

1 **Interview FM 181205\_0073**

2 **Datum des Interviews: 05.12.2018**

3 **Gesamtdauer: 58 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:** *FM*, herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für ein Interview heute mit  
 15 mir nehmen. Ich arbeite für das Projekt PiCarDi, es geht also um die palliative Versor-  
 16 gung und hospizliche Begleitung von Menschen mit geistiger und/oder schwerer Be-  
 17 hinderung. Und ich würde Sie mal bitten, bevor wir mit den Leitfragen beginnen, dass  
 18 Sie sich ganz kurz vorstellen, wo Sie arbeiten und in welcher Funktion Sie tätig sind.

19 **Interviewpartner\_in:** Ja, ich bin *FM*, ich arbeite inzwischen jetzt seit sechs Jahren in  
 20 einem Kooperationsprojekt von der *Organisation A* und *des Krankenhaus X in ST*, also  
 21 Kinder-Palliativ-Care-Team *ST*. Und wir versorgen Kinder und deren Familie mit einer  
 22 lebensverkürzenden Erkrankung in *ST* und auch zum Teil in *BL*. Genau. Und ich bin die  
 23 ärztliche Leitung von dem Palliativ-Care-Team.

24 **Interviewerin:** Jetzt nehmen Sie bei uns in den Interviews direkt eine Sonderrolle ein,  
25 nämlich dass ein SAPV-Team mit der *Organisation A* zusammen kooperiert. Das heißt,  
26 Sie sind ganz nah am *SHKJ* in *ST* dran. Ist das richtig?

27 **Interviewpartner\_in:** Ja. Also wir versorgen, die Patienten im *SHKJ*, die einen Bedarf  
28 an SAPV haben, also sowohl im *SHKJ A* als auch im *SHKJ B*. Genau.

29 **Interviewerin:** Und unser Thema, unser Fokus sind ja Menschen mit geistiger und/oder  
30 schwerer Behinderung. Finden Sie da welche bei Ihnen vor?

31 **Interviewpartner\_in:** Also ich würde sagen, über den ... oder nicht über den Daumen  
32 gepeilt, sondern (lacht) tatsächlich sind knapp 75 Prozent der Patienten, die wir ver-  
33 sorgen, haben eine geistige und/oder körperliche Behinderung.

34 **Interviewerin:** Was würden Sie sagen, das sind häufige Krankheitsbilder, was sind  
35 Menschen, die Sie ... oder was verstehen Sie unter einer geistigen Behinderung?

36 **Interviewpartner\_in:** Also eine geistige Behinderung ist, wenn sozusagen die Men-  
37 schen also keine normale oder physiologische Entwicklung haben und eben nicht wie  
38 ein gesundes Kind all die Sachen tun können, die sie tun können. Also wenn die eben  
39 schon eine schwere, ja, einfach globale Einschränkung haben, also sich nicht äußern  
40 können, wir mit denen nicht so in Kontakt kommen können, wie es mit gesunden Kin-  
41 dern ist, wenn sie, ja, auf Pflege angewiesen sind.

42 **Interviewerin:** Und jetzt haben Sie gesagt, das sind 70 Prozent geschätzt von Ihnen,  
43 das ist ja eine wirklich ... ein großer Anteil, der Ihre Arbeit ausmacht. Würden Sie sagen,  
44 wenn Sie das mit den anderen 30 Prozent vergleichen, dass Menschen, Kinder und  
45 Jugendliche mit einer geistigen Behinderung einen anderen oder einen höheren Bedarf  
46 in der Begleitung haben?

47 **Interviewpartner\_in:** Also der Bedarf ist anders, und man kann es auch nicht so ganz  
48 vergleichen. Also die Patienten, die wir betreuen, die keine ... oder sozusagen das an-  
49 dere Viertel von eben nicht geistig oder körperlich behinderten Patienten sind halt on-  
50 kologische Patienten. Das sind Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, mit denen wir  
51 kommunizieren können, je nachdem, wie alt die sind. Das heißt, wir können mit den

52 Patienten die Dinge, die sie betreffen, selbst betreffen, wir kriegen von den Patienten  
53 direkt Feedback, also verbal. Und es ist einfach eine ganz andere Art der Kommunika-  
54 tion. Bei den Patienten mit einer geistigen Behinderung ist das ganz schwierig, also das  
55 muss man viel nonverbal kommunizieren, und ganz viel Kommunikation läuft über die  
56 Eltern. Und dann ist natürlich ganz viel, wie soll ich sagen, auch Interpretation dabei.  
57 Also die Eltern sind letztendlich die, die uns sagen, wie geht's dem Kind. Und auch was  
58 sind die Bedürfnisse. Das kriegen wir dann sozusagen zusammen mit den Eltern raus.  
59 Und bei den Patienten, die eine onkologische Erkrankung haben, sind die Versorgun-  
60 gen deutlich kürzer. Also da je nachdem, wann im Krankheitsstadium wir einsteigen,  
61 ist es so ein halbes Jahr bis drei Monate, manchmal sind es auch nur ein paar Wochen  
62 oder ein paar Tage. Und bei Kindern mit einer neurologischen Grunderkrankung, die  
63 eben eigentlich alle körperlich und die meisten von denen halt auch geistig behindert  
64 sind, da geht die Versorgung über viele, viele Jahre. Und im Rahmen der SAPV immer  
65 wieder zur Krisenintervention, dann für einen bestimmten Zeitraum. Also wir verord-  
66 nen in der Regel für ... oder bekommen die Verordnung für drei Monate und sind dann  
67 auch erst mal wieder raus aus der Versorgung, wenn das möglich ist. Wenn das Symp-  
68 tomgesehen sehr, sehr hoch ist, dann gibt es auch Kinder, die wir über Jahre dauer-  
69 haft betreuen. Genau, und das ist schon der große Unterschied. Und es ist dann auch  
70 von der Betreuungsintensität eine andere. Also die onkologischen Betreuungen sind  
71 kurz, aber relativ aufwendig. Also da ist man dann zum Teil mehrfach in der Woche bis  
72 jeden Tag. Und bei Kindern mit einer neurologischen Grunderkrankung ist es ja so, dass  
73 die Eltern ganz viel Pflege übernehmen und wir sozusagen dann dazu kommen, wenn  
74 die Eltern nicht mehr können oder nicht mehr weiterwissen oder da eben Hilfe brau-  
75 chen. Und dann ist da in der Krise natürlich auch ein hoher Betreuungsbedarf. Aber  
76 zwischen den Krisen sind wir eben nur kurz da. Und bei den onkologischen gibt es halt  
77 diese Krisen nicht, sondern in dem Moment, wo wir einsteigen, ist eben die Krise dau-  
78 erhaft bis zum Versterben. Und die Patienten mit einer onkologischen (sic. meint ver-  
79 mutlich neurologisch) Erkrankung, wie gesagt, die versorgen wir teilweise über Jahre.  
80 Also es gibt Patienten, die sind von dem Team schon versorgt worden, als ich noch  
81 nicht da war, und die werden wir weiter versorgen eben, bis sie dann wer weiß wann  
82 versterben.

83 **Interviewerin:** Das heißt, ich nehme aus Ihren Aussagen, dass es zwei Punkte gibt, die  
84 entweder, wenn wir es als anders definieren wollen, anders oder höher sind. Das eine  
85 ist die Zeitspanne der Begleitung und das andere ist die Form der Kommunikation.

86 **Interviewpartner\_in:** Genau.

87 **Interviewerin:** Ich würde gerne noch mal auf die Kommunikation mit Ihnen eingehen.  
88 Nun sagen Sie, die Eltern als Experten zu sehen, das ist eine Sache. Die kennen ihr Kind  
89 gut. Gibt es eine andere Möglichkeit, um einen Zugang für Sie als Ärztin zu dem Kind  
90 zu erhalten? Nun hatten sie gesagt, nonverbale Signale zu lesen. Können Sie mal genau  
91 schildern, wie Sie das machen, wenn Sie ein Kind sehen und beispielsweise von den  
92 Eltern einige Informationen haben, die vielleicht entweder nicht ausreichen oder die  
93 Eltern auch unsicher sind, wie Sie da vorgehen?

94 **Interviewpartner\_in:** Das kann ich gar nicht so genau sagen. Also es ist ja ... Man  
95 nimmt ja in dem Moment, wo man Kontakt das erste Mal zu einem Patienten auf-  
96 nimmt, nimmt man ja ganz viele Dinge wahr. Und im Laufe der Zeit hat man eben so  
97 eine, ja, ich würde gar nicht mal sagen Struktur, aber macht halt so automatische  
98 Dinge. Also man beurteilt, okay, wie ist die Hautfarbe, wie ist der Gesichtsausdruck,  
99 wie bewegt sich das Kind. Und daraus, ja, ziehe ich meine Schlüsse. Und ich glaube,  
100 man kann schon relativ schnell sehen, geht es dem Kind gerade gut oder geht es dem  
101 Kind gerade nicht gut. Also hat es Diskomfort oder ist es gerade im Rahmen seiner  
102 Erkrankung relativ entspannt. Und das ist natürlich umso einfacher, je länger man das  
103 Kind kennt. Und wenn man das Kind in stabilen Phasen erlebt hat, dann weiß man,  
104 okay, so sieht es aus, wenn es dem Kind gutgeht, und man sieht dann aber auch in  
105 Phasen, wo es dem Kind nicht gutgeht. Ist das Kind ... Also hat es eine graue Hautfarbe,  
106 grimassiert es mehr, wirkt es mehr angespannt. Das kann man dann im Laufe der Zeit  
107 schon unterscheiden. Es ist natürlich ... Am Anfang kann man das nicht. Und dann frage  
108 ich auch ganz oft die Eltern, ist das jetzt der Normalzustand oder haben sie jetzt das  
109 Gefühl, dass ihr Kind Schmerzen hat oder dass es ihm nicht gutgeht oder dass es  
110 schlechte Luft bekommt. Das muss man ja immer in den Kontext setzen. Und das ist  
111 halt für jedes Kind anders. Aber man hat so ein paar, ja, also Sachen vom Aussehen  
112 und wie das Kind sich bewegt die, dass man sagt, es ist gut oder es ist nicht gut. Oder

113 man merkt eben auch, wenn man rangeht, kriegt das Kind Angst oder ist es trotzdem  
114 entspannt, ist es fröhlich, wenn man es untersucht. Oder wenn man es jetzt, was weiß  
115 ich, körperlich untersucht, fängt es an zu lachen, weil das, was man da macht, kitzelt.  
116 Oder zuckt es zusammen und erschrickt, weil das Stethoskop kalt ist oder so. Also das  
117 lernt man im Laufe der Zeit.

