

1 **Interview MJ 180823_0058**

2 **Datum des Interviews: 23.08.2018**

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 **Teil 1:**

14 **Interviewerin:** Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für ein Interview heute neh-
 15 men. Ich würde Sie mal bitten, dass Sie sich und Ihr Team vorstellen, wer Sie sind und
 16 welche Qualifikationen Sie haben und wer momentan sehr eng mit Ihnen zusam-
 17 menarbeitet.

18 **Interviewpartner_in:** Unsere *PLE* besteht seit, ja, fast 17 Jahren. Wir sind eine relativ
 19 kleine *PLE* mit sechs stationären Betten. Ärztliche Versorgung oder Leitung sind Palli-
 20 ativmediziner. Wir haben drei Kollegen, wechseln uns hier so ein bisschen ab vom
 21 Team her, und haben eine Weiterbildnerin ärztlicherseits, die hier ihr Anerkennungs-
 22 jahr durchläuft. Pflegepersonal ist bis auf eine Pflegekraft zurzeit alle weitergebildet
 23 in Palliativ Care. Da wir eine relativ kleine Station sind, arbeiten wir in einer Eins-eins-
 24 Besetzung ... also Dreimal-eins-Besetzung, früh, spät, Nacht mit einem Zwischen-

25 dienst, der so die Tagesspitzen abfängt. Physiotherapeuten sind vormittags auf der
26 Station, es sind zwei, die primär auf unserer Station arbeiten. Vom Spektrum her wird
27 eigentlich alles angeboten, was so physiotherapeutisch möglich ist, inklusive auch
28 Lymphdrainagen, Kolonmassagen, Aromatherapie. Eine Psychologin kommt auf Be-
29 darf zu uns, ist dienstags fest hier zu Teambesprechung und zu Gesprächsangeboten
30 und kommt dann ... macht dann Termine und kommt dann nach Bedarf zu den ein-
31 zeln Patienten. Ein Sozialarbeiter nimmt teil an der wöchentlichen Teamsitzung
32 und ist dann ... wird dann auch nach Bedarf hinzugerufen. Ferner ist noch eine Seel-
33 sorge hier eingebunden, die auch wöchentlich zur Teamsitzung kommt. Da wir ganz
34 gut vernetzt sind mit zwei stationären Hospizen, die es im Kreis gibt, das ist einmal in
35 *ST* und einmal *ST*, nimmt auch in der Regel eine Leitung der beiden Hospize auch an
36 unserer wöchentlichen Teambesprechung teil. Um die Vernetzung ein bisschen mit
37 Leben zu füllen oder auch mit Gesichtern und Personal, machen wir einmal im Monat
38 eine Palliativkonferenz, wo dann auch die ganzen ambulanten Dienste, das wäre halt
39 der AAPV-Dienst, das ist der ärztliche ambulante Palliativdienst, dann die beiden
40 Pflegedienste, die palliativmedizinisch zugelassen sind im Kreis, das wären die *Orga-*
41 *nisation A* und *die Organisation B*, wiederum die Hospizleitungen und halt interes-
42 sierte ärztliche Kollegen, Pflegekollegen aus dem Haus von *PLE*, aber auch von Nor-
43 malstationen oder PJ-Studenten teilnehmen.

44 **Interviewerin:** Und jetzt habe ich mal recherchiert, das Krankenhaus hat 431 Betten.
45 Sie sagen, Sie haben sechs davon. Sind Sie momentan ausgelastet?

46 **Interviewpartner_in:** Wir sind zu klein. Also wir wollen eigentlich ... streben wir seit
47 Jahren eine größere Station an, auch mit einer verbesserten räumlichen Struktur. Es
48 scheint auf dem Weg zu sein, aber so ein definitiver Termin oder Zeitplan existiert da
49 nicht. Also wir würden schon gut arbeiten können mit acht Betten.

50 **Interviewerin:** Okay. Und haben Sie bei diesem sechs Betten, die permanent ausge-
51 lastet sind, auch Menschen mit Behinderung dabei?

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

53 **Interviewerin:** Was verstehen Sie unter Menschen mit Behinderung? Also wenn wir

54 jetzt sagen, unser Forschungsprojekt fokussiert Menschen mit geistiger und/oder
55 schwerer Behinderung.

56 **Interviewpartner_in:** Also zurzeit haben wir eine Patientin mit einem fortgeschritte-
57 nen Stadium einer ALS hier bei uns, die noch in der Lage ist, mit Hilfe zeitweise klei-
58 nere Mengen Nahrung zu nehmen und so ein bisschen den Kopf bewegen kann und
59 dann mit Augensteuerung ihren PC betreibt und damit halt ein Sprachsystem hat, um
60 mit uns zu kommunizieren. Ist von der Häufigkeit her sehr wechselnd. Wir haben
61 Primärkarzinompatienten. Die machen den Löwenanteil bei uns aus. So etwa zwei
62 Drittel bis 70 Prozent. Und die andere Gruppe ist dann häufig Menschen mit neurolo-
63 gischen Erkrankungen, Behinderungen und die Kombination, auch Karzinompatienten,
64 die auch natürlich häufiger dement sind, kommen vor. Dass wir primär Patienten
65 mit Demenz als ... ja, also als einzige Aufnahmediagnose haben, ist selten. Kommt ei-
66 gentlich kaum vor.

67 **Interviewerin:** Und wie kommen Menschen mit Behinderung, also konkret, weil das
68 einfach unser Forschungsthema ist, wie kommen die konkret zu Ihnen? Was sind die
69 verschiedenen Wege?

70 **Interviewpartner_in:** Es gibt ganz unterschiedliche Wege. Rein formal wäre innerhalb
71 des Krankenhauses ein Konzilwesen, das uns den Kontakt eröffnet, also sprich es wird
72 ein Palliativkonzil beantragt mit Frage: Therapieoptimierung? Frage: Übernahme auf
73 die *PLE* sinnvoll? Die niedergelassenen Kollegen rufen an und schreiben eine Kran-
74 kenhauseinweisung. Ansonsten kommen halt Nachfragen über die Pflegedienste, die
75 dann auch an unserer monatlichen Palliativkonferenz teilnehmen. Das ist dann eher
76 auf dem telefonischen Bereich ... findet das statt. Da es aber ein Krankenhaussystem
77 ist, muss formal entweder eine Einweisung vorliegen oder der Patient halt notfallmä-
78 ßig, wobei Notfall natürlich auch ein sozialer Notfall sein kann, von Angehörigen dann
79 ins Krankenhaus gebracht wird, und die Ambulanz meldet sich dann bei uns mit der
80 Frage: Übernahme?

81 **Ende Teil 1 bei Min. 5:40**

82

83 **Teil 2:**

84 **Interviewerin:** Okay, also wir waren bei dem Zugang.

85 **Interviewpartner_in:** Ja.

86 **Interviewerin:** Würden Sie sagen, dass Menschen mit Behinderung ... Sie sagen, auch
87 soziale Aspekte können zu einer Einweisung führen, ne? Würden Sie sagen, dass *PLE*
88 die richtige Unterbringung am Lebensende sind? Das ist natürlich sehr, sehr individu-
89 ell, so individuell wie die Menschen. Aber wenn ich sehe, ich habe mit SAPV-Team
90 gesprochen, die in *BL* sehr gut vernetzt scheinen, würden Sie sagen, dass es auch in
91 der Eingliederungshilfe möglich wäre und die *PLE* eher der letzte Weg ist, wenn das
92 SAPV-Team sagt, es geht absolut nicht mehr? Oder würden Sie sagen, hier auf der
93 *PLE* wären Menschen mit geistiger und/oder schwerer Behinderung gut aufgehoben?

