

Interviewleitfaden Hoffnung

Vorspann:

Interviewnummer

Datum

Person

Alter

Funktion

Dauer

Bezugnahme auf die Fallbeispiele: Kennen Sie vergleichbare Situationen?

Welche Werte und Standpunkte geben Ihnen Orientierung, wenn Sie darüber nachdenken, ob eine Therapie (eine Pflegemaßnahme, o.a.) für einen schwerstkranken Patienten richtig, angemessen ist?

Sie kennen vielleicht den Satz: „Man darf einem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“

Dieser Satz gilt ja sozusagen als Handlungsdevise für den Umgang mit unheilbar kranken oder gar moribunden Patienten. Wie denken Sie darüber?

Was verstehen Sie unter Hoffnung? Welche Vorstellungen und Bilder sind für Sie mit dem Wort Hoffnung verbunden?

Was gibt Ihrer Meinung nach einem unheilbar kranken Patienten Hoffnung?

Was könnte Ihrer Meinung nach seine Hoffnung zerstören?

Was gibt Ihnen selbst Hoffnung in ihrer Arbeit?

Hat Hoffnung für Sie religiöse Bedeutung?

Haben Ihre Gedanken zu Hoffnung Einfluß auf Ihre Arbeit?

Fallbeispiele

tastasierendes Mammakarzinom.

Die schnell wachsende Tumorart hat die axillären Lymphknoten, Leber und Knochen in Mitleidenschaft gezogen. Bei einer Kernspintomographie sind nun auch die Metastasen im Gehirn festgestellt worden. Nach ihrer ersten Operation, bei der die linke Brust amputiert wurde, ist Frau L. chemotherapeutisch und radiologisch behandelt worden. Nach dem Abschluss zweier komplett verabreichter Behandlungsschemata sind die Metastasen weiterhin progredient.

Frau L. leidet bei jeder Chemotherapie unter Übelkeit und Erbrechen. Ihre Schleimhäute im HNO-Bereich, im Genitalbereich und an den Verdauungsorganen sind entzündlich gereizt. Die Frau ist physisch und psychisch erschöpft und oft depressiv. Ihr Ehemann und die beiden halberwachsenen Kinder sind ebenfalls im Rand ihrer nervlichen Belastungsfähigkeit und fühlen sich der Krankheitssituation ihrer Mutter gegenüber hilflos.

Frau L. wünscht angesichts ihrer sich verschlechternden Situation weiterhin eine wirksame Behandlung.

Herr R. ist 62 Jahre alt. Verdauungsbeschwerden und Blutungen während des Stuhlgangs veranlassten ihn zu einem Arztbesuch. Eine darauf folgende Darmspiegelung ergab ein bereits weit ausgebreitetes Colonkarzinom. Im Vollzuge einer sofort angesetzten Operation erhält Herr R. einen künstlichen Darmausgang. Herr R. hat eine denkbar schlechte Prognose. Sein Befinden nach der OP ist allerdings subjektiv relativ gut und er ist voller Hoffnung. Trotz intensiver Nachbehandlung breiten sich im Becken Lymphknotenmetastasen aus.

Auf einer internen Station liegt Frau H., 32 Jahre alt, Grundschullehrerin, Mutter eines 6-jährigen Sohnes. Frau H. hat eine Lungenfibrose und wartet auf eine Transplantation. Sie hat eine seltene Blutgruppe, was die Chancen, rechtzeitig ein passendes Organ zu bekommen, noch erheblich verschlechtert. In den 13 Wochen, die Frau H. wartend im Krankenhaus verbracht hat, hat ihre Atemnot ständig zugenommen. Sie braucht inzwischen Tag und Nacht die höchste Stufe an Sauerstoffzufuhr. Frau H. ist über ihre Situation im Bilde. Sie weiß, dass eine Transplantation die einzige Chance ist, um am Leben zu bleiben. Ihre gelegentlichen Phasen intensiver Angst setzen die ganze Station in Spannung. Alle Beteiligten wissen, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Transplantation zeitlich begrenzt sind. Irgendwann wird auch diese geringe Möglichkeit nicht mehr vorhanden sein. Man muss tatenlos abwarten, während sich die Chancen täglich mindern.

Herr K. ist 75 Jahre alt. Er hat einen schweren Schlaganfall erlitten. Herr K. ist rechtsseitig gelähmt. Auch sein Sprachzentrum ist betroffen. Nach wochenlangem Üben mit einer Logopädin bringt Herr K. einige wenige Worte hervor. Ansonsten versucht er sich mit Mimik und Gesten zu verständigen. Er wird jedoch von Tag zu Tag niedergeschlagener. Obwohl Herr K. bei Bewusstsein ist, ist eine Verständigung mit dem Patienten außerordentlich schwierig und zeitaufwendig. Intensive Pflege ist erforderlich. Auf der Station denken alle, dass seine Chancen auf Regeneration so gut wie "null" sind. Ob Herr K. und seine Frau um diese Prognose wissen, ist nicht

Interview a1

Januar 1999

Professor Dr. C.

52 Jahre

Chefarzt einer gynäkologischen Abteilung

Dauer: über 1 Stunde

A=Arzt

I=Interviewerin

Die Interviewerin muss eine halbe Stunde auf das Gespräch warten. Dann in seinem Sprechzimmer eine freundliche Gesprächsatmosphäre. Die Interviewerin erklärt auf Nachfrage hin noch einmal den thematischen Rahmen des Interviews, steckt den Zeitrahmen ab (ca. eine halbe Stunde) und kündigt an, mitzuschreiben.

A: Das sind ja ganz typische Krankheitssituationen. Es gibt da eine Vielzahl von vergleichbaren Fällen. Ich erinnere mich da an eine vergleichbare Situation, erstens, weil sie jung war ...Inzwischen ist sie auch verstorben. Es ist jetzt ein Jahr her. Außerdem hatte sie den gleichen Namen wie ich. Und sie hatte drei kleine Kinder. Das sind dann so Situationen, da gewöhnt sich der Mediziner an, nur die halbe Wahrheit mitzuteilen. Das ist manchmal schwer. Es hat was mit Lebenshoffnung zu tun. Also man versucht, soviel Wahrheit mitzuteilen, wie sie vertragen können.

(I möchte nachfragen. Aber A ist so engagiert, dass das nicht möglich ist).

Also, als diese Frau das erste Mal zu uns kam, hatte sie ein metastasierendes Mammakarzinom. Die Brust ist dann amputiert worden. Sie hat dann eine Chemotherapie bekommen und war dann auch eine Zeitlang rezidivfrei. Dann kam die erste Knochenmetastase. Da war das jüngste Kind, glaube ich, acht. Da hatte sie das Gymnasium als Ziel. Also: „Ich will das schaffen, bis mein jüngstes Kind ins Gymnasium kommt.“ Dann kam das Kind ins Gymnasium. Da hieß es:

„Das nächste Weihnachten will ich noch erleben.“ Das hatten auch wir uns hier zum Ziel gesetzt: Das nächste Weihnachtsfest soll die Frau noch erleben. Das hat sie auch geschafft. Dann kam wieder eine sehr schmerzhaft Phase. Sie konnte überhaupt nicht mehr gehen. Das hat sie auch geschafft. Dann, als es wieder besser war, ist sie mit den Kindern nach Norderney gefahren. Danach brach sie dann völlig zusammen. Ich habe mit ihr dann über ihr Sterben gesprochen. Und eins war ganz klar: Sie wollte auf keinen Fall zuhause sterben. Sie starb

dann also bei uns. ... Das war ein sehr schwieriges Sterben, bei dem Sterbehilfe kaum möglich war. – Ich meine ja, dass unsere gesetzliche Möglichkeiten ausreichend sind. Man kann mit Morphinpräparaten einem Patienten zum schmerzfreien Sterben verhelfen. Aber Frau C. wollte nicht sterben und hat sich bis zuletzt dagegen gewehrt. – Wir haben eigentlich immer die Vorstellung, dass die Angehörigen dabei sein können, wann immer sie wollen. Und es hat lange gedauert, bis wir begriffen hatten, dass diese Frau alleine sein wollte, weil sie sonst einfach nicht loslassen konnte, wenn der Mann und die Kinder um sie waren. Als wir das begriffen hatten, da hat sie es schließlich dann geschafft.

I: Ich vermute, dass es sehr hart ist, in so einer Situation, wie z.B. bei dieser Frau, Therapieentscheidungen zu treffen. Wo man immer abwägen muß, ob ein therapeutischer Schritt noch sinnvoll ist oder nicht.

A: Das ist wahr.

I: Welche Werte und Standpunkte geben Ihnen dann Orientierung?

A: Ich versuche, den Wunsch der vor mir sitzenden schwerstkranken Patientin rauszufinden, oder besser, was sie braucht. Das bedeutet zunächst, dass man offen mit jemandem redet. Dabei muß man ein Gefühl dafür kriegen, was jemand wissen will. Und das ist sehr unterschiedlich.

(Unterbrechung durch einen Telefonanruf. A wirkt sehr beteiligt.)

Also, jemand vor einer großen Operation will wahrscheinlich zuerst einmal wissen: Werde ich die Operation überleben? – Sie wissen ja, dass solche Gespräche für uns Routine sind. Viele Dinge müssen wir ja auch einfach mitteilen. Die Probleme mit der Narkose oder ob vielleicht ein künstlicher Darmausgang nötig ist. Aber man muss sich natürlich auch fragen, wie ausführlich man mit jemandem darüber reden soll. Denn, wenn die Operation nötig ist, dann möchte der Patient sie natürlich hauptsächlich überstehen. Nach der OP sind die Leute ja noch ziemlich eingeschränkt in ihrer Wahrnehmung. Dann ist es natürlich wichtig, ihnen zu sagen, ob die Operation gut verlaufen ist, ob es bösartig ist oder nicht.

Eine weitere Stufe ist es, wenn man die Histologie hat. Na ja, und dann, wenn es nach Hause geht. Der Patient verläßt dann ja einen Schutzraum. Nicht wahr, die Patienten erleben die Klinik doch oft als ein schützendes Gebäude. Und wenn sie dann rausgehen, dann kommt die

Frage: Was erwartet mich? Dann kommt erst richtig die Frage: Wie lange habe ich noch zu leben?

I: Sie gehen sehr vorsichtig mit den Patientinnen um, Stufe für Stufe. Warum tun Sie das?

A: Es wäre doch rücksichtslos, nicht vorsichtig zu sein. Es geht doch um die ganze Hoffnung der Patientin.

I: Heißt das auch Dinge tun oder sagen, die nicht der Realität entsprechen?

A: Nein auf gar keine Fall.

Meine wichtigste ethische Regel ist: Niemals die Unwahrheit sagen. Die Fragen sind doch gar nicht so unangenehm. Die Fragen sind ganz adäquat. Am zweiten Tag nach der Wundheilung, da fragen die meistens: Wie groß war denn der Tumor?

