

1 **Interview 03**

2

3 I : Interviewer

4 IP : Interviewpartner

5

6 *I: Gut, dann würde ich Dich zunächst einmal bitten, Dich noch mal kurz*  
7 *vorzustellen, wie Du heißt, was Du hier machst und in welchem Bereich Du hier*  
8 *tätig bist?*

9

10 IP: Ich bin xy, bin xy [Arzt] hier, bin auf der xy Station, bin in der Weiterbildung zur  
11 xy, arbeite schon seit xy Jahren hier und vorher im xy Bereich, ja.

12

13 *I: Gut, dann würde ich gerne von Dir erfahren, wie Du die Situation bzw. den*  
14 *Umgang mit sterbenden Patienten auf Deiner Station erlebst?*

15

16 IP: Wechselnd, es hängt sehr viel davon ab, wie alt die Patienten sind und wie  
17 dramatisch das auch von Patienten Seite her ist. Überwiegend haben wir hier ja  
18 mit alten Leuten zu tun, die oder das länger abzusehen ist, dass es schlechter  
19 wird und dass sie hier sterben oder auch schon häufiger vorher da waren und  
20 dann wieder kommen und eigentlich auch mehr oder weniger klar ist, dass sie hier  
21 zum Sterben her kommen. Damit ist der Umgang oft entspannt, ich finde recht  
22 liebevoll auch so vom Pflegepersonal her. Und von unserer ärztlichen Seite ist es  
23 manchmal so, dass man dann, wenn sie nicht jetzt ganz viel Schmerzmedikation  
24 brauchen oder so und man nicht mehr weiß, was man da noch tun soll und ob  
25 man in der Visite noch jedes mal rein geht oder nicht. Aber das, glaube ich läuft  
26 relativ entspannt. Schwieriger ist es, wenn wir jüngere Patienten mal haben mit  
27 Tumorerkrankungen. Da finde ich, das ist ja von der Verarbeitung auch für den  
28 jungen Patienten oft noch nicht so abgeschlossen und auch für uns oft auch  
29 schwieriger in der Gesprächsführung. Und ich finde auch vom Pflegepersonal her  
30 oft viel mehr Hilflosigkeit, was soll man jetzt machen, was soll man sagen. Das  
31 zeigt aber manchmal auch Unverständnis für (unverständlich) und der  
32 Angehörigen, die dann ja auch manchmal anstrengend sind. Das finde ich  
33 schwieriger, weil wir es auch nicht so häufig haben und dann doch nicht, kann

34 man ja auch nicht routiniert mit sein, aber da fehlt uns dann manchmal auch die  
35 Erfahrung.

36

37 *I: Fällt Dir da vielleicht eine bestimmte Situation ein, die Du schildern könntest?*

38

39 IP: Ja, obwohl ich glaube, dass die Patientin nicht bei uns gestorben ist. Aber ich  
40 weiß eine Mutter, die war sicher erst so um die 40 her, Teenagerkind und das  
41 schon so war, ich bin mir ziemlich sicher, dass die nicht hier gestorben ist, aber  
42 doch eben so kurz davor war. Und wo das dann einfach, man versucht so in  
43 Gesprächen irgendwie da die Patientin erst darauf, ihr überhaupt erstmal klar zu  
44 machen, wie ernst es jetzt steht und ja, da finde ich das schwieriger. Oder auch  
45 Leute so, die 50, 60 so, das ist für uns ja auch eher noch jung. Da kann ich mich  
46 auch an mehrere erinnern, die hier gestorben sind. Das ist ganz wechselhaft und  
47 hängt sehr viel auch damit zusammen, wie das zwischen den Patienten und den  
48 Angehörigen, ob da eigentlich das Gespräch ist. Und dann habe ich mich auch an  
49 einen erinnert, der sehr verdrängt hat, dass er krank ist und der immer noch  
50 gehofft hat nach Hause zu kommen und seine Briefmarkensammlung zu sortieren.  
51 Und die Lebensgefährtin, die viel hier war und obwohl ich finde, dass es da  
52 trotzdem...bei denen fand ich, dass es ganz gut gelaufen ist, weil wir dann mit der  
53 Lebensgefährtin wenigstens relativ offen sprechen konnten. Und dem Patienten  
54 auch immer wieder gesagt haben was ist, aber ihm jetzt auch nicht total  
55 ausgedet haben, dass er nicht mehr nach Hause kann. Es ist, es ist wirklich sehr  
56 individuell, gerade bei den Jüngeren, ist es sehr individuell. Ein Bemühen ist auf  
57 jeden Fall, finde ich, sehr liebevoll auch von der pflegerischen Seite da.

