

1 **Interview 06**

2

3 I : Interviewer

4 IP : Interviewpartner

5

6 *I: Gut, dann würde ich Dich zunächst einmal bitten, Dich einfach noch mal kurz*
7 *vorzustellen, auf was für einer Station Du arbeitest und vielleicht auch schon seit*
8 *wann Du hier im Haus tätig bist?*

9

10 IP: Ja genau, ich bin xy und arbeite hier auf der xy und bin xy
11 [Krankenpflegepersonal] und habe hier xy meine Ausbildung angefangen, xy
12 beendet und seitdem arbeite ich dann auch auf der xy Station und bin xy noch
13 nebenbei.

14

15 *I: O.K., dann würde ich gerne von Dir erfahren, wie Du die Situation bzw. den*
16 *Umgang mit sterbenden Patienten bei Dir auf Deiner Station erlebst?*

17

18 IP: Ja, also wir haben ja nicht so viele Patienten, die bei uns sterben sag ich mal,
19 einfach, weil wir rein operativ sind. Und so Palliativpatienten oder Patienten mit
20 Krebs, die im Endstadium sind z.B., die sind woanders dann aufgenommen. Auf
21 einer Palliativstation oder gar nicht oder wo die letztendlich ableiben, wissen wir
22 jetzt gar nicht so. Das ist also ziemlich selten und wenn dann sind das
23 Privatpatienten, wo wir oder wo ich persönlich eher das Gefühl habe, dass das
24 aus Kostengründen oder aus also, weil man da noch irgendwie Geld kriegt bei
25 Privatpatienten halt. Dass die deswegen bei uns aufgenommen werden, weil bei
26 normalen Kassenpatienten, das nicht der Fall ist. Also, wenn wir onkologische
27 Patienten haben im Endstadium, dann Privatpatienten. Ja, und wenn wir denn
28 Patienten zum Sterben da haben oder wo das abzusehen ist, dass sie sterben
29 werden, finde ich, sind die bei uns völlig fehl am Platz! Weil wir überhaupt gar
30 keine Zeit haben uns damit zu beschäftigen. Mit dem Patienten an sich nicht, mit
31 seinem Umfeld nicht, mit Angehörigen nicht. Ich persönlich bei dem letzten Fall
32 wusste auch überhaupt nicht, ist er verheiratet der Patient oder die Frau oder
33 nicht. Gibt es da Kinder, wie ist dass da eigentlich alles geregelt und - keine

34 Ahnung! Und das war wirklich nicht schön! Das war jetzt – soll ich einen konkreten
35 Fall jetzt schon erzählen?

36

37 *I: Also, wenn Du möchtest –gerne, ja!*

38

39 IP: Genau, das war im Januar, genau, Anfang Januar und da hatten wir komischer
40 Weise, was wir das ganze Jahr sonst, wie gesagt kaum haben Palliativpatienten,
41 hatten wir auf einmal drei. Und ich erinnere mich noch an einen Tag, der war ganz
42 schlimm! Da waren wir zu zweit im Spätdienst, hatten unser normales OP
43 Programm von zwölf OPs oder so, was eigentlich gar nicht so normal ist sondern
44 irgendwie total über viel ist – eigentlich darf das nicht sein! Und dann nur zu zweit
45 im Spätdienst, dass ist eigentlich unmöglich zu schaffen. Und dann hatten wir, wie
46 gesagt auch noch die drei Palliativpatienten, die, zwei davon brauchten relativ viel
47 Pflege am Menschen selber. Eine davon war relativ Pflege unaufwendig und für
48 die war es auch O.K., dass wir nicht so viel Zeit für sie hatten. Und dann hatten wir
49 auch an dem Tag, den ich jetzt beschreibe, kam noch eine Patientin notfallmäßig
50 mit einem Abort, die operiert werden sollte. Und wir sind da also schon im Dreieck
51 gesprungen und das Resultat war dann nachher, also die Patientin mit dem Abort
52 hatte extrem starke Schmerzen, der OP hat uns nicht informiert, wann sie dran ist,
53 der Gynäkologe, der sie aufgenommen hat, hat keine Schmerzmedikation
54 angeordnet. Haben wir auch nicht weiter drüber sprechen können, weil der dann
55 weg war und auch nicht mehr ansprechbar war. Ein Anästhesist hatte keine Zeit
56 zu kommen und das Narkosearzt Gespräch zu führen, damit durfte ich ihr auch
57 keine starken Mittel geben. Eigentlich ja sowieso gar nicht nach Arztanordnung
58 und schon gar nicht, wenn das Narkosearzt Gespräch noch nicht geführt worden
59 ist, weil sonst sind die ja nicht mehr, wie sagt man, mündig oder die Unterschrift ist
60 nicht mehr gültig, ne?! (seufzt tief) Und dann irgendwie habe ich da hinterher
61 telefoniert ständig und gleichzeitig hatten wir das normale OP Geschäft noch zu
62 tun. Dann habe ich irgendwann eine Anordnung bekommen, habe ihr auch was
63 gespritzt, die Schmerzen hörten trotzdem nicht auf und zur gleichen Zeit hat dann
64 eine von den Palliativpatientinnen so Abführprobleme gekriegt also starke
65 Durchfälle. Hat dann da ihr halbes Bett vollgekotet und sich selber auch,
66 Fußboden – also es hielt sich noch im Rahmen, aber das war schon sehr
67 unangenehm für die Patientin selber auch, weil die ganz klar auch im Kopf war

