

1 Interview 07

2

3 I : Interviewer

4 IP : Interviewpartner

5

6 *I: Ja gut, dann würde ich Sie zunächst einmal bitten sich vielleicht noch mal kurz*
7 *vorzustellen und zu erzählen, was Sie hier machen und vielleicht auch seit wann*
8 *Sie hier schon tätig sind im Elim.*

9

10 IP: Ja, mein Name ist xy. Ich bin xy, arbeite hier im Diakonie Klinikum als
11 Krankenhausseelsorger. Insgesamt seit xy, im Elim Krankenhaus seit 2006.

12

13 *I: Ich würde eigentlich gerne erstmal von Ihnen erfahren, wie Sie die Situation*
14 *bzw. den Umgang mit sterbenden Patienten hier im Elim Krankenhaus erleben als*
15 *Seelsorger?*

16

17 IP: Also, zur Zeit noch als mangelhaft. Wie das, dass es Sterbende manchmal auf
18 der Station drei gibt. Viele versterben auf der Intensivstation. Oder sie sind vom
19 Pflegepersonal so wie ich sehe ganz gut betreut, aber es gibt nicht so etwas wie
20 eine Sitzwache oder eine richtige Sterbebegleitung. Ich selbst habe hier auch
21 Familien begleitet. Also es war einmal eine Familie, der Patient, die Patientin hier
22 gestorben ist, ich kannte die vorher nicht, die habe ich erst als Verstorbene
23 kennen gelernt und dann die Familie. Gut ist, dass es hier wieder einen
24 Abschiedsraum gibt. Da ist ein Raum gestaltet worden, in dem ein Bett rein
25 geschoben werden kann und da können wir uns dann mit der Familie versammeln
26 und ein Abschied gestalten. Mit Ritualen, wie es dann diesem Menschen
27 angemessen ist. Wenn Menschen einen Bezug zur Kirche und zum Glauben
28 haben ist das natürlich eine gute Möglichkeit, wenn sie es nicht haben, gibt es
29 andere Möglichkeiten auch Abschiede zu gestalten – auch ganz gut.

30

31 *I: Können Sie da vielleicht ein Beispiel nennen, was man da alternativ machen*
32 *könnte?*

33

34 IP: Also, was ich gerne mache sind Texte zu nehmen wie von Hermann Hesse.
35 Dass ich das Gedicht Stufen lese, das ist ja diese Weiterentwicklung bis über
36 dieses Leben hinaus und Hermann Hesse spricht nicht von Gott, er spricht vom
37 Weltgeist. Aber er hat ja einen christlichen Hintergrund, wenn man seine
38 Familiengeschichte anguckt. Aber er hat die Begabung in einer säkularisierten
39 Sprache Dinge zum Ausdruck zu bringen, die uns existenziell bewegen - so was
40 z.B. Eine Kerze entzünden ist immer... gern was mit farbigen Tüchern, ne, es gibt
41 also Dinge, die sprechen für sich. Und was ich allen anbiete, ob sie nun zu einer
42 Kirche gehören oder nicht, dass wir uns von dem Verstorbenen mit einem Segen
43 verabschieden. Und da nehme ich auch diesen uralten abonetischen Segen,
44 (unverständlich) dieser Segen, der Herr segne dich und ...Und das gestalte ich
45 dann gerne so, dass jemand aus der Familie dabei die Hände der oder des
46 Verstorbenen ergreift, die anderen stellen sich im Kreis auf und ich bin der letzte in
47 dieser Kette und lege dann meine Hand segnend auf die Stirn so. Dann sind wir
48 alle in einem Kreis, auch der oder die Verstorbene ist mit in diesem Kreis mit
49 inbegriffen und alle sind an diesem Segen aktiv mit beteiligt und alle bekommen
50 auch was von diesem Segen ab. Und das hat immer etwas sehr beruhigendes und
51 befriedendes – so dann kehrt Ruhe ein. Auch wenn ich mit Sterbenden zu tun
52 habe, gebe ich ihnen gerne diesen Segen. Also, auch da versuche ich immer
53 fühlbare Rituale mit einzubeziehen z.B. Öl. Ne, ich bin kein Katholik, die, die die
54 Praxis der letzten Ölung kennen, aber Öl hat was, das macht was, ne?! Wenn
55 man mit dem Daumen hier auf der Stirn Öl verreibt, hat das schon mal etwas sehr
56 beruhigendes. Nicht nur bei Sterbenden auch bei Kindern oder bei Gesunden.
57 Und dieses Sprechen des Segens löst oft das Loslassen vom Leben aus. Das
58 habe ich oft erlebt, wenn jemand lange gekämpft hat, wenn wir diesen Segen
59 dann gesprochen haben, höre ich auch von Kolleginnen und Kollegen, dann kann
60 jemand gehen – ich weiß nicht, was das ist. Da passiert irgendetwas
61 Geheimnisvolles. Ja, es gibt irgendetwas zwischen Himmel und Erde, was
62 außerhalb unserer Erklärungsmöglichkeiten liegt und diese Rituale sind wichtig!

63

64 *I: Sie haben jetzt schon einige ganz konkrete Dinge beschrieben. Wie werden*
65 *diese Angebote wahrgenommen? Also von den Mitarbeitern aber auch von*
66 *Angehörigen?*

67

68 IP: Unterschiedlich, also was ich deutlich spüre ist, dass es da eine Bewegung
69 gegeben hat in der Zeit als die Mitarbeiter noch Ruhe hatten. Also bevor der
70 ganze Fusionsstress losging, war für alles das eine ganz große Offenheit da.
71 Heute muss jeder zusehen, dass er seine Arbeit schafft und darum ist auch keine
72 große Bereitschaft mehr da sich mit diesen Dingen auseinander zu setzen. Das ist
73 schade, aber das ist – den Preis zahlen wir glaube ich zur Zeit. Und hier im Elim
74 sind sie besonders gestresst. Ja, Elim muss mit einem Identitätsverlust fertig
75 werden. Es ist ja praktisch im Laufe der Fusion von der eigenen Kirche
76 aufgegeben worden und Alten Eichen und Bethanien haben sich dann Elim, sage
77 ich mal, für einen Appel und ein Ei in die Fusion hineingenommen, weil wir Elim
78 auch nicht verlieren wollten – auf keinen Fall! Und es war ja auch schon
79 beschlossen, dass Elim der neue Standort sein wird. Von daher sind wir alle ganz
80 froh, dass das möglich war, aber für die, die aus der Elim Tradition kamen, war
81 das schwer – ja.

