

1 **Interview 09**

2

3 *I* : Interviewer

4 IP : Interviewpartner

5

6 *I: Vielleicht kannst Du Dich zunächst noch mal kurz vorstellen, auf welcher Station*
7 *Du arbeitest und seit wann Du hier vielleicht auch tätig bist hier im Krankenhaus.*

8

9 IP: Ja, mein Name ist xy, [Krankenpflegepersonal], xy Station, seit xy im
10 Krankenhaus Elim und seit xy nach Ende der Ausbildung auf der Station xy, fest
11 angestellt.

12

13 *I: Ich würde gerne von Dir erfahren, wie Du die Situation bzw. den Umgang mit*
14 *sterbenden Patienten bei Dir auf Deiner Station erlebst? Vielleicht kannst Du da*
15 *einfach mal so ein bisschen erzählen.*

16

17 IP: Ja, das Problem ist halt immer, dass es manchmal relativ schwierig ist auch die
18 Leute, die Sterbenden, optimal zu begleiten. Einmal sind die Örtlichkeiten auch
19 gar nicht gegeben, heißt, es fehlen einfach die Einzelzimmer, in denen Angehörige
20 Tag und Nacht sein können. Oder dass man Kooperationsschwierigkeiten mit
21 Ärzten, dass die immer ein bisschen zurückhaltend sind, wenn es um Morphine
22 geht oder um Schmerzmedikamente. Das ist so, was immer so ein bisschen die
23 Problematik ist. Und ansonsten versucht man sich schon auf der Station Mühe zu
24 geben, dass möglichst die Angehörigen auch bei Bedarf übernachten können bei
25 ihren Angehörigen. Dass sie eben, wie gesagt, Tag und Nacht zu Besuch kommen
26 können und dass man die möglichst halt, wie gesagt auch in ein Einzelzimmer
27 legt. Dass möglichst sanft auch ihnen gestaltet. Wie gesagt, immer noch sind die
28 Ärzte relativ vorsichtig, was z.B. Morphinum angeht – was immer so kleiner Kampf
29 bei uns ist. Dass die relativ niedrige Dosen eingehen, obwohl es eigentlich
30 absehbar ist, dass die Leute auf kurz oder lang versterben werden. Das ist so
31 unser Hauptproblem glaube ich, was ich jetzt so sehe.

32

33 *I: Was könntest Du Dir da vorstellen? Also wie könnte man das vielleicht*
34 *verändern?*

35

36 IP: Das ist natürlich schwierig zu sagen, weil jeder Arzt hat so seine eigenen
37 Vorstellungen. Also ich habe selber letzstens einen interessanten Beitrag im
38 Fernsehen gesehen, dass eigentlich Morphium keinen Tod herbeiführt, sondern
39 einfach nur den Leuten die Schmerzen nimmt und das einfach für die angenehmer
40 gestaltet. Und da ist einfach nur Aufklärung gefragt, aber das denke ich müssen
41 die Ärzte selber übernehmen. Ich habe das auch schon mal angesprochen beim
42 Oberarzt und der sieht das auch ähnlich, aber wenn der halt nicht da ist und
43 andere Leute Nachtdienst haben und die sind halt ein bisschen zögerlich, dann
44 kann man – da sind einem auch die Hände gebunden.

45

46 *I: Also Du findest, dass schon mehr noch in die Richtung Palliativmedizin getan*
47 *werden müsste?*

48

49 IP: Ja! Und auch Verlegungen auf die Palliativstation ist auch relativ
50 zurückhaltend. Also ich glaube, ich wüsste jetzt keinen Patienten, den wir schon
51 mal auf die Palliativ verlegt haben – ich glaube einen Einzigen.

52

53 *I: Wie erklärst Du Dir das?*

54

55 IP: Ich weiß es nicht. Ich weiß halt nicht, ob die, man, ich kenne ja den
56 Hintergrund nicht. Manchmal kann es ja sein, die haben eh nur vier Betten im
57 Alten Eichen Krankenhaus, ob die schon belegt sind. Manchmal versuchen sie
58 vielleicht doch noch irgendwas zu untersuchen und bei uns ist ja auch das
59 Problem, dass auch zu viel Diagnostik immer noch gemacht wird - egal beim
60 Zustand der Patienten. Das ist ja auch das, womit wir mit den Ärzten reden, aber
61 da wird dann noch Diagnostik in höchstem Maße betrieben.

