das aus-
159 sprechen können, können Sie sagen: Mir ist schlecht. Oder: Ich habe Schmerzen. Und
160 dann bekommen sie was. Oder man muss es eben anhand ihres Verhaltens oder so-

161 was abschätzen, wie es ihnen geht. Und das denke ich, das ist eine weitestgehende
162 Selbstbestimmung, so weit, wie es möglich ist, dass die irgendwie sagen können, was
163 sie für Symptome haben, und dann werden sie gefragt: Möchtest du was dagegen
164 oder nicht? Das ist ja auch eine Form der Selbstbestimmung. Oder dass wir sagen,
165 jetzt, was Aktivitäten angeht, das ist für unsere Patienten ganz wichtig, dass sie nur
166 noch machen müssen, was sie wollen. Also dass sie nicht mehr in so ein Tagespro-
167 gramm gezwungen werden, wenn sie das nicht mehr wollen und nicht mehr können.
168 Dass sie so lange im Bett bleiben dürfen, wie sie wollen. Dass eine Mobilisation nur,
169 wenn es wirklich von demjenigen noch artikuliert werden kann oder wenn die Mitar-
170 beiter denken, dass es schön ... Wir haben zum Beispiel eine Patientin gehabt, die
171 wurde dann mit ihrem Pflegebett in die große Wohngruppe gefahren und konnte den
172 ganzen Tag zugucken, was die anderen machen. Und hinterher, als sie dann schwä-
173 cher wurde, hat man gemerkt, dass es ihr zu anstrengend war und dass sie dann im
174 Zimmer bleiben konnte. Also das verstehe ich so unter, ja, Selbstbestimmung und Le-
175 bensqualität. Das versuchen wir herauszukriegen, was da für jemanden gut ist, und
176 auch wirklich noch mal die betreuenden Personen darauf hinzuweisen oder da so ein
177 bisschen zu sensibilisieren.

178 **Interviewerin:** Sehen Sie sich eigentlich auch als Begleitung für die Mitarbeiter? Sie
179 haben gesagt, die sind recht kompetent. Aber es gibt sicherlich immer wieder Unsi-
180 cherheiten.

181 **Interviewpartner_in:** Ja, unbedingt. Weil die natürlich ... Die sind auf ihrem Gebiet
182 sehr kompetent, aber dieses ... Das erleben wir auch immer, dass doch diese Sterbe-
183 begleitung viele überfordert. Weil ... Je nachdem, in welche Einrichtung man ist. Wir
184 haben manchmal Einrichtungen, die haben schon viel auch Pflegefälle, die zum Bei-
185 spiel bettlägerig sind und im Bett gepflegt werden und sowas. Oder auch ältere Leu-
186 te. Das ist manchmal auch sehr gemischt, aus Dementen und Körperbehinderten und
187 so. Und zum Beispiel hatten wir jetzt eine ... ich denke jetzt an eine Betreuung, das
188 waren wirklich junge Erwachsene oder dann auch älter werden Erwachsene, die hat-
189 ten geistige und körperliche Behinderungen, aber da war zum Beispiel niemand bett-
190 lägerig. Und als unser Patient dann zunehmend schwächer wurde, da war das Perso-
191 nal dort, die waren überfordert. Die haben dann immer wieder, wenn er dann ge-

192 stürzt ist oder zu schwach war oder sowas, die haben dann immer wieder den Not-
193 arzt gerufen oder ihn auch wieder stationär eingewiesen. Also da war es schwer,
194 muss ich sagen, wo ich gesagt habe, das ist einfach ein ganz normaler Krankheitsver-
195 lauf. Das ist auch kein Grund, jemanden einzuweisen. Also das ... das war für die
196 schwer. Und dann auch gibt's da manchmal so die ... dass die dann Angst haben, dass
197 sie rechtlich belangt werden können.

198 **Interviewpartner_in:** Beispielsweise mit dem Essen, wenn er nicht mehr isst?

199 **Interviewpartner_in:** Mit dem Essen. Oder dass sie zum Beispiel, wenn jemand ge-
200 stürzt ist, ... Wo ich gesagt habe: Dann legen Sie ihn ins Bett, und Sie können uns je-
201 derzeit anrufen, dann kommt jemand von uns. Aber Sie müssen dann nicht den Not-
202 arzt holen. Und dann ist das manchmal so dieses, dass die Angst haben, dass sie dann
203 irgendwie belangt werden wegen unterlassener Hilfeleistung oder was weiß ich. Und
204 da war sehr, sehr viel Gesprächsbedarf nötig. Und immer wenn man gedacht hat,
205 man hat das jetzt allen erklärt, dann war wieder jemand im Dienst, der das vielleicht
206 nicht mitgekriegt hat oder so. Also das ist schon ... ja, das kann schon auch mal
207 schwierig sein. Also wir müssen ganz viel auch die Mitarbeiter dort mit schulen in
208 Hinsicht auf unsere Ziele, was unsere Arbeit ist.

209 **Interviewerin:** Und ich schlussfolgere jetzt gerade selbst daraus, dass die Lebensqua-
210 lität zu erhalten für Sie auch heißt, den Menschen längstmöglich in seiner gewohnten
211 Umgebung zu lassen. Richtig?

212 **Interviewpartner_in:** Das ist gerade ... Gerade bei den geistig Behinderten ist das
213 wirklich ein Ziel. Und man muss sagen, auch ein erklärtes Ziel der Einrichtungen. Das
214 sagen die selber, dass sie sagen: Wir wollen nicht, dass der- oder diejenige jetzt noch
215 irgendwo anders hingeht. Weil gerade für die Menschen so ein Krankenhausaufent-
216 halt unheimlich viel Stress bedeutet. Und dass man einfach sagt, die bleiben mög-
217 lichst in ihrer Umgebung und werden dort versorgt.