Dann sage ich meinetwegen 22 mm. Ich sage einfach, wie es ist. Die wissen dann doch gar nicht, was das bedeutet. Aber sie wissen erst mal, wie es überhaupt ist. Ich habe da, wie Sie schon gemerkt haben, ein Stufenkonzept. So vertrete ich es auch gegenüber Kollegen. Man muß die Wahrheit in Portionen mitteilen. Manchmal ist es auch sinnvoll, auszuweichen. Wenn ich den Bauch geöffnet habe und sehe, dass es aussichtslos ist, dann ist es nicht besonders sinnvoll, das gleich nach der OP mitzuteilen. Wer soll das denn verkraften? Dann kann man sagen: "Ich kann noch nichts endgültiges sagen. Ich brauche erst noch ein paar Zusatzuntersuchungen".

I: Kann man sich dadurch auch selber Luft verschaffen?

A: Ja, das kann man. Man selber ist ja auch ziemlich fertig.

Man braucht ja schließlich auch Hoffnung für seine Arbeit. Und man muss darauf achten, was man selbst verkraften kann. Sonst kann man keine gute Medizin machen. Ich kann z.B. nicht mit dem ganz großen Leiden umgehen. Ich war mal zwischendurch in der Kinderklinik. Also diese Kinder zu erleben mit unheilbaren, schweren Krankheiten und Mißbildungen, das halte ich nicht aus. Deshalb bin ich zur Gynäkologie gegangen. Was ich will, das ist halbe-halbe. Einerseits die Geburtshilfe. Ab und zu ein gesundes Neugeborenes sehen und glückliche Mütter und Väter und andererseits die Onkologie. Da hat man dann allerdings manchmal

hintereinander schwierigste Operationen. (A Atmet schwer aus.) Und dann noch die entsprechende Nachgeschichte.

I: Was gibt Ihnen denn da Hoffnung bei Ihrer Arbeit?

A: Dass ich exzellente handwerkliche Arbeit mache. Das erwarten die Patienten ja auch von mir.

I: Wenn sich z.B. eine Krebserkrankung immer weiter entwickelt, dann kommt doch irgendwann einmal die Situation, wo alles aussichtslos ist. Wie kann man das dann mitteilen? Haben sie schon einmal erlebt, dass eine Patientin so ganz in die Hoffnungslosigkeit gerutscht ist?

A: Nein, noch nie. Ich habe noch nie Patientinnen erlebt, die ganz in die Depression gekippt sind. Man muss immer mehr Hoffnung und Zuversicht verbreiten, als man selbst in dem Fall gerade hat oder als man selbst voraussetzen kann.- Das ist deshalb richtig, weil sich eine Situation viel positiver entwickeln kann, als es im Augenblick den Anschein hat. Es gibt ja wirklich wild aussehende Karzinome. Da war einmal eine Frau mit einem Ovarialkarzinom. Und die hat mir Mut zugesprochen. Sie hat immer gesagt, sie könne das akzeptieren, wie es jetzt ist.

I: Ich frage mich, wie sich diese Haltung bei dieser Frau entwickelt hat. Die körperliche Situation ihrer Krankheit kann es doch wohl nicht gewesen sein.

A: Nein, bestimmt nicht. Es muss wohl was anderes gewesen sein, was ihr Hoffnung gegeben hat.

Das hat wohl was mit ihrer Lebenseinstellung zu tun. Das kann man medizinisch nicht verrechnen. Ich möchte mal wissen, einen wie großen Anteil das an unserer Arbeit eigentlich hat.

Dabei ist das wirklich unvorhersehbar. Die eine Patientin hat da ungeahnte Möglichkeiten, Kraft und Hoffnung aufzubauen, obwohl es da ganz schlimm aussieht. Die andere fällt in sich zusammen.

I: Die Frage, was Patientinnen in ihrer Hoffnung stützt, interessiert mich auch sehr. Können Sie dazu noch etwas sagen?

A: Den Patienten hilft es zunächst einmal, wenn sie merken, dass man ein exzellentes handwerkliches Können hat. Und als Professor weiß man ja immer noch ein bißchen mehr als die anderen. Das ist nicht ungefährlich. Denn das ist ein gewaltiges Machtpotential. Das hat auch etwas mit Ethik zu tun. Man darf die Verzweiflung von Menschen nicht ausnutzen. Menschen in Verzweiflung glauben alles. Die Macht, Hoffnung zu machen und dann nicht einzuhalten., was man versprochen hat.

Es nützt aber nichts, wenn sie mich für einen Helden halten . Sie müssen sich schon im Prinzip gut aufgehoben fühlen auf der Station, um die Hoffnung zu behalten. Es ist wichtig, dass die Patientinnen wissen, dass alle sich gleichermaßen bemühen.

Dabei ist es natürlich schon so, dass ein gewisses Maß an Charisma dazugehört, mit Menschen in einer Notsituation zu sprechen. Man muß sich auch dem Menschen zuwenden. Wenn man einem Menschen nicht in die Augen gucken kann, dann kann man in Sachen Hoffnung nichts ausrichten.

Ich hatte schon mal junge Ärzte hier, zu denen habe ich nach einem halben Jahr gesagt: „Das wird nichts.“ Die hatten irgendwie auch selbst keine Hoffnung. Wenn die Dienst auf einer Station hatten, dann hatte ich nachher alle Hände voll zu tun, um Patientinnen zu beruhigen, weil die so eine Verwirrung hinterlassen haben. Man muß als Arzt schon aufpassen, dass man mit seinem Verhalten einem Patienten die Hoffnung nicht nimmt. Das ist ein wichtiger Grundsatz. Ohne das braucht man über Moral gar nicht nachzudenken.

I: Fällt Ihnen noch mehr ein, das Ihren Patientinnen die Hoffnung stärkt?

A: Dass sie möglichst lange ohne Schmerzen sind. Dass sie möglichst lange ohne Beeinträchtigungen leben können, wenn die Krankheit nicht heilbar ist.

Wenn wir sagen, wir können verhindern, dass sie Schmerzen kriegen, dann ist das für die Menschen eine große Erleichterung. Das kann man nicht immer schaffen. Manchmal wird man von der Dynamik der Krankheit so überrascht, dass man es nicht mehr erreichen kann, daß ein Kranker wirklich noch am Leben beteiligt ist. Man kann ihn dann nur noch mit Morphinum einschläfern. Aber wir müssen niemanden in seinen Schmerzen alleine lassen. Und wenn die Patientinnen das wissen, dann macht ihnen das auch Hoffnung für die letzte schwere Zeit.

Hoffnung ... Wenn sie auf der Station Zuwendung bekommen.

Und dann natürlich ihr privates Umfeld. Die familiäre Situation, die Freunde. Wie sie versorgt sind u.s.w.

I: Was bedeutet für Sie Hoffnung?

A: (A denkt nach, hat sich während des Gespräches ziemlich echauffiert.)

Vor allem Sinn. Es muß Sinn haben, was man tut. Und das richtet sich immer ganz nach dem Patienten. Was nützt es einer 65-Jährigen, wenn ich sie mit einer Therapie halb tot quäle, um ihr noch drei Monate zu schenken. Und sie kann mit der Zeit gar nichts mehr anfangen..

Aber oben liegt eine 82-jährige, die hat nach der OP gefragt: „Habe ich noch ein bißchen Zeit?“

Dann weiß ich, dass sie noch Zeit braucht. Wir haben ihr keine Chemo mehr gegeben. Das wäre unnötige Quälerei. Aber sie kriegt eine Hormontherapie, die in ihrer Situation auch anschlägt.

Der Sinn liegt darin, daß es für die Patienten Sinn macht. Wenn ich mich danach richten kann, dann habe ich Hoffnung bei meiner Arbeit. Wenn irgendjemand ganz fremde Beurteilungskriterien einführen würde, wie in England: Keine Dialyse über 60 mehr, dann könnte man eigentlich einpacken. Denn wo wäre denn dann der Sinn?

Was bedeutet Hoffnung für mich?

Ich werde mal die Sekretärin bitten, dass sie uns eine Tasse Kaffee bringt.

(Entschuldigt sich und geht kurz hinaus. Kommt nach ein paar Minuten wieder.

Eine Frau kommt nach leisem Klopfen in den Raum, und stellt zwei Tassen Kaffee vor uns hin. Prof. C. sagt: „Das ist Frau G., meine Sekretärin. Frau G.: Können Sie sich noch an diese Patientin, wie hieß sie doch gleich? erinnern, die mit den Knochenmetastasen, die nicht mehr gehen konnte? Und die dann zu diesem Heiler gegangen ist?“ Frau G.: „Und ob ich mich erinnere.“ Sie geht aus dem Raum.)

Wir hatten echt keine Möglichkeit mehr. Nichts schlug mehr an. Sie war von Metastasen durchsetzt. Konnte dann nicht mehr gehen. Da hat sie gesagt. „Ich lasse mir doch die Hoffnung nicht nehmen“. Sie ist dann zu, ich weiß gar nicht mehr, wo, da irgendwo in der Heide, glaub ich, also zu so irgendeinem Geisteiler gegangen. Und dann kam sie hinterher hierher und lief ohne Krücken vor uns auf und ab und fragte: „Na, Herr Professor, da staunen Sie wohl?!“ – Pah, ich sage Ihnen, da stecken ungeahnte Möglichkeiten.

Na ja, wir machen hier Krankenhausmedizin, aber ja auch nicht nur schlecht.

Es gibt ja sehr religiöse Menschen. Die sagen mir, sie wollen weiter mit Jesus Christus leben können. Eine Patientin hat hier Kontakt zur Seelsorgerin bekommen. Sie hat mir gesagt, sie fände in Gott Geborgenheit und könne sich ganz gelassen auf das einlassen, was auf sie zukomme. Ich unterstütze so etwas sehr, weil ich weiß, dass Menschen Hoffnung brauchen. Und das wirkt sich dann natürlich auch auf die Behandelnden aus. Es wird alles offener und ruhiger.

I: Und Sie selbst? Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

A: Ich bin nicht religiös. Obwohl ich früher eine Jugendgruppe geleitet und mich da stark engagiert habe. Da habe ich mich mit der Kirche sehr beschäftigt. Aber ich habe das Negative an der Kirche, Papst, Kreuzzüge u.s.w. nie verwinden können. Ich glaube nicht an Gott. Ich glaube vielleicht an ein Gesetz, nach dem die Dinge auf dieser Welt geschehen. Wenn man das Gott nennen will...

Hoffnung, etwa für Sterbende, hängt meiner Meinung nach viel mehr damit zusammen, dass sie nicht alleine sein müssen, dass es eine kontinuierliche Bezugsperson gibt, dass sie Beziehung zu den Ärzten und zum Pflegepersonal haben, dass sie nicht abgeschrieben sind, dass da Sympathie ist, Vertrauen. Das hat auch was mit guter Medizin zu tun.

I: Was gibt ihnen selbst Hoffnung für ihr Leben, Ihre Arbeit?

A: Gute Arbeitsatmosphäre, gute Beziehungen zu meinen Mitarbeitern sind sehr wichtig. Ich habe hier einen Oberarzt, der ist älter als ich. Und das ist manchmal schon sehr schwierig. Zu viele Konflikte sind nichts für mich. (Denkt lange nach ...Zögernd dann:)Ich habe ein Segelboot. Ich weiß nicht, segeln Sie vielleicht auch?

I: Nein.