94 **Interviewpartner_in:** Gut aufgehoben sind sie hier. Ob wir die richtige Einrichtung für
95 diese Patienten am Lebensende sind, muss man hinterfragen. Wenn man einen
96 Wunsch äußern würde, würde jeder von uns sagen: Am liebsten würde ich zu Hause
97 sterben, wenn die Struktur stimmt. Klar. Sollte man anstreben. Also wir sind allein
98 schon aufgrund unserer Bettenanzahl oder Größe nicht in der Lage, hier als länger-
99 fristiger Aufenthaltsort in der Sterbephase herzuhalten oder zu dienen. Entwickelt
100 sich das im Verlauf und tritt eine zunehmende Verschlechterung ein, behalten wir
101 unseren Patienten auch in der Sterbephase hier, auch wenn das zwei, drei, vier Wo-
102 chen dauert. Aber rein so von der Idee her versuchen wir eine Symptomlast in den
103 Griff zu bekommen und dann zu überlegen, wo ist der weitere Weg, wo geht es hin.
104 Geht es in eine ambulante häusliche Versorgung? Ist das möglich zu organisieren? Ist
105 das Hospiz der bessere Ort, der eigentlich eine dauerhaftere Versorgung sicherstellen
106 sollte? Das sind so die normalen Wege. Natürlich sterben bei uns ... etwa 40 Prozent
107 der Patienten versterben bei uns. Aber das Ziel ist eigentlich, eine Symptomverbesse-
108 rung hinzubekommen und dann zu überlegen, wo ist der weitere Aufenthalt dann
109 möglich oder wo sollte die weitere Versorgung stattfinden.

110 **Interviewerin:** Okay. Also dass weniger als 50 Prozent hier sterben, das lässt tatsäch-
111 lich schlussfolgern, dass es nur eine kurze Phase ist, wie Sie das gerade auch geschil-

112 dert haben. Jetzt kommen sicherlich auch nicht alle Patienten mit Behinderung mit
113 einer Patientenverfügung zu Ihnen. Ist das richtig?

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

115 **Interviewerin:** Gibt es denn bei Ihnen im Team ein bestimmtes Vorgehen, wenn Sie
116 merken, es gibt keine Patientenverfügung, wie Sie mit Menschen und wahrscheinlich
117 auch mit den Zuständigen entweder Familienmitgliedern oder bevormunden oder
118 wem auch immer Sie dort im Kontakt sind oder Mitarbeitern der Eingliederungshilfe
119 vorgehen?

120 **Interviewpartner_in:** Also wir haben einmal versucht, das zu standardisieren, dass
121 wir eigentlich zeitnah zur Aufnahme ... Wir haben einen Bogen Therapieentscheidun-
122 gen. Dass wir versuchen, die wichtigsten Therapieentscheidungen festzulegen und
123 auch aufzunehmen, was es an Vorausverfügungen gibt. Gibt es eine Patientenverfü-
124 gung? Gibt es eine Bevollmächtigung? Gibt es einen gerichtlichen Betreuer? Um dann
125 halt zu definieren, was ist der Wunsch, wie sieht das Team das, was muss man noch
126 im Verlauf besprechen und weiter planen. Entsprechend würden wir dann halt vor-
127 gehen, uns mit den Betreuern in Verbindung setzen, mit Bevollmächtigten in Verbin-
128 dung setzen, dem Patienten ein Gespräch anbieten. Sinnvoll ist es, wenn Therapie-
129 entscheidungen besprochen werden, die noch nicht gefallen sind beim Patienten, wo
130 es keine Vorausverfügungen gibt, dass man dieses Gespräch in mehreren Sitzungen
131 mit Teilnahme eines nahestehenden Menschen durchführt, um halt Rückfragen und
132 Gespräche irgendwie auf den Weg zu bringen.

133 **Interviewerin:** Klingt erst mal sehr systemisch. Sie haben gesagt, auch der Mensch
134 mit geistiger Behinderung würde auch hinzugezogen werden. Jetzt ist das nicht im-
135 mer verbal möglich.

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

137 **Interviewerin:** Würden Sie sagen aus Ihrer Praxis heraus, es gibt dort Herausforde-
138 rungen?

139 **Interviewpartner_in:** Herausforderungen gibt es, klar. Ja, also die Ermittlung ist

140 schwierig. Wir haben im Extremfall auch schon ethische Beratungen, so ein
141 Ethikteam hinzugezogen, eine Ethikkommission, um Entscheidungen wirklich auch
142 ein bisschen verifizieren zu können, um den Druck aus dem Team zu nehmen. Grund-
143 sätzlich ist natürlich auch medizinisch Blödsinniges nicht notwendig, selbst wenn es
144 eingefordert wird. Aber man versucht natürlich, einen Konsens herzukriegen. Und je
145 größer die geistige Behinderung ist, umso schwieriger ist natürlich diese Konsensfin-
146 dung. Klar.

147 **Interviewerin:** Sollen wir erst mal eine Pause ...

148 **Ende Teil 2 bei Min. 4:44**

149

150 **Teil 3:**

151 **Interviewerin:** Wir waren bei Herausforderungen stehengeblieben. Könnten Sie mal
152 anhand eines anonymen Fallbeispiels vom wirklichen Beginn, zum Beispiel von wel-
153 cher Station Sie einen Menschen mit Behinderung bekommen haben, bis zum Tod
154 oder Ihren Aufgaben vielleicht auch über den Tod hinaus ... also an wirklich einem
155 ganz konkreten Beispiel, was Sie noch im Kopf haben.

156 **Interviewpartner_in:** Mhm (bestätigend). Da können wir ein aktuelles Beispiel neh-
157 men: die Patientin mit ALS. Sie tauchte hier vor gut zwei Wochen mit ihrem Bruder
158 im Rollstuhl auf, weil es eine desolante Versorgungssituation gab. Die Eltern konnten
159 die Versorgung nicht mehr leisten, die Mutter Bandscheibenvorfall, die Patientin ich
160 sage jetzt mal abgeschoben, sechs Wochen in Kurzzeitpflege. Im Anschluss daran war
161 auch eine intensiv medizinische ambulante Behandlung von dieser Einrichtung mög-
162 lich. Der Patientin wurde dann nahegelegt, dass sich das aber nur abbildet für dieses
163 Heim, wenn eine PEG-Sonde, also eine Ernährungssonde gelegt wird und wenn sich
164 die Patientin tracheotomieren lässt. Sie hat beides abgelehnt. Ja, und stand dann
165 quasi (lacht) vor der Tür hier und wusste nicht mehr, wo es hingehet mit dem Bruder.
166 Wir haben die Patientin natürlich aufgenommen, auch wenn ich sagen muss, dass die
167 Betreuung der Patienten auch eine normale *PLE* ein bisschen an die Grenzen der Res-

168 sourcen bringt, da halt nur noch eine Kopfbewegung aktiv in abgeschwächter Form
169 möglich ist. Dann stellten wir aber relativ rasch fest, dass die orale Ernährung auch
170 sowohl von der Menge als auch von der Aspirationsgefahr von Tag zu Tag schwieriger
171 wurde und eigentlich schon nicht mehr den Bedarf, den die Patientin eigentlich hat-
172 te, abdecken konnte. Sodass wir dann in längeren Gesprächen geklärt haben, dass
173 wir doch eine PEG, also eine perkutane gastrale Ernährungssonde legen würden, dass
174 wir ihr das vorschlagen und welche Angst sie davor hatte. Dann wurde dann in meh-
175 reren Gesprächen besch ... oder herausgearbeitet, dass die Angst eigentlich nicht in
176 der Anlage dieser Ernährungssonde lag, sondern die Angst darin lag, dass, wenn diese
177 Sonde einmal liegt, weil das Ganze ja bei ihr sehr, sehr lange dauert, wenn man sie
178 versucht zu füttern, dass sie einfach Angst hat, aus Bequemlichkeitsgründen wird
179 dann eine orale Ernährung eingestellt und einfach nur noch die PEG mit einer defi-
180 nierten Menge an Kalorien und Flüssigkeit bestückt. Wir haben die PEG angelegt, und
181 es ist jetzt so, dass für jeden Tag mit ihr gemeinsam bedarfsadaptiert entscheiden,
182 was braucht sie noch zusätzlich, geben wir einfach nur Flüssigkeit, sprich Wasser,
183 wenn die Trinkmenge gering ist und sie das Gefühl hat, es ist zu wenig, oder geben
184 wir einen Tag Sonderkost, sprich Kalorien, und den anderen Tag nicht. Ein Punkt, den
185 wir hier gewährleisten können, wo ich natürlich jetzt bei einer nachsorgenden Ein-
186 richtung ich auch von vornherein keine Garantie geben konnte, dass es dann nicht so
187 läuft, wie sie befürchtet. Da sie aber gut kommuniziert mithilfe der Augen und die-
188 sem, ja Sprachmodus-PC, eine Familie hat, die sich ... also zumindest einen Bruder
189 hat und Freundinnen hat, die sich hervorragend kümmern, denke ich doch, dass da
190 gewährleistet ist, dass darauf so ein bisschen geachtet wird. Ein Problem stellt sich
191 weiter heraus: dass in den drei Wochen, in denen sie jetzt hier ist, die Patientin zu-
192 nehmend oral abgesaugt werden muss, sodass ich schon befürchte, dass irgendwann
193 eine Tracheotomie vielleicht zur Toilette einfach, zum leichteren Schleimabsaugen
194 möglich sein wird. Wir hatten vereinbart, sie wünscht zwar eine Reanimation bei ei-
195 nem Herz-Kreislauf-Stillstand und auch eine nicht-invasive Beatmung über Maske ...
196 (bricht ab)

