

1 **Interview 10**

2

3 *I : Interviewer*

4 IP : Interviewpartner

5

6 *I: Ja, ich würde Sie vielleicht noch mal bitten, sich noch mal ganz kurz*  
7 *vorzustellen, was Sie machen, wer Sie sind.*

8

9 IP: Mein Name ist xy, ich bin eigentlich von Haus aus xy, bin seit xy Jahren hier im  
10 Alten Eichen tätig und seit xy im DKH. Habe zusätzlich zur xy, xy gemacht, xy und  
11 xy und außerdem noch xy für das DKH. [Arzt Palliativ]

12

13 *I: Gut, dann würde ich gerne von Ihnen erfahren, wie Sie die Situation und den*  
14 *Umgang mit sterbenden Patienten im Krankenhaus Elim erleben? Also, vielleicht*  
15 *können Sie aus Ihrer Sichtweise einmal so die Situation schildern?*

16

17 IP: Ja, das ist schwierig, also wir haben das Angebot des Palliativkonsildienstes.  
18 Wir haben auch so angefangen zu arbeiten bevor diese Palliativeinheit hier im  
19 Alten Eichen aufgebaut wurde. Ich bin zu einigen Konsilen gerufen worden,  
20 sowohl von den Gynäkologen als auch von den Internisten. Es ging dabei häufig  
21 um Schmerzeinstellung, weil ich ja eben auch noch diese spezielle  
22 Schmerztherapie mache. Es ging gelegentlich um Fragen der Übernahme von  
23 Patienten und dann war immer die Situation, dass ich kein Bett hatte. Den  
24 Umgang selber mit sterbenden Patienten kann ich eigentlich nicht wirklich  
25 beurteilen da drüben. Also, das ist ja immer die Frage, wann fängt sterben an und  
26 wann hört sterben auf. Wann es aufhört wissen wir, aber wann es anfängt. Das  
27 heißt also Einsicht in die Begleitung oder Behandlung von terminal erkrankten  
28 Patienten. Die Gynäkologen behandeln ja auch onkologisch und wann das anfängt  
29 oder ob das von der primären Therapie oder wie weit das dann geht, weiß ich  
30 nicht. Und ob es da irgendwelche Geflogenheiten gibt das, wenn es jetzt wirklich  
31 an Sterbebegleitung geht, ob es da so was gibt wie Einzelzimmer oder eben  
32 bestimmte Riten oder auch... Also es ist ja auf jeden Fall nicht so, dass wir  
33 dazugezogen werden. Also, es scheint da keine Fragen zu geben.

34

35 I: Aber es ist eigentlich schon so angedacht?

36

37 IP: Es war, wir haben uns überall vorgestellt als das anfang mit dem  
38 Palliativkonsildienst. Und haben auch darum geworben, also uns die Patienten  
39 vorzustellen, die eben terminal erkrankt sind, um eben diese spezielle  
40 palliativmedizinische Behandlung oder palliativpflegerische Behandlung auch  
41 anbieten zu können oder optional auch, um für diese Probleme das Augenmerk zu  
42 schärfen. Und dabei wir sagten, wir kommen eben immer wenn es geht in einer  
43 zweier, dreier Formation, um eben erstmal eine Bedarfsanalyse zu machen. Worum  
44 geht es, medizinisches, pflegerisches, soziales, spirituelles sonst wie Problem.  
45 Überleitungsproblem, Angehörigenproblem wie auch immer, aber das denke ich  
46 ist irgendwie – es wird jedenfalls nicht genutzt – es ist ja da.

47

48 *I: Und wie erklären Sie sich das, dass das nicht genutzt wird?*

49

50 IP: Das ist eine Sache, die wir schon die ganze Zeit versuchen raus zu finden in  
51 diesem, wie haben regelmäßig ... das ist das ganz große Fragezeichen. Zum  
52 einen ist es natürlich so, warum werden die Patienten, die dort schon immer  
53 behandelt werden, warum sollten sie es jetzt nicht mehr tun - also warum? Das ist  
54 eine Erklärungsmöglichkeit, die ich mir vorstellen kann. Dass es eben heißt, wir  
55 haben schon immer die Patienten betreut weiter. Dann ist ein Problem, wie gesagt  
56 bestimmt das Ding, dass die Betten bei uns sind im Alten Eichen, Standort Alten  
57 Eichen sind, so dass die Übernahme schwierig ist. Also das ist ja auch mal so,  
58 dass, zum einen ist es so, entweder habe ich keine Betten, wir sind ja auch sehr  
59 beengt, oder es kann auch durchaus sein, dass wenn ich gerufen wurde zu den  
60 Patienten, dass ich dann sagen konnte, es ist, macht keinen Sinn mehr die  
61 Patienten jetzt noch zu verlegen. Sie hätten eindeutig auf unsere Station gehört,  
62 aber im Haus hätte man sie verlegen können, aber über so einen Weg, dass man  
63 sie noch mal wieder einpackt und so. Und natürlich auch die Schwierigkeit z.B.  
64 Patienten, die dort im Haus in der Gynäkologie, da durch häufige Aufenthalte die  
65 Schwestern schon kannten. Warum sollten die jetzt plötzlich auf eine andere  
66 Station gehen? Das ist auch z.B. so, dass einige das eben nicht wollten. Und  
67 dadurch ist es für die ärztlichen Kollegen eben so, dass muss halt für die auch so