62

63 *I: Ist das, wenn Ihr jetzt von pflegerischer Seite das Gefühl habt, der Patient*
64 *könnte, müsste Eurer Meinung nach auf die Palliativstation. Wäre das auch*
65 *denkbar, dass Ihr als Pflegekräfte das in die Wege leitet? Dass Ihr da drüben*
66 *anruft?*

67 IP: Nein!

68

69 *I: Also, das läuft dann schon über die Ärzte?*

70

71 IP: Das geht nur über die Ärzte, ja. Es werden zwar manchmal Konsile ausgestellt
72 für Frau Dr. xy, die kommt dann und schlägt dann vor, was man medikamentös
73 machen kann. Aber eine Verlegung an sich habe ich wirklich bislang erst einmal
74 erlebt. Auch wenn wir es anregen und da passiert also innerhalb des Hauses
75 relativ wenig.

76

77 *I: Also ich höre da so ein bisschen raus, auch ein Kommunikationsproblem
78 zwischen Ärzten und Pflegenden?*

79

80 IP: Na, ich glaube eher die Ärzte sagen, ja, wenn sie schon mal hier ist und dann
81 wollen sie auch hier behalten. Sie haben immer so die, die verlegen die Leute
82 relativ ungern, habe ich das Gefühl. Gar nicht mal so ein Kommunikationsproblem,
83 so nach dem Motto, jetzt ist sie schon mal hier, dann können wir sie ja auch
84 behandeln so. Das ist so die Grundeinstellung, die wir oft feststellen.

85

86 *I: Hast Du eine Idee, warum das so sein könnte?*

87

88 IP: Ich weiß nicht, wie gesagt auch Diagnostik wir ja auch trotzdem noch gemacht.
89 Egal wie krank die Leute sind, wie alt die sind. Da wir ja immer noch im höchsten
90 Maße Diagnostik oft betrieben. Wo wir halt auch schon den Kopf schütteln und ...

91

92 *I: Findest Du das oft zu viel?*

93

94 IP: Ja!

95

96 *I: Kannst Du im laufe der letzten Jahre auch eine Veränderung feststellen? Dass
97 sich das auch verändert hat? Dass die Therapie keine Grenzen kennt?*

98

99 IP. Also, ich glaube es hat sich etwas verbessert. Dass wir schon ein besseres
100 Verhältnis haben, dass wir teilweise den Ärzten doch schon einige

101 Untersuchungen ausreden können, aber da ja unser Patientenklientel ja eh von
102 sich aus schon immer älter wird. Und es ist halt so der Stand, wenn sie erstmal
103 eingewiesen sind und die Ärzte wollen, dass wir sie diagnostizieren, müssen wir
104 es auch machen, weil sonst bekommen wir auch kein Geld. Das ist halt so die
105 Einstellung. Weil wenn jemand kommt, der ist weiß ich, 88 Jahre, hat aber die und
106 die Fragestellung und wir machen da keine Diagnostik, dann bekommen wir auch
107 kein Geld. Das ist leider immer dieses abwägen.

108

109 *I: Gibt es vom Krankenhausträger Unterstützungsangebote, die für Dich jetzt als*
110 *Pflegekraft in Situationen, in denen Menschen sterben hilfreich sein könnten?*

111

112 IP: Leider habe ich mich angemeldet für eine Fortbildung für Palliativ, die natürlich
113 prompt mangels Masse ausgefallen ist. Also es werden da schon Fortbildungen
114 angeboten, aber die letzte, die wäre jetzt am 6. Mai gewesen, die ist leider
115 abgesagt worden, weil sich zu wenig angemeldet haben. Ja, der Seelsorger geht
116 auch über Station und fragt halt schon, gibt es jemand, können wir irgendwo
117 helfen und so. Aber sonst die Vorgabe vom Haus ist ganz klar, einfach nur die
118 Betten voll machen. Und da kommt dann auch ein sterbender Patient zu kurz,
119 wenn man irgendwie egal was los ist, man muss jeden Patienten annehmen. Wir
120 haben 34 Betten und wenn wir ein Bett frei haben, egal ob wir zehn Leute haben,
121 die schwerst pflegebedürftig ist, das ist, das 34-igste Bett muss voll gemacht
122 werden. Das ist die einzigste Vorgabe, die wir vom Haus haben und das ist
123 natürlich dann auch schwierig da dann jemanden, der wirklich Pflege bedarf –
124 haben wir letztens erst einen Fall gehabt – zu kurz kommt. Also, wir, ich habe
125 letztens eine Patientin in der Nacht gehabt, die ist jetzt auch schon verstorben.
126 Schwer krebskrank und die saß halt, ich habe Nachtwache gehabt, ich glaube ich
127 habe 80% der Nachtwache nur bei ihr verbracht, weil sie anders hingelegt werden
128 musste dies und das. Und so jemanden z.B. kann man nicht gerecht werden, weil
129 wir einfach das Personal dafür nicht haben. Das ist natürlich einerseits für den
130 Patienten unbefriedigend und für uns natürlich auch. Und da habe ich auch gleich
131 die Fragestellung gestellt, warum nicht zur Palliativ? Aber dann musste sie eh
132 noch mal ins UKE verlegt werden und dann ist sie auch da verstorben.