82

83 *I: Also, Sie meinen auch, dass das damit zusammenhängen kann?*

84

85 IP: Ja, ich glaube schon – glaube ich schon. Sie tun sich schwer, sich da mit dem
86 Neuen zu identifizieren. Und ich gehöre ja auch zu den Neuen, ich gehörte ja auch
87 zu denen, Herr xy auch, die von den beiden anderen Häusern hier rein kamen.
88 Der Elim Seelsorger ist ja nicht mehr da, den sollten wir ja ersetzen und das ist
89 nicht ganz einfach gewesen hier rein zu kommen.

90

91 *I: Also, ich höre jetzt so ein bisschen raus, dass Sie nicht allzu häufig angefordert
92 werden – ist das richtig?*

93

94 IP: Also, von den Stationen außerhalb Kreissaal wenig, ja. Wir haben uns oft
95 unsere Arbeit dann selber gesucht. Also selber in die Zimmer rein gehen, gehört
96 sowieso zu unserer Arbeit, gucken wo wir gebraucht werden. Intensivstation ist
97 immer eine ganz regelmäßige Adresse, dass wir da jede Woche rein gehen und
98 Kreissaal auch. Kreissaal ist die Abteilung, die uns rund um die Uhr anruft. Wenn
99 es dort brennt, dann wissen die, dass die uns Tag und Nacht auch erreichen
100 können. Die haben unsere Handynummern und dann machen wir auch alles
101 möglich. Es kann schon sein, dass die uns abends um elf anrufen und sagen,

102 morgen um sieben wollen wir eine Geburt einleiten und das ist eine Totgeburt -
103 und dann da sein.

104

105 *I: Und wie erklären Sie sich das? Dass der Kreissaal dieses Angebot häufiger in*
106 *Anspruch nimmt?*

107

108 IP: Ich glaube, die Menschen, die auf den anderen Stationen sterben, sind
109 meistens alte Menschen. Das hat schon alles so seinen geordneten Gang
110 genommen, aber wenn ein Kind, das geboren werden sollte ins Leben hinein,
111 nicht lebt, dann ist das etwas ganz Dramatisches und Traumatisches für alle! Für
112 die Mutter und für den Vater, für die Familie ganz besonders, aber auch für die
113 Hebammen und auch für die Ärzte. Das ist eine enorme Belastung für alle! Und
114 ich glaube, dass die ganz froh sind wenn wir oder ich dann auch noch dabei sind
115 so. Wir können dann gemeinsam auch in diese Trauerbegleitung hineingehen, die
116 wir dann alle nötig haben, ne?! Auch mich als Seelsorger greift das an. Ich habe
117 vier gesunde Kinder und bei diesen Situationen merke ich wie wenig
118 selbstverständlich das ist, dass man (unverständlich). Das muss auch irgendwie
119 eine Form bekommen, es muss ritualisiert werden, damit ein Mensch weiterleben
120 kann, ne?! Man kann nicht einfach, so wie das früher war, ne?! Man hat das Kind
121 nicht mal gesehen, es wurde beseitigt und man ist ohne Kind nach Hause
122 gegangen und hatte keine Begleitung – gar nichts! Ich hörte kürzlich von einer
123 Grünen Dame, die ein Gespräch mit einer alten Frau geführt hat. Die war schon
124 über siebzig, die hat zum ersten Mal hier im Krankenhaus erzählt, dass sie als
125 junge Frau ein Kind tot geboren hat. Und das war das aller erste Mal, dass sie das
126 erzählt hat. Und das hat sie krank gemacht, dass sie niemanden hatte, dem sie
127 das erzählen konnte. Und das war für sie erlösend, dass sie jemanden gefunden
128 hat, mit der sie darüber reden konnte. Also so wichtig ist das! Man darf nicht
129 darauf sitzen bleiben. Man muss das ritualisieren und das ist manchmal sehr
130 schwierig. Es gibt dann Mütter, die das überhaupt nicht annehmen können, dass
131 das passiert ist. Die gehen manchmal dann einen langen Weg bis sie soweit sind.
132 Hier im Krankenhaus schon, dass sie ihr Kind überhaupt sehen wollen. Im letzten
133 Fall war das so, dass der Vater diese Brücke geschlagen hat. Der hat sich dann
134 um die Frau gekümmert und hat den Kontakt zum Kind aufgenommen und zur
135 Seelsorgerin, die hier arbeitet und dann haben sie es gemeinsam geschafft mit

136 dem Kind zur Mutter zu gehen. Dann die ganze Bestattungsfrage muss dann auch
137 schnell geklärt werden. Das Kind war schon bestattungspflichtig, dann muss das
138 ein Bestattungsinstitut machen und sie müssen irgendwie eine Form finden die
139 Beerdigung zu gestalten so. Dabei sind wir als Krankenhauseelsorger behilflich.
140 Die andere Möglichkeit ist, wenn sie nicht bestattungspflichtig sind, dass wir ihnen
141 trotzdem anbieten an einer Trauerfeier teilzunehmen, wo ihr Kind dann auch
142 tatsächlich dabei ist, und wo der Name ihres Kindes auch genannt wird, und wo
143 sie dann auch einen bleibenden Ort haben zu dem sie immer wieder hingehen
144 können und wo sie auch mit den Geschwisterkindern hin gehen können. Das ist
145 uns auch wichtig, dass die Geschwisterkinder wissen, was da passiert ist. Sonst
146 entwickelt sich das zu einem Familiengeheimnis und das wirkt sich meistens ungut
147 aus. Was, was wir aber hier tun können ist, ich spreche ja von den Ritualen, wir
148 haben hier so Mosekörbchen. Also, wir machen das Kleine ein bisschen schön
149 fertig, legen das in sein Mosekörbchen. Patienten aus dem Bethanien
150 Krankenhaus in der Geriatrie, haben in der Ergotherapie, Seidentücher dafür
151 gebastigt und die werden da unten rein gelegt. Also da arbeiten Patienten aus
152 einem Krankenhaus für den Kreissaal im anderen Krankenhaus – wussten die
153 auch, was die da taten. Finde ich auch eine sehr schöne Geste, dass Menschen
154 am Ende des Lebens, was für die jungen Frauen dann tun. Und viele von denen
155 kennen diese Erfahrung ja auch. Ja, und dann halten wir am Bett der Mutter dann
156 eine kleine Abschiedsfeier. So mit einer Kerze, mit einem Bronzeengel, Worten,
157 die man dann lange sucht. Viel Zeit besteht aus Schweigen, weinen und weinen
158 lassen, aushalten – und das kann sehr lange dauern.