58

59 *I: Gibt es vom Krankenhausträger Unterstützungsangebote, die für Dich jetzt auch  
60 als Ärztin in solchen Situationen, in denen Menschen sterben hilfreich sein  
61 könnten? Wird da was angeboten?*

62

63 IP: Also, ich finde den Krankenhauseelsorger sind ein Angebot, treffen aber eben  
64 nicht für jeden zu. Manchmal wollen die Patienten das nicht, dann ist das  
65 schwieriger. Aber wenn sie mit eingebunden werden, auch auf Wunsch des  
66 Patienten, dann finde ich, ist das meistens auch sehr positiv gelaufen. Dann wäre

67 ja ein Angebot der Palliativkonsildienst, was wir bisher wenig, fast gar nicht in  
68 Anspruch genommen haben. Und womit wir von daher wenig Erfahrung haben.

69

70 *I: Kannst Du Dir erklären, warum das so wenig hier in Anspruch genommen wurde*  
71 *bis jetzt?*

72

73 IP: Ja, weil ich glaube zum Einen, weil wir wenig die jüngeren Patienten haben,  
74 die an Krebs sterben, sondern eher die älteren Patienten haben, die an Asthma,  
75 COPD, Herzinsuffizienz oder so sterben. Und da doch auch das Gefühl hatten, der  
76 Palliativkonsildienst kann uns auch nicht viel mehr dazu sagen. Manchmal auch,  
77 weil das Gefühl bestand, es geht dann um eine Verlegung auf die Palliativstation,  
78 dachten wir lange Zeit, was ja gar nicht so ist, und es bestand selten der Grund  
79 einen Patienten zu verlegen, wenn er hier eigentlich zufrieden stellend versorgt ist  
80 und weder von Patientenseite noch von unserer Seite das Gefühl da ist, es fehlt  
81 jetzt was (unverständlich). Bei Tumorpatienten, die mehr unter Schmerzen dann  
82 auch leiden, da hätten wir sicher manchmal auch noch Hilfe gebrauchen können  
83 und üben das jetzt gerade. (lachen) Aber das ist tatsächlich bisher wenig gelaufen.

84

85 *I: Hast Du das schon mal in Anspruch genommen den Palliativkonsildienst? Hast*  
86 *Du den schon mal angefordert?*

87

88 IP: Ich glaube, wer jetzt von uns, ich glaube wir haben ihn ein- oder zweimal in  
89 Anspruch genommen, das liegt jetzt aber schon ein Jahr zurück, so gefühlsmäßig.  
90 Da ich jetzt selbst den Palliativkonsildienst, äh, den Palliativkurs gemacht habe,  
91 haben wir jetzt ein-, zweimal so mit der Schmerzmedikation und auch mit der  
92 palliativen Sedierung schon mal ein bisschen sinnvoller das, also wo ich, nachdem  
93 ich den Kurs gemacht habe, selber bessere Ideen hatte, wie man es machen  
94 kann. Da haben wir aber auch noch versäumt, das als Konsil einzutragen so. Da  
95 habe ich dann die Schmerzmedikation, also das waren Patienten von Kollegen,  
96 wo ich dann ihnen, die dann eh noch in Ausbildung sind mehr als ich, denen dann  
97 geholfen habe, dass so einzustellen. Und das hat auch was gebracht, fand ich.  
98 Aber das waren nicht nur, also dass waren auch keine Patienten, die hier  
99 gestorben sind, aber wo es wirklich um so Schmerzmedikation dann ging, wie es  
100 in anderen Palliativsituationen auch ist.