118 **Interviewerin:** Nun gab es im September auf dem DGP-Kongress noch mal die Unter-  
119 suchung, dass Menschen mit Behinderung viel, viel weniger Schmerzmittel erhalten  
120 als andere Menschen. Glauben Sie, das ist beispielsweise der Punkt der mangelnden  
121 Kommunikation, dass man sozusagen aus Sicherheit dann lieber erst mal nichts gibt?  
122 Oder wie begründen Sie das?

123 **Interviewpartner\_in:** Das kann ich nur mutmaßen, aber ich glaube, es ist ... genau, also  
124 dass man dann oft nicht sicher ist, ist es jetzt das, ist es das nicht. Man erlebt aber  
125 auch, dass gerade, wenn man jetzt von den normalen sage ich mal Schmerzmitteln wie  
126 Ibuprofen, Paracetamol und Metamizol weggeht und auch empfehlen würde, Opiate  
127 zu geben, dass halt gerade auf Seiten der Betreuer, also der Eltern und auch Pflege-  
128 kräfte, da häufig eine, naja, schon ordentliche Hemmschwelle ist. Die ist natürlich bei  
129 professionellen Unterstützern weniger hoch, als es bei Eltern ist, aber wir erleben es  
130 immer wieder, dass es erst mal sehr viele Gespräche braucht und immer wieder Auf-  
131 klärung, bis man dann sich dazu entscheidet, ein Opiat als Schmerzmittel zu geben.  
132 Dass ist schon auch was, was wir wahrnehmen. Und es ist natürlich dann immer  
133 schwierig, wie ... ja, wie schätzt man es jetzt ein. Und man gibt natürlich auch Eltern  
134 nicht die Schmerzskalen, die man eben in den professionellen Einrichtungen benutzt,  
135 sondern das ist dann eher so eine Gefühlssache.

136 **Interviewerin:** Würden Sie sagen, da ist noch Bedarf? Muss es Standardisierung auch  
137 für Familienangehörige geben? Oder reicht es, Eltern als Experten in ihrer Gefühlswelt  
138 wahrzunehmen und damit auch ernst zu nehmen?

139 **Interviewpartner\_in:** Na ja, ich sage mal, um es noch besser zu machen, wäre es halt  
140 gut, wenn es standardisierte Methoden gäbe. Aber ich weiß halt nicht, ob das noch  
141 leistbar ist für die Familien. Also die machen eh sehr, sehr viel. Und die sind einfach

142 der beste Monitor für die Kinder. Und das ist was, was ich ... Ich habe ganz lange im  
143 stationären Bereich gearbeitet, da gab es ganz oft Diskrepanzen zwischen dem, wie wir  
144 als Professionelle und als Pflegekräfte, also Pflegekräfte, Ärzte, Therapeuten, die das  
145 Kind nicht kennen und das Kind in einer Ausnahmesituation erleben, ... und dem, was  
146 die Eltern gesagt haben. Und dann war eben oft, ja, das Gefühl von uns Professionellen,  
147 man muss irgendwie mehr tun, das Kind ein hohes Leiden. Und die Eltern nehmen das  
148 anders war. Und ich weiß eben nicht, wie gut man sowas eben bei Familien, die so-  
149 wieso schon mit der ganzen Situation extrem überlastet sind, wie man dann noch so  
150 ein Instrument implementieren könnte.

151 **Interviewerin:** Ja. Ich würde gerne mal auf Ihre Homepage zu sprechen kommen. Da  
152 steht, dass die Koordinierung und die Überleitung von der Klinik nach Hause eine wich-  
153 tige Rolle spielen. Können Sie mal erzählen, erstens, wie Sie das machen, ob es da bei-  
154 spielsweise Standardisierungen gibt oder Bögen, die Sie im Team vornehmen, wenn es  
155 heißt, das Kind geht wieder nach Hause und Sie als SAPV-Team sollen dort begleitend  
156 arbeiten? Und als Zweites, können Sie noch mal die Bedeutung genau in dieser Auf-  
157 gabe sagen? Was heißt es, eine gute Transition herzustellen?

158 **Interviewpartner\_in:** Also wir haben keinen ... also keinen festgeschriebenen Standard  
159 und auch kein Instrument und auch keine Checkliste, nach der wir arbeiten. Das hat  
160 sich halt über die Jahre so etabliert. Und sozusagen eine lernt es vom anderen. Im  
161 Prinzip geht es erst mal darum, die Anamnese zu erheben. Die kriegen ... Also meistens  
162 kriegen wir ja die Informationen von den Kollegen. Wir kriegen dann auch schon einen  
163 Arztbrief, wenn es gut läuft und der schon vorhanden ist. (lacht) Sodass man sich eben  
164 schon so ein grobes Bild machen kann von der Symptomlast, von der Erkrankung, vom  
165 Erkrankungsstadium und eben auch von der Sozialanamnese. Und je nachdem, wie  
166 akut die Situation ist und wo sich die Familie befindet und wann uns die Kollegen an-  
167 fragen, können wir das realisieren, dass wir auf die Station gehen und das erste Mal  
168 Kontakt zu den Familien aufnehmen. Und dann informieren wir über das, was wir tun,  
169 hören uns an, was ist die Situation, was ist die Symptomlast, was stellen sich die Fami-  
170 lien und auch die Behandler vor, und sagen dann dort schon, das ist was für uns, also  
171 das Kind erfüllt die Kriterien für eine SAPV, oder das Kind hat eine schwere Erkrankung,  
172 ja, aber es hat im Moment keinen Bedarf an SAPV. Und dann versuchen wir eben,

173 überzuleiten in andere Angebote. Und wir gucken auch immer, welche Strukturen gibt  
174 es schon. Gibt es schon einen Netzwerkpartner? Hat die Familie irgendwelche Formen  
175 von Unterstützung? Wen muss man vielleicht kontaktieren, um dann auch zu sagen,  
176 hey, wir sind in der Familie, also wir haben die Familie kennengelernt, im Moment gibt  
177 es keinen Bedarf, aber wenn es Bedarf gibt, dann können Sie sich an uns wenden. Und  
178 wenn wir feststellen, dass der Bedarf gegeben ist und dass wir ... also das auch eine  
179 Verordnung gerechtfertigt ist, dann füllen wir die zusammen mit dem Behandler aus  
180 und gucken dann, was brauchen wir noch, um eben eine Versorgung auf die Beine zu  
181 stellen. Das ist tatsächlich bei den neurologisch kranken Kindern häufig nicht so auf-  
182 wendig und auch nicht so akut notwendig, weil die schon häufig ganz viel Netzwerk  
183 haben, weil die schon ganz viele Hilfsmittel haben und weil die auch schon viele Medi-  
184 kamente haben. Und bei den onkologischen Patienten ist es aber oft so, dass da noch  
185 gar nichts ist. Also dann muss man sich kümmern um eine höhere Pflegestufe, wenn  
186 sie schon eine haben. Dann muss man gucken, welche Hilfsmittel braucht es, ist ein  
187 Pflegebett da, braucht es einen Toilettenstuhl, braucht es einen Rollstuhl oder, oder,  
188 oder. Welche Medikamente sind vor Ort? Wie wollen wir die Therapie fortführen? Also  
189 geben wir eher erst mal orale Medikation oder nehmen wir ein Pflaster oder machen  
190 wir eine I.V.-Therapie. Und dann überlegen wir letztendlich für jedes Kind so einen Be-  
191 handlungsplan, also mit welchen Symptomen müssen wir rechnen, und gucken dann,  
192 welche Materialien und Hilfsmittel sind vor Ort, welche müssen wir bestellen, und ver-  
193 suchen dann, es so zu organisieren, dass, wenn alles da ist, was man erst mal für die  
194 Akutversorgung braucht, dass dann die Familien erst nach Hause übergeleitet werden.  
195 Und wie gesagt, es ist immer davon abhängig, wie und wann wir involviert werden.  
196 Das ist natürlich ... Also wir versuchen, viel möglich zu machen, aber es muss natürlich  
197 auch im Alltag machbar sein. Also es ist irgendwie schwer zu machen, dass man uns  
198 abends anruft und sagt: Hey, und morgen will die Familie nach Hause, und wir brau-  
199 chen eine Schmerzpumpe und wir brauchen Infusionen und wir brauchen dies und das  
200 und jenes. Das geht einfach nicht. Also man braucht halt schon ein bisschen Vorlauf.  
201 Wir haben eine gute Logistik, glaube ich, mit der Apotheke oder dem Sanitätshaus, mit  
202 dem wir zusammenarbeiten, die uns dann auch schnell die Sachen zur Verfügung stel-  
203 len. Aber die können eben auch nicht schneller als schnell.