197 **Ende Teil 3 bei Min. 4:03**

198

199 **Teil 4:**

200 **Interviewpartner_in:** ... sodass wir schon die Möglichkeit, dass eine Tracheotomie er-
201 folgen kann. Ich glaube, jetzt bin ich ein bisschen raus aus dem Schema. (lacht) Also
202 Wunsch der Patientin Wiederbelebung ja, Intensivstation ja, kurzfristig, wenn Aus-
203 sicht auf Besserung oder ohne weiteren Hirnschaden aus der Situation rauszukom-
204 men. Aber invasive Beatmung, sprich Intubation nein. Auch der Grund, warum sie das
205 Tracheostoma ablehnt, weil das dann wieder so ein Automatismus natürlich würde,
206 wenn ein Atemweg vorhanden ist, dass dann auch darüber beatmet wird. Dann kam
207 die nächste Problematik dazu, dass wir jetzt seit drei Wochen versuchen, eine Lösung
208 langfristig für die Patientin zu finden. Nachdem wir dann eine Einrichtung gefunden
209 haben, die die Versorgung übernimmt und auch gut gewährleisten kann und auch Er-
210 fahrung mit ALS-Patientin hat, das ist eine Intensivpflegeeinheit quasi, die in einer
211 Wohngruppe arbeitet mit vier bis fünf Patienten und zwei Pflegekräften pro Wohn-
212 gruppe rund um die Uhr, kam dann das nächste Problem der Kostenzusage durch die
213 private Krankenkasse. Das hat sich dann auch über jetzt wieder zwei Wochen hinge-
214 zogen mit einem Gutachter, der rauskam und eigentlich unsere Meinung teilte. Also
215 das ist so ein bisschen der aktuelle Fall, denke ich, jetzt dazu ganz spontan oder der
216 halt sehr präsent ist noch.

217 **Interviewerin:** Ja. Jetzt gehen wir mal hypothetisch weiter über den Tod hinaus. Also
218 wenn die Patientin verstirbt, wie sind dann die Wege? Wie geht es weiter? Gehen wir
219 davon aus, dass sie eine 40 Prozent hier ist.

220 **Interviewpartner_in:** Ja. Wenn die Patienten hier versterben, versuchen wir grund-
221 sätzlich ... Also was wir anbieten können, ist, dass wir ... Wir haben zwar nicht nur
222 Einzelzimmer, aber ein Patient, der sich verschlechtert, der sterbend ist, den legen
223 wir alleine. Das ist immer möglich. Und dann bieten wir ein Rooming-in an, also An-
224 gehörige können entweder im Zimmer bleiben, wir haben auch ein kleines Besucher-
225 zimmer, (lacht) es ist kein komfortables Zimmer, aber Bett und Waschgelegenheit.

226 **Interviewerin:** Wahrscheinlich in der Situation auch egal.

227 **Interviewpartner_in:** Ja. Ja. Sodass also eigentlich die Vertrauensperson oder -

228 personen hierbleiben können. Wird auch in der Regel oder in den meisten Fällen ...
229 ich würde mal sagen bei so drei Viertel aller Sterbenden, da sind die Angehörigen
230 anwesend, wenn der Patient verstirbt. Da müssen wir schauen, wie die Entwicklung
231 ist. Es gibt die Möglichkeit, in Extremsituationen ... Also eine Symptomkontrolle
232 strebt man ja eh in dieser terminalen oder präterminalen Phase an, also dass man
233 rein auf die Symptomlinderung sich konzentriert. Führt alles nicht zu einer befriedi-
234 genden Situation für den Patienten, gibt es als Ultimo Ratio noch die Möglichkeit, ei-
235 ne palliative Sedierung zu initiieren, also sprich das Bewusstsein vom Patienten ge-
236 zielt zu reduzieren oder auszuschalten. Das wird so ein bisschen dann besprochen. De
237 facto ist es so, dass es doch von der Häufigkeit her relativ selten palliative Sedierun-
238 gen gibt bei Patienten, die noch völlig bewusstseinsklar und in einem guten körperli-
239 chen Allgemeinzustand sind. Oft ist es so, dass die Sterbephase und die Phase der
240 palliativen Sedierung ein bisschen miteinander verschwimmen, sodass man dann
241 auch die Tiefe dieser palliativen Sedierung auch oft nicht mehr so steuern kann, wie
242 man es anfangs geplant hatte. Die Kritik bei dieser Maßnahme wird immer geäußert:
243 Ihr macht ja nichts anderes als eine ärztlich assistierte Sterbehilfe, halt nur verdeckt.
244 Wir sehen es anders. Um uns nicht diesem Vorwurf komplett auszusetzen, machen
245 wir es so, dass wir die palliative Sedierung in einem festen Zeitschema nach 24 oder
246 48 Stunden unterbrechen, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, wieder Nah-
247 rung und Flüssigkeit aufzunehmen und die Situation zu überdenken. Das gelingt nicht
248 immer, da es gar nicht selten ist, dass die palliative Sedierung auch in die Sterbepha-
249 se mit reinfließt.

250 **Interviewerin:** Noch mal zur palliativen Sedierung. Sind da auch Menschen mit Be-
251 hinderung dabei? Ja, richtig?

252 **Interviewpartner_in:** Ja.

253 **Interviewerin:** Und wenn Sie sagen, nach 24 Stunden bzw. nach 48 Stunden wird die
254 erst noch mal zumindest kurzzeitig abgesetzt, ist es wahrscheinlich nur über die An-
255 gehörigen möglich zu kommunizieren, richtig?

256 **Interviewpartner_in:** Jein. Also es ist ja so, dass, wenn das Bewusstsein wieder zu-

257 rückt, dass der Patient uns zumindest, auch der Patient, der sich nicht geschäfts-
258 fähig äußern kann, ja signalisieren kann, hat er Schmerzen, hat er Unruhe, will er
259 trinken, schluckt er. Und das sind natürlich schon Indikatoren, die dann schon dazu
260 führen, dass man das Ganze vielleicht noch mal im Team überdenkt.

261 **Interviewerin:** Und da würden Sie sagen, sind Menschen mit Behinderung genauso ...

262 **Interviewpartner_in:** Nein, natürlich nicht.

263 **Interviewerin:** Nein, frage ich, also ...

264 **Interviewpartner_in:** Also nicht genauso in der Lage, das zu äußern. Natürlich nicht.
265 Aber es gibt natürlich schon Indizien. Wenn jemand entspannt wach wird und keine
266 Anzeichen für Schmerzen oder sonstige quälende Symptome zeigt, mit Lust anfängt,
267 etwas zu trinken oder sogar zu essen, das sind natürlich schon Indizien, die dann dazu
268 führen können, dass man diese ganze Situation überdenkt. Gibt es. Es gibt auch be-
269 wusstseinsklare Patienten, die sagen: Wie konnte ich so einen Schwachsinn vor zwei
270 Tagen entscheiden? Das ist aber selten, dass es eine Ausnahme. Aber das gibt es, ja.