159

160 *I: Und da sind dann auch die Hebammen, Ärzte zum Teil auch mit dabei?*

161

162 IP: Hebammen, also die betreuende Hebamme. Die betreuen manchmal auch
163 diese Mütter über die Krankenhauszeit hinaus – weit hinaus. In einem Fall war das
164 ganz wichtig, dass eine Hebamme den Kontakt gehalten hat und immer wieder
165 den Kontakt aufgenommen hat, weil es da ganz schwierig war die Trauerfeier
166 einzuleiten. Und das hat nachher so toll geklappt, diese Mutter hat nachher die
167 Trauerfeier selbst gehalten. Soweit hat die sich dann auf diesem Weg entwickelt
168 und war dann auch, ihr Kind war schon beerdigt, und dann hat sie trotzdem noch
169 an dieser gemeinsamen Trauerfeier von diesen verwaisten Eltern teilgenommen.

170 Da hat ihr Kind dann mit dem (unverständlich) bekommen. Also, das hat hier eine
171 Kultur bekommen und das wollen wir auf jeden Fall behalten. Wir gucken ja aus
172 dieser Zeit schon immer etwas weiter zum Neubau, ne?! Wenn der Neubau steht,
173 wollen wir dort auch eine bestimmte Kultur haben so. Und das, was im Kreissaal
174 entwickelt wurde über eine lange Zeit, das soll dann dort einen Ort haben, und
175 was sich in den anderen Krankenhäusern entwickelt hat alles was mit Sterben und
176 Trauerbegleitung zu tun hat soll dann dort auch integriert werden.

177

178 *I: Wenn Sie jetzt noch mal an die anderen Stationen hier im Elim Krankenhaus*
179 *denken. Wenn Sie dort gerufen werden, wenn ein Patient verstirbt, werden Sie*
180 *dann für den sterbenden Patienten und seine Angehörigen gerufen oder werden*
181 *Sie auch mal, ja, für die Mitarbeiter für das Pflegepersonal, für die Ärzte gerufen?*
182 *Gab es da so Situationen?*

183

184 IP: Also, meistens ist das für Angehörige und Patienten direkt. Vieles, was Ärzte
185 und Pflegepersonal anbetrifft da werden wir nicht gerufen sondern das passiert
186 durch das Schnacken auf der Station, ja?! Was Mitarbeiterseelsorge anbetrifft, da
187 werden wir in der Regel nicht gerufen sondern das (unverständlich) zwischen Tür
188 und Angel. Und davon lebt die Krankenhauseelsorge und darunter haben wir hier
189 in dieser Zeit, wo wir zwei aus Alten Eichen und Bethanien Vertretung gemacht
190 haben, wir waren ja einfach zu wenig präsent. Krankenhauseelsorge lebt davon,
191 dass man mit den Menschen lebt, dass wir mit den Mitarbeitern zusammen leben.
192 Und was dann wichtig ist, das kommt von alleine. Das kommt auf dem Flur, das
193 kommt im Schwesternzimmer, das kommt beim Kaffee trinken, das ist beim Mittag
194 essen. Also da, wo man so gerade noch eine Nische zwischen in der Arbeit hat
195 und sich begegnet, da kommt es dann zu Gesprächen, wo dann auch mal Dinge
196 aufblitzen, die mit der Seele zu tun haben, ne?!

197

198 *I: Aber wäre es auch denkbar, dass die Krankenhauseelsorge speziell auch für*
199 *die Mitarbeiter eingefordert wird, angefordert wird?*

200

201 IP: Denkbar ist das – erlebe ich auch. Ja, ich denke an die große Gruppe der
202 Krankengymnasten, die hier im xy Krankenhaus ist. Sie sind manchmal im Konflikt
203 mit ihrer Aufgabe als Krankengymnasten und mit dem, was Patienten sonst noch

204 von ihnen wollen. Und sie haben einmal thematisiert, Umgang mit krebskranken
205 Patienten, die sie krankengymnastisch behandeln. Die Krebskranken wollen aber
206 gar nicht so sehr die Krankengymnastik, die wollen reden so. Wie vereinen sie das
207 mit ihrem Auftrag? Darüber haben wir einige Male miteinander gearbeitet, also da
208 haben wir uns zusammen gesetzt. Das ist etwas, wo Mitarbeiter dann kommen.
209 Oder wenn man sich gut kennt, dann kommen sie auch mit ihren ganz
210 persönlichen Dingen. Sorgen um die eigene Tochter (unverständlich) So, das hat
211 so während der Arbeit nicht immer Raum. So alles will man seinen Kolleginnen
212 und Kollegen auch nicht zeigen.

213

214 *I: Mich würde noch mal interessieren, Sie erwähnten eingangs, das*
215 *Abschiedszimmer. Das hörte sich jetzt so an, als ob es das eine Zeit lang nicht*
216 *gegeben hat hier im Elim Krankenhaus?*

217

218 IP: Hier waren viele Umbaumaßnahmen und dann gab es dieses Zimmer nicht.
219 Ja, das lag soweit abseits und das war schon so ein bisschen vergruftet. Als dann
220 die Stationen drei umgestaltet wurden, 3a, 3b, die wurden zusammengelegt und
221 da hinten, wo Dr. Coym seine Praxisräume hatte, da ist ein Abschiedsraum wieder
222 eingerichtet worden. Also der sieht so ein bisschen gemütlicher aus als ein
223 Krankenzimmer.