68 und ja, zu der Zeit war. Und wir hatten absolut keine Zeit da irgendwas zu ändern
69 an dieser Situation in dem Zimmer. Wir konnten das Bett nicht beziehen, die
70 Patientin konnten wir nicht waschen, von dieser Unannehmlichkeit befreien. Und
71 in dem Moment lief mir die Mutter von den Abort Patientin auch noch immer
72 hinterher und sagte, das wird immer schlimmer, wird immer schlimmer. Und das
73 Resultat war letztendlich, dass sie denn das Kind ausgestoßen hat, dass ich dann
74 auch noch das Abortkind da im Bett hatte oder sie auch – also wir. Und ich mit so
75 einer Situation eigentlich sonst noch gar nichts zu tun hatte, weil normalerweise
76 Patienten, die so weit sind, dass sie das Kind ausstoßen, im Kreissaal betreut
77 werden, weil sie da eine enge Betreuung haben, was sie ja eigentlich auch
78 brauchen. Ja, und das war also ganz schrecklich! Also denn, die wollte denn auch
79 das Kind sehen und ich wusste da gar nicht mit umzugehen. Ich finde wir beide,
80 also die Patientin und ich haben das noch ganz gut geregelt gekriegt, dass wir da
81 beide ganz gut mit umgehen konnten – sie auch hatte ich das Gefühl. Eine
82 Sekunde später wurde sie dann auch in OP abgerufen (lacht fassungslos) und
83 irgendwann, eine dreiviertel Stunde später konnten wir dann auch die Patientin
84 noch waschen und das Zimmer reinigen. Aber, das war schon mal extrem
85 belastend, wo ich auch schon gesagt habe, dass das alles so nicht geht! Ich habe
86 am nächsten Tag also mit meiner Stationsleitung gesprochen und das auch schon
87 woanders hingetragen, dass sie das einfach nicht mit uns machen können und
88 auch nicht mit den Patienten. Solche Patienten können wir nicht betreuen und
89 wenn wir das wollen und sollen, dann muss mehr Personal her bzw. dann müssen
90 wir auch mal wieder ein bisschen, eine Fortbildung kriegen oder noch mal ein
91 bisschen geschult werden, wie das ist mit onkologischen Patienten, die im
92 Endstadium sind. Und wie wir mit denen gut qualitativ und quantitativ gut umgehen
93 können und sollen. Also, das war ganz unangenehm alles! Und das war dann
94 auch so, dass die denn am Wochenende, das war glaube ich ein Donnerstag und
95 am Wochenende war sie halt klar auch noch da. Und waren wir Sonntagmorgen
96 im Frühdienst und Samstag ging es ihr auch schon ganz schlecht und wir hatten
97 schon gedacht, dass sie vielleicht nicht über die Nacht kommt – ist sie aber. Die
98 Patientin selber hat dann Sonntagmorgen um halb sechs geklingelt, sie möchte
99 gerne gewaschen werden. Das haben wir dann auch gemacht zu zweit. Am
100 Wochenende haben wir ja genug Zeit für solche Sachen auch, weil da sind keine
101 geplanten OPs. Und beim Waschen selber ist sie ganz schlecht geworden von