133

134 *I: An wen hast Du die Frage gestellt?*

135 IP: Ich habe das gleich, ich hatte ja Nachtdienst gehabt, habe es dann gleich der
136 nächsten Schicht übergeben, die sollen das mit den Ärzten besprechen. Aber
137 dann ging es ihr halt so schlecht und dann musste sie aus
138 untersuchungstechnischen Gründen ins UKE verlegt werden. Dann kam diese
139 Diskussion gar nicht mehr auf, das hat sich dann von selbst erledigt. Ich weiß
140 nicht, was daraus gewesen wäre, das wäre interessant gewesen, aber da hat sich
141 dann leider schon von sich aus erledigt.

142

143 *I: Würdest Du Dir mehr personelle Ressourcen wünschen in solchen Situationen?*
144 *Hat das damit auch was zu tun?*

145

146 IP: Das Problem ist wirklich die Besetzung, die man hat. Ich meine, jeder ist ja
147 gerne bereit jemanden zu helfen, also sich intensiv um jemanden zu kümmern, nur
148 man hat einfach die Zeit nicht. Und wenn man das Personal nicht hat, dann ist halt
149 da irgendwelche Ressourcen - ist schwierig.

150

151 *I: Also schon mehr Personal?*

152

153 IP: Ja, das ist ja immer so, man kann ja nicht sagen, dass man permanent
154 Sterbende hat und da kann man die Station auch nicht so besetzen, weil man ja
155 nicht weiß, was man hat für Patienten.

156

157 *I: Aber Du empfindest die Zeit als ...*

158

159 IP: Großes Manko, ja!

160

161 *I: Du hast gerade eben die Seelsorge angesprochen. Das empfindest Du als*
162 *Unterstützungsangebot habe ich gerade so ein bisschen rausgehört...*

163

164 IP: Ja, also die fragen ja immer regelmäßig, gibt es jemanden oder wenn wir
165 jemanden haben, der fragt, dann kommen die auch schon auf Station und bieten
166 sich da an. Wir hatten ja früher einen eigenen Seelsorger, der ist ja auch jeden
167 Tag über die Station gekommen, was auch sehr gut war. Aber jetzt wie gesagt,
168 arbeiten ja die drei Krankenhäuser zusammen und jetzt ist glaube ich

169 stellvertretend eine Seelsorgerin im Hause fest. Und die kommt eigentlich auch
170 regelmäßig auf Station und das finde ich eigentlich auch schon ziemlich hilfreich,
171 wenn man den Leuten anbieten kann. Ich habe zwar keine Zeit, aber ich kann
172 anbieten, mensch, wenn sie wollen, sie können hier mit der Seelsorgerin
173 sprechen. Das ist dann schon entlastend und ganz gut im Hintergrund zu wissen,
174 mensch, da gibt es ja jemanden, den man dann vielleicht dort hinschicken könnte.
175 Das finde ich schon sehr hilfreich!

176

177 *I: Hältst Du die Situation hier im Krankenhaus für verbesserungswürdig, was den*
178 *Umgang mit sterbende Patienten betrifft?*

179

180 IP: Ja. Wie gesagt, Schmerzmittel, kleinere Zimmer. Wir haben ja immer noch
181 Dreibettzimmer, die wir zur Not auch in Vierbettzimmer umwandeln müssen, wenn
182 es nicht anders geht. Weil, weiß ich, andere Zimmer isolieren müssen, da wir halt
183 manche Zimmer nicht belegen können, müssen wir halt aus Dreibett-,
184 Vierbettzimmer machen. Also, ich wünsche mir allgemein auch kleinere Zimmer
185 z.B. Wir sind ja schon dazu übergegangen nur Dreibettzimmer zu haben. Einfach
186 die ganze Atmosphäre ein bisschen angenehmer zu gestalten für die Patienten –
187 das denke ich kann man schon machen.