271 **Interviewerin:** Dann gehen wir davon aus, dass Sie entweder das eine oder das ande-
272 re, das haben Sie ja gerade beschrieben, gemacht haben und der Patient verstirbt.
273 Der verstirbt, wie Sie gesagt haben, bei 75 Prozent mit Angehörigen oder mit zustän-
274 digen Leuten bei Menschen mit Behinderung. Wie geht es dann weiter? Wann endet
275 Ihr Job, und was sind Ihre letzten Schritte, die Sie gehen?

276 **Interviewpartner_in:** Also unsere letzten Schritte ist dann, wenn Angehörige dabei
277 sind, einfach zu besprechen, wer noch informiert werden soll, wer von wo anreist,
278 um abzuklären, wie lange wir den Patienten hier auf Station lassen. Ja, also so ein
279 normaler Zeitraum ist alles so bis zu einem halben Tag. Wir haben auch Patienten
280 schon mal länger hier gelassen, wenn Angehörige jetzt irgendwie gerade aus dem eu-
281 ropäischen Ausland oder so anreisen müssen. Das ist aber so die Grenzphase. In der
282 Regel machen wir das bis zu einem halben Tag, dass die Angehörigen Zeit haben, sich
283 hier zu verabschieden. Dann würde der Patient in die Prosektur gehen, also hier im
284 Krankenhaus in den Kühlraum (lacht), wenn man so will.

285 **Interviewerin:** Ja.

286 **Interviewpartner_in:** Und da gibt's dann auch die Möglichkeit, wenn jetzt Patienten
287 noch mal gesehen werden wollen, dann haben wir so einen kleinen Andachtsraum
288 hergerichtet, der so ein bisschen hübscher aussieht, wo wir dann den Patienten noch
289 mal quasi aufbahnen können zur Verabschiedung.

290 **Interviewerin:** Und gibt es in Ihrem Team eine Art Abschiedskultur, wo Sie sagen: Als
291 Leitung ist mir wichtig, dass für diese oder jene Rituale durchführen?

292 **Interviewpartner_in:** Mhm (bestätigend). Wir haben (lacht) so einen Verabschie-
293 dungskoffer mal zusammengestellt, wo es dann auch Kerzen gibt mit und ohne
294 Strom. Also in Anwesenheit von uns darf auch mal eine Kerze brennen. Dann gibt es
295 Rituale verschiedener Glaubensgemeinschaften, die wir dann machen. Wir öffnen
296 immer ein Fenster und legen irgendwie einen Lieblingsgegenstand in die Hand oder
297 ein Buch. Wir bieten eigentlich auch immer an, dass wir die Patienten mit in ihren ei-
298 genen Klamotten oder Lieblingsklamotten mit Angehörigen zusammen waschen und
299 halt umkleiden bei Bedarf oder Wunsch. Wir haben eine evangelische Seelsorgerin,
300 die uns betreut, auch in sozialen Fragen betreut. Auf Wunsch muss man ... reagieren
301 wir dann, in dem wir dann halt andere Glaubensrichtungen bedienen, rituelle Wa-
302 schungen bei Muslimen oder so etwas. Da muss man dann immer so ein bisschen gu-
303 cken. Das versuchen wir alles im Zimmer stattfinden zu lassen, auch wenn dann
304 manchmal der Boden unter Wasser steht. Aber das gelingt dann auch oft. Keine An-
305 gehörigen anwesend? Dann versuchen wir, die Angehörigen zeitnah zu informieren.
306 Also der diensthabende, wenn es jetzt in die Dienstzeit fällt, Anästhesist würde dann
307 halt mit den Angehörigen telefonisch Kontakt aufnehmen, klären, wer kommt, wann
308 kommt jemand, um das dann ein bisschen zu besprechen. Die Leichenschau findet
309 dann hier statt, die Totenbescheinigung stellen wir hier aus. Ja. Viele Patienten, die
310 wir haben sind, das ist jetzt vielleicht nicht direkt die Frage, vernetzt. Das nennt sich
311 *Organisation C* oder *Organisation C ST* zur Betreuung von Menschen in Sterbepha-
312 sen. Da gibt's ein Trauercafé. Wir sehen auch Angehörige wieder, die dann oft ein-
313 fach nach ein bisschen Abstand, drei, vier, fünf, sechs, sieben Wochen einfach noch
314 mal vorbeikommen zum Gespräch.

315 **Interviewerin:** Und nehmen die Schwestern oder wer auch immer an dem Trauercafé
316 auch teil?

317 **Interviewpartner_in:** Wir nehmen schon mal am Trauercafé teil. *Die Organisation C*
318 ist auch mit eingebunden in unsere monatliche Palli-Konferenz. Insofern gibt es da
319 Querverbindungen. Aber es ist jetzt nicht so, dass wir jetzt fixe Termine da hätten. So
320 ein bisschen nach Lust läuft das ab.

321 **Interviewerin:** Und mir ist es zumindest so gegangen, wenn ich im Interview nach Ri-
322 tualen frage, wird das ganz oft mit religiösen Sachen verbunden. Würden Sie sagen
323 aus Ihrer Erfahrung hier in der Praxis, dass Rituale für die Praxis, und bin ich gar nicht
324 bei Menschen mit Behinderung, sondern generell am Lebensende, dass Rituale Halt
325 und Struktur geben? Sind die wichtig?

326 **Interviewpartner_in:** Für Angehörige meinen Sie jetzt?

327 **Interviewerin:** Ja.

328 **Interviewpartner_in:** Ja. Ja, klar. Ja. Also es ist ganz unterschiedlich. Also Patienten,
329 die dieses Rooming-in wahrgenommen haben, die Sterbephase wirklich begleitet ha-
330 ben, haben selten Berührungängste. Aber viele Angehörige sind auch durch so eine
331 Struktur erst in der Lage, den Toten anzufassen oder Nähe zuzulassen, auch Trauer
332 irgendwie zuzulassen, dem Zeit und Raum zu geben. Ich glaube, so eine Struktur ist
333 ganz, ganz wichtig. Ja. Und ob das jetzt ein Rosenkranz ist, ein Kreuz oder einfach das
334 Lieblingsbuch oder ... Beispiel: Wir hatten einen Patienten, der wollte nie so ... ja, so
335 hoch Schmerzmittel bekommen, dass seine kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt
336 sind, was ja bei Opiaten durchaus eintritt, so Denk, Konzentrations- und Merkfähig-
337 keit. Für ihn war es Größte, am Wochenende die Frankfurter Allgemeine im Bett zu
338 lesen. Er hat gerne Pfeife geraucht. Und er ist dann auch hier mit Pfeife und Kappe
339 und Brille und Frankfurter Allgemeinen in der Hand ... haben sich dann die Freunde
340 und Familie verabschiedet. Das war halt sein Ritual.

341 **Interviewerin:** Ja.

342 **Interviewpartner_in:** Und je länger wir einen Patienten haben ... Unsere Schwestern

343 sagen, wir kommunizieren auch viel mit den Händen. Je mehr Bindungen da sind,
344 umso mehr Informationen gibt's dann. Was weiß ich, wenn Enkelkinder kommen und
345 wenn die immer mit der Oma gekocht haben, dann haben wir mal einen Kochlöffel
346 besorgt und haben ihr dann den Kochlöffel ans Bett ... Also irgendein Ritual. Wenn es
347 geht, was Persönliches. Oft aber schon was Spirituelles. Also im Koffer sind eher so
348 spirituelle Dinge.

349 **Interviewerin:** Was haben Sie für Erfahrungen, machen sich die Menschen am Le-
350 bensende Gedanken darüber, wie es danach ist? Also zum Beispiel das mit der Zei-
351 tung in der Hand. Oder wie wird es sein?

352 **Interviewpartner_in:** Ganz unterschiedlich. Einige ja. Aber die Mehrzahl, würde ich
353 sagen, über die Zeit nach dem Tod eher nicht. Außer so im Sinne wie belastend ist
354 das für Angehörige. Das merkt man oft. Aber jetzt nicht so ... eher nicht so, was Ri-
355 tuale anbetrifft.