101 *I: Kannst Du Dich erinnern, als der Palliativkonsildienst mal angefordert wurde, wie*  
102 *das genau abläuft? Also, gibt es da irgendwie so ein bestimmtes Schema, wen*  
103 *man zu benachrichtigen hat oder wie läuft das? Ist das bekannt hier?*

104

105 IP: Ich glaube, wenn wir ihn, was wir ja jetzt mehr machen wollen und jetzt in den  
106 letzten paar Wochen war es auch irgendwie nicht so, dass wir da jetzt so typisch  
107 jemanden hatten, einen Patienten. Aber wenn, dann, man müsste das über  
108 Computer eben anmelden, wie man andere so Konsile eben auch anmeldet, aber  
109 ich bin mir ziemlich sicher, dass wenn der Fall eintritt, dass dann nicht gefragt  
110 würde. Und ich müsste auch noch mal im Computer blättern, ich bin mir auch  
111 ziemlich sicher, dass ich es finden würde, aber ich könnte jetzt nicht auswendig  
112 den Pfad sagen der Anmeldung. Und ansonsten wüssten wir eigentlich immer,  
113 dass wir in Alten Eichen Frau xy anrufen könnten und dort dann erfahren könnten.  
114 Es war zwischendurch auch so, dass Herr xy, das ja zum Teil machen. Und da  
115 war es auch mal, ich glaube da war es schon mal von uns so, die Motivation das  
116 zu machen. Und dann war das ein bisschen unklar, macht Herr xy nur  
117 Schmerzmedikation oder macht er Palliativ und dann wurden Palliativkonsile nicht  
118 beantwortet, weil dann irgendwelche Urlaubszeiten war. Das frustriert natürlich  
119 dann und dann versucht man das beim nächsten Mal nicht mehr. Aber es war  
120 auch z.B. schon mal so, weil sie im Urlaub war und dann Frau xy kam aus dem  
121 Alten Eichen oder da aus der Schmerzpraxis und ein ganz ausführliches Konsil  
122 gemacht hat und damals, aber das ist jetzt glaube ich schon ein Jahr her eben,  
123 das ganz gut auch weitergeholfen.

124

125 *I: Aber es gibt schon, wenn ich das jetzt richtig verstanden habe auch, oder gab es*  
126 *in der Vergangenheit, Probleme, was so den Informationsfluss auch ein*  
127 *bisschen...*

128

129 IP: Genau. Das war lange Zeit nicht gut genug bekannt, aber auch ein bisschen  
130 einfach so, wir xy [Ärzte], ob nun fertig oder nicht fertig, denken immer erst mal,  
131 wir können das eigentlich auch und es muss erst dieses glaube ich wachsen.  
132 Dass, also jetzt wo ich den Kurs gemacht habe, weiß ich auch, was ich vorher  
133 alles nicht wusste. Aber bis dahin denkt man, ja, wir wissen doch Stufenschema  
134 WHO und Morphin kann man geben, wenn jemand, auch zur Sedierung und oder

135 Dormicum oder so. Man denkt, man weiß das alles, aber diese vielen kleinen  
136 Tricks, mit denen man Dinge verbessern kann, die fehlen uns einfach.

137

138 *I: Und ist es auch denkbar, dass das Pflegepersonal z.B. an Dich herantritt und*  
139 *sagt, Mensch, wie wäre das, wäre das bei dem Patienten nicht angebracht den*  
140 *Palliativkonsildienst einzufordern? Oder kam so etwas schon mal vor?*

141

142 IP: Also, ich weiß nicht mehr welcher Patient, aber ich meine so in Erinnerung zu  
143 haben, das ist schon länger her jetzt als die Palliativstation gerade eröffnet wurde,  
144 dass dann vielleicht so ein-, zweimal oder so, dass ist doch auch ein Patient, der  
145 könnte auf die Palliativstation, also von Pflegeseite her. Aber, dass wir wirklich mal  
146 jemanden verlegt haben, glaube ich nicht. Und wenn das ist, ich kann mich  
147 wirklich nicht an spezielle Personen erinnern, aber eher dann dieses Gefühl, was,  
148 warum soll der jetzt auf eine Palliativstation, wenn die Versorgung hier zufrieden  
149 stellend ist. Dann war es eher diese Anfrage, dass die bei mir eher ankamen, der  
150 ist doch so pflegebedürftig, damit sind wir hier überfordert, also dann eher von  
151 Pflegeseite und nicht von der medikamentösen Versorgung her. Aber ich glaube  
152 eher, dass wir keinen rüber geschickt haben.