188

189 *I: Was meinst Du mit Atmosphäre genau? Kannst Du das noch mal...*

190

191 IP: Wie gesagt, diese kleineren Zimmer einfach. Das denke ich tut den Leuten
192 auch schon gut, wenn sie nicht mit drei Leuten in so ganz engen Zimmern liegen
193 müssen und einfach nur zu zweit vielleicht. Bisschen netter gestalten, z.B. ich
194 glaube die Gynäkologie, die hat ja schon so kleine Lampen über den Betten, und
195 so ein bisschen andere Atmosphäre ins Zimmer bringen. Und wir haben nur
196 dieses große Licht und diese grellen Lampen über dem Bett. Allein schon die
197 Atmosphäre innerhalb des Zimmers, aber das will ja dann wieder keiner bezahlen.

198

199 *I: Also, etwas wohnlicher auch gestalten?*

200

201 IP: Ja, genau – genau!

202

203 *I: Hast Du noch etwas, was Du gerne verändern würdest oder wo Du*
204 *Verbesserungsbedarf siehst?*

205

206 IP: Ja, wie gesagt, ich denke die Schmerzmitteleinstellung. Muss man vielleicht
207 noch mal konkret mit den Ärzten besprechen, dass man immer nicht mit einer
208 kleinen Dosis Morphium anfängt, wenn jemand wirklich absehbar todkrank ist. Da
209 sehe ich halt keinen Grund, da irgendwie nur eine halbe Morphium zu spritzen
210 anstatt einer Ganzen. Und ich denke, dass wir alle lang genug im Beruf sind, um
211 das einschätzen zu können, ob jemand, dass jemand nur kurzfristig Schmerzen
212 hat oder ob es für jemanden eine Erleichterung ist sanfter in den Tod zu kommen.
213 Das denke ich kann man uns schon zutrauen. Da wir ja auch näher am Patienten
214 dran sind als die Ärzte. Die sehen sie bei Visite, vielleicht beim Blut abnehmen, bei
215 einer Untersuchung, aber sonst sind wir ja fast in der Schicht nur beim Patienten
216 und dann können wir es auch realistischer einschätzen als die Ärzte.

217

218 *I: Hast Du denn das Gefühl, dass es daran liegt, dass die das von Euch nicht*
219 *annehmen wollen oder dass ihnen vielleicht auch die Erfahrung fehlt in dem*
220 *Bereich?*

221

222 IP: Ich sage einfach, dass das Wort Morphium immer noch eine zu negativ
223 belastende Bedeutung hat. Dass ist einfach so quasi, wenn man jetzt jemanden
224 Morphium gibt, das heißt so in Anführungsstrichen, dass, man führt den Tod
225 herbei. Aber soweit ich das weiß, ist das erwiesenermaßen nicht so.

226

227 *I: Du hattest vorhin auch schon mal Frau Dr. Reichel angesprochen, die macht ja*
228 *den Palliativkonsildienst drüben, fordert Ihr den oft an?*

229

230 IP: Also auch nicht übermäßig viel. Denke ich, das kann man vielleicht auch noch
231 öfter machen. Weil die Ärzte doch immer noch den, ich weiß nicht, den Ehrgeiz
232 haben einiges halt selber in die Hand zu nehmen und das zu machen.

233

234 *I: Liegt es vielleicht auch daran, dass dieses Angebot nicht direkt hier aus dem*
235 *Haus kommt, sondern dass man vielleicht sich von einem anderen Haus eben*
236 *noch Hilfe holen muss?*

237

238 IP: Ich glaube das ist vielleicht gar nicht mal. Einfach nur, ich glaube die Ärzte
239 haben einfach diesen Ehrgeiz das alleine hin zu bekommen so. Das ist glaube ich
240 so, dass jeder so ehrgeizig denkt, ach, das kann ich ja eigentlich auch, ein paar
241 Schmerzmittel ansetzen. Ich denke, dass ist vielleicht noch so was, was die Ärzte
242 gerne für sich beanspruchen.

243

244 *I: Ja, meine Fragen habe ich jetzt eigentlich schon gestellt. Gibt es noch*
245 *irgendetwas aus Deiner Sicht, was Du gerne zu dem Thema loswerden möchtest,*
246 *irgendetwas, was Dir am Herzen liegt?*

247

248 IP: Ich finde, dass ist ja immer relativ schwer zu sagen, weil das ist ja immer
249 individuell alles. Man kann das ja auch alles gar nicht so pauschalisieren, dass ich
250 sage Standard hier, da und das ist einfach... Jeder Mensch ist ja auch anders und
251 jeder, bei jedem verläuft das ja auch anders. Also mein Wunsch wie gesagt ist
252 einfach nur, eine freiere Handhabung mit Morphium oder dass die Ärzte sich dem
253 mehr öffnen. Und ich meine wir haben jetzt schon auf Station den Abschiedsraum,
254 der war ja sonst hier vor der Cafeteria. Das ist auch eine gute Einrichtung, wo
255 dann die Leute noch mal in Ruhe Abschied nehmen können.