A: Also, da ist dann das Wasser und der Himmel. Und dann spürt man da irgendwie in einen großen Zusammenhang gehört. Aber man muß auch ganz schön arbeiten oft, damit man mit der Strömung und dem Wind zurechtkommt. Aber manchmal ist es auch ganz ruhig. Nachts, ich kann Ihnen sagen, wenn über einem der Sternenhimmel ist, ...

I: Hmm. Ich weiß nicht, ob ich das sagen darf. Aber das klingt für mich religiös.

A: (Wird etwas rot) Vielleicht haben Sie recht. ...

I: Gibt es einen Zusammenhang zwischen diesen Bildern vom Segeln, die für Sie etwas mit Hoffnung zu tun haben und Ihrer Arbeit hier im Krankenhaus?

A: Na ja , ich glaube, ich gehöre ja auch in diesen Zusammenhang und das alles hier. Wenn die Welt so schön ist, dann müssen wir doch auch etwas gegen das Leid tun, oder? -
Übrigens, wir wollen für unser Krankenhaus ein neues Logo. Haben Sie da vielleicht eine Idee?

Es gibt noch ein längeres Gespräch über Logos und

verabschiedet

Gespräch. „Und versprechen Sie mir, daß sie noch mit Schwester C. reden und mit der Frau E.“

geht. Die Sekretärin ist nicht da.

Dann

. Professor C. bedankt sich für das

Die Interviewerin

Interview z4 (30)

3/02

Schwester M.

29 Jahre

Stellvertr. Stationsleitung auf einer Station für Bauchchirurgie

Dauer: ca. 1 Stunde

S= Schwester M.

I= Interviewerin

Schwester M. ist sehr schmal und wirkt fast zerbrechlich, ihre Stimme leise. Im Laufe des Gespräches bemerkt die Interviewerin die große Energie dieser jungen Frau.

S: Die Fallbeispiele, die Sie geschildert haben, kennen wir hier auch. Nur wird alles noch schwieriger. Besonders, weil die Patienten immer älter werden.

I: Was verändert sich dadurch für Ihre Arbeit?

S: Die Arbeit wird immer zeitaufwendiger. Mit alten Menschen kann man nicht einfach husch-husch das Bett machen. Das braucht einfach Zeit. Und wenn dann noch gleichzeitig der Personalschlüssel immer knapper wird, dann können Sie sich ja vorstellen, wie die Stimmung oft ist auf Station.

Und das ist doch das A und O für die Patienten, wie die Atmosphäre ist. Da kann man ja regelrecht zusehen, wie das das körperliche Befinden beeinflusst und auch hemmen kann, wenn Druck und Hektik ist auf der Station. Mir kann keiner erzählen, dass man das vor den Patienten verbergen kann, wenn man wütend ist. Oder wenn einem zum Heulen ist.

Das kommt einem durch jede Handbewegung und natürlich spüren die das, wenn wir sie berühren.

I: Das kann ich mir vorstellen.

S: Ich habe den Eindruck, alle Überlegungen, wie das jetzt weitergehen kann im Krankenhaus, gehen von Idealpatienten aus. Aber so ist es doch nicht. Sondern die Patienten werden schwieriger, von ihrer Krankheit her, weil sie älter werden, und weil sie viel höhere Ansprüche haben, als früher. Das muß man sich doch alles überlegen.

I: Das macht den Umgang wahrscheinlich viel anspruchsvoller, wenn die Patienten schwieriger werden.

S: Noch schwieriger ist es mit ausländischen Patienten. Wir haben im Augenblick 4. Vier!!! Und nur einer spricht soviel gebrochenes Deutsch, dass wir uns ihm verständlich machen können. Die anderen verstehen, glaube ich, nicht viel. Sie selber können sich gar nicht verständlich machen. Das sind auch alte Leute, die noch nicht lange hier sind. Die Kinder haben sie jetzt im Alter zu sich geholt. Sie sind hier im Krankenhaus ganz verloren. Oder, die eine Patientin, eine alte türkische Frau, die hat eben nie Deutsch gelernt. Das Wichtigste, was wir da für unsere Arbeit bräuchten, und das gilt für die Ärzte genauso, ist ein Dolmetscher. Sonst ist das genauso wie mit Schlaganfallpatienten. Die schauen einen auch mit großen Augen an und wollen einem was sagen. Aber es geht nicht. Und man erlebt dauernd, dass man sie überhaupt nicht versteht. Da kann einem der Schweiß ausbrechen. Unter Zeitdruck ist das noch schlimmer. Da ist man so was von fix und fertig m Abend und so frustriert.

Unter diesen Zuständen Pflege machen, das ist einfach unzureichend. Wir sind oft unsicher, was sinnvoll und angemessen ist . Wir machen einfach keine gute Arbeit.

I: Das ist für Sie vermutlich schwer auszuhalten. Denn ich bin bis jetzt fast nur Schwestern und Pflegern begegnet, die einen hohen Anspruch an die eigene Arbeit hatten. Alle wollen wirklich gute Pflege machen.

S: Das stimmt wohl. Wir Pflegenden sind wahrscheinlich nie wirklich zufrieden mit der eigenen Arbeit gewesen. Wir haben vielleicht einen überhöhten Selbstanspruch. Und das schlechte Gewissen gehört fast zum Beruf. Aber dieses hier ist noch etwas anderes. In den Broschüren, die der ...(Das Krankenhausunternehmen) herausgibt, wird von guten pflegerischen Maßnahmen geredet. Genau das ist das Problem. Unsere Pflege ist nicht mehr hinreichend, kann es gar nicht mehr sein. Es geht mir nicht um optimale Pflege. Da könnte man vielleicht sagen: Das hat es überhaupt nie gegeben. Sondern es geht um auf dem Hintergrund eingeschränkter Ressourcen hinreichende Pflege. Aber unsere Patienten können pflegerisch nicht hinreichend versorgt werden. Sie sind zunehmend unterversorgt. Vor allem, weil die Kommunikationsprozesse und Abklärungsprozesse nicht mehr stattfinden können, ohne die man eine sinnvolle Pflege nicht machen kann. Das mit den Abklärungsprozessen betrifft natürlich ganz genau so die Mediziner. Das trifft junge Patienten mit einer relativ unkomplizierten Krankheit nicht so stark. Aber ältere Leute, wirklich Schwerkranke oder multimorbide Patienten haben darunter zu leiden.

I: Sie meinen, dass die Kommunikation mit dem Patienten und die Abklärungsprozesse oder ich sage mal: die therapeutischen Entscheidungsprozesse für eine gute Pflege und auch für eine gute Medizin unverzichtbar sind?

S: Ja, genauso.

I: Spielt für Sie der Satz „Man darf einem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“ in der Pflege eine Rolle?

S: Ja, unbedingt. Aber ich meine nicht, dass jede Hoffnung um jeden Preis gehalten werden muß. Sondern, wenn eine Hoffnung überhaupt nicht realistisch ist, dann sollte man dem Patienten nichts vormachen. Das ist nach wie vor ein großes Problem zwischen uns Pflegeleuten und den Ärzten. Denn es wäre wichtig, da eine gemeinsame Linie zu fahren. Man müßte absprechen, was der Patient erfahren soll, damit alle Bescheid wissen. So wissen wir meistens nicht, was der Doktor dem Patienten gesagt hat. Und dann kann man sich auch selber nicht verhalten. Aber solche gemeinsamen Absprachen gibt es nicht. Das wird auch immer schlimmer. Denn bei größerem Zeitmangel fallen alle solchen Sachen am ehesten weg. Dabei sind sie so wichtig. Unsere Arbeit wird qualitativ immer schlechter, wenn wir uns nicht gut verständigen. Manchmal wird es für die Patienten auch wirklich gefährlich. Das könnten Ihnen die Ärzte sofort bestätigen. Wenn die Patienten wüßten, wie unsicher wir manchmal sind ...

Also gerade, wenn man das mit der Hoffnung ernst nimmt, müßten Ärzte und Schwestern viel sorgfältiger miteinander reden. Damit klar ist, welche Hoffnung beim Patienten man guten Gewissens wecken kann. Außerdem würden sie sich dann viel geborgener fühlen. Und dann, ja dann ist Hoffnung ja nicht nur so was Inneres. Ich bin mal ganz ketzerisch und sage: Da müßte jemand aber schon ganz schön glaubensmäßig gesettet sein, damit ihm hier nicht die Hoffnung verloren geht. Da spielt ja dann all das eine Rolle, was ich Ihnen eben gesagt habe. – In ihrem privaten Leben ist für viele alte Menschen ja auch Vieles nicht leicht. Sie sind ja oft nicht gut versorgt.

I: Hoffnung spielt für viele Patienten eine große Rolle, sagen Sie. Und für Sie selbst? Hat das Thema Hoffnung für Sie selbst auch eine Bedeutung?

S: Ja, eine große. Aber hier in der Arbeit ist meine Hoffnung abhängig von den Patienten. Wenn es denen nicht gut geht, dann geht es mir auch nicht gut. Und umgekehrt wahrscheinlich auch. Ein großes Problem ist es auch, dass wir oft nicht wissen, wie die Patienten draußen weiter versorgt sind. Das wußte man früher auch nicht so genau. Aber ich denke oft, dass es einen Übergang geben muß in den ambulanten Bereich. Gerade wenn die Liegezeiten kürzer werden. Hier im Krankenhaus beschäftigt sich eine Mitarbeiterin mit dem Thema Entlassungsmanagement. Das finde ich sehr wichtig, dass sich das Krankenhaus auch darum kümmert. Denn es muß doch eine Zusammenarbeit

entstehen zwischen drinnen und draußen. Das würde auch unsre Hoffnung, dass unsere Arbeit hier auf Station einen Sinn hat, stärken. Und man hätte ein klares Bild davon, was wir hier am besten machen sollten. Es würde mir Hoffnung machen, wenn unsere Gesellschaft lernen würde, vernünftig mit alten Menschen umzugehen.

Nach meiner Konfirmation war ich aktiv in der Jugendarbeit, bei Pastor M. in O.. Das war eine gute Zeit. Wir haben uns damals auch viele Gedanken über soziale Fragen gemacht. Glauben und wie die Welt aussieht, das gehört doch zusammen. Deshalb hat Hoffnung doch auch etwas mit den sozialen Bedingungen zu tun. In den letzten Jahren habe ich den engen Kontakt zu religiösen Fragen verloren. Das tut mir vielleicht nicht so gut.

Denn irgendwo braucht man sicher eine Hoffnungsquelle, aus der man schöpfen kann, unabhängig, wie das hier so läuft.

I: Können Sie sagen, was das für eine Hoffnung wäre?

S: Hm... Die Hoffnung, dass man gut aufgehoben ist in der Welt, bei Gott. Die Hoffnung ... dass alles auf ein gutes Ziel hinausläuft, weil Christus ja bei uns ist, dass wir einen Weg finden, dass das, was uns Sorgen macht, irgendwann einmal Thema wird für unsere Gesellschaft. Nicht nur diese albernsten Krankenhausserien.

I: Das mit _____ us _____ scheint sich ja für alle sehr unangenehm auszuwirken. Das haben mir schon viele Leute erzählt.