204 **Interviewerin:** Ja. Jetzt haben Sie herausgebracht oder herausgearbeitet, wie Sie das  
205 Ganze, die Transition vollziehen. Können Sie mir nochmals sagen, warum ist es so wich-  
206 tig für die Kinder? Was kann ich mitnehmen? Warum ist genau diese Schnittstellenar-  
207 beit von so großer Bedeutung?

208 **Interviewpartner\_in:** Hm. Naja, dass es einfach zu Hause möglichst schnell gut weiter-  
209 geht und dass ... Also unser Ziel ist ja die Verbesserung von Lebensqualität und sozu-  
210 sagen das ... oder anders: Oft ist es so, wenn die Kinder ins Krankenhaus zu kommen,  
211 dann sind sie da nicht immer sehr gut aufgehoben, weil eben viele Dinge, die zu Hause  
212 da sind, also die individuelle Betreuung durch die Mutter oder durch eine Pflegekraft,  
213 die da ist, ist halt im Krankenhaus anders. Und was eben zu Hause auch ist: gerade die  
214 Menschen, die dort die Kinder betreuen, haben ... kennen die Kinder. Und im Kranken-  
215 haus sind es also auch hochspezialisierte Menschen, die aber keine Spezialisten für  
216 dieses Kind sind. Und was wir eben immer wieder erleben, dass Eltern uns im Nach-  
217 hinein auch sagen: Nee, im Krankenhaus war es eigentlich ganz schlimm, weil da war  
218 es eigentlich viel schlechter, da kannte die Physiotherapeutin das Kind nicht gut, die  
219 Schwestern haben nicht so viel Zeit. Das Kind muss eigentlich alle halbe Stunde umge-  
220 lagert werden. Das kann man im Krankenhaus einfach nicht leisten. Also die geben da  
221 auch das Beste, was sie können, aber es ist häufig nicht möglich. Und was uns Eltern  
222 immer wieder sagen oder was sie sich wünschen, dass sie eben so lange wie möglich  
223 zu Hause bleiben. Und deswegen ist es einfach so wichtig, dass man es gut vorbereitet,  
224 damit es eben gut und lange zu Hause sein kann. Weil wie gesagt, zu Hause ist häufig  
225 dann doch der bessere Ort für diese schwerkranken Kinder mit neurologischen Erkran-  
226 kungen.

227 **Interviewerin:** Jetzt könnte man das Blatt hier auch umdrehen und sagen: Naja, *PLKJ*  
228 bringen nicht die Rahmenbedingungen mit. Aber ich habe von Ihren Kollegen auf der  
229 *PLKJ* gehört, dass eine *PLKJ* eher dafür ist, Kinder wieder medikamentös einzustellen,  
230 Kinder und Jugendliche, und sie dann wieder nach Hause zu begleiten. Sehen Sie das  
231 genauso? Ist eine *PLKJ* nur ein kurzer Übergang zur medikamentösen Einstellung?

232 **Interviewpartner\_in:** Das ist eine gute Frage. Die kann ich gar nicht so beantworten,  
233 (lacht) weil es gibt gar keine *PLKJ*. Es gibt halt *PLE*. Aber so ist es halt gedacht. Also die

234 Palliativversorgung von Kindern ist halt schon ganz anders als die von Erwachsenen.  
235 Und ich glaube, da haben auch *PL* eine andere Aufgabe. Ich weiß ... Ich kann es gar  
236 nicht so genau sagen. Es gibt in Deutschland zwei *PLKJ*, was ja irgendwie superwenig  
237 ist. Und dementsprechend können die, glaube ich, nur Feuer löschen und können sa-  
238 gen, okay, wir haben halt irgendwie eine riesengroße Krise. Und letztendlich findet ja  
239 auch eine Selektion statt. Also nur die Kränksten von den Kranken, wo irgendwie gar  
240 nichts mehr geht, wo man überhaupt nicht mehr weiterkommt, die gehen halt dahin,  
241 weil man dort dann eben strukturiert mit einem multiprofessionellen Team gucken  
242 kann, was ist die Symptomlast, was sind vielleicht Faktoren, die es gut oder schlecht  
243 beeinflussen, und was können wir daran tun. Und das kann, glaube ich, nur in so einem  
244 Setting erfolgen. Aber die Hürde, dahin zu kommen, ist ja schon mal riesig. Also bevor  
245 sich sozusagen Eltern aus *ST* mit einem Kind nach *ST* aufmachen oder nach *ST*, da muss  
246 schon irgendwie echt, echt viel passieren. Und im Krankenhaus, also wenn Kinder hier  
247 in *ST* auf eine Station kommen, dann geht es halt immer nur akut um Kriseninterven-  
248 tion. Also ist es eine schwere Pneumonie, dann geht es halt um die Behandlung der  
249 Pneumonie. Oder ist es eine Epilepsie, dann geht es halt darum. Aber es geht selten  
250 darum, sozusagen das Gesamtkonzept zu überarbeiten oder zu gucken, wo geht es hin.  
251 Das passiert dann manchmal, wenn wir dann längere Zeit in den Familien sind und  
252 eben mit den Versorgern noch mal besprechen in einer Fallkonferenz, dass wir sagen,  
253 hey, so und so ist die Situation jetzt, da muss man noch mal gezielt hingucken, das Kind  
254 kriegt irgendwie eine Unmenge Medikamente, kann man daran irgendwas ändern.  
255 Aber auch da gibt es eigentlich wenige Ressourcen, das tatsächlich strukturiert zu ma-  
256 chen. Weil letztendlich sind dann diese Kinder immer auf den Kinderintensivstationen.  
257 Die Kinderintensivstationen, die allermeisten in *ST*, sind nicht für große Kinder. Also  
258 eigentlich gibt es zwei Kinderintensivstationen, die regelhaft größere Kinder, also jen-  
259 seits vom Kleinkindalter aufnehmen und die dann auch schon eine Expertise gerade  
260 für die schwerstmehrfach behinderten Kinder haben. Aber das sind die Betten einfach  
261 rar. Und solche geplanten Aufnahmen finden sehr, sehr selten statt. Und dann, ja, gibt  
262 es einen speziellen Auftrag, dass man sagt, okay, das Kind erbricht ganz doll, könnt ihr  
263 mal gucken, braucht es eine andere Sonde. Und ganz viel findet zu Hause statt. Was  
264 auch relativ oft passiert: dass man dann sagt, wenn es nicht ganz klar ist, was es ist und  
265 was gibt es zu tun, dass man dann solche Kinder schon auch mal ins *SHKJ* aufnimmt.

266 Wie gesagt, wir betreuen im Rahmen der SAPV das *SHKJ* mit. Und eine unserer Kolle-  
267 ginnen ist sozusagen dort auch als Ärztin vor Ort. Und da kann dann schon sowas er-  
268 folgen, dass man sagt, okay, wir evaluieren die Symptome, wir gucken, welche Medi-  
269 kamente hat das Kind und was kann man optimieren. Und ist es medikamentös oder  
270 sagt man, es sind irgendwelche Verhaltenssachen, Tagesstruktur und solche Sachen.  
271 Aber das kann natürlich nicht auf so einem Level erfolgen wie auf einer *PLKJ*, weil es  
272 einfach extrem aufwendig ist. Und dafür gibt es eigentlich auch keine Strukturen. Und  
273 letztendlich ist auch diese hospizärztliche Versorgung gar nicht so abgebildet, wie es  
274 sein müsste. Also da wird einfach viel mehr gemacht, als was honoriert wird.

275 **Interviewerin:** Jetzt haben wir gerade *ST* und *ST* schon einmal exemplarisch genannt.  
276 Wenn Sie sich heute etwas wünschen dürften, Sie hatten gerade Vor- und Nachteile  
277 genannt, wären Sie denn für eine Eröffnung auch in *ST*?

278 **Interviewpartner\_in:** Unbedingt.

279 **Interviewerin:** Unbedingt. Das heißt, eigentlich wäre sozusagen als Empfehlung, die  
280 ich mitnehmen sollte, eher, dass ein Ausbau an *PLKJ* erfolgen sollte, auch wenn das  
281 nur, wenn ich Sie richtig verstehe, nur heißen würde, es geht um einen bestimmten  
282 Zeitpunkt, wo Kinder sich dort aufhalten und dann mithilfe des SAPV-Teams schnellst-  
283 möglich wieder nach Hause kommen zu den Personen, die sie auch gut kennen, rich-  
284 tig?