102 ihrem Zustand und war teilweise gar nicht mehr ansprechbar und die Augen waren
103 schon so ein bisschen abwesend. Na ja, da haben wir schon gedacht, jetzt könnte
104 das zu Ende gehen. Dann wussten wir jetzt nicht genau, wie wir damit umgehen
105 sollen, weil die diensthabende Ärztin, die war die ganze Nacht im Kreissaal, da
106 war eben so viel los. Und wir waren uns jetzt nicht sicher, ob wir sie jetzt
107 deswegen rufen müssen oder nicht, weil das ja ganz klar auf der Hand liegt, dass
108 die Patientin sterben wird und dass man da praktisch auch nichts mehr machen
109 kann. Haben wir uns gefragt, ob das nötig ist, ob sie gerufen werden soll oder
110 nicht und weil sie die ganze Nacht gearbeitet hatte. Und auch nicht mehr so –
111 hatte sich glaube ich gerade in ihr Zimmer zurückgezogen. Und dann stellten wir
112 uns die Frage, ja hat die denn überhaupt Angehörige, einen Mann, weil die war
113 erst Anfang, Mitte fünfzig, glaube ich. Wussten wir dann auch nicht, war leider
114 auch nirgendwo definitiv was in der Akte vermerkt. Da wurden wir doch sehr
115 nervös und haben dann so entschieden, dass wir geguckt haben, ob wir da
116 eine Telefonnummer von ihr zu Hause finden – haben wir gefunden im Computer.
117 Haben denn da auch angerufen, da war auch der Ehemann und wir haben dann
118 halt eigenmächtig ihn informiert, dass es seiner Frau jetzt nicht so gut geht und
119 dass er kommen sollte. Das hat er dann auch gemacht, war auch sehr froh
120 darüber, dass er informiert worden ist und... Dann kam er, das war dann auch eine
121 Stunde später, halb acht ungefähr. Dann haben wir ihn ins Zimmer gebracht und
122 da war seine Frau denn tatsächlich wieder so klar und fit, dass sie gesagt hat, oh,
123 was so früh bist du schon da – das ist ja komisch. (lacht) Wie kommt es und so?
124 Ich habe schon gedacht, oh nein, gleich gehen die noch auf dem Flur spazieren.
125 Das war also extrem, absolut unangenehme Situation. Ich war so hin und her
126 gerissen und meine Kollegin auch und wir wussten nicht, ob wir das jetzt richtig
127 entschieden haben. Na ja, aber letztendlich war es für uns jedenfalls die richtige
128 Entscheidung, weil sie ist dann tatsächlich zwanzig Minuten später dann
129 verstorben. Sie hat Blut erbrochen und ist daran, also wir waren dann bei ihr als
130 das passiert ist und der Mann hatte dann natürlich sofort geklingelt als das
131 losging. Wie gesagt, ich habe da extrem wenig Erfahrung damit. Ich würde sagen,
132 sie ist dann praktisch an ihrem Blut, was sie erbrochen hat auch erstickt und das
133 war dann so das Ende vom Lied. Und da habe ich schon echt ja sehr gelitten
134 irgendwie, weil diese ganze, das komplette Drumherum – also das war einfach nur
135 schrecklich! Also ich habe dann auch einen Brief geschrieben noch an die

136 Pflegedienstleitung und an unseren Chefarzt und an die Stationsleitung und die
137 haben sich dann damit auch beschäftigt. Was sie da im Detail besprochen haben
138 oder ob das überhaupt irgendwie eine Konsequenz hatte oder nicht, das weiß ich
139 nicht. Und da kam auch nichts mehr. Also, aber da, also das hat mich alles sehr
140 schockiert irgendwie!

141

142 *I: Was würdest Du Dir in solchen Situationen wünschen? Also, Du hast ja jetzt*
143 *eine ganz konkrete Situation geschildert, was wäre da für Dich hilfreich gewesen*
144 *in so einer Situation?*

145

146 IP: Ja, das ist eine gute Frage...(lacht) Letztendlich war es ja klar oder muss das
147 irgendwie vor allen Dingen den Ärzten, den behandelnden Ärzten muss es klar
148 gewesen sein, dass das dem Ende zugeht mit der Patientin und dass da auch
149 nichts mehr zu machen sein wird. Ich hoffe zumindest, dass ihnen das klar war,
150 weil sonst kann ich mir die ganze Situation gar nicht erklären und ich hätte mir
151 gewünscht oder erwarte in so einer Situation, dass die Zusammenarbeit zwischen
152 Pflege und Arzt sehr viel besser ist. Dass uns dann auch gesagt wird, dass es jetzt
153 vielleicht bald die Tage so sein wird, wobei gut, die wissen es ja hundertprozentig
154 wissen sie es ja auch nicht, aber irgendwie sind das doch die Ärzte, die Mediziner,
155 die haben doch Medizin studiert. Also irgendwie hätte ich mir gewünscht, dass da,
156 das Gespräch auch da ist oder dass das auch ausgesprochen wird und dass in so
157 einem Fall, wo feststeht, die Patientin wird bald sterben, dass dann auch gesagt
158 wird, dass, also wie das mit dem Umfeld der Patientin ist. Hat sie Kinder, hat sie
159 einen Mann – gut, das ist natürlich auch eine Aufgabe der Pflege. Aber das ist
160 auch eine Privatpatientin, da ist der Chef da und der weiß das und der hat sie
161 auch immer in seiner Sprechstunde gehabt und die müssen doch auch mit
162 Angehörigen gesprochen haben. Also, das war einfach miserabel! Auch unsere
163 personelle Besetzung halt im Vorfelde – also bei zwölf OPs, zwei Leute im
164 Spätdienst und so. Die Übergabe pflegerischer Seite, gerade bei solchen
165 Patienten, die war lückenhaft und nicht optimal und wir wussten einfach nichts.
166 Also ich wusste von Donnerstag bis Sonntag nicht wirklich, wie steht es um die
167 Patientin und was ist mit ihrem Umfeld so. Ja, ich weiß auch nicht, was ich mir da
168 wünsche – aber eine klare Ansage auf jeden Fall. Dass es sein könnte und das