(Schwester M. erzählt der Interviewerin noch ausführlich darüber, wie sehr sie und ihre Kollegen öfter von Patienten an den Figuren in so einer Serie gemessen werden. Beide müssen sehr lachen.)

Interview z3 (29)

3/02

Herr J. B.

38 Jahre

Pfleger auf einer chirurg. Station in einem Krankenhaus der Maximalversorgung

Dauer: 3/4 Stunden

P= Pfleger J.

I= Interviewerin

P: Na ja, die Fälle, die Sie da geschildert haben, da gibt es ja unterschiedliche Meinungen darüber, was man da noch alles machen soll usw.. Aber ich bin da ganz klar der Meinung: Die Chirurgie ist dafür da, Leute zu operieren. Wer hier in unsere Abteilung kommt, der wird operiert werden so gut es geht. Die Entscheidung, ob das noch sinnvoll ist, oder nicht, die muss vorher fallen. Das können die Ärzte hier nicht auch noch leisten. Und ehrlich gesagt, wenn jemand schwer krank ist und womöglich keine Aussichten mehr auf Heilung hat, der ist hier nicht besonders gut aufgehoben. Die Station hier hat eben einen ganz anderen Charakter. Hier ist nun mal viel Hektik. Und Visiten können dann stattfinden, wenn die Ärzte aus dem OP kommen, sehr zum Ärger des Pflegepersonals. Wir wollen natürlich mehr Regelmäßigkeit und Kontinuität haben. Ein altes Thema. Aber ich denke schon, dass man allgemein in der Medizin besser überlegen sollte, was man wann bei wem macht.

I: Wenn Sie es zu tun haben mit einem Patienten, der sich mit der Unheilbarkeit seiner Krankheit und mit seinem baldigen Tod auseinandersetzen muß, wonach handeln Sie dann?

P: Am liebsten, und da bin ich ganz ehrlich, gar nicht. Ich kann das nicht besonders gut, mit solchen Patienten umgehen. Aber natürlich, Sie haben recht, die gibt's hier auch. Das ist für das Pflegepersonal eine ziemliche Belastung. Besonders die älteren Patienten nehmen ständig zu. Dadurch, dass hier meistens noch irgendwie was gemacht wird, haben viele Patienten die Hoffnung, dass es noch eine Möglichkeit auf Heilung gibt. Und das ist immer so eine Verwirrspiel. Da sind wir Pfleger und Schwestern dann auch oft sauer. Also, es wäre ja wirklich

wichtig, mit Patienten in Ruhe darüber zu reden, wie ihre Situation wirklich ist. Aber wer soll das denn tun bei der Hektik, die hier immer herrscht?

I: Kennen Sie den Satz: „Man darf dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“ ?

P: Ja, natürlich. Der wird ja häufig zitiert, wenn es um Aufklärung von Patienten, besonders bei Krebspatienten geht. Aber, ehrlich gesagt, auch wenn ich das sicherlich selber denkbar schlecht könnte, Patienten eine schlimme Nachricht überbringen, meine ich, viele benutzen diesen Satz, um sich vor der Offenheit zu drücken. Das macht nämlich überhaupt keinen Spaß, so zwischen diesem ganzen Streß auch noch so ein Gespräch, wo man quasi jemandem das Todesurteil verkündet. Die haben doch meistens eine Riesenerwartung an uns, dass wir das doch noch alles hinkriegen mit ihrer Krankheit.

I: Wenn nun klar ist, daß die Hoffnung auf Gesundwerden wegfällt, was ist denn dann Ihrer Meinung wichtig für einen schwerstkranken Patienten?

P: Er darf sich nicht alleine fühlen, nicht im Krankenhaus und nicht in seinem Privatleben. Er muß noch Dinge haben in seinem Leben, die ihm etwas bedeuten. Er muß merken, daß andere Menschen ihn mögen. Er braucht Zeit und Zuwendung von anderen Menschen. Und genau das können wir hier kaum leisten. Und immer schlechter. Denn der Zeitmangel wird immer größer. Es gibt immer mehr zu tun. Und die Patienten werden auch immer schwieriger. Und dann, dann ist es natürlich wichtig, dass die Patienten sich sicher fühlen. Aber das ist gar nicht mehr immer gewährleistet. Wir selbst sind uns ja oft gar nicht mehr sicher, ob das alles so in Ordnung ist, was wir tun. Dafür ist die Arbeitsbelastung viel zu groß. Das gehört aber auch zur Hoffnung der Patienten, dass sie merken, wir tun alles, was gut ist für sie und sie können sich entspannen, soweit das überhaupt möglich ist, wenn man so schwer krank ist.

I: Was bedeutet Hoffnung für Sie selbst?

P: Also, das, was im Augenblick so läuft, das macht einen eher hoffnungslos.

Diese ganze bescheuerte Situation. Der ganze wirtschaftliche Druck ist ja schon schlimm genug.

Immer mehr Personaleinsparungen in der Pflege. Aber wie damit umgegangen wird! Dieser ganze Projektkram, ob man dadurch wirklich effektiv rationalisieren kann....

Ich will Ihnen mal ein Beispiel nennen. Unser Chef hier, ich sage das jetzt nicht aus Zwangsloyalität, der hat sich echt viele Gedanken gemacht. Er hat ein Aufnahmekonzept entwickelt, zusammen mit allen Kollegen und auch mit der Pflege. Der hält viel von uns. Dass Patienten durch ganz konzentrierte Gespräche und Untersuchungen am Anfang möglichst an die Stelle kommen, an der ihnen am besten geholfen wird. Das funktioniert hervorragend. Unser Chef, der ist anders als ich. Der hat sehr viel Sinn für das ganze psycho-soziale Umfeld der Patienten und auch selber sehr viel Geschick.

Und dann kommen diese ‚K‘-Leute (Eine Stabsstelle, die Programme zur Rationalisierung in Krankenhäusern plant) mit ihren Standardisierungsvorstellungen und wollen alles platt walzen. Und es gibt keine Gespräche darüber. Da gibt es einfach nur Anweisungen und fertig. Da glaubt man, man träumt. Und wie die umgesprungen sind mit Prof. G.... Allein so ein Umgangston kann einem schon den Rest geben. Da hat ja bald noch kaum jemand Lust.

I: Wie würden Sie das beschreiben? Sind Sie demotiviert? Drohen Sie, zu resignieren?

: Also, wenn wir nicht noch von woanders her motiviert wären, dann wäre uns alles schon scheißegal.

I: Hat das auch etwas mit Hoffnung zu tun? Oder wären Worte wie Motivation oder Kraft treffender?

: Motivation, Kraft, ja das hat damit zu tun. Aber Hoffnung ist schon das richtige Wort. Da geht es ja um die Einstellung auf Zukunft hin.

I: Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

A: Hm. Darüber habe ich noch nicht nachgedacht. Für Patienten ist das wahrscheinlich wichtig, gerade für die, für die die Hoffnung auf Heilung vorbei ist. Aber ich ...Obwohl das ja Quatsch ist. Das kann ja für mich selbst auch mal zutreffen. Unbewußt ist da wohl so etwas. Das hat auch mit Zukunft zu tun, was aus uns Menschen und der Welt wird.

Es ist alles einen Sinn hat. Die ganze Arbeit mit den Patienten, weil nicht alles von der Gesundheit abhängt. Alles hat einen Sinn, auch wenn wir es hier nicht schaffen.

I: Das finde ich einen wichtigen Gedanken, worauf wir hoffen können über die Hoffnung auf gesundheitliches Wohlergehen hinaus.

A: Ja, ja. Wahrscheinlich spielt uns so allgemein bewußt ist. Is

I: Auch dafür, wie Sie Ihre Arbeit erleben?

A: Ja, auch dafür. Also, wenn jemand seine Gesundheit nicht alles ist, dann kann er die Wahrheit aushält über seine Erkrankung, wenn sie schlimm ist. Dann könnte man wohl auch auf überflüssige Maßnahmen verzichten.

Die Interviewerin bedankt sich für das Gespräch und verabschiedet sich.

Interview z2 (28)

2/02

Fr. Dr. N.

42 Jahre

Chefärztin einer geriatrischen Klinik

Dauer: 1 Stunde

A= Frau Dr. N.

I= Interviewerin

A: Ich habe mir die Fallbeispiele durchgelesen, die Sie mir gegeben haben.

I: Die habe ich vor jetzt bereits 4 Jahren notiert. Sind sie für Ihre Praxiserfahrungen hier im Krankenhaus noch relevant?

A: Ja, unbedingt. Solche Patienten gibt es immer mehr. Und zwar nicht deshalb, weil die technischen Möglichkeiten der Medizin sich verschlechtert hätten. Im Gegenteil, die werden immer besser. Sondern deshalb, weil die Krankheitsbilder immer schwieriger werden und die Patienten immer älter.

Nun sind Sie ja hier explizit auf einer geriatrischen Station. Und wir setzen uns ausdrücklich mit der Situation alter Menschen auseinander. Ich vermute, dass wir es da noch viel besser haben, als die anderen Stationen, die sozusagen normale Standards haben, aber in der Mehrzahl alte Patienten.

Da können Sie inzwischen hinschauen, wo Sie wollen.

Und da wird auch aus Hilflosigkeit immer mehr an Therapien und Operationen gemacht, als die Beteiligten das unterschreiben können. Also das Nachdenken darüber, was in einem sehr fortgeschrittenen Lebensalter an Medizin und Pflege angemessen ist, steckt noch in den Kinderschuhen.

I: Von Ihrer Erfahrung hier in Ihrer Abteilung her, was ist da wichtig für die Angemessenheit?

A: Zuerst mal ist natürlich, wie auch in anderen Abteilungen, eine gute Diagnosestellung wichtig und eine präzise Indikationsstellung. Aber bereits da muß ich mir doch überlegen, welchen diagnostischen Prozeduren ich die Patienten aussetze und ob sie überhaupt realistische therapeutische Konsequenzen haben.

Eines ist jedenfalls klar: Ohne Zuwendung durch die Ärzte und besonders durch das Pflegepersonal, ohne Zeit und Geduld für die Patienten kann man Medizin für alte Menschen, und das gilt natürlich auch für Schwerstkranke, nicht machen.

Und genau das ist es ja, was in der gegenwärtigen Situation immer schwieriger wird. Wir wissen ja alle, das gespart werden muß. Niemand von uns ist so naiv, dass er die gegenwärtige ökonomische Situation ignoriert.

(A kommt ausführlich auf die wirtschaftlichen Probleme des eigenen Krankenhausunternehmens zu sprechen und wir reden eine Zeit lang über die anstehende Privatisierung.)

Aber wenn man spart, muss man sich schon überlegen, wo. Ein Krankenhaus lebt von seinen Mitarbeitern. Wenn die ihre Arbeit nicht mehr sorgfältig machen können, ist das Krankenhaus irgendwann qualitativ nicht mehr gut. Außerdem geht die ganze Planung, falls man überhaupt davon sprechen kann, viel zu wenig von medizinischen und pflegerischen Kriterien aus. Das gilt auch für private Träger. Das ist mit eine Frage des Wettbewerbs.