153

154 *I: Du erwähntest vorhin noch mal die Seelsorge. Bietest Du das den Patienten und*  
155 *deren Angehörigen grundsätzlich an, wenn die z.B. im Sterben liegen oder ist das*  
156 *eher so nach Bedarf?*

157

158 IP: Nach Bedarf, aber eher, dass ich daran denke und das anbiete. Manchmal ist  
159 es so, wenn man sagt, möchten sie auch einen Seelsorger haben, ist das sehr oft,  
160 da gehen alle Alarmglocken an. Ah, ich habe Krebs, ich brauche einen Seelsorger,  
161 also sterbe ich bald. Also, ich finde auch dieses Angebot muss man sehr sensibel  
162 rüber bringen, aber wenn ich irgendwie das Gefühl habe, dann frage ich  
163 manchmal auch erstmal nach. Können sie jetzt schlechter schlafen oder machen  
164 sie sich Sorgen oder wollen sie noch etwas geklärt haben und wenn ich irgendwie  
165 merke, da ist so ein Signal, darauf einzugehen, dann sage ich, wir haben hier  
166 auch nette Seelsorger. Sollen wir den mal informieren? Und ich würde mal sagen,  
167 das ist so 50:50, dass die Patienten das auch in Anspruch nehmen.

168

169 *I: Hältst Du die Situation bzw. den Umgang mit sterbenden Patienten hier im*  
170 *Krankenhaus generell für verbesserungswürdig?*

171

172 IP: Ja, ja halte ich. Obwohl ich finde, dass sie gut gepflegt werden. Das finde ich  
173 eigentlich schon gut. Es sind oft dann auch organisatorische Dinge, die man  
174 verbessern könnte.

175

176 *I: Zum Beispiel, könntest Du da etwas konkret benennen?*

177

178 IP: Ja, also, was häufig funktioniert ist, dass sie ein Einzelzimmer kriegen, das  
179 finde ich gut. Prinzipiell fändt ich, aber das ist eine bauliche Sache, schön, wenn  
180 ein Einzelzimmer mit einer Glasscheibe oder so aus dem Stationszimmer  
181 einzusehen wäre, weil so jemand sich ja eben nicht melden kann. Also, wenn die  
182 Tür zu ist, ist sie eben auch zu und keiner kriegt was mit. Das finde ich z.B.  
183 verbesserungsfähig. Was oft gut klappt, liegt auch ein bisschen dran, wie die  
184 Belegung bei uns ist, es war schon häufiger so, dass dann auch mal Angehörige  
185 ein Bett ins Zimmer mit rein geschoben gekriegt haben und man sich auch ein  
186 bisschen um die Angehörigen gekümmert hat oder eben das Angebot gemacht  
187 hat, da zu schlafen. Das funktioniert aber nur gut bei sehr kooperativen  
188 Angehörigen. Wenn Angehörige selber überfordert sind und dadurch auch nervig  
189 sind oder vielleicht auch von ihrer Struktur her sowieso, dann wird so ein Angebot  
190 wenig gemacht und da finde ich, fällt es sicher jedem Menschen auch schwerer.  
191 Aber vielleicht kann man da auch lernen, wie man mit anstrengenden Angehörigen  
192 besser umgehen kann, weil vielleicht liegt es ja auch nur an der Situation, dass sie  
193 anstrengend sind. Und das finde ich sowohl auf Intensivstation als auch auf  
194 unserer Station hier ganz schwierig so, dass alle denken, oh, die Ehefrau fragt  
195 aber auch ständig oder irgendwie so was und ich habe es ihr doch schon fünfmal  
196 erklärt oder die will schon wieder ein Gespräch. Wie kann man lernen, so mit  
197 ihnen zu reden, dass es, dass man selber nicht genervt ist und denkt, man muss  
198 immer und immer wieder. Wo muss man sich abgrenzen und wo muss man  
199 wieder auf sie eingehen. Da würde ich mir wünschen, dass wir mehr können an  
200 Gesprächsführung.

201

202 *I: Hast Du eine Idee, wie man das verbessern könnte konkret?*

203 IP: Ich glaube, so was muss man schon gerne in Ausbildung, wo man lernt, wie  
204 man miteinander redet, wie man hin hört, wie man sich ausdrückt, dass ein Patient  
205 oder ein Angehöriger es versteht. Wo man auch vielleicht über Verdrängung und  
206 all so was, was lernt. Also, ich glaube da muss man richtig in Rollenspielen und so  
207 das lernen. Und man lernt das natürlich auch mit jedem Fall den man betreut dazu  
208 oder man hat wenigstens die Chance es dazu zu lernen. Ja, also ich glaube  
209 beides, Erfahrung, aber ich glaube so was kann man auch wirklich in  
210 Gesprächstrainings üben, glaube ich. Wird aber, denke ich, sehr wenig gemacht.  
211 Wir haben es im Studium nicht gelernt oder nur ganz wenig mal gelernt. Ich  
212 glaube heute wird es ein bisschen mehr gemacht, aber richtig viel glaube ich auch  
213 nicht. Ich denke, wenn man so jetzt von pflegerischer Seite Palliativkurse oder so  
214 was besucht, gibt es auch so was , was man lernen kann, aber aus meinem  
215 eigenen Kurs jetzt würde ich jetzt sagen, dass war halt eher auch noch sehr  
216 wenig. Ich hatte nur einen Grundkurs besucht, aber das würde nicht reichen.