169 und das ist dann vielleicht zu tun, weiß ich nicht, gut, dass weiß ich eigentlich
170 aber...

171

172 *I: Also auf jeden Fall, wenn ich das jetzt richtig verstanden habe, eine bessere*
173 *Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden? Das würdest Du dir auf jeden*
174 *Fall wünschen?*

175

176 IP: Ja, grundsätzlich!

177

178 *I: Und auch mehr personelle Kapazitäten?*

179

180 IP: In so einem Fall, hoch drei sowieso! Also, wenn wir solche Patienten bei uns
181 haben, was ja durchaus auch sinnvoll ist, weil den Mensch als ganzheitliche
182 Person mit seiner Erkrankung zu behandeln, das ist natürlich, das wäre natürlich
183 das Ideale in so einem Bereich, aber das wird ja nicht gefördert. Also der kommt
184 mit seiner Grunderkrankung, der wird operiert, kriegt vielleicht bei uns seine
185 Chemotherapie und dann ist er weg aus unserem Blickfeld. Und wie gesagt, dass
186 ist extrem selten oder sehr selten, dass wir Patienten im Endstadium da haben.

187

188 *I: Gibt es denn vom Krankenhausträger Unterstützungsangebote, die Dir eben in*
189 *solchen Situationen als Pflegekraft hilfreich sein könnten? Wird da was*
190 *angeboten?*

191

192 IP: Ja, in der IBF, da haben wir glaube ich so einen Vormittag oder einen ganzen
193 Tag, ich glaube acht Stunden, wo es um Tod und Sterben geht. Ich bin mir jetzt
194 nicht hundertprozentig sicher. Also, ich bin mir sicher, dass wir so etwas anbieten,
195 aber wie das sich jetzt nennt und ob das ein ganzer Tag ist oder nicht, das weiß
196 ich nicht ganz genau.

197

198 *I: So konkret in so einer Situation, die Du jetzt z.B. geschildert hast, gibt es da*
199 *Möglichkeiten irgendetwas einzufordern an Unterstützung?*

200

201 IP: So im Nachhinein wie an Gesprächen oder irgendwas?

202

203 *I: Ja.*

204

205 IP: Nee. Ich habe ja nun auch wirklich das laut gemacht, was uns, was da passiert
206 ist und wie ich das empfinde, also ich habe da absolut mein persönliches
207 Empfinden da mit rein gebracht. Nö, gab es nicht. Es gab nur ein Feedback von
208 der Pflegedirektorin Frau xy. Also die hat mir auch darauf geantwortet. Ich hatte ihr
209 von zu Hause dann eine E-Mail geschrieben, weil ich an dem Montag dann auch
210 frei hatte, da hatte ich dann auch Geburtstag (lacht) – das war alles total ätzend!
211 Und deswegen war ich da zu Hause und habe ihr von zu Hause diese E-Mail
212 geschrieben und da hat sie mir auch gleich eine Antwort drauf gegeben und hat
213 das zur Kenntnis genommen. Und hat auch gesagt, dass sie mitempfinden tut,
214 also sie hat Anteil daran genommen und hat auch gesagt, dass es da mit dem
215 Chef, also Prof. xy in dem Fall, ein Gespräch geben wird, aber was dabei
216 rausgekommen ist, was sie besprochen haben, ob sie es überhaupt gemacht
217 haben – das weiß ich nicht. Und ansonsten wird da auch nichts angeboten. Also
218 wir haben bei so was keine Unterstützung!

219

220 *I: Was könntest du Dir da vorstellen?*

221

222 IP: Ja, also ich könnte mir in so einem Fall, weil da sind ja nun mehrere Kollegen
223 an so einem konkreten Fall beteiligt, also die, die die Tage drumherum das
224 begleitet haben, also könnte ich mir schon gut vorstellen eigentlich so eine
225 Gesprächsrunde mit jemandem von außerhalb, Psychologin oder Supervision
226 oder was auch immer – also das könnte ich mir sehr gut vorstellen! Das würde ich
227 mir im Prinzip auch wünschen. Wobei, ja, ich mir das immer schwierig vorstelle,
228 weil in diesem Haus hier ja so viel Umbruch und eine Sitzung nach der nächsten
229 und die Zeit, die ist einfach immer wenig da für so was. Man muss sich da ja auch
230 ein bisschen drauf einlassen. Und dann fange ich auch an zu überlegen und das
231 zu verwerfen, dass es vielleicht dann doch gar nicht so wichtig ist und dass wir
232 auch so damit klar kommen müssen und können.