356 **Interviewerin:** Okay.

357 **Interviewpartner_in:** Das ist seltener.

358 **Interviewerin:** Jetzt haben Sie ja als Mediziner gerade mehrmals gesagt, was Men-
359 schen guttut. Das heißt, würden Sie sagen, dass auf einer *PLE* durch diese ... Also Sie
360 erfüllen viele letzte Wünsche, ob es Schmerzen oder Rituale sind, sei einfach dahin-
361 gestellt, erfüllen viele Wünsche. Würden Sie sagen, dass das eine Station ist, die viele
362 Freiheiten auch dem Mediziner gibt?

363 **Interviewpartner_in:** Ich werde immer gefragt: Macht das eigentlich Spaß, hier oben
364 zu arbeiten?

365 **Interviewerin:** (lacht)

366 **Interviewpartner_in:** Ich verbringe etwa die Hälfte meiner Arbeitszeit auf dieser Sta-
367 tion. Also wir wechseln uns ab so im Wochenrhythmus. Und ich bin immer sehr gerne
368 hier oben. Also *PLE* bringt einem auch selber viel. Also wir sind eine relativ fröhliche
369 Station. Natürlich gibt's auch Trauer und Ernst, aber die Kollegen, die hier fest arbei-

370 ten, würden, glaube ich, nicht woanders arbeiten wollen, gerade vom Pflegebereich.
371 Ja. Irgendwie gibt's einem auch persönlich viel, wenn ... Man kann mit Kleinigkeiten
372 oft viel bewirken. Und das gibt einem der Patient oder die Familie auch sehr oft zum
373 Ausdruck. Nicht immer, klar, aber oft. War das die Frage? Oder war ich jetzt vorbei-
374 geschrammt?

375 **Interviewerin:** Ich hatte halt nach Freiheiten gefragt, weil ich finde, Sie können zu-
376 sammen mit dem Patienten entscheiden, was er noch möchte ...

377 **Interviewpartner_in:** Ja.

378 **Interviewerin:** ... und was er nicht mehr möchte. Wenn ich beispielsweise auf einer
379 Notaufnahme bin, wo ich bestimmte Sachen machen muss, schnell machen muss,
380 dann ist das, glaube ich, ein anderes Arbeiten von meinem Laienempfinden her als
381 hier.

382 **Interviewpartner_in:** Also der Segen der *PLE* für unser Tun, medizinisches Tun von
383 mir aus oder Palliative-Care-Tun ist eigentlich der, dass wir uns vor jeder Maßnahme,
384 die wir machen, überlegen: Macht das Sinn? Hat das eine positive Konsequenz für
385 den Patienten, was wir hier machen? Oder ist das irgendeine Schublade oder eine
386 Leitlinie, die bedient wird, weil man es so macht? Und das ist eigentlich ... so ein biss-
387 chen dieses in Absprache das tun, was guttut dem Patienten, ist eigentlich so ein
388 bisschen das, was es auch mit ausmacht, hier zu arbeiten. Ja.

389 **Interviewerin:** Und wie sehen Sie die für mich Herausforderungen, vom Kurativen ins
390 Palliative zu wechseln? Die Menschen, die hier ankommen erst mal, die auf einer an-
391 deren Station waren, die müssen Sie sicherlich auch psychosozial begleiten, dass es
392 eine ... Das ist ja eine gravierende Veränderung. Sehen Sie das genauso? Ist es eine
393 Herausforderung? Und zweitens, wenn ja, wie gehen Sie damit um?

394 **Interviewpartner_in:** Es ist sehr unterschiedlich. Unsere Patienten kommen ja schon
395 mit einer nicht mehr heilbaren Erkrankung, aber mit deutlich unterschiedlichen
396 Prognosen. Also wir haben den Patienten, der unter der Chemotherapie dekompen-
397 siert, Schmerzen bekommt, Übelkeit, Durchfälle, Erbrechen, nicht mehr essen kann,

398 der aber durchaus, wenn man die Symptome in den Griff kriegt, noch eine Prognose
399 von ein, zwei, drei Jahren hat und uns wieder verlässt. Da verlassen wir ja eigentlich
400 nicht diesen kurativen Ansatz.

401 **Interviewerin:** Ja.

402 **Interviewpartner_in:** Sondern unterbrechen ihn nur und versuchen, ihn wieder mög-
403 lich zu machen. Und dann gibt's natürlich auch den ganz anderen Extremfall, dass
404 man wirklich auch unsinnige Therapien ... in Absprache klar machen muss, dass es
405 doch sinnvoll ist, für Lebensqualität und für die letzten Tag das zu beenden, anstatt
406 dem immer hinterherzurennen. Das ist eine Herausforderung. Wir erleben hier in un-
407 serem täglichen Alltag, dass eigentlich Patienten wissen, wie es um sie steht ganz oft,
408 aber dass die vermisst haben, dass man ehrlich ... die ehrliche Ansprache, dass man
409 sagt: Ich kann Ihnen nicht sagen, wie viele Tage oder Wochen Sie noch zu leben ha-
410 ben, aber Ihre Zeit ist begrenzt, Ihre Chemotherapie wird Ihnen nichts nützen, Sie
411 wird Ihnen die letzten Wochen schwerer machen durch zu begleitende Begleitsymp-
412 tome, die ja dann auch schon da sind, und wird Ihnen im Endeffekt nur einen mini-
413 malen Zeitvorteil, wenn überhaupt bringen. Also die vermissen oft das ehrliche An-
414 sprechen von ... realistischen Erwartungen, ja.

415 **Interviewerin:** Ist das dann so, dass auch ... Also Sie haben ja gesagt, die fragen auch
416 viel und wollen ehrliche Antworten. Und wir alle wissen ja nicht genau, wie ein
417 Krankheitsverlauf ist. Haben Sie das Gefühl, dass Menschen von Ihnen eine Schwarz-
418 Weiß-Antwort erwarten? Oder ist es in Ordnung, wenn Sie solche ... lieber eine ehrli-
419 che Rückmeldung geben, aber dafür eine unsichere Prognose?

420 **Interviewpartner_in:** Unterschiedlich. Im Erstkontakt ist oft ... oder ist eher eine
421 Schwarz-Weiß-Antwort gewünscht. Wenn die Kontakte aber mehrfach stattgefunden
422 haben, ist es durchaus auch eine Option oder durchaus, glaube ich, auch gewünscht,
423 dass man selber seine Begrenztheit kundtut und sagt: Ich weiß nicht, wie viel Zeit dir
424 bleibt, ich weiß nicht, wenn wir das Symptom hinkriegen und du gehst nach Hause,
425 weiß ich nicht, ob nicht morgen oder übermorgen was anderes Gravierendes wieder
426 auftritt, das dich zwingt, wieder eine ambulante Versorgung abzuberechnen. Also doch,

427 ich finde, diese Ehrlichkeit in Graustufen wird durchaus gut akzeptiert.

428 **Interviewerin:** Okay.

429 **Interviewpartner_in:** Ja. Auch wichtig ist, wer ... das ist, glaube ich, im normalen
430 Krankenhausbereich oft ein Problem von gerade ärztlichen Kolleginnen und Kollegen:
431 Man darf auch durchaus zugeben, dass man da jetzt keine sichere Lösung hat und
432 dass ein begonnener Weg auch durchaus jederzeit wieder in gemeinsamer Absprache
433 wieder verlassen werden kann.

434 **Interviewerin:** Ja.

435 **Interviewpartner_in:** Ja.

436 **Interviewerin:** Sie haben jetzt schon ganz viele Aspekte genannt. Ich habe mal in ei-
437 nem Artikel (...) gelesen, da haben Sie gesagt, bei Ihnen steht im Vordergrund eine
438 ganzheitliche Betreuung. Jetzt haben Sie das wirklich mit einzelnen Aspekten schon
439 gesagt. Können Sie noch mal zusammenfassend sagen, was für Sie das Wort ganzheit-
440 lich bei der Betreuung beinhaltet?