Bei uns jedenfalls, das kann ich ganz klar sagen, sind Patienten zum Teil unterversorgt. Es gibt

einfach zuwenig Personal, und dabei geht's uns hier noch relativ gut. Es gibt einfach zuwenig Personal, um sich den alten Menschen ausreichend zuwenden zu können. Die Schwestern geben sich alle Mühe, aber woher sollen die ganz jungen Schwestern denn wissen, wie sie mit alten Menschen umgehen müssen, wenn sie es nicht gelernt haben?

Das ist doch nicht so einfach. Es gibt doch nicht nur liebe alte Menschen. Viele sind auch verbittert oder sehr aggressiv. Das muß man lernen, mit denen umzugehen. Und solche Fortbildung kann ich doch nicht auch noch leisten. Wir sind ja ärztemäßig so dünn besetzt (und auch da, glaube ich, geht es uns noch gut im Vergleich zu anderen), dass ich bis in die Dienste hinein aushelfen muß in Urlaubszeiten, und wenn mehrere krank sind.

Also, was ich eigentlich sagen wollte, das wichtige und für die Therapie unverzichtbare beziehungsmaßige Umfeld ist absolut unzureichend.

I: Kennen Sie den Satz „Man darf dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“ ?

A: Na ja, das ist wohl so eine Faustregel geworden. Und das liegt ja auch auf der Hand. Natürlich hängt bei einer schweren Erkrankung alles davon ab, wie ein Mensch sich seelisch befindet, ob er sozusagen genug innere Kraft hat, um mit der Krankheit und mit der Therapie umzugehen. Aber was bedeutet das denn? Das ist doch nicht nur was Inneres, das ohne äußere Einflüsse einfach so erhalten bleibt. Da sind wir doch genau beim Thema. Das, was alten Menschen Hoffnung macht, das ist doch, ob sie wertgeschätzt werden, ob sie zu den Ärzten und Pflegenden eine Beziehung bekommen.

Und dann natürlich, dass sie nicht einsam sind, dass sie Kontakt haben zu Verwandten und Freunden.

Und das wird immer schwieriger. Weil die Familienbindungen eben nicht immer selbstverständlich da sind. Oft wissen wir bei Patienten bald, dass das gar nicht gut aussieht. Dafür ist die Arbeit mit Angehörigen sehr wichtig. Denn wenn man nicht darüber nachdenkt, wie es für alte Menschen weitergehen kann nach dem Krankenhausaufenthalt, dann braucht man eigentlich nicht anzufangen. Aber solche Überlegungen sind im Moment noch völlig illusorisch.

I: „Was bedeutet das denn, Hoffnung für alte Menschen“, haben Sie gefragt. Ich frage mal weiter: Was bedeutet denn Hoffnung für Sie selbst?

A: Ja, also, für meine Arbeit bedeutet es vorwiegend, dass meine Bemühungen als Ärztin nicht zunichte gemacht werden durch Strukturen, die hinterher alles wieder kaputt machen. Wenigstens hier im Krankenhaus müßte gewährleistet sein, dass nicht nur das Technische im Blick ist sondern auch all das andere, was der ärztlichen Arbeit den Rahmen gibt.

Dann ist natürlich der Kontakt untereinander sehr wichtig, die gegenseitige Anerkennung. Ich mache mir nichts vor, als Chefärztin ist man bei manchen Sachen sehr allein, gerade, wenn man noch so jung ist. Einer muß ja schließlich die Letztverantwortung tragen. Aber das ist schon gut, wenn man weiß, man kann sich auf seine Leute verlassen. Das versuche ich auch, ein Zusammengehörigkeitsgefühl zwischen den Mitarbeitern zu fördern. Nicht gegen die anderen Abteilungen, sondern so, dass alle das Bewußtsein haben, sie haben dieselben Ziele. Was so die gesamte Stimmung im Haus angeht, das ist nicht einfach.

Ich möchte das mal so beschreiben: Die Mitarbeiter gucken, auch wenn sie sich begegnen, vor sich auf den Boden. Ich wünsche mir eine Umgangskultur, wo man sich gegenseitig anschaut. Das hat viel mit Hoffnung zu tun, finde ich. Also Hoffnung ist nicht nur etwas Inneres, irgendeine schöne Stimmung oder so.

Was das Gesamtunternehmen angeht: Ich sage mir immer wieder, ich bin nicht auf diese Stadt

angewiesen. Ich könnte auch woanders hingehen. Sie haben das vielleicht auch schon von anderen Mitarbeitern gehört: Man erfährt wichtige Informationen über die Zukunft der hiesigen Krankenhäuser vom ... (A nennt das Krankenhausunternehmen, zu dem ihr Krankenhaus gehört) aus der Zeitung. Das ist schon sehr merkwürdig, dass nicht einmal die Chefärzte informiert werden, was so passiert. Da kommt man sich ganz schön verschaukelt vor. Und das kann einem die Hoffnung nehmen. Am schlimmsten ist ja noch, dass darüber nicht offen von der Unternehmensleitung geredet wird. Nach außen ist alles Friede, Freude, Eierkuchen. Wenn man wenigstens benennen würde und zugeben, dass da etwas nicht stimmt, ganz und gar nicht stimmt, wie wir gerade mit alten Menschen und auch mit Schwerstkranken und Sterbenden umgehen, hier und überhaupt in der Gesellschaft, meine ich, aber so ...

Im großen und ganzen jedenfalls ist es im Augenblick sehr wichtig, dass man sich auch sorgfältig um sein Privatleben kümmert. Sonst kann man nicht standhalten.

I: Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

A: Das ist für mich eine schwierig die religiöse Verankerung für meine Patienten eine tragende Rolle spielt. Aber für mich selbst... Das ist eine komplizierte Geschichte. Ich würde sagen, ich bin noch nicht so weit. Ich weiß da noch nicht genug über mich. Aber ich wehre da auch nicht ab. Da müsste man noch mal viel gründlicher drüber nachdenken. Wo bin ich eigentlich verankert? Jedenfalls nicht in einer christlichen Tradition. Ich weiß nicht, ob Sie wissen, was ich meine?

I: Ich denke, ich weiß sehr gut, was Sie meinen. Das ist eine Frage, die mich immer mehr begleitet, für andere, aber auch für mich selbst.

A: Ich glaube, da sollten wir mal ausführlicher drüber reden.

I: Ja, das glaube ich auch.

A: Das ist genauso wichtig, wie eine Arbeitsgruppe Therapieverzicht, oder es ist sogar wichtig in dem Zusammenhang.

(Wir reden eine Weile über das Thema Therapieverzicht, über das mit einigen Ärzten eine Arbeitsgruppe ins Auge gefasst ist und vereinbaren schließlich ein weiteres Gespräch.)

die eigene Lebenseinstellung, die eigene emotionale Gestimmtheit und die eigene religiöse Haltung wichtig ist für die ethischen Entscheidungen, die man trifft.

ie noch mal wieder? Ich würde Ihnen gerne

I: Ja, ich melde mich im September wieder.

Interview z1

1/02

Dr, D,

28 Jahre

Assistenzarzt in der Facharztausbildung zum Internisten

Dauer: ca. 3/4 Stunden

A= Dr. D.

I= Interviewerin

Dr. D. wirkt seit etwa 2 Wochen sehr aggressiv, mehr als die Interviewerin in letzter Zeit bei seinen Kollegen wahrnehme. Sie möchte wissen, was er zum Thema Hoffnung denkt und bittet ihn um ein Gespräch.

I: Schön, dass Sie trotz Ihrer Anspannung sich die Zeit nehmen, mit mir zu sprechen.

A: O.k.

I: Sind Sie einverstanden, dass ich einfach mal frage, was mich interessiert?

A: Ja klar, bitte.

I: Ich weiß nicht, ob Sie sich die Fallbeispiele ansehen konnten, die ich Ihnen gestern gegeben habe.

A: Hab ich. Na, Sie wissen doch selbst, was hier los ist. Solche Patienten sind doch an der Tagesordnung.

I: Können Sie mir sagen, nach welchen Standpunkten Sie sich richten, welche Therapie Sie für einen solchen schwerstkranken Patienten für angemessen halten?

A: Was heißt angemessen? Da gibt's halt nur eine Regel, was zu tun ist. Man tut eben das Möglichste.

I: Sie kennen vielleicht den Satz „Man darf dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“ Der ist ja vielfach so etwas wie eine Handlungsdevise im Umgang mit unheilbaren oder gar moribunden Patienten. Wie denken Sie darüber?

A: Das wird ja immer wieder zitiert. Aber wissen Sie, diese hehre Sicht, wie man mit Patienten reden soll, die geht an der Wirklichkeit ganz schön vorbei. Man gibt sich ja alle Mühe, aber nach so einem Gespräch über die Diagnose und was wir machen wollen, da kommen dann die Angehörigen, und der Patient tut so, als habe es gar keine Aufklärung gegeben.

Die haben meistens nur Ansprüche und alle denken, wir können Wunder vollbringen.

Und sowieso, was heißt denn das, dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen ...

I: Was verstehen Sie unter Hoffnung?

A: Ich? Na ja, man man weiter kämpfen will.

I: Und was gibt Ihrer Meinung nach unheilbar kranken Menschen Hoffnung?

A: Was denen Hoffnung gibt ... Mensch, wir sind hier in einem Krankenhaus. Wir können doch nicht auch noch dafür zuständig sein, ob jemand Hoffnung hat. Das hängt doch von ganz anderen Dingen ab. Ob jemand sich gut versteht mit seinen Freunden und Verwandten. Ob jemand überhaupt noch gebraucht wird.

I: Was gibt Ihnen denn selbst Hoffnung bei Ihrer Arbeit?

A: Bitte? Na Sie trauen sich was fragen! Wir und Hoffnung? Mir steht dieser ganze Sch...bis hier. Das ist d ist doch ein Witz. Ich

komme keinen Tag vor sieben nach Hause. Und dann hat man nicht mal mehr Lust, sich was zu essen zu kaufen. Und am nächsten Morgen um Sieben geht's wieder los.

Man wird hier doch nur ausgenutzt. Es gibt überhaupt keine vernünftige Organisation.

ist das reinste Chaos. Wir müssen unsere Sonos voll kriegen. Und dann sollen wir womöglich auch noch feinfühlig einen Patienten schonen. Und dann sollen wir noch den ganzen Verwaltungskram machen. Und das wird von Woche zu Woche mehr. Arztbriefe schreibe ich nur noch zu Hause, wenn ich frei habe. Also ehrlich, noch mal würde ich diesen Beruf nicht wählen.

ie sind ja wohl geladen, was? ... Gibt es etwas, das Ihnen wieder Hoffnung machen könnte?

man wieder richtig Arzt sein könnte. Ich weiß, da müßten wir jetzt ausführlicher drüber reden. Aber ich

sa

wir nicht alles so berufsfremden

Kram machen müßten. Wenn ich Verwaltungsmensch hätte werden wollen, dann hätte ich das ja

es ein Konzept gäbe für diese Station. Was wir hier eigentlich wollen.

Das ganze Krankenhaus hat überhaupt kein Konzept. Es geht nur noch ums wirtschaftliche Überleben.