224

225 *I: Und der ist noch relativ neu?*

226

227 IP: Ja, der ist relativ neu. Im Oktober 2007 wurde der wieder eröffnet oder neu
228 eröffnet.

229

230 *I: Glauben Sie, dass die Mitarbeiter das wissen hier im Krankenhaus, dass es*
231 *diesen Raum gibt?*

232

233 IP: Ich fürchte, dass es nicht alle wissen. (lacht) Auch wenn wir überall
234 rumgegangen sind und das auch schriftlich ist, aber was schriftlich und im Ordner
235 ist, das versackt auch ganz schnell.

236

237 *I: Bekommen Sie das mit, ob dieser Raum häufig genutzt wird?*

238 IP: Nein, bekomme ich nicht – nur wenn wir angefragt werden. Ja, nun war ja Elim,
239 obwohl wir jede Woche hier waren, doch verwaist. Mit der neuen
240 Krankenhauseelsorgerin, die jeden Tag hier ist, also fünfmal die Woche, denke
241 ich wird es eine andere Kultur bekommen. Und weil sie selber auch aus einem
242 Bereich kommt, wo viel Sterbe- und Trauerbegleitung gemacht worden ist, denke
243 ich, wird sich das wieder entwickeln.

244

245 *I: Dann muss ich jetzt noch einmal nachfragen, Sie waren ja nicht hier vor Ort,*
246 *sagten Sie. Sie kommen ja eigentlich aus dem xy Krankenhaus. Wie war das*
247 *geregelt, wie konnte man Sie als Seelsorger bis jetzt erreichen? Also, und vor*
248 *allen Dingen auch, wer konnte Sie anfordern?*

249

250 IP: Also, das läuft so, dass die Empfänge unsere Telefonnummern haben. Der
251 Empfang kann uns immer erreichen. Und in Alten Eichen und Elim und im
252 Bethanien, ist es auch so geregelt, dass die immer wissen, wo wir sind. Also unser
253 Empfang hat immer von mir eine Adresse, wo sie mich erreichen. Wenn ich zu
254 Hause bin, wissen sie, dass ich zu Hause bin, wenn ich im Elim bin, wissen sie
255 dass ich hier bin oder wenn ich in der Schule bin dann wissen sie auch das. Ja,
256 und die haben auch meine Handynummer.

257

258 *I: Und gibt es jemanden von der Seelsorge, der auch 24 Stunden erreichbar ist?*

259

260 IP: Konnten wir bisher nicht gewährleisten. Also so etwas wie eine Rufbereitschaft
261 haben wir jetzt, wo wir zu dritt sind erst wieder in die Diskussion genommen, weil
262 alles vorher hätte uns überfordert. Davon hatten wir unsere Finger gelassen. Aber
263 da wir zwei Akuthäuser haben, wird es auch immer dringender auch so was wie
264 eine Rufbereitschaft zu haben, 24 Stunden Rufbereitschaft. Also, wenn es wirklich
265 brennt dann telefonieren die schon rum, bis sie jemanden von uns haben. Und
266 dann müssen wir untereinander klären, wer sich jetzt darum kümmern kann. Und
267 wenn niemand von uns sich darum kümmern kann, dann gibt es noch 112 – den
268 Notfallseelsorger. Die Krankenhauseelsorger in Hamburg arbeiten alle mit der
269 Notfallseelsorge zusammen und wenn ein Fall eintritt, wo wir nicht erreichbar sind
270 und dringend jemand kommen sollte, dann steht die Notfallseelsorge zur
271 Verfügung. Also insofern gibt es einen 24 Stunden Bereitschaftsdienst.

272 *I: Also und wenn eine Krankenschwester jetzt z.B. meint, der Patient oder ein*
273 *Patient äußert, er möchte gerne die Seelsorge bei sich haben, dann würde es so*
274 *ablaufen, dass die Krankenschwester erstmal unten am Empfang sich informieren*
275 *müsste und der Empfang würde Sie dann versuchen telefonisch zu erreichen?*

276

277 IP: Ja, also wenn es dringend ist. Sonst warten sie bis wir auf der Station
278 auftauchen und melden sich dann auch, wir haben jemanden.

279

280 *I: Meinen Sie, dass das zu kompliziert ist, das vielleicht Sie auch aus diesem*
281 *Grunde manchmal nicht so häufig angefordert werden? Dass dieser Weg vielleicht*
282 *schon für manche zu kompliziert ist?*

283

284 IP: Der Weg ist kompliziert, ja – ja. Das ist so.

285

286 *I: Haben Sie eine Idee, wie man es anders machen könnte?*

287

288 IP: Wie wir es in unseren andren Häusern geregelt haben. Also in xy läuft es so,
289 dass in meinem Eingangsfach im Empfang immer Zettel liegen. Ja, das ist eine
290 Möglichkeit. Oder sie rufen mich an, wenn ich da bin tagsüber. Ich habe ein
291 mobiles Telefon bei mir vom Krankenhaus und darüber rufen sie mich an. Hier
292 bestand die Möglichkeit, muss ich jetzt sagen, über Anrufbeantworter sich zu
293 melden und es da zu hinterlassen. Nur das Ding ist in der letzten Zeit verreckt.
294 (lacht) Gut, das haben wir auch so auf sich beruhen lassen, jetzt wo die neue
295 Kollegin da ist, müssen die Dinger wieder alle neu eingerichtet werden.

296

297 *I: Also, Sie meinen da kann man schon die Situation noch mal überdenken und*
298 *der Ablauf so auch...*

299

300 IP: Ja, das werden wir auch. Und wie gesagt die Präsenz ist wichtig, ne?! Weil da
301 das Meiste entsteht. Es ist oft auch so, dass dem Pflegepersonal jemand auffällt,
302 aber in der Arbeit versackt das wieder. Wenn da ein Seelsorger auftaucht, kommt
303 das wieder ins Bewusstsein. Ja, aber es reicht nicht soweit und einen Zettel zu
304 schreiben oder um sonst was zu organisieren.