217

218 *I: Bist Du hier im Haus xy [einziger Arzt], mit dieser Palliativ Zusatzqualifikation?*

219

220 IP: Ja, also ich glaube. Ich wüsste zumindest keinen anderen.

221

222 *I: Und weißt Du, ob es hier vom Pflegepersonal jemanden gibt, der da vielleicht*  
223 *auch eine Zusatzqualifikation hat?*

224

225 IP: Ich glaube keiner. Die, die das eben gemacht haben, sind die, die dann nach  
226 Alten Eichen auf die Palliativstation gegangen sind. Von den anderen wüsste ich  
227 eigentlich keinen, der sich da mal besonders drum gekümmert hat.

228

229 *I: Würdest Du das wünschenswert finden, dass da vielleicht in Zukunft noch, ja,*  
230 *ein größerer Schwerpunkt gelegt wird? Dass vielleicht noch mehr Ärzte oder auch*  
231 *Pflegekräfte in dem Bereich sich weiter bilden?*

232

233 IP: Also, so spontan find ich, es gibt ja diese IBF, diese Inner Betriebliche  
234 Fortbildung, ich muss gestehen, dass ich mich auch selten um das  
235 Fortbildungsprogramm kümmere, was da angeboten wird. Aber da müsste man ja  
236 vielleicht nicht nur EKG Kurse und so was anbieten, sondern da könnte man ja

237 auch was über Gesprächstraining oder so machen. Dann könnte man sozusagen  
238 auch im Haus so was machen. Manchmal ist es vielleicht auch sinnvoll so was  
239 auch mit Fremden zusammen zu machen, weil man da motivierter üben kann und  
240 nicht mit denen, mit denen man immer zusammen arbeitet. Wäre sicher beides  
241 gut. Und was man vielleicht auch verbessern könnte wäre, wir machen ja  
242 eigentlich gar keine Teamsitzung zu Patienten. Wir machen wohl mal Pflege - Arzt  
243 Runden oder so. Aber wir sprechen wenig darüber, wie ist dieser Fall, also, wie ist  
244 eigentlich der Verlauf gewesen. Wir machen wenig - wie heißt denn das?  
245 Supervision, ja oder irgendwas in der Richtung. Man könnte ja eigentlich mal  
246 sagen, O.K., hier war jetzt ein Patient, der ist von uns zwei Wochen gepflegt  
247 worden, ist hier dann gestorben und alle Beteiligten setzen sich noch mal  
248 zusammen und rekapitulieren, ob das so ein guter Verlauf war oder nicht und was  
249 man verbessern könnte.

250

251 *I: Wäre das auch wünschenswert das vielleicht während so eines Prozesses auch*  
252 *zu machen?*

253

254 IP: Wäre bestimmt auch gut, weil man da im Prozess noch was verändern kann.  
255 Ich kann mir vorstellen, dass es zum Üben oder am Anfang einfacher ist nach  
256 einem Prozess sich mal Dinge anzugucken. Aber wenn man natürlich in einem  
257 Prozess noch sich zusammensetzt und sagt, halt stopp, jetzt haben wir an drei  
258 Tagen dieses Problem gehabt und jetzt versuchen wir das mal anders anzugehen,  
259 würde man ja auch sehen, hat sich am 4. und 5. Tag vielleicht was verändert. Also  
260 auch da glaube ich, ist es manchmal einfach die Kommunikation, was uns hier nur  
261 bedingt gelingt und auch auf der Intensivstation nur bedingt gelingt in der Visite  
262 auch über so was zu sprechen. Dass wir nicht so nebeneinander stehen und die  
263 Pflege auf Anordnung wartet und wir uns auch wenig bemühen Dinge zu erklären  
264 oder so und wenn man da mehr aufeinander hört und sagt, wie kommt es an und  
265 habt ihr noch eine Idee, könnte man, ich glaube man könnte ganz viel verbessern.