218 **Interviewerin:** Das heißt, sie würden sagen, im Akutfall okay, Krankenhaus, wenn es
219 wirklich notwendig ist. Wobei ...

220 **Interviewpartner_in:** Eigentlich machen wir Krankenhaus ... Krankenhaus wirklich
221 extrem selten, weil das ist vorher schon entschieden.

222 **Interviewerin:** Ja.

223 **Interviewpartner_in:** Ich weiß nicht ... Bei diesem einen, wo ich vorhin drüber ge-
224 sprochen habe, der immer wieder eingewiesen wurde, da war es einfach so, dass die
225 überfordert waren, weil der extrem unruhig und irgendwann auch aggressiv wurde.
226 Das war wirklich auch noch mal eine andere Situation. Der war schwer, wirklich
227 schwer händelbar auch für denjenigen, der da nachts dort war. Der hat den einfach
228 nicht zur Ruhe gekriegt. Und das war wirklich dann eine Überforderungssituation.
229 Aber das haben wir ja nicht immer. Und also Krankenhauseinweisungen ...

230 **Interviewerin:** Was ist mit stationären Hospizen? Würden Sie das ebenfalls für Men-
231 schen mit Behinderung nicht sehen?

232 **Interviewpartner_in:** In solchen Situationen, wo ich merke, dass die Einrichtung voll-
233 kommen überfordert ist und es dann tatsächlich aus dieser Überforderung heraus
234 immer zu stationären Einweisungen kommt, da haben wir zum Beispiel für den Pati-
235 enten ... haben wir einen Hospizantrag gestellt. Aber mit dem wäre auch das Hospiz
236 überfordert gewesen. Der war auch ... das war auch schwierig.

237 **Interviewerin:** Das heißt, das oberste Ziel von Ihnen ist es, die Menschen in der ge-
238 wohnten Umgebung zu lassen ...

239 **Interviewpartner_in:** Genau.

240 **Interviewerin:** ... und als SAPV-Team die Mitarbeiter wie auch den Sterbenden oder
241 die Sterbende zu begleiten?

242 **Interviewpartner_in:** Genau.

243 **Interviewerin:** Und dann haben Sie ebenfalls geschrieben: Alleine kommt man nicht
244 weit. Und ich denke mal, da sprechen Sie auch Ihre lokalen Partner an. Sie sind si-
245 cherlich in einem bestimmten Netzwerk, haben vielleicht auch Kooperationsverträge

246 oder Ähnliches.

247 **Interviewpartner_in:** Ja.

248 **Interviewerin:** Können Sie mal etwas sagen, mit wem Sie kooperieren? Sie hatten
249 eingangs schon einige genannt aus dem Bereich der Behindertenhilfe. Gibt es noch
250 weitere Partner, mit denen Sie regelmäßig zusammenarbeiten?

251 **Interviewpartner_in:** Also wir arbeiten eng zusammen mit den *AHD*. In der Stadt gibt
252 es zwei, die wir dann mit einbeziehen natürlich. Und im Landkreis auch. Da gibt es
253 auch in jedem größeren Gebiet, was wir ... das ist ja noch mal so unterteilt in Unter-
254 gebiete. Da gibt es auch mehrere *AHD*. Das ist sehr wichtig. Wir arbeiten natürlich
255 mit den Hospizen zusammen als Einrichtungen, das ist ja klar. Wir haben enge ... Also
256 wir haben eigene Physiotherapeuten, die wir, wenn es irgendwie geht, auch vermit-
257 teln. Obwohl gerade natürlich in Behinderteneinrichtungen selber auch viele einen
258 haben. Aber wir haben sehr gute Physiotherapeuten, die wir dann versuchen auch an
259 unsere Patienten zu bringen. Und wir arbeiten mit allen Pflegediensten zusammen,
260 die es irgendwie nur gibt. Das ist auch eine ganz wichtige Zusammenarbeit. Interes-
261 santerweise ist es ja so, dass auch die medizinische Versorgung, wenn wir jetzt zum
262 Beispiel regelmäßig Injektionen anordnen, das in den Einrichtungen oft von den Mit-
263 arbeitern nicht gemacht werden darf, in den Behinderteneinrichtungen, weil ... Da
264 gibt es Unterschiede. Aber die meisten dürfen das nicht oder aus welchen Gründen ...
265 Da kommen ja Pflegedienste auch in die Einrichtungen rein. Tja. Also Pflegedienste,
266 mit den Hausärzten selbstverständlich. Was haben wir noch? Alles, was wir so brau-
267 chen.

268 **Interviewerin:** Würden Sie sagen, dass das aus heutiger Sicht sehr gut läuft, dass die
269 Kooperationen untereinander ... dass man sich gut ergänzt?

270 **Interviewpartner_in:** Ich finde ja. Das ist natürlich eine einseitige Sicht jetzt.

271 **Interviewerin:** Ja, ja.

272 **Interviewpartner_in:** Von mir aus. Also ich habe das Gefühl, dass, wenn ich für einen
273 Patienten bestimmte Dinge möchte, die kann ich ihm eigentlich alle anbieten. Eigent-

274 lich kann ich alles anbieten. Ob der Patient das jetzt annimmt und ob das für ihn dann
275 auch gut ist, das ist ja noch mal was anderes. Aber wo ich jetzt denke, hier wäre es
276 schön, wenn da eine ehrenamtliche Betreuung wäre, dann findet man immer jeman-
277 den, der da ist. Oder wir finden immer Physiotherapeuten oder ... na, bis auf Hospiz-
278 plätze. Die gibt es natürlich nicht immer. Aber eigentlich habe ich das Gefühl, wir
279 können ... Ach genau, die Sanitätshäuser habe ich ja vergessen. Also wir können auch
280 alle Hilfsmittel schnell zur Verfügung stellen. Die Patienten müssen das ja nicht an-
281 nehmen. Viele wollen nicht sofort ein Pflegebett oder dies oder das nicht. Aber ei-
282 gentlich finde ich es schon. Was wir nicht haben und was schwierig ist, das ist ambu-
283 lante psychologische Betreuung, also Psychologen, die nach Hause gehen zu den Pa-
284 tienten. Das gibt es so gut wie gar nicht. In ganz großen Ausnahmefällen können wir
285 das mal organisieren, aber ... Ist auch nicht so häufig notwendig, aber ...