441 **Interviewpartner_in:** Ich glaube, ganzheitlich ist so ein bisschen ein älterer Begriff,
442 der jetzt in der Medizin durch multimodal auch ein bisschen ersetzt worden ist. Wir
443 sehen eigentlich ganzheitlich darin, dass man nicht nur diesen Teilaspekt, der ja lei-
444 der oft im ... medizinischen System ... also dass man nicht nur die Leber oder den
445 Krebs behandelt oder die Pflege nicht nur beim Waschen hilft, sondern dass man ein-
446 fach guckt, was macht die Seele, was tut gut, was kann der Physiotherapie noch hin-
447 kriegen. Was ist wichtig? Müssen wir Angehörige mit ins Boot nehmen? Wo muss
448 kommuniziert werden? Welche Informationen geben die mir, welche geben sie der
449 Schwester, welche der Psychologin, welche dem Seelsorger? Dass man halt ganzheit-
450 lich einfach versucht, den Patienten (lacht) mit all seinen Bedürfnissen und Ängsten
451 und Wünschen irgendwie zu umgreifen. Und das schafft man nicht alleine, das
452 schafft man halt, um jetzt modern zu bleiben, nur mit einem ... gut mit einem multi-
453 modalen Team.

454 **Interviewerin:** Würden Sie sagen, dass das bei Ihnen im Krankenhaus momentan gut

455 gewährleistet ist? Sie haben ja anfangs gesagt, wie interdisziplinär Sie auch aufge-
456 stellt sind. Sind Sie von der personellen Aufstellung her zufrieden für diese sechs Bet-
457 ten?

458 **Interviewpartner_in:** Grenzwertig. Ja. Also es gibt Probleme in Krankheits-, Urlaubs-
459 phasen, die Nächte betreffend. Ja, die gibt es. Und ich muss ... Die eben erwähnte
460 ALS-Patientin, die wir zurzeit haben, so ein Patient bringt uns ein bisschen an unsere
461 Ressourcengrenzen. Da würde ich mir wünschen, dass es dann irgendeinen Pool gibt,
462 aus dem man sich bedienen könnte, was aber dann im ganzen Krankenhaus ... durch
463 Personalreduktion schwierig umzusetzen ist.

464 **Interviewerin:** Und sehen Sie ... jetzt haben wir als eine Herausforderung sozusagen
465 oder als ein ... einen Punkt das Team, das interdisziplinäre Team als Rahmenbedin-
466 gung. Würden Sie sagen, dass es andere Barrieren gibt, um weiterhin, und jetzt bin
467 ich wieder vorrangig bei Menschen mit Behinderung, aufzunehmen? Gibt es noch
468 was anderes, wo Sie sagen würden: Für ein besseres Gelingen oder für einen Opti-
469 mierungsbedarf würde ich noch Folgendes vorschlagen? Da denke ich jetzt gerade,
470 dass wir Handlungsempfehlungen verfassen sollen.

471 **Interviewpartner_in:** Also all das, mit dem man nicht täglich routiniert umgeht,
472 bringt ein Team oder bringt betreuende, versorgende Menschen ... bringt halt Prob-
473 leme mit sich. Je mehr Erfahrungen in Bereichen vorliegen, und da wäre auch Schu-
474 lung und Wissen eine gute Möglichkeit ... Siehe das Beispiel auch diese Schmerzein-
475 stufung bei Patienten mit Demenz, dass man halt den Umgang mit gewissen Assess-
476 ments lernt.

477 **Interviewerin:** Ja.

478 **Interviewpartner_in:** Und je häufiger es ist, umso leichter ist es für uns. Da wirklich
479 der geistig, körperlich Behinderte nicht unser Normalpatient ist, ist das immer wieder
480 eine neue Herausforderung für uns, die natürlich, je häufiger das stattfinden würde
481 und je mehr Mittel es gäbe oder Fortbildungen, es wahrscheinlich erleichtern würde.
482 Ja.

483 **Interviewerin:** Und jetzt haben Sie auch gesagt, es gibt verschiedene Hilfsmittel, die
484 Menschen mit Behinderung auch bei Ihnen auf der Station einsetzen. Gibt es da Wei-
485 terbildungen? Wissen andere Mitarbeiter, wie sie das zu benutzen haben, wie sie in
486 Kontakt treten können? Jetzt bin ich im Bereich unterstützte Kommunikation.

487 **Interviewpartner_in:** Im Bereich dieser Station ja. Übergreifend ... nicht so.

488 **Interviewerin:** Okay. Und haben Sie das konkret aus ... also haben Sie die Mitarbeite-
489 rin oder den Mitarbeiter konkret ausgewählt oder ist das jetzt einfach Zufall, dass Sie
490 so gut aufgestellt sind in diesem Bereich?

491 **Interviewpartner_in:** Hm. Also wir haben begonnen eigentlich auf ... na ja, aus eige-
492 nem Interesse. Es gab weder irgendeine Finanzierungsidee. Der Bedarf im Kranken-
493 haus wurde gesehen. Es gab (lacht) eine kleine Station, die leer stand, also haben wir
494 gesagt, fangen wir mal an. Das war so vor ich glaube 17, 18 Jahren mittlerweile. Nee,
495 nicht ganz. Ist auch egal. Aber vor über 15 Jahren. So. Und daraus hat sich dann ein-
496 fach was entwickelt, dass ... langjährige Intensivpflegekräfte, denen die Palliative-
497 Care-Versorgung von Patienten fehlte, dass die dann hier mit eingestiegen sind, wir
498 mit ärztlichen Kollegen hier eingestiegen sind und einfach mal angefangen haben.
499 Und das hat sich dann so aufgebaut. Und dieses Kernteam besteht dann von Anfang
500 an. Ist halt vergrößert worden, ergänzt worden. Aber deshalb ist so dieser Informati-
501 onsfluss ... ist eigentlich deshalb gewährleistet, weil man halt nicht ... wir haben
502 kaum Fluktuation. Das wird bald aus Altersgründen in zwei, drei Jahren anders wer-
503 den. Dann sehe ich auch so ein paar Probleme darin. Wir haben auch ... wir haben
504 auch Standards formuliert. Aber das meiste ist hier so unausgesprochene Alltagsrou-
505 tine oder unaufgeschriebene. Also da werden wir mit Sicherheit in zwei, drei Jahren
506 dran arbeiten müssen, ja.

507 **Interviewerin:** Ah ja.

508 **Interviewpartner_in:** Supervision war mal ein Punkt, der von neuen Mitgliedern in
509 unserem Team angestrebt worden ist. Wir haben das dann auch initiiert und dann
510 aber auch nach einem Jahr wieder beendet, weil dann irgendwie rauskam, dass es
511 halt im Team genauso gut oder zeitnah geklärt werden kann. Aber so was kann sich

512 natürlich immer ändern, gerade wenn sich die Themenstruktur ändert.

513 **Interviewerin:** Jetzt haben Sie eine tolle Überleitung gebracht, nämlich: Bewälti-
514 gungs- und Entlastungsstrategien sprechen Sie ja mit der Supervision an. Was tun Sie
515 denn weiteres neben dem Angebot der Supervision, wenn es denn Teammitglieder
516 möchten, noch, um das Team zu entlasten oder um einfach in den Austausch über
517 die Patienten zu gehen?

518 **Interviewpartner_in:** Also machen einfach in unserer wöchentlichen Teamsitzung, ...
519 Die wird bei Bedarf einfach verlängert und wir sprechen Dinge an, die belasten, die
520 drängen. Und wir versuchen einfach auch viel außerhalb von Krankenhaus zu organi-
521 sieren. Also Ausflüge, Dombesichtigung, was weiß ich. Also einfach so ein bisschen ...
522 Zeit auch außerhalb des Krankenhauses zu legen, irgendeine längere Wanderung mit
523 Einkehren, um einfach mal Zeit zu haben, über andere Dinge zu sprechen oder in ei-
524 nem anderen über Dinge zu sprechen. Ja. Vielleicht doch dazu: Also wir haben die
525 Supervision über einen externen Supervisor laufen lassen. Die Seelsorgerin, die uns
526 mit begleitet, ist auch Supervideurin. Also die nehmen wir dann auch im Team. Aber
527 es war da der Wunsch, jemanden außerhalb des Teams zu nehmen. Also das wird ir-
528 gendwie so mit ... in mehreren Ecken wird aufgefangen. Kritik mag sein, dass so eine
529 feste Zeitstruktur da eigentlich fehlt, seitdem wir diese ... Die Supervision, die exter-
530 ne, ist aber auf Wunsch des Teams beendet worden vor einem Jahr.