233

234 *I: Wie erklärst Du Dir das, dass Du das denn versuchst immer*

235

236 IP: Dann erkläre ich es mir so ein bisschen mit also Innere Station, Intensivstation,
237 Onkologische Station, die müssen da ja auch alle mit klar kommen. Und die auf
238 der Inneren haben das ja sowieso öfter und die haben auch, meines Wissens
239 nach, keine Hilfe da, Unterstützung. Bzw. es ist ja auch so, das gehört zum Alltag
240 dazu – bei uns gehört es nicht zum Alltag dazu. Und dann also mehr einzufordern
241 als andere irgendwie oder da jetzt ein Theater draus zu machen oder das zu
242 einem riesen Thema zu machen, dann denke ich immer, das ist dann auch nicht
243 dran oder nicht mein Recht oder ich übertreibe. Ja, das ist dann mein Gefühl dann
244 eigentlich so.

245

246 *I: Du hast gerade Supervision oder auch einen Psychologen angesprochen.*
247 *Könntest Du Dir vorstellen, dass so etwas regelmäßig angeboten wird oder bei*
248 *Bedarf, dass man in schwierigen Situationen so jemanden einfordert oder schon in*
249 *regelmäßigen Abständen, dass solche Sachen stattfinden?*

250

251 IP: Ja, in regelmäßigen Abständen finde ich, grundsätzlich würde ich mir das
252 wünschen und auch dann, wenn Bedarf da ist noch mal. Vielleicht in so einem
253 konkreten Fall, notfallmäßig – klar, das wäre super!

254

255 *I: Und was könntest Du Dir vorstellen, wer daran teilhaben könnte, sollte? Welche*
256 *Berufsgruppen?*

257

258 IP: Ja, also wir in der Pflege und wäre natürlich schön, wenn der betreffende Arzt
259 also in so einem konkreten Fall einer von denen vielleicht auch dabei wäre. Ja,
260 auch um, ja also die Ärzte sind da ja, die zeigen uns ja gegenüber keine
261 Empfindungen in dem Sinne. Also, da stehen die ja drüber, denkt man immer,
262 ne?! Wenn die so auftreten auf Station – sicherlich werden die auch Gefühle
263 haben diesbezüglich (lacht), aber die kommen ja bei uns nicht an dann. Also bei
264 uns auf Station jedenfalls nicht. Also Ärzte und Pflege, das ist zwei ganz krasse
265 Unterschiede da. Also, das ist noch so richtig wie im Fernsehen. (lacht) Erst der
266 Chefarzt und die Ärzte hinterher und wir dann noch weiter hinterher und da ist eine
267 ganz klare, strikte Trennung und da wird auch nicht über Empfindungen,
268 Emotionen oder Sonstiges gesprochen – überhaupt nicht. Und wenn die zur

269 Sprache kommen dann wird das eher abgesägt, also von Ärzten Seiten von den
270 Oberärzten und Chefarzt.
271
272 *I: Wie erklärst Du Dir das ?*
273
274 IP: Keine Zeit, also keine Zeit, also die sind wirklich durch die Bank weg
275 beschäftigt und ich glaube, die haben auch keine Lust sich darauf einzulassen.
276 Also, nee, da ist der Arzt und der Arzt sagt und die Pflege macht. Also das ist so
277 ein, also ich habe das Gefühl, die wollen definitiv auch nicht. Da habe ich also
278 auch ein ganz paar Extreme vor Augen jetzt, also da brauche ich gar nicht mit
279 ankommen, also die wären dazu nicht bereit. Die kriegen das auch noch nicht mal
280 hin, wenn wir sie praktisch einladen zu einer Mitarbeiterbesprechung, um Fakten
281 zu besprechen in den Abläufen, die immer nicht klappen – kriegen sie auch nicht
282 hin. Keine Zeit – warum keine Zeit ist – vielleicht wollen sie nicht und aber dann
283 muss man sich halt irgendwie eigentlich die Zeit nehmen, aber – weiß ich auch
284 nicht. Also ich wünsche mir das sehr! Ich wünsche mir auch sehr, dass wir mehr
285 über die Diagnosen der Patienten erfahren. Das geht auch ganz oft unter. Wir
286 können ja nicht als Pflege jetzt anfangen die Akten zu durchwühlen und zu
287 gucken, was ist denn jetzt definitiv da Fakt? Was hat die denn? Vor allen Dingen,
288 ist sie darüber aufgeklärt oder nicht. Also die Kommunikation ist auch ganz
289 schlecht! Die haben ja eine Frühbesprechung morgens. Entweder eine
290 Frühbesprechung oder eine Nachmittagsbesprechung die Gynäkologen
291 zusammen. Und da ist keiner von uns dabei und das würde ich mir z.B. wünschen,
292 dass habe ich auch schon ein paar mal gesagt, aber das, warum nicht – gab es
293 keine Gespräche drüber. Aber wir haben, da wird sich jetzt ein bisschen was
294 verändern, weil wir haben ja jetzt, wir bilden ja jetzt eine Onkologische Schwester
295 aus gerade von unserer Station oder wird ausgebildet und wir haben eine
296 Breastnurse. Die speziell denn noch mal die Brustkrebspatientinnen begleitet in
297 Gesprächen und mit Material und Fragen und so weiter. Also, ich denke da wird
298 schon doch ein bisschen was gemacht – also ordentlich was gemacht eigentlich.
299 Ja, schön wäre es wie gesagt, ich selber wünsche mir halt auch mehr Information
300 bzw. mehr Zusammenarbeit.
301