266

267 *I: Also, schon auch so Berufsgruppen übergreifend?*

268

269 IP: Ja.

270 *I: Welche Gruppen würdest Du Dir da wünschen, die vielleicht daran beteiligt sein*  
271 *könnten?*

272

273 IP: Also, vor allen Dingen Ärzte und Pflege, glaube ich. Ich glaube, dass in erster  
274 Linie, ich glaube soweit ich es mitkriege, ist das Problem nicht so sehr jetzt auf  
275 therapeutisch, also z.B bei den Krankengymnasten oder so. Da habe ich weniger  
276 das Gefühl, dass es da so, mit denen reden wir zwar auch eher nicht so viel, die  
277 machen so ein bisschen im Hintergrund ihre Therapie, aber ich habe auch wenig  
278 gehört, dass es da irgendwie Probleme gibt oder... Man kann jeden mit dazu  
279 einbeziehen, aber ich finde am ehesten den Schwerpunkt jetzt auf Pflege und  
280 Ärzte ziehen. Wenn tatsächlich die Seelsorge miteinbezogen war, die kommen oft  
281 auch von sich aus und erzählen noch mal und fragen noch mal was nach oder  
282 kommen ein paar Tage später und erkundigen sich noch mal. Da ist es oft von  
283 denen aus initiiert noch mal nachzufragen.

284

285 *I: Aber schon auf jeden Fall so die Kommunikation zwischen den Ärzten und den*  
286 *Pflegekräften doch verbessern?*

287

288 IP: Ja, weil wir sind oft sehr fixiert auf die Schulmedizin so, ne?! Zu gucken,  
289 müssen wir jetzt die Schmerzmedikamente erhöhen usw. und wir stöhnen  
290 vielleicht dann gemeinsam über irgendwelche Sachen, die schwierig laufen, aber  
291 es gibt keine festen Regeln oder keine geführten Zusammensitzungen, die das  
292 man anleitet oder so, ne?! Gibt es eigentlich selten, die wir individuell natürlich, ich  
293 würde mal sagen am Arzt, weil ich finde ein bisschen, dass ist auch die  
294 Verantwortung von uns Ärzten wäre auch mit der Pflege zusammen ein Gespräch  
295 über den Patienten zu führen. Natürlich kann das auch von der Pflege eingeleitet  
296 werden, aber wenn die das machen find ich das toll, aber ich finde die  
297 Verantwortung hat eigentlich der Arzt dazu. Auch darüber, so ein Gespräch  
298 einzuleiten und zu fragen, wie seht ihr das, was ist euer (unverständlich)

299

300 *I: Wäre das vorstellbar, das regelmäßig durchzuführen oder, wo man dann*  
301 *vielleicht entscheidet oder guckt, gibt es ein, zwei Fälle über die wir jetzt sprechen*  
302 *können oder eher nach Bedarf?*

303

304 IP: Wenn man es regelmäßig macht, wäre es ja eher im Nachhinein, weil so viele  
305 Palliativfälle haben wir ja nicht. Und wenn man das, sagen wir mal alle zwei  
306 Monate oder so macht, dann ist der Fall meistens schon wieder gewesen. Dann  
307 wäre es eher dieses im Nachhinein, wo ich ja gesagt habe, das könnte man zum  
308 üben und lernen ganz gut nehmen. Wenn man das immer aktuell in dem Fall  
309 macht, da muss man sich mehr, so zu sagen am Riemen reißen und sagen, O.K.,  
310 jetzt haben, man müsste es vielleicht auch manchmal mehr benennen, dies hier ist  
311 ein Palliativpatient und diesen Patienten wollen wir anders behandeln als andere  
312 Patienten mit mehr Augen mit mehr Teamgeist mit – ich weiß nicht wie. Also, dann  
313 müsste man das benennen und dann auch sagen, O.K., so lange der Patient bei  
314 uns ist, treffen wir uns einmal in der Woche oder irgendwie, oder gucken, wann  
315 können wir zusammen gut darüber reden.