286 **Interviewerin:** Und wie ist das bei Menschen mit Behinderung, die sich sicherlich ge-
287 nau solche Fragen, was passiert nach dem Tod, stellen? Glauben Sie, dass dort bei-
288 spielsweise psychische Begleitung oder psychologische Begleitung notwendig wäre?

289 **Interviewpartner_in:** Also ehrlich gesagt bin ich nicht der Meinung, dass jeder
290 Mensch am Lebensende psychologische Begleitung braucht. Weil erstens ist es ja
291 keine ... Also diese Lebensphase ist ja an sich keine Krankheit sozusagen, sondern das
292 ist wie gesagt eine Lebensphase, die man ... wo man auch die Ängste bearbeiten
293 kann mit Angehörigen, Freunden. Und wir haben da wirklich ... Und da muss ich wirk-
294 lich sagen, da ist dann der ambulante Hospizdienst eigentlich der Ansprechpartner,
295 dass wir das wirklich versuchen zu vermitteln. Und auch in den Behinderteneinrich-
296 tungen, dass da Ehrenamtliche hingehen und versuchen, soweit das möglich ist, diese
297 Gespräche auch zu führen und das aufzuarbeiten.

298 **Interviewerin:** Das heißt, Sie sehen momentan erst mal keinen Optimierungsbedarf,
299 bis auf diese eine konkrete Sache, oder?

300 **Interviewpartner_in:** Also optimieren kann man natürlich immer noch. Ich kann
301 Ihnen jetzt nur sagen, dass sich das vermitteln kann, den ambulanten Hospizdienst.
302 Wie gut die dann ...

303 **Interviewerin:** Die Qualität können Sie nicht ...

304 **Interviewpartner_in:** Die Qualität kann ich jetzt nicht so abschließend immer beurtei-
305 len, wie derjenige tatsächlich mit demjenigen zurechtkommt und ob dann die Wün-
306 sche erfüllt worden sind. Das kann ich nicht sagen, weil wir sind ja nicht immer dabei.
307 Und man kann das auch nicht immer. Man kriegt sie auch nicht immer raus. Also ich
308 denke, dass zum Beispiel eine Schulung für ambulante Hospizdienste, was auch eine
309 Betreuung von Menschen mit Behinderung angeht, dass so was sicherlich gut wäre,
310 weil ... weil wir da auch unerfahren, unerfahren in Führungsstrichen sind. Wir ha-
311 ben ja diese Menschen eben auch nicht so oft. Und ich denke mir schon, dass man da
312 noch sich verbessern könnte.

313 **Interviewerin:** Würden Sie als Medizinerin sagen, dass es zwischen Menschen mit
314 Behinderung am Lebensende und Demenzkranken Parallelen gibt, wenn man sie be-
315 gleitet?

316 **Interviewpartner_in:** Ja. Das schon. Also es endlich kann ich immer nur sagen, es gibt
317 bei allen irgendwo Parallelen, wenn man sie begleitet am Lebensende. Und dass man
318 die Demenzkranken ... Ja, wenn ich jetzt Patienten habe, die sozusagen eine schwere
319 Intelligenzminderung haben oder sowas, die reagieren oft ähnlich wie jetzt schwer
320 Demenzkranke. Aber Parallelen habe ich ja ... habe ich immer irgendwo.

321 **Interviewerin:** Ja. Könnten Sie bitte mal zurückblicken und ein ganz konkretes Fall-
322 beispiele, wo Sie einen Menschen mit Behinderung begleitet haben? Nennen Sie ihn
323 auf jeden Fall anders, suchen Sie sich einen Namen.

324 **Interviewpartner_in:** Ja.

325 **Interviewerin:** Und führen Sie mal aus, wie sie Kontakt bekommen haben, wie Sie das
326 erste Mal dorthin gefahren sind und wie es weiterging. Und wenn es über den Tod
327 hinaus noch Sachen gab, die Sie beispielsweise mit den Einrichtungen besprochen
328 haben, was Sie über zum Tod hinaus gemacht haben.

329 **Interviewpartner_in:** Also jetzt spontan denke ich an eine junge Frau, die war, An-
330 fang 30. Ich kann die Diagnose ja sagen.

331 **Interviewerin:** Ja.