Die Ver _____ gespart werden muß, weil das Krankenhaus sonst nicht überlebt. Über gute Medizin wird nicht geredet. Es ist alles so konfus. Und der Chef gibt allen Druck nur an uns weiter. Die Belegungszahlen müssen gesteigert werden. Aber dann, wenn wir wirklich viele Patienten haben, dann wird über Vierbettzimmer gemeckert. Zu Recht natürlich. Und beim Chef steht ein Privatzimmer leer. Das ist doch Verarschung. Ich reg' mich ganz umsonst auf. Das interessiert ja doch keinen, wie es uns hier geht. Wir sind doch nur die armen Hanseln. Und wir sind auf die alle angewiesen, weil wir ja irgendwie unseren Facharzt machen müssen. Da ist man den Launen von denen da oben echt ausgeliefert. Ich habe langsam den Kanal so voll. Gucken Sie sich doch meine Kollegen an. Manche sind doch einfach nur noch zynisch. Die meisten haben doch längst resigniert. Jeder versucht, seine Untersuchungen und seine Chemoprotokolle durchzukriegen und damit fertig.

Wenn ich den Facharzt habe, gehe ich nach Norwegen. Da braucht man Ärzte und geht mit denen auch anders um. Das weiß ich von einer Kollegin, deren Freund da arbeitet.

I: Ich traue mich das fast schon gar nicht zu fragen, weil Sie so unter Druck sind.

Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

A: Also bestimmt nicht Friede Freude, Eierkuchen. Es ist zwar alles beschissen. Aber dann machen wir mal auf fromme Innerlichkeit. Wenn die Kirche zu uns über Hoffnung reden will, dann sollen sie sich mal die Krankenhäuser von innen anschauen. Entschuldigung. Das geht eigentlich nicht gegen Sie.

I: Sie brauchen sich nicht zu

entschuldig

. Hoffnung hat auch etwas

mit

es Zeit ist, konstruktiv mit den ökonomischen

Veränderungsprozessen umzugehen.

A: Na, Sie sind ja optimistisch. Ich ...

(Sein Pieper geht, und er hat keine Ruhe mehr.)

sie mir bei all der Hektik so viel erzählt haben.

A: Vielleicht gibt es mal irgendwann eine Möglichkeit, dieses Gespräch fort zu setzen.

Interview y 25

3/02

Schwester S.

38 Jahre

Krankenschwester auf einer Station für Innere Medizin

Dauer ca. 20 Minuten

und

Interview y 26

3/02

Schwester B.

48 Jahre

Stellvertr. Stationsschwester, Innere Medizin

Dauer: ca. 1 Stunde

Interview y 25

S= Schwester S

I= Interviewerin

Die Interviewerin ist eine Viertelstunde zu früh auf der Station. Sie trifft eine ziemlich entnervte Krankenschwester. Als sie sich vorstellt, ihr Anliegen sagt, nämlich nach den Werten im Umgang mit Schwerstkranken zu fragen und nach Schwester B. fragt, antwortet ihr die andere Schwester: „Da könnten Sie auch zu mir kommen. Da könnt‘ ich Ihnen auch so einiges erzählen.“

I: Mögen Sie mir das mal sagen?

S: Ja, gehen wir doch einen Augenblick hier herein.

(Sie weist auf die Tür des Dienstzimmers. Die beiden gehen hinein und setzen sich an den Tisch. Die Schwester bietet eine Tasse Kaffee an.)

I: Das klang ja eben so, als seien Sie sehr unter Druck.

S: Das kann ich Ihnen sagen. Und das wird auch immer schlimmer. Vor einem Jahr haben wir noch gedacht, das ist das Ende der Fahnenstange. Mehr Personal einsparen geht wirklich nicht. Aber jetzt haben wir schon wieder eine halbe Stelle verloren. Jetzt können wir echt nicht mehr dafür garantieren, dass die Patienten ordentlich versorgt werden. Das trifft auch für den ärztlichen Bereich zu. Da können Sie jeden fragen.

I: Und wie wirkt sich das aus?

S: Gerade die schwerstkranken Patienten, die, die eh nicht mehr heilbar sind oder älter oder alt, die kommen nämlich nicht mehr auf ihre Kosten. Für die haben wir einfach nicht mehr die Zeit. Wir sind ausgerüstet, personell meine ich, eine Vollkraft auf sieben Patienten. Aber normal ist, dass wir ungefähr acht bis neun haben. Wenn dann noch jemand krank ist, oder im Urlaub, na da können Sie sich ja vorstellen, wie das bei uns läuft. Wir können unmöglich noch alles schaffen.

I: Und wie helfen Sie sich da?

S: Tja, wie helfen wir uns? Gute Frage. Na ja, manche Sachen, die kann man echt weglassen. Ganzkörperwaschung z.B., die brauchen manche Patienten nicht jeden Tag. Aber anderes, dass man sich Zeit nimmt, in Ruhe über einen Befund zu reden, und nicht nur einmal, sondern öfter, und darüber, was das dann bedeutet für ihr weiteres Leben, was für Hilfen sie brauchen. Und ob das überhaupt geht.

Da mag man manchmal schon gar nicht mehr in ein Zimmer reingehen, weil man weiß: Der schaut einen mit großen Augen an, und man muss so tun, als wäre gar nichts, weil man ja gar nicht die Zeit hat, sich auf ein Gespräch einzulassen.

I: Das heißt, alles, was sozusagen im Beziehungsbereich liegt, das kommt zu kurz.

S: Genau. Aber nicht nur das. Wir haben auch oft Angst, etwas falsch zu machen, in all der Hektik. Für die Patienten wird das immer gefährlicher.

I: Ich kann mir vorstellen, dass es Ihnen dabei nicht gut geht.

S: Nee, überhaupt nicht. Wenn ich heute noch einmal entscheiden müsste, ob ich Krankenschwester werden möchte, dann würde ich mich mit Sicherheit nicht mehr für den Beruf entscheiden.

I: Das, was sie sagen, wird ja wohl durch die geringe Zahl an Interessenten für den Pflegeberuf bestätigt.

S: Genau. Und das ist doch sonnenklar, dass niemand, der sich das hier anguckt, noch Lust hat, Krankenschwester zu werden.

I: Wenn Sie dann nach so einem Arbeitstag nach Hause gehen, wie fühlen Sie sich dann? Was denken Sie?

S: Also, ich habe eigentlich immer ein schlechtes Gewissen. Wir Pflegeleute haben ja einen Anspruch an uns selbst, dass wir gut arbeiten wollen und die Patienten gut versorgen wollen. Aber das klappt nur noch selten. Ist ja aber auch kein Wunder bei dem schlechten Management.

I: Kennen Sie den Satz: „Man darf den Patienten die Hoffnung nicht nehmen“?

S: Ach Gott, ja. Aber wie sollen die denn, wenn sie eine schwere Krankheit verdauen müssen, oder vielleicht sogar am Lebensende stehen, Hoffnung behalten, bei so viel Hektik und Unpersönlichkeit.

Wer Familie und Verwandte in der Nähe hat, für den ist das vielleicht nicht ganz so schlimm, obwohl, ... Aber die anderen, die sich an uns orientieren müssen, die sind echt schlecht dran.

I: Meinen Sie, es ist gar nicht alleine die schlimme Krankheit, die den Menschen die Hoffnung nehmen kann, sondern die Umstände, in denen sie gepflegt und versorgt werden?

S: Sicher auch die Krankheit. Aber ganz wichtig ist die ganze Atmosphäre, ob man Zeit und Ruhe für sie hat u.s.w..

I: Woher nehmen Sie die Hoffnung für Ihren Beruf in dieser schweren Situation?

S: Ich? Ich habe keine Hoffnung mehr. Ich denke, es geht alles den Bach runter. Und wenn ich die Wahl hätte, dann käme ich hier auch gar nicht mehr her.

Die Tür geht auf. Und Schwester B. kommt herein.

S.B.: „Sind Sie Frau K.? Entschuldigung, dass es etwas länger gedauert hat. Da kommt doch immer noch irgendetwas dazwischen, bis man endlich fertig ist.

Aber jetzt ist Feierabend. Ich bin auch gar nicht mehr da, falls einer fragt.

S.S.: Ich habe Frau K. inzwischen schon ordentlich was vorgejammert über unsere Situation. Sie ist schon gut eingestimmt.

S.B.: Oh je, aber Kaffee haben Sie bekommen? Ich brauche allerdings erstmal einen Schluck Wasser.

S.S.: Ich geh dann mal. Bis morgen. Tschüß.

Interview y 26

S= Schwester B.

I= Interviewerin

S: Na, Schwester S. hat Ihnen ja sicher schon einiges erzählt über unsere Arbeit. Das trifft sicher auch alles zu. Ich habe mir die Fallbeispiele angeschaut. So etwas gehört hier für uns zum Alltag. Und diese Patienten haben es besonders schwer. Gerade sie müssen besonders sorgfältig betreut werden. Aber inzwischen gilt: Wer nicht laut schreit, kriegt weniger als die, die sich deutlich bemerkbar machen. Und gerade die, bei denen nichts mehr hilft, die sind oft recht leise. (Erzählt von einer Patienten, die Krebs hatte, überall Metastasen und Diabetikerin war.)

Wir haben einfach nicht mehr genug Zeit, um allen gerecht zu werden. Da kommt dann schon einmal der Gedanke, bei wem es sich eigentlich noch lohnt, und bei wem nicht. Ganz schön gefährlich. ...

I: Wie entscheiden Sie denn da? Haben Sie irgendwelche Maßstäbe dafür, was wichtig ist?

S: Eigentlich nicht. Wir machen das irgendwie aus dem Gefühl heraus. –

Manchmal ist ein guter Tag. Da ist plötzlich weniger Arbeit, und man kann sich mal zu jemandem setzen und in Ruhe mit ihm reden. Das merkt man dann auch gleich, auch an den nächsten Tagen, dass ihm das gut getan hat. Es ist, als ob diese Patienten dann wieder neuen Mut gefasst hätten oder nicht mehr so hoffnungslos wären. Es ist für alle Patienten, aber ganz besonders für die hoffnungslos kranken, eigentlich so wichtig, dass man Zeit für sie hat.

Aber wir haben einfach nicht genug Leute. Das ist bei den Ärzten nicht anders.

Unser Stationsarzt ist manche Tage auch nur am laufen.

Und das kann einen schon ganz schön fertig machen, wenn man immer ein schlechtes Gewissen hat und denkt, man macht keine gute Arbeit mehr. Das kann einen richtig hoffnungslos machen.

I: Wahrscheinlich ist es für Stationsleitungen schwierig, unter diesen Umständen einen Dienstplan zusammen zu kriegen.

S: Allerdings. Und das schaukelt sich auch hoch. Die Leute sind ausgepowert, machen Überstunden. Und irgendwann müssen sie ja auch mal ausruhen. Wenn dann aber jemand krank wird, dann habe ich die Wahl jemand aus dem Frei oder dem Urlaub zu holen. man das höchst ungern macht. Außerdem werden die dann schließlich auch noch krank, weil sie ständig über ihre Kräfte arbeiten.

I: Das hört sich für mich alles schlimm an. Und ich frage mich, woher Sie die Kraft für diese schwere Arbeit nehmen, wenn diese ganzen äußeren Schwierigkeiten noch hinzu kommen.