68 wirken, als würde ich die Übernahmen immer abblocken. Das glaube ich hat die  
69 Akzeptanz runter gefahren, weil das eigentlich kein primäres.... Ob das eine  
70 Persönlichkeitsfrage ist, weil ich immer auftauche? Muss man sich alles  
71 überlegen, ne?! Also, ob das an meiner Person hängt, ob es einfach, wie gesagt  
72 dadurch, dass es nicht jeden Tag präsent ist gar nicht im Alltäglichen haften bleibt  
73 – ich kann es Ihnen nicht sagen.

74

75 *I: Meinen Sie, dass die Mitarbeiter das wissen? Also, dass das bekannt ist, dass*  
76 *es den Palliativkonsildienst gibt und dass der eingefordert werden kann? Und*  
77 *wenn auch, vom wem kann der überhaupt eingefordert werden?*

78

79 IP: Ja, das war am Anfang vor allen Dingen auch ein großes Problem, weil es  
80 immer hieß, Konsile werden ärztlich gestellt und das war ja bei unserem Konsil  
81 anders gemeint. Also, das war ja schon so, dass es aus allen Bereichen gestellt  
82 werden sollte und wenn dann nicht, dann sollte zumindest möglich sein, dass man  
83 aus allen Bereichen mit den speziellen Fragestellungen anfordern könnte. Was,  
84 ich glaube, nicht geht. Also, wenn man sagt dem Arzt sagt, stellen sie bitte mal  
85 eine Anforderung, wir haben hier ein pflegerisches Problem. Dann sagt der, sie  
86 haben einen Knall. Also, das wird nicht laufen! Aber am Anfang wie gesagt war es  
87 eben auch schwierig, dass die Schwestern anfordern konnten. Ich weiß nicht, ob  
88 es deswegen wieder versackt ist. Also, wir haben es immer wieder versucht auch  
89 in die Pflegeleitung rein zu bringen und wie gesagt, ich habe natürlich nur eine  
90 ganz am Anfang eine Roadshow gemacht in den verschiedenen Ärztegremien der  
91 Häuser und das da vorgestellt. Wie gesagt, warum das so wenig genutzt wird,  
92 kann ich Ihnen letztendlich nicht sagen.

93

94 *I: Aber es ist schon so gedacht, dass sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal sich*  
95 *hier an den Palliativkonsildienst wenden können und ihn einfordern können? Mich*  
96 *würde da noch mal interessieren, wie funktioniert das genau? Kann man hier*  
97 *anrufen oder wie läuft das?*

98

99 IP: Also, es ist eigentlich über das Orbis geregelt, also dass man es eingibt als  
100 Konsil, wie alle anderen Anforderungen auch. Und es ist eigentlich auch geregelt,  
101 dass das jeden Tag angeguckt wird. Also von mir wird das jeden Tag

102 durchgeguckt und wenn ich nicht da bin, dann gibt es eine Vertretung, so dass  
103 eben das abgerufen wird und aufgerufen wird.

104

105 *I: Sie hatten gerade gesagt, der Palliativkonsildienst hat sich bei den Ärzten*  
106 *vorgestellt, bei der Pflegedienstleitung. Wurde das irgendwie auch bei den*  
107 *Pflegenden direkt bekannt gemacht?*