332 **Interviewpartner_in:** Zervixkarzinom. Die auch ... Da weiß ich auch eben die Diagno-
333 se nicht, aber sie war einfach ... hm ... ja, sie war auch Intelligenz gemindert, körper-
334 behindert eigentlich gar nicht so sehr. Also sie lebte in einer Einrichtung und war
335 recht kindlich von ihrer ganzen Verhaltensweise. Wir haben sie aufgenommen in der
336 Einrichtung, in der sie lebte, und dort war es ... ging es auch eine ganze Zeit gut. Sie
337 hatte eine sehr liebevolle Betreuung dort auch von den ... Schwestern will ich immer
338 sagen, es sind ja keine Schwestern, es sind ja Heilerziehungspfleger, genau. Also das
339 war wirklich eine sehr gute Betreuung. Die Krankheit ist dann aber so vorangeschrit-
340 ten, dass sie tatsächlich dann irgendwann bettlägerig wurde. Und das war ein Prob-
341 lem. Das war ein Problem in der Einrichtung, das einfach nicht so qualifiziertes Per-
342 sonal immer vor Ort war. Dann haben wir eine differenzierte Schmerztherapie ma-
343 chen müssen, wo dann auch häufig jedoch mal bei Bedarf Medikamente und irgend-
344 wann auch Injektionen gegeben werden mussten. Das ging nicht in der Einrichtung.
345 Pflegedienste können kommen und Injektionen verabreichen, aber natürlich nur,
346 wenn sie regelmäßig angesetzt sind. Und das ist eigentlich das größte Problem, das
347 muss ich jetzt mal sagen, in diesen Einrichtungen. Wenn ich bei Bedarf Medikamente
348 spritzen will, dann gibt es niemanden oder häufig niemanden, der das machen darf.
349 Und immer einem Pflegedienst zu rufen, das machen manche Pflegedienste mit, aber
350 es funktioniert nicht bei allen. Und das ist eigentlich das, was wir festgestellt haben
351 auch noch mal dann in der Rückschau und in unserem Team, dass das für uns auch
352 das größte Problem ist in der Versorgung, also die Verabreichung von Bedarfsmedi-
353 zin. Wenn es oral ist, geht es meistens noch, aber sobald es anfängt, dass man was
354 injizieren muss, dass man was spritzen muss, dann geht das kaum in den Einrichtun-
355 gen.

356 **Interviewerin:** Okay.

357 **Interviewpartner_in:** Sie wurde dann auch immer betreuungsintensiver sozusagen,
358 die junge Frau. Wir sind oft hingefahren. Es war einfach ... Ich habe die ganz gerne
359 betreut, muss ich sagen, weil das einfach auch so ... man konnte ganz offen mit ihr
360 reden. Das ist der manchmal anders als mit ... nicht geistig Behinderten sozusagen,

361 dass man doch über viele Dinge auch ein bisschen direkter reden kann und dass sie
362 einfach auch wusste, wie schwer krank sie ist. Und sie konnte auch ihre Wünsche ...
363 Also dass sie noch mal zu ihrer Mutti wollte oder dies und das. Also sie konnte ihre
364 Wünsche ganz gut artikulieren. Und, ja, es war dann so, dass wie gesagt der Betreu-
365 ungsbedarf war dann doch so groß wurde, dass sie dann in ein Pflegeheim verlegt
366 worden ist. Das tat mir dann irgendwie so ein bisschen leid, dass sie aus ihrer Umge-
367 bung raus musste, aber es war dann dort wirklich nicht mehr machbar und dann
368 eben für sie auch nicht gut. Und sie hat aber in diesem Pflegeheim, muss ich sagen,
369 auch eine gute Aufnahme gefunden. Also da war auch ganz nettes ... Vielleicht war
370 sie auch so, dass sie das irgendwie so bewirkt hat bei den ... auch bei dem Pflegeper-
371 sonal, dass man sich einfach auch intensiv um sie gekümmert hat. Und das haben die
372 wirklich auch da toll gemacht, muss ich sagen. Also wir haben ja auch den Eindruck
373 nicht ... also schon über eine lange Zeit, aber wir sind ja immer nur kurz da. Unsere
374 Hausbesuche dauern ungefähr eine halbe Stunde, dann kriegen wir einen Eindruck.
375 Wir telefonieren viel, aber wir sind ja nicht immer dabei. Aber ich fand, dass die dort
376 sehr nett zu ihr waren, dass die unheimlich oft auch bei uns zurückgerufen haben
377 und gesagt haben: Es sieht jetzt soundso aus, was können wir jetzt noch machen? Al-
378 so dass da die Betreuung gut war. Und sie ist dann auch tatsächlich dort in dem Pfl-
379 eheim ganz friedlich nach einigen Monaten verstorben. Tja. Im Nachhinein, wie ge-
380 sagt, das ist diese ... diese doch medizinische Versorgung oder diese ... Versorgung
381 bei Bedarf, Bedarfstherapie zu verabreichen, ist schwierig in den Einrichtungen. Und
382 wenn so ein bestimmter Pflegeaufwand doch notwendig ist, dass das manchmal nicht
383 geht.

384 **Interviewerin:** Und endet Ihre Begleitung mit dem Tod?

385 **Interviewpartner_in:** Die endet mit dem Tod.

386 **Interviewerin:** Okay. Und gibt es auch ... jetzt haben wir ganz oft über Wohngruppen
387 oder Pflegeheime gesprochen. Gibt es auch Menschen, die Sie in der Familie beglei-
388 ten? Menschen mit Behinderung, die bei ihren Eltern sterben? Oder ist das eher sel-
389 ten?

390 **Interviewpartner_in:** Ja. Doch, das ... hm ... das haben wir auch manchmal. Aber das
391 sind dann eher ... Ich überlege jetzt gerade mal, was wir da ... was wir da ... Wir hat-
392 ten es mal, aber das waren dann meistens jüngere Leute mit so neurologischen, mit
393 so progredienten neurologischen Erkrankungen, die auch nicht unbedingt geistig be-
394 hindert waren. Das ist dann so ... so Muskeldystrophie.

395 **Interviewerin:** Ja.

396 **Interviewpartner_in:** Oder solche Erkrankungen. Die dann zum Teil zu Hause waren.
397 Wir haben ... da manchmal Schwierigkeiten ... hm ... Wie soll ich das erklären? Also
398 da gibt's manchmal so einen Graubereich, wo ich denke, dass die vielleicht von unse-
399 rer Betreuung profitieren würden, aber wo letztendlich die auch eine hohe Symptom-
400 last haben, aber wo das oft auch von den Eltern abgelehnt wird, weil wir ja eigentlich
401 für die letzten Lebenswochen und -monate da sind. Und das wird oft nicht akzeptiert,
402 dass das so ist. Also die sollen ja nicht sterben, ne? Sie möchten zwar gerne jeman-
403 den haben, der die Symptome lindert und der auch im Notfall ansprechbar ist, aber
404 das Kind soll ja nicht versterben.