: Ja, da haben Sie recht. Das fragen wir uns auch manchmal.

Aber das, was mich bekümmert, ist, wie ich

mei sie nicht immer tiefer in
die Demotivation rutschen. Sie sehen oft alles nur noch negativ. So kann man doch nicht leben.

I: Wie helfen Sie sich denn?

: Ich?

I: Ja, Sie. (lacht)

: Oh, ich bin Christin. Und da hat man doch noch eine andere Hoffnung.

I: Können Sie mir das sagen, was das für eine andere Hoffnung ist?

: Oh, das ist schwer
Interviewerin Theologin
alles, was so schwer ist, nicht alles ist. die hier

Ich weiß, ich bin in Gottes Hand. Gott hat das letzte Wort. Dies hier alles, im ganzen Gesundheitswesen, das kann ja einfach nicht immer so weiter gehen. Irgendwann müssen neue Lösungen entstehen. Sonst geht unsere Gesellschaft es irgendwann wieder besser wird. Und dafür will ich auch durchhalten. Und es gibt immer noch so viel ich die Hoffnung nicht verlieren muß. Wenn ich die Hoffnung verliere, dann habe ich aufgegeben. Diese Hoffnung ist absolut das Wichtigste. Ohne diese Hoffnung könnte ich die Arbeit hier gar nicht tun.“

I: Ob das auch Auswirkungen auf Ihre Patienten hat, wenn Sie sich so geborgen fühlen? Ich meine, ob das auch deren Hoffnung stützt?

: Das was
Patienten übergeht. Die merken das schon, daß ich eine innere Ruhe habe. So wie die Schwestern oder die Ärzte sich fühlen, das hat schon Auswirkungen auf die Patienten. Ich glaube, wir haben noch gar keine Vorstellung davon, wie sehr die Patienten und ihr W, wie es
Daru meine Kollegen alles so negativ sehen und ich Ihnen gar nicht helfen kann.

da
haben.

Sie trotz allem Hoffnung

: Das wäre gut. Denn wenn man resigniert, dann ist das ganz schlimm. Dann hat man keinen Widerstand mehr und wehrt sich nicht mehr gegen Ungerechtigkeit.

I: Sie haben jetzt Feierabend, nicht wahr? Ich danke Ihnen, da Sie sich die Zeit und Kraft für mich genommen haben. Ich wünsche Ihnen noch einen guten Tag.

: War gut, mit Ihnen noch zu reden. Man braucht doch Leute, mit denen man sich versteht.

Interview x24

Januar 2002

Dr. K., Oberarzt einer internistischen Abteilung eines Krankenhauses der Maximalversorgung mit Schwerpunkt Gefäßkrankheiten

42 Jahre

Dauer: ca. 1 Stunde

A= Dr. K.

I= Interviewerin

A: Es geht also um solche Situationen, wie Sie sie hier aufgeschrieben haben. Das kennen wir hier natürlich auch zu Genüge. Bei uns sieht es noch etwas anders aus, weil wir hier ja hauptsächlich Patienten mit Gefäßkrankheiten haben. Zum Teil sind es Leute, die ihr Leben lang stark geraucht haben, zum Teil ist es vielleicht erblich bedingt. Zum größten Teil sind es Diabetiker. Die haben oft noch mehrere andere Krankheiten, manchmal Krebs, manchmal Herzkrankheiten, die ja auch

Manchmal sind die Nieren kaputt. Oft sind Sie stark seheingeschränkt, weil die Augen durch die Diabetes leiden.

Was bei uns so fies ist, sind die

Entzün

wir oft

scheibchenweise amputieren müssen, weil die Entzündungen einfach nicht heilen. Das ist alles sehr schmerzhaft und langwierig. Sowohl als Patient als auch als Arzt kann man da manchmal die Nerven verlieren.

I: Wenn Sie abwägen müssen, ob noch eine Therapie, z.B. eine weitere Operation gemacht werden soll, wonach entscheiden Sie dann.?

A: Auf jeden Fall nur danach, ob es dem Patienten zugute kommt. Bei multimorbiden Patienten, besonders in fortgeschrittener Phase, da muß man sich ja gut überlegen, was man noch macht.

Und ich kan

irgendjemand in

dieser Abteilung da anders drüber denkt. Technisch könnte man da ja noch vieles machen, aber oft ist das überhaupt ni

es da zwischen Pflegeleuten und Ärzten oft große Unterschiede gibt, wie sie darüber denken.

Aber ich glaube, bei uns sind wir uns schon darüber einig. Wir reden auch ganz viel miteinander, die Schwestern und wir Ärzte.

I: Was denken Sie über den Satz: „Man darf dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“?

A: Genau darum geht es. Die Patienten dürfen die Hoffnung nicht verlieren. Darum ist die Frage der Lebensqualität so wichtig. Wenn eine Therapie

d spielen da ja die Schmerzen, dann ist sie gut. Aber ganz wichtig ist auch all das andere, die Beziehungen, auch zu uns, das soziale Umfeld u.s.w. Wichtig ist die Patienten in irgendeiner Weise beweglich bleiben. Zu jungen Diabetespatienten sage ich oft: „Lernt Schreibmaschine schreiben!“ Und ich sage dene ihr mal schlecht sehen könnt.“ Manche verdrängen sowas total. Aber die, die das gemacht haben, können jetzt, wo ihre Augen schlecht sind, oder wo sie fast blind sind, Briefe schreiben und so. Oder sie können mit dem Computer umgehen. Das ist so wichtig, um nicht isoliert zu sein. Das ist nur so ein Beispiel. Da müssen die Patienten aber auch selber mithelfen. Und uns hilft das ja auch, wenn die Patienten die Hoffnung nicht verlieren.

I: Was bedeutet denn Hoffnung für Sie selbst?

A: Uff.... Da fragen Sie aber etwas sehr Schwieriges. Sie wissen ja vielleicht, wie es im Augenblick aussieht. Ich frage mich manchmal: Wer bin ich eigentlich?

B Oder bin ich Anwalt meines Krankenhauses oder meines Unternehmens?

ich nicht mehr ohne weiteres das Beste für einen ich abwägen muß, ob das auch sozusagen im wirtschaftlichen Konzept des Krankenhauses steht. Das ist ja nicht offen. Es ist sozusagen eher eine indirekte Order, Patienten, die wirtschaftlich nicht lukrativ sind, nicht über das Nötigste hinaus zu behandeln. Das ist alles nicht ganz klar. Aber es ist sozusagen die allgemeine Atmosphäre. Und wenn man jemanden „zu gut“ behandelt, dann wird man sozusagen von der Verwaltung oder von den Krankenkassen zur Rede gestellt.

Das hat, damit wir uns recht verstehen, nichts damit zu tun, irgendeine Therapie nicht mehr zu machen. Eine Therapie, die Lebensqualität im Blick hat, kann ganz schön teuer sein.

Das drückt sich vor allem bei älteren

Patient

ich manche

Pat

die noch

n

die auch keine angemessene

Weiterbehandlung erwarten können. Das kann einem schon ganz schön die Hoffnung nehmen.

Sie für Ihre Patienten das Gefühl

von Geborgenheit und Sicherheit

ve

sie optimal versorgt

werden. Aber Sie selbst sind sehr

un

Für die Patienten und de

Sie

Ihnen Sicherheit geben. Aber Sie selbst sagen von sich, Sie haben es schwer, Hoffnung zu behalten.

A: Das ist noch sehr vorsichtig

formu

ich da für die meisten

Kollegen sprechen kann, sehr entmutigt, und, ja, hoffnungslos.

Sie müssen sich ja nur mal das Ärzteblatt anschauen, wie viele Stellenanzeigen da drin stehen, Arztsein ist im Augenblick nicht mehr besonders attraktiv.

I: Ich würde jetzt g

hr Beruf für

Sie wieder attraktiver werden würde und was das mit Hoffnung zu tun hat.

A: Das kann ich Ihnen ganz klar sagen. Ich will wissen, wozu ich eigentlich da bin. Ich habe diesen Beruf gewählt, weil ich für Menschen da sein wollte, um das Beste für ihre Genesung und Heilung zu tun, oder wenigsten für ihr Wohlergehen. Aber im Augenblick ist ja überhaupt nicht mehr klar, ob ich eigentlich Arzt sein soll oder Kaufmann. Die Frage, was denn für wen medizinisch getan werden soll, gerät immer mehr in Verwirrung. Zum Teil wird Medizin ja zu so einem Wellness-Kram. - Aber das ist eine gesundheitspolitische Klärung. Das können wir am Krankenbett doch nicht leisten.

Wir können doch nicht das leisten, was diese Gesellschaft in ihrer Bequemlichkeit immer wegschiebt.

(Das Gespräch dreht sich eine Weile darum, was denn passieren müsste in der Bevölkerung, um mehr Klärung zu erreichen.)

I: Hat Hoffnung für Sie auch eine religiöse Bedeutung?

A: Eine religiöse Bedeutung ... Da kommen wir auf eine ganz andere Ebene. Oder doch nicht.

Religiöse Bedeu
trotz all
dieser Schwierigkeiten alles ir
nach einer Krise a
sich
sozusagen das Humane
in
sic
wir mit kranken
Menschen, mit alten Mens
es
so etwas wie einen guten Weltgeist gäbe, der sich trotz allem durchsetzen würde. So ein
Prinzip Hoffnung. Vielleicht glaube ich an
so
t
haben. Sonst könnten wir doch alle nur noch unseren Job machen und damit basta.

I: Das ist g
Sie alle nur Ihren
Job machen. Sonst würde die ganze Krankenhausentwicklung Sie ja gar nicht so bekümmern.

A: Ja, da haben wir uns ja ganz schön auf was eingelassen heute.

I: Sie meinen, in diesem Gespräch?

A: Ja. (Lacht leise)

Sie Zeit hatten für mich.

Interview w23

1/2002

Dr. A.

Chefarzt der orthopädischen Abteilung

Dauer: ca. 1 1/4 Stunden

A= Dr. A

I= Interviewerin

Das Gespräch findet im Sprechzimmer von Dr. A. statt. Es gibt eine gemütliche Sitzecke. Kaffee und Kekse stehen bereit

I: Schön, dass Sie sich die Zeit nehmen, mit mir über dieses Thema zu sprechen. Es ist mir sehr wichtig.

A: Ist doch klar. Gerne.- Also zu den Fällen, die Sie so im Blick haben, wo jemand, ich gebrauche ruhig mal dieses scheußliche Wort, austherapiert ist, möchte ich noch mal solche Fälle aus orthopädischer Sicht hinzufügen. Die Patienten müssen zwar nicht sterben. Aber sie sind auch am Ende, meistens Bandscheibenleute, weil man einfach nichts mehr machen kann.

Zum Beispiel Frau T. Die war mehrere Jahre hier bei mir. Dann hat sie sich entschlossen, sich in H., das gilt sozusagen als orthopädisches Rückenzentrum, operieren zu lassen. Die haben ihr dann die Wirbel von C2 bis S1 fixiert. Wo da der orthopädische Sinn liegt, ist mir auch noch nicht ganz klar. Jedenfalls seit der Zeit hat sie nur noch Schmerzen und kann gar nichts mehr.