108

109 IP: Das weiß ich nicht, dass, ich habe verschiedene Sitzungen, also so ein  
110 Sitzungsplan gekriegt so ungefähr, wo ich hingegangen bin. Und wie das dann die  
111 Durchdringung weiter statt findet, das kann ich nicht sagen. Das wird  
112 wahrscheinlich auch wieder Personen abhängig sein. Diejenigen, die sich das  
113 Thema auf die Fahne geschrieben haben werden da bestimmt mehr hinterstecken  
114 als die, die sagen, ja, und? Also, das ist einfach auch so eine Haltungsfrage,  
115 denke ich schon. Es macht ja auch nicht jeder Palliativpflege und das ist ja eine  
116 Sache, die, natürlich haben wir schon immer alle mit Sterbenden zu tun gehabt,  
117 aber das, ich sage mal besondere an der Palliativmedizin als Gebiet ist ja doch  
118 noch relativ jung und auch schon neu. Und das zu erfassen, das denke ich,  
119 braucht auch seine Zeit - also, wie gesagt, die Durchdringung. Und das ist nicht  
120 getan dadurch, dass man andauernd so schöne Worte benutzt wie, würdig sterben  
121 oder dem Leben mehr dingsda und all so ein Quark. Also da steht ja echt harte  
122 Arbeit dahinter und die, wo ich denke mal viele auch Pflegende sagen, das  
123 möchte ich aber gar nicht, ich möchte nicht eine Stunde am Bett sitzen. Ich mache  
124 lieber fünf Pötte hin und her, also ich glaube da habe ich effektiver gearbeitet. Also  
125 zeitgetacktet zu arbeiten ist für bestimmte Menschen bestimmt effektiver als, was  
126 weiß ich, Zeit so nach den Bedürfnissen anderer Menschen einzuteilen.

127

128 *I: Können Sie vielleicht noch mal kurz sagen, was der Palliativkonsildienst genau*  
129 *anbietet? Also, was es genau beinhaltet?*

130

131 IP: Also, wir bieten erstmal Beratung in den verschiedenen Kompetenzbereichen  
132 an. Ob das nun pflegerisch, ärztlich, und da auch noch mal unterschieden eben in  
133 Schmerztherapeutisch, Palliativmedizinisch, Seelsorgerisch oder...

134

135 *I: Für Ärzte, Pflegende aber auch für den Patienten selber und die Angehörigen?*

136

137 IP: Ja, klar. Aber das ist ja noch mal ein Thema weiter. Wer das für die Patienten  
138 in dem Maße anfordert, der ist ja schon in der Denke drin, würde ich mal sagen.

139

140 *I: Und die Male, die Sie angefordert worden sind, dass war dann von den Ärzten,*  
141 *also es ging auch um ärztliche Beratungsfragen?*

142

143 IP: Ja, meistens medizinische Fragen. Ich werde hier im Haus relativ viel  
144 angefordert, also hier im eigenen Haus zur Mitbetreuung oder aber natürlich auch  
145 Übernahme. Die meisten Übernahmen (unverständlich) ich glaube, dass es daran  
146 am Meisten hakt.

147

148 *I: Dass Sie im anderen Haus sind?*

149

150 IP: Ja, das hat sich ja hier auch entwickelt. Am Anfang gerade, weil ich ja auch  
151 Intensivmedizinerin bin, jetzt müssen sie hier alle sterben, weil jetzt ist sie auf der  
152 Seite. Also, die Akzeptanz dessen, was wir da machen hat sich ja auch hier im  
153 Hause erst langsam aufgebaut und auch neue Perspektiven geschaffen. Jetzt ist  
154 es ja teilweise so, dass die Chirurgen froh sind, wenn wir ihre Patienten  
155 übernehmen. Oder selbst von der Intensivstation haben wir schon drei Anfragen  
156 gehabt. Ich glaube wirklich, es ist diese häusliche Distanz (unverständlich). Es ist  
157 ja auch so, dass hier die Chirurgen können sich ja sofort angucken, was mit den  
158 Patienten passiert. Die gehen einfach ein Stockwerk tiefer und dann sehen sie  
159 das. Während, wenn ich jetzt gynäkologische Patienten übernehme, dann sind sie  
160 wech. W, E, C, H. Also von daher denke ich mal...

161

162 *I: Wünsche für die Zukunft, was könnte man verändern vielleicht auch vor dem*  
163 *Umzug in den Neubau?*

164

165 IP: Tja, das, ich versuche es immer auf dem kurzen Dienstweg zu machen. Also,  
166 in Gesprächen, in ... Also, was ich gut fände, wäre wenn z.B. gerade so bei den  
167 Gynäkologen oder so es rechtzeitiger anfangen würde. Dass dieses Misstrauen,  
168 man nimmt die Patienten weg, nicht da wäre und dass es auch früher anfangen  
169 würde, sag ich mal eine gezielte Therapie. Also gerade im Bereich