531 **Interviewerin:** Ganz interessant ist das, was Sie jetzt gerade sagen: In der Literatur
532 liest man immer, Supervision ist einer von so vielen Bausteinen, die möglich sind. Das
533 Interessante, das, was Sie es gerade gesagt haben: Die Supervision wird von meinen
534 Mitarbeiterinnen gerade nicht mehr gewünscht, das höre ich tatsächlich nicht zum
535 ersten Mal, sondern das kommt sehr häufig vor. Das ist jetzt was, was ich wirklich aus
536 der Praxis mitnehme, dass das anscheinend etwas ist, was, wenn man gut in Kontakt
537 im Team ist, und Sie sagen, Sie können auch einfach mal die Teamsitzung verlängern,
538 dass es das dann tatsächlich nicht bedarf, richtig? Also ich will es gar nicht pauscha-
539 lieren. Für Ihr Team gar nicht ...

540 **Interviewpartner_in:** Genau.

541 **Interviewerin:** ... notwendig ist.

542 **Interviewpartner_in:** Jetzt zumindest zurzeit nicht notwendig, genau. Das ist unsere
543 ... nee, ist ... ja, mein Eindruck, klar, mein Eindruck, ja.

544 **Interviewerin:** Okay. Und wahrscheinlich kommt es auch da ... also ich will Ihnen das
545 auch nicht in den Mund legen, aber wahrscheinlich kommt es auch zu Trauerfällen in
546 der Familie. Gibt es auch die Möglichkeit, dann frei zu nehmen, wenn man selbst pri-
547 vat sehr nah an eigenen Themen ist?

548 **Interviewpartner_in:** Versuchen wir. Wird auch in der Regel umgesetzt. Nur, was ich
549 schon ansprach, unsere Personalsituation ist schon so begrenzt, dass man aus Kolle-
550 gialitätsgründen schon sehr zurückhaltend davon Gebrauch machen wird oder Ge-
551 brauch macht, ja.

552 **Interviewerin:** Würden Sie als Nachteil sagen, dass es zu Lasten der Patienten geht,
553 wenn ich zum Beispiel selbst sehr emotional bin und genau in so ein Zimmer wieder
554 trete? Oder hält sich das durch die Professionalität in Grenzen?

555 **Interviewpartner_in:** Ich glaube eher das Zweite. Dass es einen Einfluss hat, klar,
556 aber ich glaube doch, dass wir so professionell über die Jahre sind, ... dass wir viel-
557 leicht nicht ... ja ... Ich glaube, die Empathie bleibt, aber vielleicht die ... die ... ja, die
558 Tiefe der Schwingung wird sich schon ein bisschen verändern, klar. Aber dass es zu
559 einem wirklichen Versorgungs- und Zuwendungsproblem führt, glaube ich nicht. Na-
560 türlich hat es Einfluss, ja. Wenn ich sehr mit mir beschäftigt bin, nehme ich vielleicht
561 gewisse Anregungen, die gar nicht ausgesprochen sind, vielleicht nicht so auf, wie
562 wenn ich entspannt mit einem Patienten widme. Klar, wie immer.

563 **Interviewerin:** Ja. Und jetzt haben wir über das Team gesprochen. Wie ist es denn
564 mit Ihnen persönlich? Würden Sie sagen ... Zum Beispiel im ambulanten Hospizdienst
565 höre ich: Ich bin da wöchentlich da, ich kenne die Personen sehr, sehr gut. Bei Ihnen
566 ist es so, Sie gehen wahrscheinlich zur Visite und ich weiß nicht, wie langen, aber sa-
567 gen wir mal 20 Minuten ist wahrscheinlich so ein Durchschnitt und gehen dann wie-
568 der raus. Und da ist wahrscheinlich das Nähe-Distanz-Verhalten noch mal anders, als

569 wenn ich wirklich über einen langen Zeitraum im ambulanten Hospizdienst bin.
570 Trotzdem stelle ich mir die Frage: Was tun Sie selbst, um sich immer wieder zu ent-
571 lasten und um Ihr Team, für das Sie ja auch Verantwortung und eine Fürsorgepflicht
572 haben, weiterhin stärken zu können, damit die weiter arbeitsfähig sind? Gibt es da
573 bestimmte Strategien, die Sie mit den Jahren entwickelt haben?

574 **Interviewpartner_in:** Meine persönliche Strategie ist, dass ich eigentlich die Patien-
575 ten dann ... ja ... oder die Angehörigen nach dem Tod eigentlich nicht mehr gezielt
576 begleiten möchte. Also ich möchte nicht an Beerdigungen teilnehmen. Ich besuche
577 eigentlich nicht Patienten in Hospizen. Es sei denn, es ist ein Zufall, der sich ergibt.
578 Was weiß ich, man macht eine Fortbildung und weiß, da ist ein Patient, den man vor
579 drei, vier, Wochen entlassen hat, dann besuche ich den mal kurz. Aber ich mache ...
580 also ich mache persönlich so was bewusst nicht.

581 **Interviewerin:** Ja.

582 **Interviewpartner_in:** Ja? Den anderen Mitarbeitern ist es frei belassen, die handha-
583 ben es unterschiedlich. Ich mache es einfach auch bewusst nicht, weil ich dann auch
584 nicht weiß, wo ich meine eigenen Ressourcen ... muss ich berücksichtigen und muss
585 meine Freizeit haben. Und ich möchte auch bewusst nicht bei einem Patienten ...
586 (durchführen?) und bei anderen nicht. Das kann aber jeder im Team sehen, wie er
587 das möchte. Für mich ist im Moment noch wichtig, auch wenn es Nachteile hat, ist es
588 für mich ein Vorteil, dass ich nicht dauerhaft auf der *PLE* bin, dass ich quasi in Ein-,
589 Zwei-Wochen-Blöcken hier bin und dann was anderes mache, Schmerzstation, Anäs-
590 thesie, im OP. Ist für mich persönlich ein Vorteil. Die Pflegekräfte wollen das nicht.
591 Also die wollen keinen erweiterten Pool. Man könnte sich ja zum Beispiel vorstellen,
592 wir haben eine Schmerzstation aufgemacht Anfang des Jahres, dass man da guckt,
593 wenn Interesse besteht, ob man mal ein bisschen Fluktuation hätte, auch um viel-
594 leicht so ein bisschen Multiplikatoren (lacht) zu schaffen und mehr Ressourcen zu
595 haben. Ist nicht gewünscht.

596 **Interviewerin:** Okay. Dann habe ich noch die Frage: Sie haben es vorhin angespro-
597 chen, mit zwei Hospizen sind Sie in einer festen Kooperation. Ich habe gelesen, dass

598 es noch den ambulanten Hospizdienst in *ST* gibt mit *Person X und Person Y*, glaube
599 ich.

600 **Interviewpartner_in:** Genau.

601 **Interviewerin:** Sind Sie mit denen auch in fester Kooperation?

602 **Interviewpartner_in:** Ja. Das ist so ein bisschen auch dieses Urteam *von der Organi-*
603 *sation C im Umkreis ST* für Sterbe- und Trauerbegleitung. Die sind eigentlich seit der
604 ersten Stunde bei uns drin. Wir haben gesagt, wir haben ja eigentlich so einfach mal
605 begonnen, ohne zu wissen, was auf uns zukommt, und haben ganz rasch gemerkt,
606 dass uns eigentlich jetzt die Symptomkontrolle keine Probleme bereitet, sondern die
607 Vernetzung, was passiert danach, wenn wir Patienten ins ambulante Setting ... Und
608 insofern haben wir ganz, ganz früh, den Kontakt mit *der Organisation C* gesucht. Da
609 sind eigentlich alle Einrichtungen und Dienste, die im Kreise in diesem Bereich arbei-
610 ten, so ein bisschen zusammengefasst drin. Ist durch die ... Entwicklung ... AAPV-
611 Dienst, SAPV-Dienst haben wir nicht, Pflegedienste mit Zulassung ... also Palliative-
612 Care-Pflegedienste ist diese Vernetzung eher ein bisschen schwieriger geworden,
613 weil die das ja jetzt auch noch mal separat ... Also die befinden sich alle darin, müs-
614 sen das ja aber auch noch mal separat anbieten. Und die *Organisation C* war kom-
615 plett ehrenamtlich tätig.