316

317 *I: Wer könnte so eine Sitzung leiten? Wäre es denkbar, dass vielleicht ein*  
318 *Außenstehender irgendwie die Runde moderiert oder könntest Du es Dir*  
319 *vorstellen, dass es jemand aus euerm Kreis macht, oder ?*

320

321 IP: Also, ich glaube es wäre nicht so gut oder sagen wir mal so, von uns könnte  
322 ich mir nicht viele vorstellen, die das machen könnten. Ich könnte mir vorstellen,  
323 dass es vielleicht so ein halb Außenstehender wie Herr xy, der Seelsorger oder so  
324 machen könnte. Der dann vielleicht mit involviert wäre und das so ein bisschen  
325 mehr anleiten könnte. Ich traue mir selber auch ein bisschen Gesprächsführung zu,  
326 aber entweder wäre ich da selber mit involviert, dann wäre ich nicht so richtig  
327 neutral oder ich würde wieder irgendwie als Mitassistent oder als Altassistent, sag  
328 ich mal gegenüber den jüngeren Assistenten, dann weiß ich nicht, ob das so  
329 sinnvoll wäre. Xy hat sicherlich auch Fähigkeiten dazu, aber weiß nicht, ob das so  
330 ideal ist, wenn das denn der Chefarzt macht.

331

332 *I: Also schon jemand, der nicht unmittelbar beteiligt ist?*

333

334 IP: Ja, das wäre eigentlich besser, ja. Also, Supervision ist ja meistens auch von  
335 außerhalb. Ich glaube, wenn man gut geübt ist und regelmäßig Teamsitzung hat,  
336 dann ist es vielleicht auch, vielleicht bilde ich es mir nur ein, vielleicht ist man da  
337 geschulter so etwas zu machen, auf der anderen Seite auch ohne

338 Außenstehenden ist sicher auch immer die Gefahr, dass es so irgendwie sich  
339 einleiert und ein Außenstehender ist sicher immer gut.

340

341 *I: Wir sind jetzt auch am Ende angelangt. Gibt es aus Deiner Sicht jetzt noch*  
342 *irgendetwas, was Du zu dem Thema gerne hinzufügen möchtest, was Dir am*  
343 *Herzen liegt?*

344

345 IP: Ja, eine Sache ist mir gerade, weil ich ja wusste, dass dieses Interview kommt,  
346 ist mir gerade die letzten Tage noch mal aufgefallen und vielleicht könnte man es  
347 auch verallgemeinern. Ein Punkt wäre sicher noch, Nähe und Distanz auch zum  
348 Patienten, sich darüber bewusst zu werden. Manchmal, das hatte ich vorhin schon  
349 mal so angedeutet ist so, wenn da ein Patient so vom Gefühl her, man denkt, der  
350 nimmt nicht mehr viel auf, der liegt im Sterbeprozess, dass man dann manchmal  
351 denkt in der Visite und wenn der dann womöglich noch (unverständlich) und so.  
352 Da können wir sicher lernen mehr Nähe auch zu dem sterbenden Patienten zu  
353 haben und uns nicht davor zu drücken. Auf der anderen Seite müssen wir glaube  
354 ich auch lernen, würde ich mir wünschen, dem Patienten seine Privatsphäre zu  
355 lassen und in dem Sinne auch eine Distanz zu gewähren. Dass Patienten, ich  
356 meine, dass sind Menschen, die haben sechzig oder achtzig Jahre als ich  
357 vielleicht leben möchte, da muss ich mir jetzt nicht einbilden, dass er jetzt im  
358 Sterbeprozess plötzlich so denkt und fühlt und handelt wie ich es jetzt und seine  
359 Angehörigen. Und da zu lernen, O.K., die haben einen anderen Umgang  
360 miteinander. Die können für meine Begriffe nicht miteinander reden oder reden  
361 ganz laut und wuchtig miteinander oder irgendwie so. Dann habe ich manchmal  
362 das Gefühl, ich möchte eingreifen und das kann ich eigentlich gar nicht. Ich kann  
363 nicht plötzlich am Ende denen beibringen, wie ich finde, dass man miteinander  
364 umgeht. Das zu lernen und da dann auch wieder Distanz, also zu den Leuten zu  
365 haben und zu sagen, O.K., das ist deren soziales Gefüge und so reden die  
366 miteinander und so gehen die miteinander um, dass dann, also da die gewisse  
367 Distanz zu haben. Aber auch da irgendwie eine, das ist natürlich auf unserer  
368 Station ganz schwierig und auf der Intensivstation noch schwieriger, aber ihnen  
369 auch eine gewisse Privatsphäre zu lassen. Dass man nicht so entblößt vor allen  
370 liegt, dass man nicht so irgendwie so rein geplatzt kommt so ins Zimmer. Dass  
371 man da auch einfach mit die Persönlichkeit auch erhalten bleibt. Mir ist das ganze