305

306 *I: Warum gab es denn eigentlich die letzten zwei Jahre hier keinen Seelsorger, der*
307 *hier im Elim...?*

308

309 IP: Das DKH wollte sich nicht drei Stellen leisten.

310

311 *I: Also, das war schon eine Sparmaßnahme?*

312

313 IP: Das war eine Sparmaßnahme, ja! Er sollte auf eine halbe Stelle reduzieren und
314 das konnte und wollte er sich nicht leisten und hat dann einen anderen Weg
315 gesucht. Die Stelle, die wir jetzt haben, die dritte Stelle, die ist fremdfinanziert, die
316 ist gesponsert. Ja, das ist toll, dass es so was gibt – und dadurch ist es möglich.

317

318 *I: Dann würde ich gerne noch einmal auf Ihre Stelle im Ethik-Komitee zu sprechen*
319 *kommen. Ja, vielleicht können Sie einfach mal erzählen, was das Ethik-Komitee*
320 *ist und was dort angeboten wird.*

321

322 IP: Also, das Ethik-Komitee kümmert sich, wie der Name schon sagt um ethische
323 Fragen. Wir haben ja eine bestimmte Vorstellung, wie wir mit Menschen umgehen
324 wollen, DKH Leitbild, was sehr mit dem christlichen Menschenbild verbunden ist.
325 Und wir möchten mit dem Ethik-Komitee unserem Personal helfen in schwierigen
326 Situationen sich beraten zu lassen, um eine Entscheidung zu treffen, die den
327 Betroffenen am angemessensten ist. Das sind Entscheidungen im
328 (unverständlich) Fragen wie künstliche Ernährung, PEG - Sonden oder ob weiter
329 beatmet wird auf einer Intensivstation, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Also
330 die Möglichkeit, die am schnellsten ist, ist die ethische Fallbesprechung. Also
331 Ethik-Komitee wird angerufen, wir entscheiden dann ob das eine Fallbesprechung
332 werden soll oder ob das eine grundsätzliche Frage ist, die im großen Ethik-
333 Komitee besprochen werden kann. Wenn es eine Fallbesprechung ist, dann
334 erklären sich zwei bereit auf die Station zu gehen aus dem Ethik-Komitee. Ja, es
335 gibt einer, eine, der Moderator ist, der andere macht Protokoll und Co-Moderation.
336 Und dann wird auch geguckt, wer sollte dabei sein, Chefarzt, Stationsarzt,
337 Krankenschwestern, Intensivschwestern, soll auch jemand von den Angehörigen
338 dabei sein wird geguckt, sind noch andere Personen wichtig bei der
339 Entscheidungsfindung. Und dann wird systematisch der Fall durchgesprochen und

340 die Handlungsalternativen durchgesprochen und man versucht dann alle Faktoren
341 zu berücksichtigen, die wichtig sind. Also, gibt es einen Willen des Patienten, gibt
342 es eine Patientenverfügung, die dazu etwas sagt, gibt es einen mutmaßlichen
343 Willen, wenn es nichts schriftliches gibt, was sagen die Angehörigen, was ist
344 schon medizinisch gemacht worden, was ließe sich noch machen, was sind die
345 Folgen davon, was will man in jedem Fall vermeiden und – all diese Fragen so.
346 Bis man dann am Ende sagen kann, so das sind die zwei oder drei
347 Handlungsalternativen. Was entspricht am meisten, sag ich mal, dem Willen des
348 Patienten. Was würde der wollen oder gibt es Prognosen, die viel versprechend
349 sind um noch mal etwas Neues zu probieren oder so, ne?! Dann wird am Ende
350 eine Empfehlung ausgesprochen – mehr nicht. Mehr darf man nicht.

351

352 *I: Und wer kann dieses Ethik-Komitee in Anspruch nehmen?*

353

354 IP: Alle – alle die im Krankenhaus arbeiten und auch alle Angehörigen. Also, wer
355 Bauchschmerzen bekommt bei einer Entscheidung, der kann das Ethik-Komitee
356 anrufen.

357

358 *I: Und wie wird das angenommen?*

359

360 IP: Wir sind ja noch neu. Wir haben das erst im vergangenen Jahr gegründet, im
361 April vergangenen Jahres, wir haben erst fünf Sitzungen gehabt. Das ist immer
362 noch Aufbauarbeit, die wir machen, also jetzt sind wir gerade dabei die
363 Öffentlichkeitsarbeit zu beginnen. Also schriftlich auch, mündlich haben wir schon
364 einiges gemacht, wir haben die Arbeit in den Foren vorgestellt. Es wird schon
365 angenommen – also es ist schon Bedarf da.

366

367 *I: Auch hier im Elim Krankenhaus?*

368

369 IP: Auch hier im Elim, ja. Wir hatten hier einmal den Fall auf der Station drei, da
370 ging es um den Beginn einer künstlichen Ernährung. Das war so ein Zweifelsfall.
371 Da gab es eine Patientenverfügung, die sagt, also keine lebensverlängernden
372 Maßnahmen. Die Ärzte waren aber der Meinung, man würde die Lebensqualität
373 verbessern, wenn die künstliche Ernährung eingeleitet werden würde, auch für die

374 weitere Pflege zu Hause, die Angehörigen wollten nach Hause nehmen. Nach
375 diesen Beratungsgesprächen, das war noch nicht so geordnet wie wir es jetzt
376 haben, aber es haben eben schon diese Gespräche statt gefunden mit den
377 Beteiligten auf der Station, also, Pflege, Chefarzt, Stationsärzte, Angehörigen
378 immer mal. Ich habe dann auch Einzelgespräche geführt mit Angehörigen, mit
379 dem Chefarzt, habe mir das noch mal von ihm erklären lassen, seine Sicht. Also
380 auch so ein bisschen versucht, zu, zwischen den verschiedenen Seiten zu
381 verstehen und zu vermitteln. Die Angehörigen haben dann zuletzt eingewilligt
382 doch eine künstliche Ernährung zuzulassen. Und wir haben später noch mal
383 nachgehakt und die waren dann mit dieser Entscheidung auch zufrieden. Das war
384 für sie die richtige Entscheidung. Also, was da raus gekommen ist, gehört auch
385 immer zum ethischen Prozess, hinterher zu fragen, was ist denn daraus
386 geworden? Und würden wir nächstes Mal wieder so entscheiden? Ja, das ist oft
387 nicht so einfach, denn die richtige Entscheidung gibt es meistens nicht.