405 **Interviewerin:** Glauben Sie, dass das gesamtgesellschaftlich noch ein Problem ist,
406 vom Kurativen ins Palliative zu wechseln? Gibt ... bräuchten wir da mehr ... oder
407 bräuchten da Menschen generell mehr Begleitung?

408 **Interviewpartner_in:** Ich glaube, dass das individuell einfach ganz unterschiedlich ist.
409 Ich glaube, das ist eine Aufgabe, die von Hausärzten oder dann von den betreuenden
410 Fachärzten irgendwie gelöst werden muss. Aber das ist schwierig, weil es gibt tat-
411 sächlich ... wir haben tatsächlich Menschen, die eine ganz hohe Symptomlast haben
412 und schwerkrank sind und die aber damit ganz, ganz lange leben. Also das ist irgend-
413 wo auch so ein bisschen eine Lücken, ne? Also wo die ... auch die Familienangehöri-
414 gen, wenn die dann zu Hause leben, auch mehr Unterstützung bräuchten, wir die
415 aber nicht geben dürfen, weil es nicht absehbar ... weil die Krankheit jetzt nicht in-
416 nerhalb ... es gibt bei uns immer so das: in den nächsten Monaten zum Tode führt.
417 Aber trotzdem ein hoher ...

418 **Interviewerin:** Wie ist das beim SAPV-Team, da heißt es Tage, Wochen und Monate?

419 **Interviewpartner_in:** Ja. Und wir werden ja geprüft. Der MDK prüft bei fast allen Pa-
420 tienten, ob die von uns betreut werden dürfen oder nicht. Also die Krankenkassen
421 machen immer ... geben das zum MDK, und die prüfen, wie das ... Wir haben einen
422 ganz guten Draht zusammen, wir besprechen das auch oft, dass mich die Kollegen
423 vom MDK anrufen bei Rückfragen und so was. Und die haben immer so im Hinter-
424 kopf, wenn absehbar ist, dass die Lebenserwartung nicht länger als sechs Monate ist,
425 dann geben die eigentlich ihr Okay. Das kann man aber bei den Patienten manchmal
426 ... gerade bei diesen neurologischen Erkrankungen kann man es ... Man kann das oft
427 schwer sagen mit diesem halben Jahr, aber da noch schwerer. (seufzt) Da ist ... da ist
428 irgendwie so ein bisschen eine Lücke.

429 **Interviewerin:** Ich habe letztens auch auf diesem besagten Fachtag in ST gehört von
430 einer Frau, die seit vielen Jahren in der Trauerbegleitung tätig ist, dass es einen ande-
431 ren Verlauf am Lebensende zu geben scheint. Nur aus ihrer Erfahrung. Das ist jetzt
432 nichts Wissenschaftliches, was ich sage. Beispielsweise zeigte sie an einem Beispiel,
433 wie ein Menschen mit Behinderungen noch mal richtig aufblüht und damit das Team
434 sozusagen dachte, es geht noch mal bergauf. Glauben Sie, dass der Verlauf am Le-
435 bensende von Menschen mit Behinderung noch mal abweichen kann von Menschen
436 ohne Behinderung?

437 **Interviewpartner_in:** Mhm (verneinend).

438 **Interviewerin:** Oder ist das ...

439 **Interviewpartner_in:** Nee.

440 **Interviewerin:** ... bei anderen genauso?

441 **Interviewpartner_in:** Das haben wir bei anderen genauso. Das ist ganz oft so, dass es
442 noch mal kurz vorm Versterben ein Aufblühen gibt und dann die Angehörigen den-
443 ken: Oh, jetzt geht's bergauf. Oder: Jetzt geht's besser. Das ist dann noch mal so der
444 letzte ... die letzte gute Zeit vor dem Versterben. Das haben andere Menschen auch.

445 **Interviewerin:** Okay.

- 446 **Interviewpartner_in:** Also letztendlich einen großen Unterschied ...
- 447 **Interviewerin:** Gibt's nicht.
- 448 **Interviewpartner_in:** ... sehe ich nicht, nee.
- 449 **Interviewerin:** Auch sicherlich mit der Kommunikationsfähigkeit, die ja bei allen
450 Menschen ...
- 451 **Interviewpartner_in:** Die nimmt bei allen Menschen irgendwie ... (Durcheinanderre-
452 den)
- 453 **Interviewerin:** ... die kognitiven Fähigkeiten ...
- 454 **Interviewpartner_in:** ... das nimmt bei anderen auch ab. Genau. Und bei Menschen
455 mit Behinderung ist sie manchmal vorher schon nicht mehr da. Aber so die ganz letz-
456 ten Lebensphasen sind ...
- 457 **Interviewerin:** Kann man sagen: sind fast identisch?
- 458 **Interviewpartner_in:** Ja. Ja. Deswegen ist bei uns auch keine große Unsicherheit. Ich
459 habe das auch nie so gespürt bei unserem Team. Wir haben jetzt wirklich da nicht
460 speziell Fortbildungen gemacht oder so. Es hat sich einfach ergeben, dass wir auch
461 dann immer mal dorthin gerufen wurden. Und ich habe eigentlich nie bei irgendje-
462 mandem da eine ganze große Unsicherheit gespürt.
- 463 **Interviewerin:** Okay.
- 464 **Interviewpartner_in:** Denn ich, dass, wenn jemand da erfahren drin ist, dann kann
465 man das irgendwie so zusammen transportieren oder auf ... auf jemanden mit Behin-
466 derung. Ja.
- 467 **Interviewerin:** Nun sind Sie ja meist nur eine halbe Stunde oder nicht nur, sondern
468 Sie sind eine halbe Stunde bei Ihren Patienten. Würden Sie trotzdem sagen, dass sich
469 mit der Zeit, Sie sind seit vielen Jahren jetzt dabei, dass sich, egal ob bei Menschen
470 mit oder ohne Beeinträchtigung, sich so was wie ... Abschiedskultur ist zu viel gesagt,

471 vielleicht Rituale bei Ihnen etabliert haben, wo Sie sagen: Das machen wir als Team,
472 auch wenn wir zum Beispiel nur eine halbe Stunde drin sind, was auch immer das ist?