302 *I: Hältst Du die Situation bzw. den Umgang mit sterbenden Patienten hier im*
303 *Krankenhaus für verbesserungswürdig? Du hast ja gerade eben schon einiges*
304 *angesprochen – fällt Dir da noch irgendetwas ein, was man vielleicht verändern*
305 *oder verbessern könnte?*

306

307 IP: Hier im Krankenhaus insgesamt ?

308

309 *I: Ja, oder auch speziell auf Deiner Station?*

310

311 IP: Ja also klar, die ganze Situation war absolut destruktiv. Ja, also klar, da muss
312 auf jeden Fall was verbessert werden. Ich wusste noch nicht mal, ob die Patientin
313 weiß, dass sie sterben wird oder nicht. Dass muss sich auf jeden Fall verbessern!

314

315 *I: Das ist dann auch schon wieder so ein Kommunikationsproblem?*

316

317 IP: Ja, wobei also, ich kann mir auch vorstellen, so wie das halt so bei uns auf
318 Station abläuft, könnte ich mir auch vorstellen, die Patientin wusste es nicht.

319

320 *I: Also, würdest Du Dir auch wünschen, dass Patienten mehr aufgeklärt werden*
321 *oder überhaupt aufgeklärt werden über ihre Situation? Dass vielleicht auch mehr*
322 *ausgesprochen wird, dass jemand versterben wird?*

323

324 IP: Ja, also, was bei mir ankommt, also ist, dass die ab und zu relativ später
325 aufgeklärt werden oder noch ein Befund abgewartet wird. Und wie gesagt, bei
326 diesen drei onkologischen Patientinnen, die wir da jetzt hatten oder
327 Palliativpatienten, die zweite da im Bunde noch, die ist später auch verstorben,
328 aber nicht bei uns sondern die wurde dann noch verlegt auf die Palliativstation –
329 wir haben ja immerhin eine im DKH. Die hat ganz viel Antibiotika bekommen, hatte
330 vorher eine Chemo, man hatte so das Gefühl, da wird wieder alles auf Zwang
331 gemacht damit die Patienten zufrieden sind. Aber nicht, ob das gut für die
332 Patienten ist. Also das kam wiederum bei mir an und sie hatte gesagt, weil sie
333 auch extreme Durchfälle bekommen hatte durch das Antibiotika, also damit hatte
334 sie richtig zu kämpfen. Und sie hat irgendwann zu mir gesagt, ja, diese ganze
335 Abführerei und das Antibiotika, das ist ja schlimmer als sterben. Da lag mir nur auf

336 der Zunge, so nach dem Motto, ja, was glauben sie, was hier so langsam aber
337 sicher vor sich geht, ne?! Also, die ist auch relativ wenig, also zwei Wochen später
338 ungefähr verstorben dann. Gut, also da frage ich mich, wurde die Patientin nicht
339 aufgeklärt, dass das so schlecht um sie steht oder hat sie es nicht wahrgenommen
340 und wollte davon nichts wissen? Das ist natürlich da der Zwiespalt, dass weiß ich
341 dann ja halt nicht. Aber das ist, genau das Kommunikationsproblem dann, wir
342 wissen nicht, ob sie dann wirklich so aufgeklärt worden ist.