388

389 *I: Wird das denn z.B. an die Angehörigen rangetragen, dass es so etwas gibt wie*
390 *das Ethik-Komitee?*

391

392 IP: Also noch halten wir uns da zurück. Noch sind wir auf dem Weg das an die
393 Mitarbeiter ran zu tragen.

394

395 *I: Wie machen Sie das ? (IP und I lachen)*

396

397 IP: Also, der eine Weg war ja, das in den Foren bekannt zu machen. Ich wurde
398 schon wiederholt eingeladen von ganzen Stationsteams, um dort zu referieren und
399 zu präsentieren, was wir da im Hintergrund vorbereiten und ihnen zu sagen, wie
400 sie das in Anspruch nehmen können. Und ich habe letzten Monat eine
401 Ärztefortbildung gemacht, also das ganze Ärztekollegium Bethanien hat sich mit
402 diesen Fragen beschäftigt. Und Donnerstag werden wir hoffentlich zum letzten Mal
403 über unseren Flyer reden und dann werden wir den drucken und im ganzen DKH
404 verteilen.

405

406 *I: Nur in den Stationszimmern oder auch vielleicht in Aufenthaltsräumen, dass*
407 *Patienten und Angehörige ihn ansehen können oder ist der nur in erster Linie*
408 *erstmal an die Mitarbeiter gerichtet?*

409

410 IP: Also, zunächstmal wollen wir an die Mitarbeiter herantreten. Wir wollen uns
411 nicht, wir sind schon schnell in unserem Prozess, haben wir jetzt gemerkt als wir
412 im Ethik-Forum in Frankfurt von Agaplesion waren. Da haben wir gemerkt, dass
413 wir ganz schön einen Zahn zugelegt haben und wir möchten erst einmal mehr
414 Erfahrung sammeln. Zunächst einmal mit den Mitarbeitern und da zu gucken, so
415 wann ist es dran einen Schritt weiterzugehen und auch auf die Angehörigen zu
416 zugehen. Einen Punkt, den wir dabei berücksichtigen müssen ist, auch wenn das
417 eine tolle Sache ist, alle die im Ethik-Komitee mitarbeiten, machen das neben ihrer
418 Arbeit. Das ist schön, dass wir für das Ethik-Komitee freigestellt sind, aber die
419 wirkliche Arbeit ist trotzdem da und wird nicht weniger. Also müssen wir auch da
420 gucken, dass wir uns nicht zu weit voran wagen, weil dann schaffen wir unsere
421 Arbeit nicht mehr.

422

423 *I: Und wie ist das geplant? Also, wenn jetzt z.B. eine Krankenschwester sich*
424 *entscheiden oder es wird auf der Station zusammen entschieden, dass das Ethik-*
425 *Komitee einberufen werden sollte. Wie kann man sich das dann praktisch*
426 *vorstellen? Wer, wird dort jemand angerufen oder...?*

427

428 IP: Es gibt ein Leitungskreis im Ethik-Komitee. Das sind drei Leute, das ist eine
429 Sozialarbeiterin, das ist Frau xy – Öffentlichkeitsarbeit und das bin ich. Ja, unsere
430 drei Adressen über E-Mail oder Telefon, die werden dann da drin stehen und wir
431 können jederzeit angerufen werden. Und wir schließen uns kurz und entscheiden
432 schnell, wie das behandelt werden soll. Also, das eine, hatte ich ja schon
433 beschrieben, ist eine ethische Fallbesprechung und das andere ist, dass es
434 Thema wird im Ethik-Komitee. Da sitzen dann zehn Leute zusammen. Da sind
435 mehrere Ärzte drin, Sozialdienst ist drin, Pflegedienst ist drin, ein Pflegedienstleiter
436 ist drin, der stellvertretende Leiter der Intensivabteilung ist drin, zwei Theologen
437 sind drin – also Frau Schlemmer und ich (lacht). Dann gibt es Themen, die
438 gehören gar nicht in eine ethische Fallbesprechung sondern die gehören in dieses
439 Gremium z.B. Umgang mit Patientenverfügung. Das ist unser nächstes Thema

440 und da wird ein Rechtsanwalt dabei sein, der sich auf Patientenverfügung
441 spezialisiert hat und der wird uns ins Bild setzen über Funktionen von
442 Patientenverfügung, Möglichkeiten und Grenzen und was alles richtig und falsch
443 sein kann an Patientenverfügungen und die ganzen Interpretationsfragen. Oft sind
444 die gar nicht so klar formuliert wie behandelnde Ärzte sie brauchen, ne?! Und
445 dann muss geklärt werden, wie sie dann trotzdem damit umgehen können. So,
446 und das Ethik-Komitee hat auch die Aufgabe über Patientenverfügung, um bei
447 dem Thema zu bleiben, aufzuklären, also Öffentlichkeitsarbeit zu machen. Ein
448 Komitee, das habe ich in Frankfurt kennen gelernt, die haben ein richtiges
449 Programm gemacht. Zwei Tage lang, war das glaube ich, die haben, die sind an
450 die Öffentlichkeit gegangen, haben die Leute eingeladen mit ihren fertigen
451 Patientenverfügungen, die sie zu Hause rum liegen haben zu kommen und die
452 mal auf Herz und Nieren untersuchen zu lassen. Richtig auf den Prüfstand zu
453 stellen von Ärzten, von Rechtsanwälten, von Seelsorgern von allen, die nachher
454 damit zu tun haben werden, ob diese Patientenverfügung wirklich das zum
455 Ausdruck bringt, was sie zum Ausdruck bringen wollten und das bewirkt, was sie
456 tatsächlich bewirken wollten. Und auch die Möglichkeit geben in Workshops
457 erstmalig eine Patientenverfügung zu erstellen für sich, und die gleich vor Ort
458 überprüfen zu lassen. So dass sie dann mit einer fertig erstellten
459 Patientenverfügung nach Hause gehen können. Das ist Ethik-Komitee Arbeit an
460 einem Beispiel.