473 **Interviewpartner_in:** Mit den Patienten und den Angehörigen?

474 **Interviewerin:** Zum Beispiel.

475 **Interviewpartner_in:** Also nichts Festes, muss man sagen. Das kann man nicht, weil
476 so viele Menschen, wie es gibt, so unterschiedlich gibt es auch Situationen und auch
477 Sterbesituationen und die Vorbereitung darauf, muss ich sagen. Also feste Rituale
478 haben wir nicht, außer in der Medikation. (lacht)

479 **Interviewerin:** Ja.

480 **Interviewpartner_in:** Ja. Also wir sind ja, muss man einfach auch sagen, wir sind ja
481 Medizin ... in vorderster Linie sind wir ja medizinisch tätig. Wir sind alle auch Beglei-
482 ter und stehen für Gespräche zur Verfügung, aber wir haben natürlich ... wir haben in
483 unserer ... in unserer Medikation schon Rituale oder Dinge, die wir fast immer ma-
484 chen. Und alles andere ist individuell unterschiedlich. Es kommt ja auch drauf an, in
485 welcher Situation sind wir noch mal da. Wir sind ja nicht bei jedem Patienten am Le-
486 bsende immer zu dem Zeitpunkt da.

487 **Interviewerin:** Ja.

488 **Interviewpartner_in:** Das kommt schon mal vor, aber nicht immer. Manchmal ist die
489 Begleitung intensiv, da sind häufige Besuche am Lebensende da. Und manchmal auch
490 nicht. Also deswegen, man kann das nicht ... das kann man irgendwie nicht standar-
491 disieren.

492 **Interviewerin:** Weil worauf ich eigentlich anspreche, ist: Sicherlich, Sie sind nicht die
493 psychosoziale Begleitung dieser Menschen, aber Rituale, die ja doch Orientierung
494 und Struktur einem selbst geben, können ja auch für Sie als Bewältigungsstrategie
495 dafür sorgen, also dass beispielsweise wie auch immer Sie sich von der Person noch
496 mal verabschieden, weil Sie glauben, Sie sehen die nicht mehr. Solche Sachen. Ist ja
497 auch gar nicht schlimm, keine Rituale zu haben. Was glauben Sie denn, was Ihnen

498 hilft, diese doch ja ... es sind ja nahe Situationen, egal wie professionell Sie da auch
499 immer sind.

500 **Interviewpartner_in:** Ja. Ja.

501 **Interviewerin:** Am Lebensende sind häufig viele involvierte Personen sehr emotional.
502 Das wird sicherlich bei Ihnen dann nicht vorbeigehen, wenn Sie in den Raum kom-
503 men. Was für Bewältigungsstrategien haben Sie denn? Oder was haben Sie denn in
504 Ihrem Team, um sozusagen für eine Entlastung zu sorgen?

505 **Interviewpartner_in:** Also was wir (räuspert sich) in unserem Team haben: dass wir
506 ... das sind unsere Übergaben. Und das sind immer ... Wir besprechen ja jeden ... je-
507 den Besuch. Also wenn jetzt unsere Kollegen vormittags auf Hausbesuchen sind,
508 dann ist mittags immer eine Besprechung. Und da kann jeder alles, was er erlebt hat,
509 besprechen. Und das sagen immer wieder alle, dass ... Wir haben das auch rausge-
510 kriegt und versucht rauszufinden, was hilft uns. Und alle haben immer gesagt, dass
511 das eigentlich ... die Gespräche mit den Kollegen, und das ist hauptsächlich in der
512 Übergabe, das ist das, wo man es verarbeiten kann. Und wenn wir merken, es ist eine
513 Situation, die war besonders schwer, wir haben da jetzt noch irgendwie mehr Ge-
514 sprächsbedarf, dann haben wir ja einmal die Woche auch eine Fallbesprechung, wo
515 noch mal die Patienten, wo wir denken, da muss noch mal besonders drüber geredet
516 werden, die können dann besprochen werden. Dann haben wir, wenn es dann erfor-
517 derlich ist ... Aber ich muss wirklich sagen, das wird immer wenig ... Wir haben re-
518 gelmäßig Supervisionen, wo wir natürlich auch über Patienten sprechen können,
519 über schwierige Begleitungen. Das wird von unseren Mitarbeitern ganz selten in An-
520 spruch genommen, dass wir das über Begleitung sprechen müssen.

521 **Interviewerin:** Wissen Sie, das ist super interessant, weil in vielen Lehrbüchern sieht
522 man ja: Teamkonferenz, Supervision. Jetzt höre ich heute wieder, also das ist wieder-
523 holt: Supervision ist unter den medizinischen, also unabhängig von den ambulanten
524 Hospizdiensten, bei den medizinischen Fachkräften tatsächlich nicht verbreitet. Kön-
525 nen Sie sagen, warum das so ist? Was Sie sich vorstellen könnten? Weil dann brau-
526 chen wir ja gar nicht sagen: Die brauchen Supervision. Dann gehen wir ja völlig an der

527 Praxis vorbei.

528 **Interviewpartner_in:** Also Supervision an sich braucht es schon, denke ich mir. Wir
529 haben ja regelmäßig Supervisionen, und die braucht man auch. Aber das bezieht sich
530 nicht auf die Betreuung, sondern das sind mehr so ... (Durcheinanderreden)

531 **Interviewerin:** (Durcheinanderreden)

532 **Interviewpartner_in:** Nee, innerhalb des Teams. Es ist mehr so eine Team-
533 Supervision.