343

344 *I: Und was löst das denn bei Dir aus in solchen Situationen, wenn Du das Gefühl*
345 *hast, oh, der Patient ist vielleicht gar nicht aufgeklärt über seine Situation? Wie ist*
346 *das dann für Dich als Pflegekraft in so einem Moment?*

347

348 IP: Ja, sehr unangenehm, also ich gehe dann wieder aus dem Zimmer, also ich
349 sage dann natürlich nichts. Spreche mit ihr über das, was sie mir dann gerade
350 gesagt hat, dass das so schlimm ist und dann sage ich, ja, kann ich verstehen.
351 Gehe dann raus, gehe dann ins Dienstzimmer und sage, ja, hallo? Wie kommt das
352 und warum sagt sie das und ist sie nicht aufgeklärt? Aber da ist dann natürlich
353 gerade kein Arzt und ich kommuniziere das denn mit meinen Kollegen, die wissen
354 das denn auch nicht und dabei bleibt das denn meistens.

355

356 *I: Denkst Du, kann man das in Zukunft vielleicht besser regeln? Dass Du als*
357 *Pflegekraft dann auch zumindest sicher weißt, O.K., der Patient, die Patientin ist*
358 *jetzt aufgeklärt oder nicht.*

359

360 IP: Ja, das ist genau das ! Dass wir eine klare Information von den Ärzten kriegen,
361 wann, wie und über was sind die Patienten aufgeklärt. Ganz klar für diese Gruppe
362 und auch für die, die jetzt die Diagnose bekommen, dass sie Krebs haben – ist
363 genau das Gleiche. Also, ob sie dann schon aufgeklärt sind oder nicht – evtl.
364 auch... Ja, also das ist wichtig, damit wir halt eigentlich auch sehen können, wie
365 sie damit umgehen, ne?! Großartig eingehen können wir halt relativ wenig durch
366 diesen Zeitmangel, aber dafür wie gesagt werden ja jetzt die entsprechenden
367 Schwestern auch ausgebildet, dass dann mehr auch in der Pflege mitgearbeitet
368 werden kann.

369

370 *I: Sind diese beiden Schwestern dann aus dem Stationsalltag sozusagen außen*
371 *vor ?*

372

373 IP: Ja, die eine komplett, glaube ich. Die betreut dann auch gleichzeitig die
374 Chemotherapie mit und die andere nicht hundertprozent, fünfzigprozent vielleicht
375 sechzigprozent. Die hat dann aber auch ihre Räumlichkeit auf Station also dass da
376 die Zusammenarbeit richtig gut sein kann. Die andere wird dann zwei Stockwerke
377 tiefer im Erdgeschoss einen großen Raum haben, wo dann auch die
378 Chemotherapie stattfindet und so weiter, aber die ist jetzt gerade erst in der
379 Ausbildung. Ich weiß jetzt nicht ganz genau, wie ihre Aufgabenbeschreibung jetzt
380 aussehen wird.

381

382 *I: Wie kam das zu diesen Stellen? Kam das auf Euern Wunsch hin oder...?*

383

384 IP: Eher weniger sondern eher Zertifizierung und das ist der Anspruch der
385 Gesellschaft an das Krankenhaus oder der Politik – keine Ahnung! (lacht)

386

387 *I: Also empfindest Du das eher als Aushängeschild nach außen?*

388

389 IP: Nee, also ich empfinde das eigentlich nicht so – nicht wirklich! Ja, dass das
390 jetzt endlich so passiert, dass ist schon auf diesen, auf diese Schiene gelaufen.
391 Ja, weil sie das müssen, aber ich empfinde das trotzdem letztendlich nicht als
392 Aushängeschild für uns, weil es wird ja wirklich gemacht und es hat auch wirklich
393 einen Nutzen für uns. Schade, dass es erst durch die Zertifizierung in die Wege
394 geleitet worden ist und noch nicht vorher!

395

396 *I: Ja, von meiner Seite aus habe ich alle Fragen gestellt. Gibt es noch*
397 *irgendetwas, was Du aus Deiner Sicht gerne zu dem Thema hinzufügen möchtest,*
398 *loswerden möchtest oder irgendetwas, was Dir am Herzen liegt?*

399

400 IP: Also, nicht speziell jetzt, nö. Eigentlich – nee, außer dass meine Erfahrungen
401 damit ja jetzt eher immer echt negativ waren. Das macht mich ein bisschen traurig.
402 Wir hatten auch mal eine, die ist bei mir dann in der Nacht gestorben. Das war
403 eine Anfang siebzigjährige Patientin, die war routinemäßig operiert worden an der