256

257 *I: Nutzt Ihr den häufig?*

258

259 IP: Wir machen das ja meistens eh so, dass wir sowieso versuchen die Leute in
260 absehbarer Zeit, wenn es geht, in Einzelzimmer zu legen. Und wenn das
261 irgendwie geht, lassen wir die Leute auch auf Station. Aber wenn es jetzt
262 irgendwie aus irgendwelchen Gründen, was weiß ich, das Zimmer wird wieder
263 gebraucht oder die Angehörigen sagen, mensch wir können aber erst heute
264 Abend kommen, dann machen wir das schon. Also, wird eigentlich schon in
265 Anspruch genommen, auch von anderen Stationen. Die haben aber leider
266 vergessen, die Kerzen auszupusten - hatten wir letztens auch schon gehabt.

267

268 *I: Abschließend noch eine Frage. Ich würde gerne noch von Dir erfahren, was*
269 *Dich dazu bewegt hat an diesem Thema oder an diesem Interview zu diesem*
270 *Thema Sterben im Krankenhaus teilzunehmen?*

271

272 IP: Also, ich finde es eigentlich relativ interessant, also Palliativ interessiert mich
273 stark und Hospiz auch an sich. Und das ist für mich eigentlich eine interessante
274 Materie. Ich meine, ich hatte auch mal kurz überlegt, ob ich auf die Palliativstation
275 in Alten Eichen zu gehen, aber das Alten Eichen an sich hat mich dann
276 abgeschreckt. Und wenn ich auch wechseln würde, würde ich wahrscheinlich auch
277 nur ins Hospiz gehen, weil ich das eine ganz spannende Geschichte finde. Und
278 ich meine, da merkt man wirklich, dass man den Leuten noch was Gutes tun kann.
279 Das ist eine Sache, die mich persönlich einfach ganz stark interessiert. Wo ich
280 noch Interesse sehe und wo (unverständlich) selber noch was gestalten kann. So
281 wenn jemand kommt, der Herzinsuffizienz, Tabletten verordnet, der Arzt kommt,
282 wir können Leute morgens waschen und dies und das. Da kann man wenig
283 Persönliches einbringen. Man kann natürlich den Leuten freundlich
284 gegenüberstehen, den möglichst alle Wünsche erfüllen, aber gerade wenn
285 Palliativ, hat man noch so ein bisschen Individualität, die man da mit rein bringen
286 kann. Wo man den Leuten noch mehr mitgeben kann und wo man dann auch das
287 Gefühl hat, mensch, die Angehörigen fühlen sich wohl, der Patient merkt, mensch,
288 egal wie schlecht es mir geht, es ist immer jemand da, der sich um mich kümmern
289 kann wenn er Schmerzen hat. Er braucht keine Schmerzen haben. Das sind so
290 Sachen, die man individuell immer noch da sich einbringen kann. Wo es halt kein
291 Schema gibt, sondern wo man selber sich mit einbringen kann. Während man
292 sonst in der Therapie, wenn da Colo, Gastro angeordnet worden ist, da kann man
293 sich relativ wenig einbringen. Gerade da kann man sich persönlich noch
294 einbringen und das finde ich relativ spannend. Deshalb hätte ich auch gerne diese
295 Palliativ Fortbildung gehabt noch. Vielleicht bietet sich die Chance ja noch.

296

297 *I: Könntest Du Dir vorstellen, dass man diesen Hospizgedanken auch in ein*
298 *Krankenhaus integrieren kann?*

299

300 IP: Eher nee. Ich glaube, das ist für die Patienten auch nicht so angenehm, weil
301 dann, ich denke, wenn sie ins Hospiz gehen dann muss es auch ein anderes
302 Gebäude sein. Das ist glaube ich auch für die Leute, finde ich jedenfalls, ganz
303 wichtig, dass die... Ich glaube, wenn es innerhalb des Krankenhauses wäre, wäre
304 es für sie glaube ich wahrscheinlich einfach nur, sie kommen auf eine andere

305 Station. So würde ich das jetzt von mir aus denken. Aber wenn es ein anderes
306 Gebäude hat, ein geschlossenes nur für sich, mit Wohncharakter ist es ja glaube
307 ich immer. Das denke ich wird für die Leute schon alleine, das wird ja schon gut
308 tun, wenn sie alleine aus dem Krankenhaus raus sind.

309

310 *I: Dann, danke für das Gespräch!*