285 **Interviewpartner\_in:** Ja. Wobei man auch sagen muss, man muss dann, glaube ich,  
286 auch gucken, was es für eine Ausrichtung gibt. Es gibt ... Die meisten Familien haben  
287 schon den Wunsch wie gesagt, dass ihr Kind zu Hause ist. Gerade die mit einer onko-  
288 logischen Erkrankung haben den Wunsch, dass das Kind auch zu Hause verstirbt. Aber  
289 es gibt auch welche, die sich dann ... also die sich auch wünschen, dass eben das Ster-  
290 ben und die Sterbebegleitung im Krankenhaus stattfindet. Und dann ist so die Frage,  
291 ob das dann nicht auch eine Ausrichtung von der *PLKJ* sein kann, sowas mit zu beglei-  
292 ten, weil dafür gibt es einfach auch zu wenige Plätze. Ich weiß nur nicht, wie es dann  
293 ist, wenn die Patienten eben lange Zeit auf der Onkologie betreut waren, ob es dann  
294 möglich ist, die sozusagen auf eine *PLKJ* zu überführen, oder ob die sich dann einfach

295 auf der Onkologie gut aufgehoben fühlen. Wobei es natürlich dort auch immer ein Spa-  
296 gat für die Betreuer. Also letztendlich ist es so eine Finalbegleitung einfach etwas, was  
297 viele Ressourcen bindet und wo man auch irgendwie präsent sein muss. Und das ist  
298 häufig auf den Stationen gar nicht leistbar. Wir haben jetzt im letzten Jahr mehrere  
299 Kinder gehabt nicht mit einer onkologischen Erkrankung, wo aber aus verschiedenen  
300 Gründen eine Finalbegleitung zu Hause oder im Hospiz nicht möglich war, wo ich dann  
301 ganz klar von den ärztlichen und pflegerischen Kollegen gehört habe, wenn es jenseits  
302 der Intensivstation war, dass die gesagt haben: Wie sollen wir das denn hier machen?  
303 Und das ist eigentlich überhaupt nicht machbar, und das ist auch nicht unser Auftrag.  
304 Wo ich dann denke, naja, aber wo soll es passieren? Es gibt keine Struktur. Also das  
305 wäre extrem wichtig. Vor allen Dingen auch, weil diese Stationen dann, glaube ich,  
306 auch anders ausgerichtet sind, weil dann hoffentlich mehr Personal da ist, was man  
307 einfach für die Versorgung von diesen chronisch kranken Kindern in Krisen braucht.  
308 Also das wäre schon gut.

309 **Interviewerin:** Was sind Gründe dafür, dass Eltern ein Krankenhaus der eigenen Woh-  
310 nung bzw. sogar einem *SHKJ* vorziehen? Was hören Sie da?

311 **Interviewpartner\_in:** Naja, es ist immer die Frage, an welcher Stelle des Weges die  
312 Eltern sich befinden. Wenn eben Eltern sich noch, wie soll ich sagen, noch nicht so weit  
313 sind, sich mit einer Therapiebegrenzung auseinanderzusetzen, dann ist das oft der  
314 Punkt, wo man sagt, wir können uns nicht auf ein Therapieziel einigen oder das Thera-  
315 pieziel ist offen, wir haben keine Begrenzung von Therapie. Und dann ist es eben auch  
316 so, dass wir dann auch irgendwann sagen, okay, jetzt ist hier der Moment bei einer ...  
317 also bei einem schweren Atemwegsinfekt oder einer Lungenentzündung, dass wir sa-  
318 gen, wir haben alles, was man medikamentös und nichtmedikamentös machen kann,  
319 ausgeschöpft, das Kind bekommt dauerhaft Sauerstoff, und mehr geht irgendwie  
320 nicht. Und an der Stelle eben gerade, wenn Eltern da keine Einschränkung haben, sa-  
321 gen wir dann, jetzt muss das Kind ins Krankenhaus, weil man sonst einfach Dinge ver-  
322 schleppt und das Kind einfach am Ende kränker wird und auch die Chancen, dass es  
323 sich wieder erholt, einfach schlechter werden. Oder wenn sie eben merken, die Symp-  
324 tomlast ist so hoch, sie können es zu Hause nicht handhaben, dass sie sich dann auch  
325 dafür entscheiden, in die Klinik zu gehen. Oder auch wenn wir merken, die Eltern sind

326 total belastet, und es geht irgendwie nicht mehr, dass man dann auch sagt, in die Klinik.  
327 Und bei den Patienten, wo wir eben eine Therapiebegrenzung haben, dass evaluieren  
328 wir natürlich jedes Mal, ob das noch so ist, dann sagen wir, okay, wir bleiben zu Hause  
329 und wir nehmen auch in Kauf, dass mit allen Maßnahmen, die wir jetzt machen, das  
330 Kind auch zu Hause versterben kann, dann bleiben sie eher da. Aber wenn das unsicher  
331 ist, dann gehen die Eltern eben mit dem Wunsch, dass das Kind aus dieser Krise her-  
332 vorgeht, dass die Krise behoben wird, dass vielleicht dann auch die Epilepsie noch mal  
333 besser eingestellt ist, also schon mit dem Wunsch einer Verbesserung der akuten Situ-  
334 ation. Das ist die Hauptmotivation, glaube ich.

335 **Interviewerin:** Sie haben gerade mehrfach gesagt, die Kommunikation mit den Eltern  
336 spielt eine ganz wichtige Rolle auch noch mal, wenn wir über die Therapiebegrenzung  
337 sprechen. Fühlen Sie sich da als Ärztin, als ausgebildete Ärztin, fühlen Sie sich diesem  
338 großen Sprachanteil ... also es ist ja sozusagen anders, als wenn Sie ein Hausarzt wären,  
339 jemanden behandeln und wieder rausgehen. Sie haben einen hohen Sprachanteil je-  
340 den Tag. Fühlen Sie sich dem gewachsen? Oder sagen Sie: An den und den Stellen habe  
341 ich Herausforderungen jeden Tag noch, die könnte man vielleicht in der oder der Form  
342 optimieren?

343 **Interviewpartner\_in:** Hm. Ich fühle mich dem schon gewachsen. Das ist natürlich was  
344 ganz anderes, wie Sie schon gesagt haben, wenn man ambulant als Kinderarzt arbeitet.  
345 Also ich habe eine Zeit lang Praxisvertretung gemacht. Da ist es wirklich so: Rein, raus,  
346 hier, geben Sie das Zäpfchen, kommen Sie wieder, so und so. Aber man spricht halt  
347 viel, viel weniger. Und man lernt ... oder anders, also ich glaube, meine Kommunikati-  
348 onsfähigkeiten (lacht) haben sich deutlich verändert in den letzten sechs Jahren. Das  
349 ist wirklich anders. Und man merkt auch oder ich merke dann in meinem klinischen  
350 Alltag, also wenn ich dann doch mal auf die Station gehe, dass ich am Ende des Tages  
351 relativ unzufrieden bin, weil ich das Gefühl habe, ich habe viele, viele Dinge getan, aber  
352 eigentlich nicht das, was wichtig war, nämlich mit den Eltern ausführlich zu sprechen.  
353 Und ich habe auch ... Also ich nehme wahr, dass auf der Station ... ich habe ganz lange  
354 auf der Kinderintensivstation gearbeitet und bin dort auch noch konsiliarisch tätig,  
355 dass sich da die Kultur schon geändert hat, dass wir viel, viel, viel reden mit den Eltern  
356 und dass das auch notwendig ist. Gerade eben wenn es darum geht, das Therapieziel

357 zu finden und eben so gucken, was ist der richtige Weg für die Familie. Das kriegt man  
358 nur über Reden raus. Und viele Dinge löst man mit Kommunikation. Manche Dinge löst  
359 man mit Kommunikation auch nicht. Und es gibt, klar, immer wieder Fälle, wo ich  
360 denke, ach, das hätte ich jetzt gerne noch ein bisschen besser gekonnt. Aber das ist  
361 schon ein hoher Anteil, und das ist auch gut so.

362 **Interviewerin:** Und würden Sie sagen, dass ... Also SAPVs sind ja recht homogen auf-  
363 gestellt. Würden Sie sagen, dass es da eher einer Interdisziplinierung bedarf? Oder  
364 reicht es so aus, weil Sie sagen, Sie sind dem gewachsen, dass vorrangig Ärzte in SAPV-  
365 Teams vertreten sind?

366 **Interviewpartner\_in:** Na ja, wie soll ich sagen? Also es braucht einen multiprofessio-  
367 nellen Ansatz, weil ich sage mal je größer das Team ist und je mehr unterschiedliche  
368 Professionen da sind, desto unterschiedlicher ist der Blickwinkel und desto komplexer,  
369 glaube ich, kann man das Bild der Familie zeichnen. Also wie gesagt, jeder nimmt etwas  
370 anderes wahr. Und jeder bewertet die Sachen auch anders. Und je mehr Menschen es  
371 sind, macht es das manchmal ein bisschen komplizierter, weil es einfach zu viele Ver-  
372 sionen gibt, aber oft ist es auch so, dass mehrere Menschen das Gleiche wahrnehmen.  
373 Und dann hat man das Gefühl, es ist eher die Wahrheit, als wenn es sozusagen nur  
374 einer wahrnimmt. Also ich finde, es müssen multiprofessionelle Teams sein, ja. Also  
375 die Pflegekräfte sind ganz wichtig. Die nehmen ja auch noch mal was anderes war als  
376 ich als Ärztin. Leider ist es ja so, dass es keine psychosozialen Mitarbeiter in SAPV-  
377 Teams gibt, die finanziert werden. Das heißt, das ist etwas, was dann der jeweilige  
378 Träger über Spenden mit dazu geben muss. Das ist was, was extrem schwierig ist. Wir  
379 hatten den Luxus, eine relative kurze Zeit nur, eine sehr, sehr gute Sozialarbeiterin zu  
380 haben. Und da haben wir eine Idee davon bekommen, was ein psychosozialer Mitar-  
381 beiter in so einem Team leisten kann, also was der alles auffängt. Und viele Dinge, die  
382 die Kollegin erfahren hat, haben wir gar nicht erfahren. Vielleicht weil wir auch nicht  
383 nachgefragt haben oder weil wir auch noch mal einen anderen Fokus haben und weil  
384 man vielleicht manche Dinge nicht mit dem Arzt bespricht, sondern das bespricht man  
385 dann halt eher mit der Sozialarbeiterin. Und das, finde ich, sollte unbedingt sein.