372 aufgefallen jetzt an einem ganz konkreten Beispiel. Unten auf der Station liegt  
373 gerade eine Beatmungspatientin und am Samstag ging es ihr ganz schlecht und  
374 wir haben uns wirklich viel Sorgen gemacht. Wir waren die ganze Zeit um sie, um  
375 zu gucken, muss sie beatmet werden oder muss sie nicht beatmet werden. Und  
376 dann haben wir gesagt, O.K., wir warten noch ein bisschen ab und die  
377 Angehörigen waren draußen, wir lassen die jetzt noch mal rein, dann können sie  
378 noch mal miteinander reden. Nun ist es für die Angehörigen, ja natürlich eine sehr  
379 überrumpelnde Situation, aber wir haben es dann nicht geschafft, ich hätte am  
380 liebsten in dem Moment mal, da waren die Anästhesisten und ich und zwei  
381 Schwestern, ich hätte am liebsten gesagt, so, jetzt treten wir mal alle eine viertel  
382 Stunde zurück und lassen sie mal alleine. Aber die Angehörigen waren auch so  
383 verunsichert, dass sie kaum mit ihrer Frau oder Mutter gesprochen haben,  
384 sondern gefragt haben, aha, sind das jetzt Braunülen und was ist dies und jenes  
385 und eigentlich wäre es ihre letzte Chance gewesen evtl. noch mal was mit ihr zu  
386 besprechen. Kein Mensch weiß, ob sie aus der Beatmung wieder raus kommt  
387 oder nicht und da würde ich mir... Ich könnte auch nicht mit meiner Familie  
388 schlecht sprechen, wenn alle ums Bett rum stehen. Wie soll ich denn sagen, ich  
389 habe dich lieb oder irgendwie so – das ist ganz schwierig, ne?! Also, da würde ich  
390 mir wünschen, dass wir, und das hätte hier oben genauso gut passieren können  
391 so irgendwie, dass man da trotz der schweren Atmungsnot und alldem – wir  
392 haben sowieso nichts gemacht in dem Moment, einfach mal Abstand  
393 (unverständlich).

394

395 *I: Dann abschließend noch eine letzte Frage. Es würde mich noch interessieren,*  
396 *was Dich dazu bewegt hat an diesem Interview teil zu nehmen?*

397

398 IP: Also natürlich, weil Du gefragt hast (lachen), aber ich hätte es ja auch  
399 ablehnen können. Mir selber ist das Thema auch wichtig und ich hatte mich zu  
400 dem Palliativkurs sowieso mehr oder weniger unabhängig angemeldet, dass war  
401 so ein bisschen parallel als dann auch die Frage kam, ob ich beim  
402 Palliativkonsildienst mitmache. Also, es war schon, ist auch schon ein Anliegen  
403 von mir, weil ich habe früher auch schon mal über ehrenamtliche Hospizarbeit  
404 usw. nachgedacht. Habe selber, mein xy ist ja schon gestorben, also ich habe das  
405 ganze ja auch schon mal selber durchlebt und ich finde immer, dass wir da noch

406 ganz viel lernen können. Ich möchte das eigentlich unterstützen, dass so was läuft  
407 und von daher gebe ich dazu auch gerne Antworten. Also, aus einer gewissen  
408 persönlichen Betroffenheit heraus, aber ich glaube auch sonst, dass ich es  
409 gemacht hätte. Interessant an Deiner Frage im Gegensatz, es gibt ja auch noch  
410 von xy, macht ja auch Interviews. Und die sind ja mehr da, um den Ist-Zustand  
411 einfach festzustellen. Das fand ich an Deiner Anfrage ganz gut, eben zu gucken,  
412 wie ist es hier eigentlich mit sterbenden Patienten und was kann man verbessern -  
413 diese Option. Ich hätte auch für das andere Interview gedient, aber diese Option,  
414 dass das, was ich sage, vielleicht ja sogar Änderungen soweit ein Ergebnis zur  
415 Folge hat, nicht nur in Form einer Arbeit sondern einer Veränderung, macht das  
416 Ganze ja viel konstruktiver und das find ich gut.

417

418 *I: Vielen Dank für das Gespräch.*