404 Brust, also so genau, eine Ablatio. Die ist leider am Herzinfarkt gestorben dann
405 nachts, wo ich Nachtschicht hatte. Der ging es abends schon ganz schlecht, da
406 war noch eine Ärztin da und hat aber auch nicht erkennen können, was da genau
407 vor sich geht. Und da war ich denn irgendwie zuletzt, genau, alle zwei Stunden
408 Rundgang, zuletzt um drei drin, da ging es ihr auch nicht gut, aber war soweit alles
409 von den Vitalzeichen her optisch in Ordnung. Es war alles O.K. von der Sache her
410 an sich. Sie hatte auch geschlafen, aber sie hat tief geatmet und dann war sie halt
411 das nächste Mal als ich drin war – war sie denn schon verstorben. Und dieser
412 ganze Ablauf für uns ist einfach auf Station, der ist null routinemäßig! Und das war
413 auch schlimm einfach – einfach nur schlimm! Das erste, was dann kam
414 letztendlich als das dann, also dann wurde natürlich, habe Notfallteam gerufen
415 und ich hatte Alarm geklingelt. Und die Reanimation wurde, im Nachhinein meiner
416 Meinung nach, auch leider noch in die Wege geleitet, weil sie auch schon
417 wahrscheinlich länger verstorben war und nicht gerade erst als ich die Tür
418 aufgemacht habe. Das tat vielleicht nicht mehr so Not, aber so dieser ganze
419 Ablauf war schwierig ...In der Nacht ausgerechnet war keine Hauptnachtwache da,
420 wir haben auf der Station kein Absauggerät und nichts, müssen dann hoch
421 rennen, da wiederum fehlten dann irgendwelche Zwischenschläuche und ja... Und
422 wenn wir und ich keine Erfahrung damit habe unten auf Station, weil wir es sonst
423 so gut wie nie haben, dann ist das halt scheiße einfach – und das war auch heftig!
424 Ich meine das erste Feedback, was dann kam war, so vom Arzt, hat die Fragmin
425 erhalten? Weil dann ging das erst auf Thrombosegefahr und im gleichen, zwei
426 Stunden später, Atemzug kam dann noch die Anordnung, ab jetzt bekommen alle
427 Leute Fragmin gespritzt. Das war vorher nicht so, da haben nur die
428 Risikopatienten Fragmin bekommen – jetzt kriegen sie seit dem alle. Und dann
429 ging natürlich die Schuldsuche los. Wer hat warum das EKG und nicht befundet
430 und warum nicht und also das ist meiner Meinung auch alles dramatisch, ätzend
431 abgelaufen! Und da kommt aber auch nichts danach! Da setzt sich keiner mit
432 einem hin und bespricht mal, wie das gelaufen ist – es ist – nichts kommt danach!
433 Und da war ich auch nicht involviert, da ist eine junge Patientin bei uns auf der
434 Station verstorben, eine mitte Dreißigjährige. Wir haben kein Feedback gekriegt,
435 weder die, die darin beteiligt waren noch sonst wie irgendjemand, woran die denn
436 jetzt letztendlich verstorben ist. Hat die eine Thrombose gehabt oder was ist denn
437 da eigentlich passiert, warum ist die denn gestorben? Da kriegt man doch

438 tatsächlich, wird dann auf Station so rum erzählt so mundpropagandamäßig,
439 angeblich wollte der Ehemann keine Obduktion haben. Ja, das ist doch aber gar
440 nicht so, das kann doch gar nicht sein, wenn so eine junge Patientin verstirbt,
441 dann ist es doch bestimmt Staatsanwaltschaftlich wird das doch sicherlich meiner
442 Meinung nach, denke ich verfolgt, was denn da vorgefallen ist. Redet aber keiner
443 mit uns – auch auf Nachfrage nicht!

444

445 *I: Also, wenn ich das richtig verstehe, fühlst Du Dich auch schon in solchen*
446 *Situationen teilweise allein gelassen?*

447

448 IP: Ja – ja!

449

450 *I: Und wieder die fehlende Kommunikation?*

451

452 IP: Ja, ist leider so, ja! Schlimm, finde ich nicht gut! (seufzt tief) Aber – es bringt
453 nichts! In dieser Hinsicht tut sich nichts. (lacht)

454

455 *I: Abschließend nur noch eine Frage. Mich würde noch interessieren, was Dich*
456 *dazu bewegt hat an diesem Interview teilzunehmen?*

457

458 IP: Ja, also gerade meine Erlebnisse da im Januar auch noch mal einfach
459 mitzuteilen. Und wenn das schon im Rahmen so einer Studie oder einer Arbeit ist,
460 was dann hoffentlich ein Resultat hervorruft für das Haus oder bzw. eine Übersicht
461 schafft, wie dann tatsächlich die Lage ist, dann ist mir das natürlich ein Anliegen
462 dann da auch mit geredet zu haben. Ja, und zu sagen, dass es tatsächlich nicht
463 so toll ist. Dass man es sicherlich anders machen kann!

464

465 *I: Gut, dann danke ich Dir ganz herzlich!*