386 **Interviewerin:** Das heißt, eine Empfehlung ist auf jeden Fall erst mal die Sicherstellung

387 der Finanzierung von bestimmten Berufsgruppen?

388 **Interviewpartner\_in:** Ja, unbedingt. Und was eben auch ist: Im ambulanten Bereich  
389 stellt sich das ja so dar, die Kinder haben alle einen Strauß voll Therapeuten, die aber  
390 auch nicht in unserem Team sind und auf die wir auch nicht unbedingt Zugriff haben.  
391 Wir versuchen schon immer, mit den Kollegen in Kontakt zu kommen, aber so viel Zeit  
392 hat man dann irgendwie doch nicht, mit jedem Netzwerkpartner immer wieder zu  
393 sprechen. Aber wir nutzen natürlich die Chance, wenn wir da sind und zufällig ist der  
394 Logopäde oder Ergotherapeut da, dass man irgendwie noch mal horcht, was ist da. Es  
395 wäre natürlich auch gut, wenn solche Leute im Team wären, dass man dann mit denen  
396 auch noch mal Therapieziele bespricht oder sagt: Kannst du da noch mal gucken, wie  
397 genau ist es da? Oder was nimmst du wahr?

398 **Interviewerin:** Wenn ich es richtig verstehe, Sie haben es ja gerade auch als zufällig  
399 kommt jemand vorbei genannt, läuft das bei Ihnen sehr gut, wenn Sie zum Beispiel  
400 jemanden sehen. Aber da sehe ich eben für mich gerade in der Schnittstellenarbeit  
401 noch Möglichkeiten oder Ressourcen, wie können wir solche Sachen vielleicht ange-  
402 hen, wie kann jemand regelmäßig in Kontakt treten, ohne beispielsweise immer in den  
403 Teamsitzungen zu sitzen.

404 **Interviewpartner\_in:** Ja.

405 **Interviewerin:** Ich würde gerne noch mal auf diese 70 oder 75 Prozent ... Ich würde es  
406 gerne noch mal unterteilen auf Menschen mit Behinderung, und Sie haben gesagt, die  
407 andere Anzahl sind überwiegend onkologisch erkrankte Kinder. Ich würde gerne noch  
408 mal darauf zu sprechen kommen. Als SAPV-Team-Mitglied haben Sie ja relativ wenig  
409 Zeit erst mal mit dem Kind oder Jugendlichen direkt, würde ich sagen. Wenn Sie bei-  
410 spielsweise im *SHKJ* sind oder zu Hause sind, gehen Sie rein, schauen sich das Kind oder  
411 den Jugendlichen an, arbeiten ... Was wissen Sie sagen, wie lange arbeiten Sie ungefähr  
412 mit dem Kind oder Jugendlichen, wenn Sie reingehen?

413 **Interviewpartner\_in:** Vielleicht so ... je nachdem, was ist. Also wenn es jetzt so ein  
414 Routinebesuch ist, wo man eben noch mal guckt, wie ist die Situation, dann vielleicht  
415 eine Viertelstunde.

416 **Interviewerin:** Genau also 15 bis 20 Minuten?

417 **Interviewpartner\_in:** Genau.

418 **Interviewerin:** Was ja erst mal nicht viel ist. Aber dennoch bauen sie ja mehr eine emo-  
419 tionale Beziehung auf, als wenn Sie beispielsweise Hausärztin wären, die das Kind nur  
420 einmal sieht, und dann ist der Schnupfen wieder weg.

421 **Interviewpartner\_in:** Ja.

422 **Interviewerin:** Und da ist meine Frage: Wie gestalten Sie persönlich für sich Abschied,  
423 wenn sie merken, das Kind ist einer finalen Phase und Abschied wird ein Thema für  
424 Sie? Gibt es da Rituale oder gibt es da Vorgehensweisen, die Sie treffen?

425 **Interviewpartner\_in:** Also jetzt im Team oder ich für mich?

426 **Interviewerin:** Wie Sie es möchten.

427 **Interviewpartner\_in:** Also im Team ist so, wir besprechen uns. Also wir haben einmal  
428 in der Woche eine Patientenbesprechung. Da wir auf sehr engem Raum arbeiten mit  
429 relativ vielen Menschen, ist es schon so, dass wir uns auch außerhalb der Teambespre-  
430 chung häufig besprechen. Und dass wir natürlich jedes Mal, also wenn so eine Situa-  
431 tion ansteht, auch im Rahmen von Dienstübergaben dann schon sagen, so und so  
432 könnte es jetzt sein, dass diese Krise jetzt die finale Krise ist. Dann, ja, dann besprechen  
433 wir es im Team, dass es so ist und was wir tun, welche Dinge müssen wir mit den Eltern  
434 besprechen, welche Dinge sind schon geklärt, müssen wir irgendwas vorbereiten, wol-  
435 len die Eltern, dass wir irgendjemanden anrufen oder irgendwelche Dinge tun. Oder  
436 was braucht die Familie. Und ich glaube, es ist mehr so, dass jeder für sich guckt, was  
437 brauche ich. Und für mich persönlich ist es so, dass ich ... also, dass das Versterben all  
438 der Patienten, die wir versorgen, immer präsent ist. Es kann einfach immer sein. Und  
439 für mich ist es für die Kinder immer eine gute Situation. Also ich weiß, dann ist sozusagen  
440 das Leiden oder das, was das Kind ausgemacht hat, erst mal vorbei. Also für das  
441 Kind ist es dann gut. Und was mir mehr zu schaffen macht oder wo ich dann eher gu-  
442 cke: Okay, wie kann ich mich um die Eltern kümmern? Dass die das auch gut begleiten  
443 können und dass die diese Situation durchstehen können. Aber ich habe jetzt nicht so

444 spezielle Abschiedsrituale. Also ich glaube, es ist dann in der Situation einfach da, dass  
445 ich sage, okay, jetzt ist es so, wir setzen uns damit auseinander. Wobei ich es ja nie  
446 weiß. Wenn ich die Tür zumache, weiß ich nicht, ob ich noch mal wiederkomme und  
447 das Kind lebt oder ob die mich anrufen, weil es verstorben ist und ich den Totenschein  
448 ausfüllen soll. Naja, und wir haben ganz oft schon bei den neurologisch erkrankten  
449 Kindern die Situation gehabt, dass man eine schwere Krise hatte, wo man über Tage  
450 den Eltern gesagt hat, wir müssen uns jetzt damit auseinandersetzen, dass es jetzt so  
451 ist und so und so. Und dann war es so nicht. Und dann geht alles wieder auf Anfang.

452 **Interviewerin:** Das macht natürlich was mit den Eltern.

453 **Interviewpartner\_in:** Total. Und das ist etwas, was man dann begleitet. Was schon  
454 schwieriger ist, gerade auch wenn die Patienten älter sind, ist die Begleitung von den  
455 onkologischen Patienten. Und das ist auch was, was wir im Team jetzt immer wieder  
456 feststellen, wenn einer mit einem redet und einem sagen kann, was los ist, dann ist  
457 das noch was anderes, als wenn man es sozusagen ahnt und sieht und die Dinge, die  
458 man wahrnimmt, bewertet. Das ist einfach was anderes, wenn jemand einem sagt: Ich  
459 kann nicht mehr. Oder: Ich will leben. Und man sieht schon, das wird irgendwie nicht  
460 mehr so lange gehen. Das ist deutlich belastender. Und, ja, da muss man gut für sich  
461 gucken, was ...

462 **Interviewerin:** Wie gehen Sie in dem Fall um mit diesem Spannungsverhältnis, wenn  
463 jemand Ihnen sagt: Ich will leben, ich will kämpfen?

464 **Interviewpartner\_in:** Ja, ich versuche, demjenigen nicht die Hoffnung zu nehmen, aber  
465 schon irgendwie ... hm ... Also wir sprechen es schon klar aus, wie die Prognose ist.  
466 Aber auch nicht jeden Tag, also dass man irgendwie jeden Tag sagt: Nee, das habe ich  
467 gehört, dass du leben möchtest, aber es wird so nicht sein. Sondern das ist einfach ...  
468 Die Hoffnung gehört dazu bis zuletzt. Das habe ich noch nie anders erlebt, als dass  
469 Eltern, selbst wenn sie sich für eine Therapiebegrenzung entschieden haben, dass sie  
470 nicht doch bis zuletzt hoffen, dass es dieses Mal noch nicht so weit ist. Das ist natürlich  
471 bei den Onkologischen anders. Da gibt es kein nächstes Mal, sondern das ist einfach  
472 sozusagen ... die Finalkrise bei den Ontologischen ist einfach die letzte Krise sozusagen.