461

462 *I: Und das andere sind dann die ethischen Fallbesprechungen?*

463

464 IP: Ja ne, es gibt also einmal die Themen, die in das große Ethik-Komitee
465 gehören, die manche die oft auch Zeit brauchen und Zeit haben und die anderen
466 sind die akuten Fallbesprechungen, die auf einen Menschen bezogen sind, wo
467 man eine Lösung braucht. Damit man weiß, wie man als nächstes weiterhandeln
468 soll.

469

470 *I: Und bei diesen akuten Fallbesprechungen, haben Sie auch da das Gefühl, dass*
471 *das für die beteiligten Berufsgruppen eine Hilfestellung ist? Dass es für die auch*
472 *eine Erleichterung ist, vielleicht auch im Team darüber zu sprechen, darüber zu*
473 *diskutieren?*

474 IP: Ja, wir erwarten schon, dass da Anfragen kommen werden, wenn die ersten
475 Hemmschwellen überwunden worden sind, ne, da ist ja auch so eine Hemmung
476 drin, ich rufe das Ethik-Komitee so schnell nicht an...

477

478 *I: Ja, warum? Wie erklären Sie sich das?*

479

480 IP: Ja, damit wird ja auch deutlich gemacht, es gibt einen Konflikt im Team. Ja,
481 und hinter jeder ethischen Fragestellung, die ins Ethik-Komitee kommt, steht ein
482 Konflikt. Und damit gibt man zu, wir haben einen Konflikt oder Pflege hat einen
483 Konflikt mit den Ärzten. Das möchte man nicht so gerne, dann könnte man auch,
484 ja, was soll ich sagen als Petze (lacht) verrufen sein, wenn man zu oft das Ethik-
485 Komitee anruft. Also das muss erst noch mal eine Kultur werden, dass das ein
486 Hilfsinstrument ist. Man muss auch wahrscheinlich selber noch ein bisschen über
487 ethische Fragestellungen lernen, aber im Grunde genügt es auf seinen Bauch zu
488 hören. Ne, es gibt Fragestellungen, die tauchen immer wieder auf und irgendwann
489 sagt jemand, jetzt reicht es, jetzt will ich das mal diskutiert haben. Wir machen hier
490 etwas, was mir schon lange nicht gefällt, ja?!

491

492 *I: Und wie planen Sie denn die Mitarbeiter dafür zu sensibilisieren, dass die sich
493 vielleicht auch mal trauen Fallbesprechungen oder so einzuberufen?*

494

495 IP: Also einmal dadurch, dass es sich hoffentlich rum spricht, da wo es schon
496 geschehen ist, dass es wirklich geholfen hat und das ist das Wichtigste! Ja, die
497 Mund zu Mund Propaganda. Ich glaube wichtig ist auch, die Ärzte dafür zu
498 gewinnen eine große Erleichterung ist. Das hilft ja oft auch, dass sie nicht alles
499 alleine entscheiden müssen sondern dass sie im Hintergrund dann auch
500 Mitdenkende haben, auch Kolleginnen und Kollegen haben, die im Ethik-Komitee
501 sitzen, die eine Beratung mit durchführen können, so dass sie am Ende nicht ganz
502 alleine dasitzen. Ich möchte in vielen Fällen kein Arzt sein. Ich glaube auch den
503 jüngeren Ärzten, die Ehrgeiz haben Leben zu erhalten und zu retten und so auch
504 von den Älteren einiges lernen, manches auch... Aber das sind Fragen, die
505 kommen, haben wir in unserer nächsten Ethik-Komitee Sitzung auch auf der
506 Tagesordnung, ne?! Da greifen Sie schon etwas voraus (IP und I lachen), wo wir
507 uns noch mit auseinander setzen müssen. Wir gehen gerade ran an den Bereich

508 Öffentlichkeitsarbeit. Erst mal mussten wir uns darüber klar werden, was wir
509 überhaupt können und wollen. Aber es ist schon mal ein Fortschritt, das muss ich
510 auch sagen, dass es das im Diakonie Klinikum gibt und das es auch gewollt ist
511 und nicht nur um Punkte bei KTQ zu machen, sondern weil das zu unserem
512 Selbstbild gehören soll. Also so habe ich das hier erlebt, so kriege ich das auch in
513 Frankfurt mit bei Agaplesion, die haben das ja mal initiiert. Also das hat auch was
514 mit unseren Werten zu tun, die wir als Agaplesion haben und haben wollen. Bei
515 allen wirtschaftlichen Fragen, die immer eine Rolle, vermehrt eine Rolle
516 mitspielen, die meistens nicht so möglich sein lassen wie wir uns das wünschen.

517

518 *I: Mich würde abschließend noch interessieren, was Sie sich für die Zukunft*
519 *wünschen würden um die Situation, den Umgang mit sterbenden Patienten hier in*
520 *diesem Krankenhaus zu verbessern, zu optimieren?*

521

522 IP: Also hier in diesem Krankenhaus, dass sehe ich schon immer in diesem Altbau
523 und dann im Neubau. (lacht) Also vieles denken wir schon auf den Neubau um,
524 ne?! Also vieles, was wir jetzt schon machen hat auch den Sinn, es schon mal zu
525 haben um es dann zu integrieren zu können. Also, was ich mir wünsche ist, dass
526 Sterben zu etwas Normalen wird. Dass es nicht ausgegrenzt ist, was sich dann
527 auch darin zeigt, dass es auch räumliche Orte bekommt. Also, dass es möglichst
528 auf den einzelnen Stationen Zimmer geben wird, die nicht ganz dafür frei gehalten
529 werden, aber die dafür prädestiniert sind, dass Sterbende und Angehörige
530 (unverständlich) haben. Also, so wie die Bettenplanung und Raumplanung
531 aussieht, wird es so etwas wie ganz spezielle Sterbezimmer, wie wir es im
532 Bethanien haben, nicht mehr geben. Dafür wird viel zu sehr um jeden
533 Quadratmeter gekämpft, aber dass es trotzdem einen Ort auf der Station bekommt
534 so.