534 **Interviewerin:** Okay.

535 **Interviewpartner_in:** Die Zusammenarbeit innerhalb des Teams wird da mehr the-
536 matisiert. Also es ist ja frei, es kann ja jeder irgendwie ... Es wird ja immer gefragt:
537 Worüber möchten Sie heute sprechen? Und jeder kann das sagen. Und da gibt es
538 vereinzelt schon mal Sachen: Ich habe jetzt hier da irgendwie ... das ist ... schwierig
539 gewesen, die Betreuung oder so was. Aber das ist wirklich selten. Also für das Team
540 an sich ist eine Supervision wichtig, aber nicht unbedingt, um über die ...

541 **Interviewerin:** Okay.

542 **Interviewpartner_in:** ... betreuten Patienten zu sprechen. Bzw. zu Anfang war das so,
543 aber je routinierter, also routinierter jetzt nicht im negativen Sinne, sondern je pro-
544 fessioneller oder erfahrener auch so ein Team ist, desto weniger, habe ich das Ge-
545 fühl, es ist notwendig.

546 **Interviewerin:** Das heißt, in einer Team-Supervision würde es eher um die Kommuni-
547 kation untereinander gehen und ...?

548 **Interviewpartner_in:** Arbeitsabläufe, was kann man noch optimieren? Oder auch Är-
549 ger untereinander, muss man sagen, dass die sich ... dass sich irgendwer über ir-
550 gendwen geärgert hat und das vielleicht noch mal ein bisschen aufgearbeitet werden
551 muss. Wir achten ja sehr auf eine gute Kultur auch des Miteinanders. Und wenn wir
552 da das Gefühl haben, das ist nicht so, dann wird das bei der Supervision angespro-

553 chen.

554 **Interviewerin:** Das heißt, die wöchentlichen oder fasste die täglichen Mittagstreffen
555 sind für die Fälle da?

556 **Interviewpartner_in:** Eigentlich ja.

557 **Interviewerin:** Fälle in Anführungsstrichen.

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

559 **Interviewerin:** Und die Supervision nutzen Sie für Ihr Team, richtig?

560 **Interviewpartner_in:** So ist es in der Praxis, genau.

561 **Interviewerin:** Okay. Jetzt muss ich mal kurz schauen. Wir sind schon ziemlich weit.
562 Genau, das haben Sie noch mal gesagt, Schmerzen lindern ist vor allen Dingen im
563 Vordergrund, sehen Sie im Vordergrund.

564 **Interviewpartner_in:** Symptome. Also nicht nur Schmerzen. Wir haben ja auch ande-
565 re Symptome.

566 **Interviewerin:** Verschiedene, ja. Psychische Symptomatik, neurologische haben Sie
567 noch auf dem ...?

568 **Interviewpartner_in:** Ja. Man kann auch Übelkeit, Erbrechen, Angst, Unruhe, schwie-
569 rige Wundversorgung, ... all so was.

570 **Interviewerin:** Ja. Und was würden Sie abschließend sagen, was es zu einer erfolgrei-
571 chen, wohltuenden und selbstbestimmten Begleitung am Lebensende braucht? Was
572 soll ich heute als Hauptpunkte mitnehmen, was Sie glauben, aus der Praxis zu wis-
573 sen?

574 **Interviewpartner_in:** Es braucht ... Jetzt für Menschen mit Behinderung besonders?

575 **Interviewerin:** Ja.

576 **Interviewpartner_in:** Es braucht eine engagierte und wohlwollende, in erster Linie
577 wirklich eine engagierte, wohlwollende Betreuung vor Ort. Also die Kräfte, Pflege-
578 kräfte, diese Heilerziehungspfleger vor Ort. Ich habe immer das Gefühl, das steht und
579 fällt wirklich auch mit deren Engagement und Empathie, wie die Betreuung abläuft.
580 Das ist mal das Allerwichtigste. Eine gute Kommunikation des SAPV-Teams mit den
581 Betreuenden vor Ort ist wichtig. Und auch Zeit. Vielleicht braucht man manchmal ein
582 bisschen mehr Zeit, die man den Patienten auch widmet, einfach weil die Kommuni-
583 kation vielleicht nicht so leicht ist oder das Einschätzen der Symptome. Obwohl, das
584 haben wir ... machen wir eigentlich bei allen. Also dass man ... hm ... ja. Aber das ist
585 einfach wichtig, dass man sich die Zeit nimmt, dass man guckt, wo steht der Patient,
586 was für Bedürfnisse ... Dass man wirklich ... wirklich versucht, die Bedürfnisse rauszu-
587 kriegen. Aber das ... wirklich, das können wir meistens über das Umfeld ganz gut
588 rauskriegen. Da sind wir oft gar nicht so die Ansprechpartner für die Patienten, son-
589 dern das geht dann über das Betreuungspersonal.

590 **Interviewerin:** Das heißt, eine Beziehung zu Menschen mit Behinderung, auch Sie als
591 Mediziner, die natürlich Angst macht, also wenn jetzt jemand Fremdes dort rein-
592 kommt und auf einmal will der mir eine Spritze geben, die Beziehungsarbeit muss
593 noch mehr im Vordergrund stehen als ...

594 **Interviewpartner_in:** Ja.

595 **Interviewerin:** ... als bei anderen?

596 **Interviewpartner_in:** Genau. Genau. Und die läuft wie gesagt nicht unbedingt immer
597 direkt zum Patienten. Also bei der jungen Frau, von der ich erzählt habe, da war das
598 so, zu der konnte man eine Beziehung aufbauen, und die hat mich auch wiederer-
599 kannt. Und das ... aber das ist ja nicht immer so. Bei manchen, da weiß ich, die ... die
600 können nicht so richtig einschätzen, wer wir überhaupt sind. Das ist auch zu kompli-
601 ziert, das zu erklären.