473 Da ist es dann einfach nur die Frage der Zeit, an welchem Tag passiert es. Aber bei den  
474 Neurologischen ist das anders. Und, ja, wir versuchen oder das ist eigentlich so unsere  
475 Haltung, die Hoffnung nicht zu nehmen, aber schon auch klarzumachen, dass man sich  
476 auch auf das „wenn nicht“ vorbereiten muss. Ich meine, der, der stirbt, in dem Fall  
477 nicht, aber die Eltern und die Geschwister und die Familie, die dann da ist, die schon.  
478 Aber wenn eben Familien das nicht wahrhaben wollen oder auch sagen, es wird so  
479 nicht sein, ich meine, dann kann man auch nichts machen, dann muss man es halt so  
480 hinnehmen und muss dann in der Situation, wo es dann soweit ist, gucken, was man  
481 aus der Situation macht.

482 **Interviewerin:** Wäre ist da nicht hilfreich, präventiv schon anzufangen, mit der Diag-  
483 nose auch Abschied zu thematisieren?

484 **Interviewpartner\_in:** Das machen wir. Aber das... das lassen die Menschen unter-  
485 schiedlich gut zu. Und es ist schon so, man ... Ich hatte eine Familie, die das ... die ganz  
486 klar gesagt haben: Wir wollen darüber nicht reden. Und wo ich im Erstkontakt schon  
487 gesagt habe: „Wir müssen darüber reden, weil das ist das, was passieren wird. Ich kann  
488 Ihnen nicht sagen, wann. Es ist nur so, Sie haben ... es gibt irgendwie Geschwister.  
489 Diese Geschwister werden ihren Bruder verlieren. Die Geschwister haben Eltern, die  
490 ihr Kind verloren haben. Und man muss das irgendwie gut gucken, dass das nicht eine  
491 totale Katastrophe wird.“ „Ja, das verstehen wir, ja, das ist richtig.“ Dann haben wir  
492 irgendwie versucht, Strukturen zu etablieren, also Ehrenamt für die Geschwister, auch  
493 geguckt, ob die Eltern irgendwelche psychologische Unterstützung kriegen. Die wird  
494 häufig nicht angenommen. Na ja, und ich habe eben gesagt, wovor ich Sorge habe, ja,  
495 dass es eben eine ganz schwierige Situation wird und dass dann am Ende des Tages,  
496 obwohl wir immer drüber geredet haben, die Eltern gesagt haben: Nee, wir wollen es  
497 nicht wahrhaben ... oder: Das ist so nicht, der wird wieder gesund. Dass sie einfach  
498 sehr doll überrascht werden von dem Moment, wenn er stirbt. Und das habe ich mehr  
499 als einmal klar thematisiert. Und dann ist es halt irgendwie eigentlich noch schlimmer  
500 gekommen, als ich gedacht habe. Und dann habe ich gedacht, na gut, man kann es nur  
501 anbieten. Was letztendlich die Familien sich da rausnehmen, ist eine andere Sache.  
502 Und andere gehen auf dem Weg, ja, sind irgendwie ganz klar. Und mit denen kann man  
503 das gut bearbeiten. Da kann man dann auch einen Grundstein legen für eben, ja, auch

504 ein gutes Weiterleben und einen guten Umgang mit der Situation. Aber bei manchen  
505 geht es einfach nicht, egal was man anstellt. Und das ist dann das, was wir in dem  
506 Moment aushalten müssen, ohne dann am Ende das Gefühl zu haben, wir haben nicht  
507 früh genug angefangen, wir haben es nicht intensiv genug gemacht. Wenn die Mauern  
508 oben sind, dann kann man irgendwie nichts machen, außer Schadensbegrenzung und  
509 dann zu gucken, dass man es hinterher noch irgendwie auffangen kann. Was auch  
510 dann manchmal nicht geht.

511 **Interviewerin:** Würden Sie sagen, wenn die Schutzfunktion am Anfang so hoch ist und  
512 Sie beispielsweise Menschen dann nicht erreichen zum Thema Abschied oder was auch  
513 immer dort anfällt, würden Sie sagen, dass das dann hinterher doppelt so heftig in den  
514 Folgen herauskommt? Beobachten Sie das so?

515 **Interviewpartner\_in:** Ja. Es ist ganz oft so, dass die Familien, wo wir schon am Anfang  
516 gut in Kontakt kommen, dass auch danach ein guter Kontakt ist, also die uns auch be-  
517 suchen, Karten schreiben, wir uns ... Also in der Stiftung gibt es regelmäßig Veranstal-  
518 tungen, wo wir Eltern treffen. Und dass es immer wieder ein ganz herzlicher Kontakt  
519 ist. Also dass man auch freudig begrüßt wird und so noch mal reflektiert wird, wie war  
520 die Begleitung, was war das Besondere an diesem Kind. Und das ist bei den Familien,  
521 wo wir das eben nicht geschafft haben, diese Mauer einzureißen, dass da auch kein  
522 Kontakt ist. Also dass man die dann auch nicht mehr erreicht, dass die dann unter Um-  
523 ständen auch mit uns nicht mehr reden, sondern dass dann wirklich das zu ist.

524 **Interviewerin:** Also es geht ... Was würden Sie sagen prozentual ungefähr, wie viele  
525 Familien erreichen wir momentan gar nicht?

526 **Interviewpartner\_in:** Das sind nicht so viele. Das sind halt in letzter Zeit bei uns eher  
527 die onkologischen Patienten gewesen. Und wir sind auch gerade am Überlegen zusam-  
528 men mit den Kollegen von der Onkologie, was da das Problem ist, also warum es uns  
529 so schwerfällt, diese Eltern zu erreichen. Ich habe es mit den Familien, die wir eben  
530 über viele Jahre begleiten und wo das Kind eine neurologische Erkrankung hat, habe  
531 ich das so extrem nicht erlebt, wie das ... Also eigentlich gar nicht wie bei den Onkolo-  
532 gischen. Und ich weiß eben nicht, ob sozusagen das Krankheitsverständnis und der

533 Umgang damit ein anderer ist. Also die haben länger Zeit. Die haben eben, seitdem das  
534 Kind geboren ist, ein chronisch krankes Kind. Und die anderen haben ein gesundes  
535 Kind. Und es ist ja heute so, ich meine, die kommen mit den verrücktesten Ideen, was  
536 man alles noch machen kann, um zu helfen oder zu heilen oder zu lindern. Also da  
537 werden ja Studien, Heiler, sonst wer zitiert, und da gibt's doch noch was, und da gibt's  
538 doch noch was. Ich glaube, die Krankheitsverarbeitung und -wahrnehmung der Erkrank-  
539 kung ist eine komplett andere bei den relativ akuten Erkrankungen und bei denen, die  
540 eben schon über viele Jahre gehen. Und ich glaube, dass da auch der Faktor Zeit eine  
541 Rolle spielt und dass eben, ja ... Man sieht ja bei den Onkologischen, da werden ja  
542 welche gesund. Warum soll mein Kind jetzt nicht dabei sein? Und bei den anderen  
543 weiß man, da wird man nicht gesund. Und die sehen auch, es wird immer ein bisschen  
544 schlechter. Das ist, glaube ich, ein Riesenunterschied.

545 **Interviewerin:** Was auch wieder dafür sprechen würde, wie Sie auch gerade gesagt  
546 haben, die Mauer in dem Fall mache ich zu, mein Kind war ja gesund, und die anderen  
547 haben ein Leben lang diesen Vorlauf, sich immer wieder täglich damit auseinanderzu-  
548 setzen. Was würden Sie sagen, wann endet ... Also Sie haben auch gerade gesagt, es  
549 finden Veranstaltungen im Rahmen der *Organisation A* statt. Wann, würden Sie sagen,  
550 wann endet Ihr Job, wann sind Sie raus? Oder ist man vermutlich niemals raus, wenn  
551 es jährliche Veranstaltungen gibt und man Menschen, Eltern und Angehörige über  
552 viele Jahre immer wiedertrifft?

553 **Interviewpartner\_in:** Also per Gesetz ist die SAPV eine Leistung, die mit dem Tod des  
554 Kindes endet. Das machen wir ja schon nicht, weil wir ja nach dem Tod des Kindes  
555 hingehen und sozusagen die Formalitäten erledigen. Und in der Regel bieten wir den  
556 Eltern auch noch mal einen Termin an, so sechs, acht Wochen nach dem Versterben,  
557 wo wir noch mal hingehen. Das ist dann, glaube ich, nicht mehr ... nicht mehr SAPV,  
558 das ist irgendwie ... wie soll ich das sagen? Ja, Arbeit an den ... mit den Menschen. Was  
559 man dann vielleicht auch noch mal ein Stück für sich selber braucht, zum einen, um  
560 vielleicht noch mal Sachen abzuschließen, und zum anderen auch, um zu reflektieren,  
561 es war eine gute Begleitung. Und viele ... Also häufig kommen dann noch mal Sachen,  
562 die die Eltern sagen, was sie gut fanden, was sie nicht gut fanden. Und das ist natürlich  
563 für die Verbesserung unserer Qualität auch gut. Und auf der anderen Seite, wenn eben

564 dann Familien kommen, wenn die Kinder verstorben sind, und dann sagen viel später:  
565 Können wir für euch spenden? Wie ist das? Also dass man irgendwie weiß, okay, ja,  
566 das ist eine Wertschätzung und das haben wir gut gemacht. Das ist das, was man ir-  
567 gendwie auch braucht. Also mir muss nicht jeden Tag einer auf die Schulter klopfen  
568 und sagen: Hey, das ist total super. Aber wenn ich eben sehe, dass die Familie es  
569 schafft, in das veränderte Leben zu starten und auch nach vorne zu gucken und sich  
570 nicht nur im Groll an das zu erinnern, was gewesen ist, sondern auch die schönen Mo-  
571 mente mit ihrem Kind ... wenn die die reflektieren können, dann ist das für mich so  
572 ein: Ja, das ist haben wir gut gemacht.