616 **Interviewerin:** Okay. Verstehe.

617 **Interviewpartner_in:** Und das ist für Planungssicherheit von Einrichtungen ein Rie-
618 senvorteil, aber manchmal für das ... enthusiastische Herzblut auch ein Nachteil. Also
619 ... ja. Geht aber nicht anders. Muss ... Professionalität muss auch irgendwo finanziert
620 werden, klar.

621 **Interviewerin:** Ja. Und in diesem Bereich des Netzwerks haben Sie das Gefühl, dass
622 sich Vertreterinnen der Behindertenhilfe mit engagieren? Oder ist das eher noch
623 nicht ...?

624 **Interviewpartner_in:** Das ist noch nicht so richtig vorhanden, nein.

625 **Interviewerin:** Okay. Und meine abschließende Frage für heute ist: Als Fazit gedacht,
626 was würden Sie denn jetzt abschließend beschreiben, was zu einer erfolgreichen,
627 wohltuenden, selbstbestimmten Begleitung am Lebensende für Menschen mit Be-
628 hinderung dient?

629 **Interviewpartner_in:** Wir haben im Moment, reiner Zufall, eine Praktikantin, die ...
630 wie nennt sich das jetzt noch ... eine Heilerziehungspflegeausbildung macht. Also ich
631 glaube, dass das eine Vernetzung oder vielleicht Einbindung in unserer Station vom
632 erfahrenen Heilerziehungspfleger, wenn es um den Bereich Umgang mit behinderten
633 oder gehandicappten Patienten, neue Ressourcen, neue Ideen ... die uns, glaube ich,
634 weiterbringen würde. Da sind wir im Moment ganz froh drum. Die bringt uns jetzt in
635 dem Bereich bei unserer eben beschriebenen ALS-Patientin echt ... bringt viel ins
636 Team ein.

637 **Interviewerin:** Und wenn Sie drei Punkte nennen müssten, was ist wichtig für eine
638 Begleitung vor Menschen am Lebensende, also wenn ganz am ... also jetzt wirklich in
639 den letzten Tagen, würde ich mal sagen, da gibt's wahrscheinlich wenige Unterschie-
640 de.

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

642 **Interviewerin:** Alle kognitive Fähigkeiten lassen bei jedem Menschen nach. Was wür-
643 den Sie sagen, was sind die drei Punkte, die Menschen benötigen, wenn Sie drei ganz
644 fest Punkte sagen würden? Was braucht ein Mensch?

645 **Interviewpartner_in:** Eine verlässliche Bezugsperson.

646 **Interviewerin:** Ja.

647 **Interviewpartner_in:** Und die Gewährleistung, dass wenn Symptomlast krisenhaft
648 auftritt, das auch sofort abgestellt wird. Und die Einbeziehung der dann nicht mehr
649 so vorhandenen Wünsche und Familie oder Bezugs ... also Angehörigen, nächsten
650 Personen.

651 **Interviewerin:** Darf ich noch eine Nachfrage zu Ihrem zweiten Punkt stellen, weil mir

652 das auch immer wieder begegnet: Würden Sie sagen ... Oder ich kann Ihnen auch sa-
653 gen, im ambulanten Hospizdienst ist es so, es gibt wenige Menschen, die beispiels-
654 weise Injektionen setzen dürfen. Ist es wichtig, und eigentlich haben Sie es gerade
655 mit dem Punkt gesagt, ist es wichtig, jemanden zu haben, der immer zur Verfügung
656 steht, der bestimmt Sachen durchführen darf? Weil das ja wie gesagt nicht im ambu-
657 lanten Hospizdienst ... das wird ganz oft kritisiert: Ich kann ja nichts machen. Jetzt
658 stellen wir es auf zwei Stunden, na gut, dann bin ich wieder da. Ist es wirklich sehr,
659 sehr notwendig, dass Menschen nach Bedarf bestimmte Medikamente geben dür-
660 fen?

661 **Interviewpartner_in:** Bei unserem Patientengut ja. Jetzt ist es vielleicht aber auch so,
662 dass hier ja auch die Patienten dann sich summieren, die halt nicht gut ambulant be-
663 treut werden können oder wo eine ambulante Versorgung gescheitert ist. Wichtig ist
664 es grundsätzlich. Vielleicht wird es von der Bedeutungshäufigkeit her überschätzt.
665 Aber ich ... für mich ist es wichtig, dass hier die Gewährleistung ist, dass das zeitnah
666 erfolgt. Ja.

667 **Interviewerin:** Weil meine persönliche... oder ich schlussfolgere gerade: Na klar, die
668 sind ambulant nicht mehr versorgt, weil eben genau diese Problemlage herrscht. Und
669 Sie können eben Medikamente jederzeit zugänglich machen. Wissen Sie, wie ich
670 meine?

671 **Interviewpartner_in:** Mhm (bestätigend). Ich weiß aber auch nicht, warum ... (Tele-
672 fon klingelt)

673

674 **Ende Teil 4 bei Min. 35:53**

675

676 **Teil 5:**

677 **Interviewerin:** Wo waren wir geblieben? Medikamente?

678 **Interviewpartner_in:** Wie wichtig ist es, dass gewährleistet ist, dass die zeitnah ...

679 **Interviewerin:** Genau. Weil wenn wir sagen, dass Menschen mit Behinderung lang-
680 fristig ja zu Hause sterben sollen und zu Hause ist eben manchmal eine Wohngruppe,
681 ist es dann nicht notwendig, oder vielleicht sind Sie auch der falsche Ansprechpart-
682 ner, ich weiß es nicht, aber ist es dann nicht notwendig, dafür zu sorgen, dass Medi-
683 kamente nach Bedarf jederzeit gegeben werden können und dass damit verhindert
684 wird, auf einer *PLE* zu landen? Ich habe schon verstanden, die *PLE* ist auch dafür da,
685 um sozusagen wieder Verbesserungen einzuführen, um wieder zurückzukehren. Aber
686 ...

687 **Interviewpartner_in:** Sagen wir mal so, die geraderen Verläufe werden wir wahr-
688 scheinlich gar nicht so hier auf unserer Station erleben, sodass wir ja eher die Verläu-
689 fe erleben, die Probleme machen. Also es ist so, dass wir in der Sterbephase meiner
690 Meinung nach oft mit zwei bis vier Medikamenten hinkommen, ja? Dass man die na-
691 türlich in verschiedensten Formen applizieren kann. Und dass es dann meiner Mei-
692 nung nach auch Systeme gäbe, dass es ambulant klappt.

693 **Interviewerin:** Okay.

694 **Interviewpartner_in:** Warum ... Man muss ja nicht aktiv spritzen, man kann ja auch
695 eine Subkutannadel legen und eine Bedarfsmedikation formulieren also für die jetzt
696 lernen die Angehörigen, wie man subkutan dann bei Bedarf was geben kann. Der An-
697 gehörige ist, glaube ich, nicht das Problem. Das Problem ist, glaube ich, der Pflege-
698 dienst, der dann gewisse Maßnahme nicht machen kann. Aber Subkutanspritzen, He-
699 parin, Insulin darf meiner Meinung nach jeder Pflegedienst. Und jedes Medikament,
700 das ich jetzt in der Sterbephase für wichtig erachte, lässt sich auch subkutan zum Bei-
701 spiel geben. Ja.

702 **Interviewerin:** Gut, herzlichen Dank.

703 **Interviewpartner_in:** Bitte.

704

705 **Ende Teil 5 (letzter Teil) bei Min. 1:52**