170 Schmerztherapie sehe ich es immer wieder, dass es da einfach doch, dass erst  
171 eine zeitlang rumgewürgt wird, muss ich mal ganz ehrlicherweise sagen, und dann  
172 kommt ein Schmerzkonsil und da stehen dann schon fünf Medikamente im Anlauf  
173 drin. Und das ist einfach nicht so günstig. Und eben bei den reinen  
174 Palliativpatienten, also wenn jetzt die Schmerzen nur im Vordergrund stehen, sehe  
175 ich eben immer das, es wird gewartet bis es an der Kippe steht. Anstatt vorher zu  
176 agieren. (Pieper geht und IP muss telefonieren)

177

178 *I: Wäre es denkbar, dass man vielleicht in Zukunft noch mal versuchen sollte die*  
179 *Pflegekräfte mehr vielleicht noch mal zu informieren, mehr ins Boot zu holen? Die*  
180 *dafür zu sensibilisieren?*

181

182 IP: Ich kenne die Strukturen zwischen den Pflegekräften und den Ärzten nicht.  
183 Das ist ja immer so ein bisschen das Problem, was ist mein Kuchen und was ist  
184 dein Kuchen. Und das ist dieses Kompetenzgerangel, ich muss Ihnen ganz ehrlich  
185 sagen, ich möchte dazu nichts sagen – kann ich auch nicht, ich kann nichts sagen!  
186 Ich weiß nicht, ob das (unverständlich) wäre oder ob das genau nach hinten  
187 losgeht – ich habe keine Ahnung. Also ich finde es immer richtig und wichtig, dass  
188 jeder, ganz egal wo und an welcher Stelle er arbeitet, seinen Problemen Ausdruck  
189 gibt und wenn es Bedürfnisse danach gibt, dass man sagt, O.K., ich finde aber  
190 hier muss das und das laufen und das läuft nicht. Dann muss das an Mann  
191 gebracht werden. Aber, wie gesagt, wie der Weg dafür ist, das weiß ich nicht. Das  
192 muss jeder selber wissen oder...

193

194 *I: Haben Sie noch irgendeinen Vorschlag oder irgendeinen Wunsch, was sich*  
195 *verändern sollte oder könnte?*

196

197 IP: Ich denke, dass ist eine Frage der Kommunikation. Also nicht das endlose  
198 Gelaber sondern wirklich Kommunikation. Und das eben darstellen, was man  
199 machen kann, wie es geht und das dann vielleicht ausprobieren. Aber wie gesagt,  
200 man kann auf diese Distanz und mit dieser räumlichen Begrenzung, die wir haben  
201 auch gar nicht so groß jetzt hinrennen und Hilfe anbieten – das ist das Problem.  
202 Dass ohne eben viel zu labern auch darzustellen und ich kann eben auch meine  
203 Kollegen verstehen, wenn sie dann dreimal angemeldet haben und dreimal eine

204 Rückweisung gekriegt haben, weil ich nicht übernehmen kann. Dann hat man  
205 auch keine Lust und sagt, dass hat sich für mich nichts geändert. Also, ich denke,  
206 wie gesagt, dass ist, dass wird noch mal, der Palliativkonsildienst wird auch  
207 bleiben auch im neuen Haus. Weil es anders ist als sonst wie, man muss schon  
208 bei den Palliativpatienten echt gucken, wen man übernehmen kann und wen nicht.  
209 Vor alledem, weil wir in der Situation sind, dass wir nur Zweibettzimmer haben und  
210 die Patienten muss man zusammenlegen. Und wir müssen eine volle Belegung  
211 haben sonst kriegen wir die Stellen gestrichen. Aber deswegen wird es so bleiben,  
212 dass man sich die Patienten auch anguckt und sieht wen man... Ansonsten gibt es  
213 natürlich schon auch, im eigenen Haus ist es natürlich schon auch einfacher  
214 anzufordern, wenn man Therapiehilfen braucht.

215

216 *I: Also, ich höre da jetzt so ein bisschen raus, dass Sie schon so auch das*  
217 *Problem hauptsächlich darin sehen, dass, ja, dass die einfach an einem anderem*  
218 *Standort ist diese ganze Abteilung.*

219

220 IP: Ja – ja! Ganz klar! Und ich habe auch zu viel Arbeit hier, als dass ich mich  
221 andauernd darum kümmern könnte. Also, ich meine Palliativkonsildienst ist ja nur  
222 ein Futzel von meiner Tätigkeit. Schade - aber wahr!

223

224 *I: Gut, dann danke ich Ihnen erstmal herzlich!*