573 **Interviewerin:** Würden Sie sagen, dass auch das eigentlich fest verankert werden  
574 muss? Weil Sie sagen selbst, mit dem Tod des Kindes endet sozusagen Ihr Auftrag erst  
575 mal. Muss SAPV nicht ausgeweitet werden? Oder sagen Sie: Nein, mein Idealismus  
576 reicht dafür aus, ich gehe da noch einmal hin, das ist eher so eine informelle Sache, die  
577 wir machen, und das genügt auch?

578 **Interviewpartner\_in:** Also wir versuchen, die Familien in der Regel nicht in so einen  
579 luftleeren Raum zu entlassen. Und da haben wir natürlich den Vorteil mit der *Organi-*  
580 *sation A*, dass es ganz viele Angebote gibt, an die wir die Familien weitervermitteln  
581 können. Dass wir das natürlich auch schon versuchen, vor dem Versterben des Kindes  
582 zu machen, also dass die Vernetzung gut funktioniert gerade für die Geschwisterkin-  
583 der, dass eben da ein ambulanter Kinderhospizdienst involviert ist, dass die Kinder in  
584 Geschwistergruppen sind, also seien es Freizeitaktivitäten oder wirklich Trauergrup-  
585 pen. Ich weiß nicht, wie viel man leisten kann und wie viel man mit sich mittragen kann  
586 über die Zeit. Also wir haben jetzt gerade mal geguckt in den letzten fünf Jahren, also  
587 jetzt in diesem ... oder sozusagen seitdem wir einen Vertrag haben, seit knapp sechs  
588 Jahren, haben wir 150 Familien final begleitet, also 150 Kinder sind verstorben. Und  
589 wir betreuen ungefähr so 100, 130 Patienten pro Jahr. Das heißt, also irgendwann ist,  
590 glaube ich, die Kapazität von dem, was man noch so mitnehmen kann, erschöpft. Es  
591 gibt ein paar Familien, die man so im ... also die ich ... oder ein paar Kinder in Beglei-  
592 tung, die mir nahegegangen sind, die ich irgendwie im Hinterkopf habe, wo ich mich  
593 auch verbunden fühle. Aber es ist nicht so, dass ich da ständig anrufe oder ständig  
594 Kontakt habe. Das kommt auch immer ein bisschen drauf an, wie viel kommt von den

595 Eltern. Ich glaube, für mich ist es auch gut, wenn es dann irgendwann gut ist. Weil sonst  
596 ist ...

597 **Interviewerin:** Na klar.

598 **Interviewpartner\_in:** ... ist es einfach ganz viel. Und ich weiß aber, dass die Familien  
599 gut betreut sind und dass wir auch Familien treffen ... Manchmal ... Ja, neulich habe  
600 ich irgendwie mal eine Familie getroffen, das war ganz am Anfang, als ich im Team war,  
601 und ... und ganz lange habe ich die nicht gesehen. Also sozusagen zu der finalen Be-  
602 gleitung und dann jetzt irgendwie fünf Jahre nicht. Und es war aber trotzdem so, dass  
603 da irgendwie noch eine Verbindung war, was irgendwie gut war. Ich meine, mir kom-  
604 men die Menschen einfach super nahe in ihrer persönlichen Umgebung. Manchmal ist  
605 es dann auch gut, wenn es dann ... wenn es dann wieder Abstand hat. Und ich kann es  
606 auch nicht mit allen machen. Also bei manchen ist dann auch tatsächlich gut, wenn ich  
607 weiß, okay, da ist auch gut und (lacht) die muss ich auch nicht noch mal sehen.

608 **Interviewerin:** Das heißt, da ist es wichtig, dass jeder Arzt seinen Mittelweg findet und  
609 überlegt, wer kann mit wem ...

610 **Interviewpartner\_in:** Genau.

611 **Interviewerin:** ... und wie nahe möchte ich Menschen an mich selbst ranlassen?

612 **Interviewpartner\_in:** Genau.

613 **Interviewerin:** Und Sie haben gesagt, es ist wichtig und Sie glauben auch, dass es in  
614 guten Händen ist, in der *Organisation A* ...

615 **Interviewpartner\_in:** Ja.

616 **Interviewerin:** ... mit den Menschen weiterzuarbeiten, mit den Familien, mit dem An-  
617 gehörigen. Nun war ich in der letzten Woche in der *Organisation A*, die sich natürlich  
618 zum großen Teil aus Spenden finanziert. Sehen Sie da nicht genau die Herausforde-  
619 rung? Sie sagen, sie sind in guten Händen. Das heißt, momentan läuft es gut. Aber die  
620 sind absolut abhängig von den Spendengeldern.

621 **Interviewpartner\_in:** Ja.

622 **Interviewerin:** Müssen wir da was ändern? Oder ist das der Hospizgedanken, dass es  
623 sozusagen dieses bürgerliche Engagement geben muss?

624 **Interviewpartner\_in:** Also wie soll ich sagen? Ich finde schon, die psychosoziale Be-  
625 treuung von Menschen sorgt schon auch dafür, dass die Menschen auf Dauer gesund  
626 bleiben. Und wenn diese Betreuung nicht gut ist, dann werden die Menschen krank.  
627 Und ich finde, im Sinne von Prävention müssen bestimmte Dinge schon eigentlich auch  
628 von Kassen finanziert werden. Also ich meine, eine Trauer von Eltern und Geschwistern  
629 gut zu begleiten, um zu verhindern, dass die in die Depression rutschen, dass sie ...  
630 weiß ich, die Kinder schwere Krisen in der Schule haben, das ist schon wichtig. Und  
631 wenn es sozusagen in Ehrenamthand ... Oder anders, wenn es spendenbasiert bleibt,  
632 dann ist irgendwann die Frage, okay, wir haben keine Spenden, was schaffen wir denn  
633 als Erstes ab? Oder wofür ist kein Geld mehr da? Und wenn ich mir vorstelle, dass die  
634 Geschwisterarbeit, die ja in der *Organisation A* sehr groß ist, und dass auch die Trau-  
635 erangebote, die da sind, ... wenn es die nicht gibt, das fände ich schon eine schlimme  
636 Sache. Also von daher denke ich schon, dass es das auch Gelder geben muss, die sicher  
637 fließen und die eben nicht aus Spenden kommen. Also das finde ich ganz wichtig.

638 **Interviewerin:** Ja. Das halte ich tatsächlich auch für heute fest, dass es unbedingt Gel-  
639 der neben den Spenden ... Das ist ja nicht verkehrt, wenn Familien sich das wünschen  
640 und wenn das auch ... Es kann ja durchaus auch heilsam sein, zu sehen, sich zu enga-  
641 gieren, ehrenamtlich solche Sachen zu machen. Aber dass es auf jeden Fall gerade für  
642 die Geschwisterarbeit gesicherte Gelder geben muss.

643 **Interviewpartner\_in:** Absolut.

644 **Interviewerin:** Ich habe noch zwei Fragen an Sie, und zwar: Mich würde noch mal in-  
645 teressieren, Sie haben es gesagt, es ist sehr ressourcenbindend, wenn Menschen in  
646 der finalen Phase begleitet werden. Was tun Sie und Ihr Team denn zur Bewältigung,  
647 zur eigenen Bewältigung? Gibt es da Strategien, die Sie mittlerweile entwickelt haben,  
648 um dieser Nähe oder diesem sehr ressourcengebundenen Prozess auch über Jahre  
649 standzuhalten?

650 **Interviewpartner\_in:** Also was wir als Institution haben, ist eine Supervision, die wir  
651 einmal im Monat haben. Wobei da auch nach Bedarf eben geguckt wird, worüber spre-  
652 chen wir. Also ist es Fallarbeit, die wir machen, oder kümmern wir uns um Teamstruk-  
653 turen? Und, ja, Kommunikation im Team. Das andere ist, dass wir das Glück oder Pech  
654 haben, dass wir ein ganz, ganz kleines Büro haben, also das ist irgendwie kleiner als  
655 das hier, (lacht) mit viel mehr Menschen als hier. Dadurch sind die Wege kurz. Und im  
656 Prinzip, in dem Moment, wo die Tür aufgeht, sehe ich, okay, der Mitarbeiter hat ein  
657 Problem, da müssen wir jetzt irgendwie drüber reden. Und das ist, glaube ich, das, was  
658 hilft, dass man immer wieder darüber spricht. Also was ist bei mir los, was macht das  
659 mit mir, was macht es mit dir, warum macht es mit dir dieses. Und dass wir ... dass,  
660 glaube ich, im Laufe der Zeit jeder für sich eigene Strategien entwickelt, damit umzu-  
661 gehen, und wir aber auch intime darüber sprechen. Also dass wir auch uns dann in  
662 Teambesprechungen Zeit dafür nehmen, dass wir auch, wenn es eben ganz schlimm  
663 ist, auch mal außerplanmäßige Supervisionen machen oder außerplanmäßige Fallbe-  
664 sprechungen. Ja, und dass wir einfach drüber reden. Und das, wenn eben wir auch  
665 gucken, wenn jetzt jemand signalisiert: Ich kann da jetzt gerade nicht hingehen, das  
666 schaffe ich nicht, dass man dann sagt: Gut, okay, musst du nicht. Klar kann ich es für  
667 die Rufbereitschaft nicht machen, dass du da nicht hingehst. Und ich meine wie es der  
668 Teufel so will, geht dann ... ist dann in der finalen Situation der da, der eigentlich ge-  
669 sagt, es geht nicht. Aber der schafft es dann trotzdem. Und dann muss man eben hin-  
670 terher gucken, okay, was brauchst du jetzt, damit es dir wieder gut geht, oder warum  
671 war es jetzt gerade schlimm für dich. Also das versuchen wir dann irgendwie auszukla-  
672 müssern. Und wir haben uns angewöhnt, wenn eben ein Kind verstorben ist, dass wir  
673 dann so als Ritual beim nächsten Mal eine Kerze anzünden und dann auch die Kollegen,  
674 die eben dann in der finalen Begleitung waren, auch noch mal berichten, was dort ge-  
675 wesen ist, und die dann auch mal sagen, was war jetzt so in den jeweiligen Situationen.  
676 Und dann ist es eben dieses, dann kommen die Einladungen zur Beisetzung. Und dann  
677 macht das natürlich auch immer noch mal was, wenn man dann die Karten liest. Und  
678 dann entscheidet man eben, das kann auch jeder für sich entscheiden, gehe ich zu der  
679 Beerdigung oder gehe ich da nicht hin. Also eine meiner Kolleginnen sagt halt: Nein,  
680 weißt du, in dem Moment bin ich dann nicht mehr Ärztin, sondern dann bin ich  
681 Mensch, und das ist mir zu nah, und das kann ich nicht. Und ich gehe auch nicht zu