602 **Interviewerin:** Ja.

603 **Interviewpartner_in:** Manche freuen sich einfach nur. Wir haben auch gerade ... wir

604 haben eine Patienten betreut, die freut sich einfach, wenn Leute kommen und wenn
605 ganz viele um sie herumstehen und sie im Mittelpunkt steht. Da freut sie sich einfach
606 drüber. Und dann kann man ein bisschen Händchen halten und ... Mehr darf man bei
607 ihr nicht machen. Also Spritze geben oder irgendwelche Punktionen toleriert sie
608 nicht. Aber ... oder Blutdruck messen, das darf man auch noch, ne? Aber das ist ...
609 Man muss halt immer gucken, wo steht derjenige, was darf man mit dem machen.
610 Und alles andere würden wir auch nicht tun, weil der würde dann nicht davon profi-
611 tieren. Ja, für Sie zum Mitnehmen wirklich ... Also Kommunikation mit den betreuenden
612 Kräften vor Ort eigentlich. Und besonders gucken, was derjenige ... dass man
613 rauskriegt, was derjenige für Bedürfnisse hat.

614 **Interviewerin:** Aber es ist ja eigentlich auch eine schöne Freiheit, die Sie dann haben,
615 oder? Also sozusagen nur noch nach den Bedürfnissen der Menschen ...

616 **Interviewpartner_in:** Deswegen macht die Arbeit, das hört sich jetzt ganz blöd an,
617 aber die macht ganz viel Spaß, weil wir einfach nur noch fragen: Was wollen Sie
618 noch? Wollen Sie, dass wir da jetzt noch was machen oder nicht mehr? Das ist ein-
619 fach für uns, muss ich auch sagen, das ist auch eine beglückende Arbeit, weil wir
620 wirklich ganz nach Symptomen und Bedürfnissen der Patienten gehen können.

621 **Interviewerin:** Jetzt fällt mir doch noch abschließend eine Frage an Sie ganz spezielle
622 als Leiterin ein: Sie haben viele Mitarbeiter, Sie haben natürlich auch die Fürsorge
623 und Verantwortungspflicht denen gegenüber. Sie haben gesagt, das machen Sie mit
624 bestimmten Bewältigungsstrategien, Entlastungsmöglichkeiten für Ihre Mitarbeiter.
625 Jetzt klopft Ihnen nicht jeden Tag jemand auf die Schulter. Gibt es etwas, was Sie
626 mitgeben könnten, was Führungskräfte tun können? Beispielsweise geht es über Hob-
627 bys oder geht es nicht über Hobbys? Um den Job einer Leitungskraft von einem
628 SAPV-Team oder von einem größeren Team über viele Jahre zu machen? Haben Sie
629 irgendwas, wo Sie sagen: Das hilft mir, um immer wieder frisch in den Job zu starten?

630 **Interviewpartner_in:** Ehrlich gesagt ist das wie bei jeder Arbeit. Also das ist jetzt
631 nicht irgendwie was ganz Spezielles. Ich denke, dass man einfach die Arbeit gerne
632 machen muss und dass das dann auch funktioniert. Da kann ich keinen Tipp geben,

633 wie jemand das ... (lacht) Also was schon wichtig ist: Ich glaube, man braucht irgend-
634 wie eine stabile Persönlichkeit und ein stabiles Sozialleben. Das funktioniert nicht,
635 das erleben wir jetzt auch mit anderen Mitarbeitern, wenn da größere Probleme o-
636 der ganz viel unbewältigter ... unbewältigte Probleme sind. Dann kann jemand so ei-
637 ne Arbeit nicht machen. Also ... tja.

638 **Interviewerin:** Was ist beispielsweise, wenn Sie merken, bei einem Kollegen ist ein
639 Trauerfall, bekommt dieser Kollege frei?

640 **Interviewpartner_in:** Also wir machen das so, dass, wenn wir merken, jemand hat ...
641 leidet drunter, der wird zur Seite genommen und mit dem wird auch alleine geredet.
642 Und dann gucken wir, wäre es sinnvoll, frei zu nehmen. Aber das mache ich selber
643 zum Beispiel auch. Also wenn ich merke jetzt, ich habe ... das ist jetzt zu viel, ich habe
644 jetzt gerade irgendwie zu viel oder auch mal eine ganz besonders schwere Betreuung
645 gehabt, dann nehme ich mal einen Tag frei. Also das ist schon ...

646 **Interviewerin:** Das ist ein wichtiger Punkt.

647 **Interviewpartner_in:** Ja. Ja. Das stimmt. Dass man mal freinimmt. Und, genau ... oder
648 das ... das ist jetzt aber meine persönliche Bewältigungsstrategie: dass ich wirklich
649 privat Dinge mache, die damit überhaupt nichts zu tun haben und die mir ganz viel
650 Spaß machen irgendwie. Dass ich sage irgendwie, viel ... weiß ich nicht, dass ich ein-
651 fach gerne mal Essen gehe oder dass ich viel Sport treibe oder mich mit anderen Leu-
652 ten treffe, die damit überhaupt nichts zu tun haben, und dann auch gar nicht unbe-
653 dingt darüber rede. Also ich habe eine große Familie, da ist das dann einfach auch
654 nicht mehr Thema. Also dass man vielleicht noch einen Bereich im Leben hat, der da-
655 von unberührt ist. Möglicherweise ist es das. Aber das kann ich jetzt irgendwie ...
656 beweisen kann ich das nicht.

657 **Interviewerin:** Herzlichen Dank.

658

659 **Ende bei Min. 45:20**