535

536 *I: Also, das ist für den Neubau?*

537

538 IP: Für den Neubau. Also, Sie fragen mich ja, was ich mir wünsche, was da
539 geplant ist, dass weiß ich, diese Zimmerplanung angeht gar nicht. Da hat es einen
540 Architektenwechsel gegeben. Was vorgesehen ist, ist ein, ich mache jetzt mal die
541 Reihenfolge so, ein Angehörigenraum, ein Abschiedsraum und dann gibt es,

542 glaube ich, eine vierer Kette, Angehörigenraum, Abschiedsraum, einen Raum, wo
543 Bestatter arbeiten können und dann die Kühlung. Ja, so dass es dort auch eine
544 Kultur gibt, wo solche Rituale statt finden können, wenn schon Patienten in der
545 Kühlung sind. Ne, oft werden die Zimmer ja schnell wieder frei gemacht. Das Ziel
546 ist, das ist auch hier das Ziel, die Patienten möglichst im Zimmer zu lassen bis die
547 Angehörigen da sind, wenn das irgend geht, machen wir das – auch in den
548 anderen Häusern. Wenn aber schon jemand in der Kühlung war, dass wir dann
549 auch eine Aufbahrung machen können in einem speziellen Abschiedsraum. Das
550 soll es im neuen DKH auch wieder geben. Das wird im Untergeschoss sein, am
551 besten wäre das, das wäre die neue sehr weit gehende Kultur schon, das im
552 Eingangsbereich zu haben. Es gibt Krankenhäuser, die machen das schon, aber
553 soweit sind wir hier noch nicht. Aber wir haben schon dieses Bewusstsein, dass
554 wir uns um diesen Bereich auch selber kümmern wollen. Ja, wir waren ja noch bei
555 den Wünschen. Ich wünsche mir, dass es hier eine eigene geschlossenen Kultur
556 bekommt. Also von Sterbebegleitung, ich höre das von anderen Kollegen, dass
557 die auch so etwas wie eine Sitzwachengruppe initiiert haben. Das ist nun in
558 Süddeutschland und in Süddeutschland sind die Leute nun mal alle ein bisschen
559 frommer und (lacht) sind ehrenamtlich auch engagierter. In Hamburg ist das nicht
560 ganz so leicht, so was zu initiieren, aber wenn es nach Wünschen geht, wäre das
561 natürlich toll!

562

563 *I: Gibt es die Möglichkeit einer Sitzwache hier überhaupt nicht?*

564

565 IP: Also, Krankenschwestern machen das nicht, nee. Sie lassen die Zimmertür
566 offen und gucken immer mal rein, ne?! Oft sind diese, in Bethanien sind die
567 Sterbezimmer oft nah dran am Schwesternzimmer, so gleich um die Ecke. Ne,
568 dann kann man immer mal rein hören, mal rein gucken. Eine Zeit lang hat die
569 Zusammenarbeit mit ‚Omega‘ ganz gut geklappt. ‚Omega‘ ist eine ehrenamtliche
570 Gruppe von Sterbebegleitern. Das hat sich aber auseinander gelebt, man doch
571 eine eigene Gruppe im Haus haben...

572

573 *I: Wäre denkbar, dass die Grünen Damen so was übernehmen würden?*

574

575 IP: Die Grünen Damen stehen unter einem anderen Zeichen. Wir haben zwei
576 Grüne Damen, die haben eine einjährige Ausbildung in Trauer- und
577 Sterbebegleitung gemacht, die können so was, die machen so was auch. Eine
578 arbeitet auch ehrenamtlich in einem Hospiz mit. Also solche, solche die sich dann
579 ganz speziell darauf vorbereiten, die können so was machen.

580

581 *I: Also, es wäre aber schon denkbar, wenn z.B. Grüne Damen noch mal*
582 *besonders (unverständlich) in Bezug auf Sterbebegleitung, Trauerbegleitung...*

583

584 IP: Ja, aber es ist noch mal eine ganz andere Qualität. So haben Grüne Damen
585 feste Zeiten, das können sie gut in ihr Leben integrieren. Wer grüne Dame wird, ist
586 meistens auch sonst engagiert. Sie haben ihre Oma Pflichten gegenüber ihren
587 Enkelkindern und sie sind oft auch in Vereinen oder Kirchengemeinden engagiert
588 und haben das gut organisiert, dass sie an einem bestimmten Wochentag, eine
589 bestimmte Stundenzahl hier sein kann. Sterben steht nicht im Kalender, dann ist
590 man plötzlich nachts hier und das, da muss man sehr flexibel sein, ja. Und das
591 passt eigentlich nicht zum Selbstbild der Grünen Damen. Die haben andere
592 Aufgaben und die haben andere Ziele und es ist für sie schon eine emotionale
593 Belastung sich so intensiv auf kranke Menschen einzulassen. Oft sind das
594 gleichaltrige Menschen, oft sind das Menschen, die eigene Verwundungen
595 anrühren. Also, wer Seelsorge macht, kriegt es immer auch mit seinen eigenen
596 Sachen zu tun. Und dann kriegen auch immer mit Seelsorge zu tun, ne, weil
597 Sachen dann auch kommen. Das ist schon eine ganze Menge, was sie dort
598 leisten, so dass ich mir nicht vorstellen, da auch noch tätig zu werden.

599

600 *I: Was wäre denkbar, wen, wie könnte man das vielleicht organisieren?*

601

602 IP: Also wieder mit so einer Gruppe zusammenarbeiten wie ‚Omega‘ das macht
603 und es gibt eine Hospizgruppe im Alten Eichen Krankenhaus. Mit solchen
604 zusammenzuarbeiten, dass man miteinbezieht in die Arbeit und das wäre auch
605 wieder vornehmlich eine Aufgabe von Seelsorge. Aber das sind Wünsche
606 bezogen auf das neue DKH. Diese ganzen Umbrüche, die wir zurzeit haben, die
607 nehmen uns auch sehr in Anspruch, so dass wir für vieles, was wir
608 (unverständlich) auch nicht mehr so viel Zeit und Energie haben. Sondern es geht

609 darum, alles einigermaßen am Leben zu erhalten und das dann einigermaßen gut
610 zu integrieren in das neue Haus und dann von dort aus, es dann wieder weiter zu
611 entwickeln. Ja, soweit mal.

612

613 *I: Gut, dann bedanke ich mich erstmal ganz herzlich bei Ihnen!*

614

615 IP: Gerne!