682 jeder Beerdigung. Und es gibt welche, wo ich irgendwie das Gefühl habe, das ist viel-  
683 leicht für die Eltern wichtiger als für mich, dahin zu gehen. Und manchmal ist es dann  
684 so, dass man bei den Beisetzungen dann merkt, okay, das ist jetzt genau der Moment  
685 Ruhe, den ich für diesen Fall noch brauche. Weil es ist einfach so, tatsächlich lässt es  
686 sich nicht immer vermeiden, dass man dann nach so einer finalen Begleitung dann  
687 auch zum nächsten Termin gehen muss oder dass einfach der Alltag weitergeht, weil  
688 es irgendwie am Morgen passiert ist, und der Arbeitstag muss irgendwie auch ge-  
689 schafft werden. Wir gucken dann schon, dass wir dann vielleicht die Leute auch aus  
690 der Arbeit rausnehmen und sagen, hey, geh nach Hause oder mach, was auch immer  
691 du brauchst. Und manche sagen dann: Ach nein, ich muss weiterarbeiten, dann kann  
692 ich das besser lassen. Also der gucken wir einfach bei jedem Mitarbeiter gut und bei  
693 jedem Fall auch gut, wie man es macht. Das ist einfach...

694 **Interviewerin:** Sehr individuell.

695 **Interviewpartner\_in:** ... ganz individuell.

696 **Interviewerin:** Und würden Sie sagen, dass ... Sie haben ja gesagt Supervision und au-  
697 ßerhalb der Teamsitzungen, also dementsprechend Tür-und-Angel-Gespräche, wür-  
698 den Sie sagen, dass es genau aufgrund dieser Individualität genau dieser Flexibilität  
699 bedarf?

700 **Interviewpartner\_in:** Ja.

701 **Interviewerin:** Dass da feste Strukturen mit regelmäßigen ... Sie haben auch Teamsit-  
702 zungen. Aber dass das vielleicht gar nicht so viel bringt, weil wenn ich reinkomme und  
703 mir brennt das gerade auf der Seele, dann kann ich nicht bis nächste Woche Dienstag  
704 warten.

705 **Interviewpartner\_in:** Nein, genau, das ist ganz wichtig. Und man merkt es ja selber  
706 auch bei anderen Konflikten, die verändern sich ja im Laufe der Zeit, als es ist in dem  
707 Moment ist. Und ganz oft ist es so, wenn man dann das erste Feuer gelöscht hat, dann  
708 kann derjenige auch wieder ein bisschen klarer gucken und sagen, okay, das ist jetzt  
709 mein Problem, das ist das Problem auf der anderen Seite. Und es ist gut, das so zu

710 machen. Und ich glaube, es ist auch gut, für die Mitarbeiter zu wissen, dass es möglich  
711 ist, dass sie eben jederzeit kommen können, wenn was ist, und dass wir als Leitung und  
712 auch als Team immer Platz dafür einräumen. Also wenn es ein Problem gibt, dann ist  
713 es jetzt und dann muss es auch zeitnah bearbeitet werden.

714 **Interviewerin:** Und liegt die Verantwortung bei dem jeweils Einzelnen, das Thema  
715 reinzubringen, oder sehen Sie sich in der Verantwortung, Ihren Kollegen zu fragen, wie  
716 es ihm geht?

717 **Interviewpartner\_in:** Da hatten wir neulich eine Diskussion darüber, (lacht) weil ...  
718 Also beides. Also ich bin, glaube ich, als Mensch so, dass, wie gesagt, die Tür geht auf  
719 und ich sehe, okay, da gibt es ein Problem. Dann gucke ich, okay, hat es was mit mir zu  
720 tun. Also bin ich Teil des Problems? Ist das was auf der Arbeit? Ist das was, was den  
721 Mitarbeiter selbst betrifft? Und natürlich, wenn ich Teil des Problems bin oder wenn  
722 es die Arbeit betrifft, dann ... Also ich versuche es immer rauszukriegen, was es ist,  
723 aber ich finde, es ist schon auch Aufgabe des Mitarbeiters zu sagen, also wenn man es  
724 dann doch mal nicht sieht ... Weil ich meine, ich sitze auch nicht den ganzen Tag da  
725 und denke so: Wie geht's dir? Wie geht's dir? Wie geht's dir? Das geht einfach nicht.  
726 Und das kann ich für die Menge der Mitarbeiter nicht machen, weil ich das ja auch  
727 jeden Tag in den Familien habe: Wie geht es Ihnen? Wie geht es Ihrem Mann? Wie  
728 geht es der Oma? So. Und ich finde schon, beides. Also ich als Leitung muss es schon  
729 irgendwie wahrnehmen, muss auch darauf hören, wenn mir andere Leute vielleicht  
730 sagen: Hör mal zu, da ist irgendwie was nicht in Ordnung. Dann kann ich nicht sagen:  
731 Ja, nein, das hat Zeit bis nächste Woche. Aber ich finde auch, der Mitarbeiter selber  
732 kann und soll es sagen. Und nur er kann mir sagen, was er braucht. Ich kann nicht  
733 sagen: Geh nach Hause. Das kann irgendwie der total falsche Impuls sein, dass er sagt:  
734 Nein, ich will aber arbeiten. Und beim nächsten Mal sage ich: Hey, bleib hier. Und er  
735 sagt: Du, warum hast du mich nicht nach Hause geschickt? Und es gibt einfach so ...  
736 Die Masse unserer Mitarbeiter kann das sehr gut verbalisieren. Und wir hatten dazu  
737 auch eine Supervision, dass eben von der Kollegin der Angriff kam, sie hätte sich von  
738 der Leitung mehr Achtsamkeit gewünscht. Wo ich dann dachte, ja, gut, die Achtsam-  
739 keit ist bei dir, also du musst gucken, was brauche ich, und du kannst mir den Impuls  
740 geben. Und du weißt aber auch, dass ich immer ein offenes Ohr dafür habe oder wir

741 als Leitungsteam. Und dann kam aus dem Team Schützenhilfe, wo die Kolleginnen ge-  
742 sagt hat: Was denkst du, was sie machen kann? Also sie kann ja nicht 24 Stunden jeden  
743 Tag für jeden die Lösung parat halten. Und das ist dann in dem Moment vielleicht für  
744 dich gerade das Falsche. Also du musst schon den Impuls geben, und dann ist es an  
745 mir, den zu unterstützen. Und das ist halt von beiden Seiten wichtig, weil ich weiß  
746 nicht, was für den anderen wichtig ist. Ich weiß, was ich brauche in dem Moment. Viel-  
747 leicht auch manchmal nicht direkt, aber ich finde es relativ häufig raus. Und wenn der  
748 Mitarbeiter aber selber gar nicht weiß, was er braucht, und halt in so einem ... ich weiß  
749 nicht, was es ist, in so einer Gemengelage ist, dann ist es für mich natürlich auch  
750 schwierig, für ihn etwas Richtiges zu stricken.

751 **Interviewerin:** Was würden Sie abschließend als letzte Frage für heute aus Ihrer Erfah-  
752 rung sagen, was es zu einer erfolgreichen und selbstbestimmten Begleitung von Men-  
753 schen mit geistiger Behinderung bedarf, wenn Sie drei Wörter hätten?

754 **Interviewpartner\_in:** (lacht)

755 **Interviewerin:** Sie dürfen sie auch gerne definieren oder beschreiben, aber wenn Sie  
756 drei Wörter hätten.

757 **Interviewpartner\_in:** Hm. Also auf jeden Fall Kommunikation. Dann ganz wichtig Ver-  
758 netzung. Und ... na ja, wie soll ich sagen? Offene Ohren. Also für die Bedürfnisse, die  
759 die Angehörigen mir äußern. Weil wie gesagt, mit den Kindern kann ich es ja selten  
760 tatsächlich machen. Das finde ich ganz wichtig.

761 **Interviewerin:** Herzlichen Dank.

762

763 **Ende des Gesprächs bei Min. 57:20m**