Da gibt's auch gar keine Hoffnung auf Besserung mehr.

Jetzt spritze ich ihr einmal die Woche ein Schmerzmittel.

Ihr Mann bringt sie hierher. Sie muß ein bißchen warten und so, mit allem, was dazugehört.

Dann kriegt sie ihre Spritze. Die wirkt eigentlich nur ungefähr zwanzig Minuten.

Aber sie schwört, dass es eine Woche hält.

Die Evidence-based-medicine-frecks würden sich wahrscheinlich auf die Schenkel schlagen, aber der Frau hilfts. Das ist so eine Art Highlight für sie. Da ist natürlich ganz viel Psychologie dabei.

Auf der psychosomatischen Schiene ist das ganz erklärlich.

Aber die Hauptsache ist doch, dass das der Frau hilfts.

Die Hauptsache bei solchen Patienten, wo eigentlich nichts mehr hilfts, ist dass man was macht. Die Strategie ist: Was machen.

Ja, gucken Sie mich nicht so an, ich kann mir schon denken, was Sie darüber denken. Aber ganz im Ernst.

I: Und wenn diese Spritzen irgendwann nicht mehr helfen? Was kommt dann?

A: Dann mach ich vielleicht irgendeine Infusionstherapie. Die Frau muß ihre Situation doch irgendwie aushalten. Und das ist eine ganz bodenständige Familie. Denen kann man mit Psychotherapie nicht kommen. Aber das ist hier in Deutschland ja wohl sowieso anders. In Amerika sagen die Leute ja wohl: „Ich gehe zu meinem Psychiater.“ Das ist hier in Deutschland ganz undenkbar. Hier sagen sie eben: „Ich gehe zu meinem Orthopäden.“

I: Wenn Sie sagen, die Evidence-based-Leute fänden das nicht akzeptabel, berührt Sie das dann nicht?

Verträgt sich das mit Ihrem eignen Anspruch, sozusagen ein ernsthafter Mediziner zu sein? Widerspricht das nicht dem ärztlichen Ethos?

A: Ja, da müssen die sich aber auch fragen lassen, für wen sie das (Evidence-based-medicine) machen, für sich oder für den Patienten. Wenn es meinem Gegenüber hilft, dann kann ich mich doch nicht darauf zurückziehen, dass das wohl nicht evidence-based ist, oder? Das hat mit ärztlichem Ethos doch auch nichts zu tun.

I: Kennen Sie den Satz: „Man darf einem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“?

A: Ja, und das ist auch immer das Grundprinzip meines Handelns. Ich denke, wie schwierig immer die Situation des Patienten ist, auch wenn zum Beispiel plötzlich irgendwo Krebs im fortgeschrittenen Stadium auftaucht, dann muß man erstmal positiv formulieren, wie es weitergehen könnte. Vielleicht umgehe ich auch die Schwierigkeiten etwas. Aber eigentlich doch auch nicht. Denn man kann doch nicht zu jemandem sagen: Sie haben nicht mehr lange zu leben. Also sollten Sie sich jetzt wohl besser verabschieden. Sondern, dass die Situation sehr ernst ist, das muss man wohl sagen. Aber dann ist es wichtig, jemanden nicht noch tiefer ins Loch zu stoßen. Sondern dann ist es gut ihn zu fragen: „Wen möchten Sie denn nun am liebsten sehen?“

Wir hatten hier neulich jemanden, der eigentlich wegen seines Knies da war. Im Laufe der Untersuchungen tauchte dann plötzlich ein Ösophaguskarzinom auf. Dann kann ich doch aber zu jemandem nicht sagen: „Also Ihr Knie können wir ja wohl jetzt hintan stellen. Das brauchen Sie ja doch nicht mehr lange. Sondern natürlich muss ich mit ihm über sein Knie reden, und was wir tun können, dass das wieder gesund wird.“

I: Das leuchtet mir ein. Ich habe mal eine Frau erlebt, die war in der letzten Phase krebskrank und hatte Zahnschmerzen. Die interessierte nur noch, wie ihr Zahn behandelt werden konnte, damit er nicht mehr so weh tat. Der konnte man doch auch nicht sagen: „Vergessen Sie den Zahn! Sie leben doch sowieso nicht mehr lange.“

A: (lacht) Ja, so ist das.

Es ist wichtig, dem Patienten nicht die Hoffnung zu nehmen. Ihn in seinen körperlichen Leiden ernst zu nehmen, das macht unter anderem seine Lebensqualität aus.

Man muß die Geschichten nicht noch desolater machen, als sie sind.

Man kann doch überflüssige Problematiken vermeiden. Wichtig ist es, dass man Rat geben kann, wie die Lebensqualität möglichst gut ist.

(Ein Oberarzt guckt fragend ins Zimmer. A: “ Fangt schon mal an mit der Besprechung! Ich brauch‘ hier noch einige Zeit.“)

I: Wenn Sie sagen, dass das für Sie ein Grundprinzip ist, dem Patienten die Hoffnung nicht zu nehmen, können Sie sagen, was Sie unter Hoffnung verstehen?

A: Aus der Sicht des Patienten?

I: Nein, ich meine Sie selbst. Ihr eigenes Verständnis von Hoffnung.

A: Ich ... Also Hoffnung spielt in meinem Leben nicht so eine große Rolle. Weil das hat ja irgendwie mit Aussichtslosigkeit zu tun.

Ich komme ja aus einer sehr religiösen Familie. Und ich bin auch selber sehr religiös. Aber Hoffnung, das hat so ... so einen negativen Beigeschmack.

Ich würde lieber von einer Grundzufriedenheit reden, von Lebensqualität, von Perspektive.

Ich möchte nicht gerne in eine Situation kommen, in der ich auf Hoffnung angewiesen bin.

I: Was fällt Ihnen denn ein, wenn Sie das Wort Hoffnung hören.

A: Na, da gibt es doch solche Sätze „Die Hoffnung stirbt zuletzt.“ oder: „Man darf ja die Hoffnung nicht aufgeben.“ Das klingt überhaupt nicht positiv sondern eher so...

I: Beklemmend?

A: Beklemmend, ja, beklemmend. Irgendwie so miesfig.

I: Ist das so, wie wenn ich frage: Wie geht es? Und dann antwortet jemand: „Muss ja.“?

A: „Muß ja“, genau. Da kann man das saure Gesicht richtig vor sich sehen.

I: Hat das was Depressives?

A: Ja, das hat etwas ungeheuer Depressives. Was Auswegloses.

Ich meine Hoffnung eher im Sinne von Perspektive, von Lebensenergie. Es gibt so Leute. Die haben so eine negative Art, die die ganze Umgebung mit runterzieht. Wenn die dann von Hoffnung reden ... Das verströmt dann nur negative Energie.

Es hängt auch viel von der Art des Umgangs miteinander ab. Gestern, da habe ich wieder so eine Situation im OP gehabt. Da bin ich mit der Schweser B., der leitenden OP-Schwester, kennen Sie ja, so zusammengerasselt. Einer der Assistenten hat einen Hüftkopf geworfen, weil er doch, trotz genauer vorheriger Ausmessung zu kurz war. Ist ja blöd, kosten über 400,00 die Dinger. Aber so etwas passiert eben. Da sagt die doch: „Wenn der Chef das darf, dann darf der das auch.“ So richtig giftig. Da habe ich sie gefragt, was das denn wohl heißen soll. Giftet da rum.

Redet so überall rum. Der Hintergrund war nämlich der: Vor ein paar Tagen, war ein neues Team mit lauter jungen Schwestern im OP. Die haben einen Hüftkopf viel zu früh ausgepackt. Das geht natürlich nicht, wegen der Infektionsgefahr. Ist rechtlich gar nicht erlaubt.

Da habe ich gesagt: Mädchen, das geht nicht. Das machen wir in Zukunft anders. Hab da weiter nichts draus gemacht und den Hüftkopf weggeschmissen.

Und weil ich die geschützt habe, da krieg ich dann so hintenrum wieder eins drauf. Das ist einfach eine Schweinerei.

Oder dieser Mist mit dem Beschwerdemanagement. Leute, die überhaupt keine Ahnung haben, wie man fair und warmherzig mit Menschen umgeht, sollen sich um die Beschwerden kümmern.

Erstens geht das doch gleich durchs Haus, wenn da was ist. Da geilen sich dann alle dran auf.

Zweitens nützt es gar nichts. Und als erstes hat es dann den Herrn S. erwischt, ausgerechnet den, der im Patientenkontakt einer der Einfühlsamsten und Klügsten ist. Und ausgerechnet der kriegt gleich eins auf die Mütze. Dass der denkt: „Ihr könnt mich langsam mal“, ist doch klar.

Bei dieser Heckenschützenmentalität hier kann man doch kein Beschwerdemanagement einführen. Das führt doch nur noch mehr zur Petzerei.

Um nochmal auf die Patienten zurückzukommen. Also ich meine nicht Verdrängung. Man muß schon erkennen lassen, dass die Lage ernst ist. Aber es reicht doch, wenn jemand sterben muss. Das muss dann nicht auch noch von tiefster Depression begleitet sein.

Also statt Hoffnung würde ich lieber Lebensenergie sagen.

Da komme ich noch einmal auf die Frau T. Zu sprechen, die mit den Schmerzen.

Ich finde, als Therapeut soll man alles vermitteln, was gesund ist. Alles betonen, was positiv ist.

I: Das heißt nicht verdrängen, sagen Sie.

A: Nein. Wenn einer es vermeidet, Bilanz zu ziehen, dann hat er Gründe. Gerade dann muss man sehr vorsichtig sein, ihn mit schweren Dingen zu konfrontieren. Denn ohne positive Energie kann keiner Bilanz ziehen.

Und wenn man dann mit jemandem über seine Situation spricht, dann muss man immer darauf achten, dass das nicht so einen klerikalen Anstrich kriegt.

I: Ich glaube, ich verstehe, was Sie meinen.

A: Das glaube ich auch, dass Sie wissen, was ich meine. Sie sind ja überhaupt nicht so. Es gibt so Leute, die fühlen sich sozusagen religiös berufen. Da wird Sterbebegleitung dann zelebriert. Also für mich wäre das Wichtigste in so einer Situation Natürlichkeit. Nicht so ein salbungsvolles vollsülzen.

I: Ich möchte Sie trotzdem jetzt noch etwas fragen. Sie sagen von sich selbst, Sie seien religiös. Hat Hoffnung für Sie religiöse Bedeutung.

A: Ja, hat es. Ich denke dann gleich an Krieg, an Stalingrad.

I: Das habe ich jetzt nicht verstanden.

A: Ich meine damit, wie in Stalingrad, wo nichts mehr hilft, und wo man eigentlich nur noch hätte resignieren können. Und doch war da dann für manche Hoffnung. So im Sinne des Prinzips Hoffnung. Das ist natürlich irrational. Aber man hält etwas Positives für möglich, obwohl man die Perspektive noch nicht kennt.

Und dann natürlich: Ich glaube an ein Leben nach dem Tode. Obwohl man sich das sicher nicht konkret vorstellen kann. Aber ich glaube ganz klar daran.

Allerdings darf man keinen Mißbrauch damit treiben.

I: Wie meinen Sie das? Wie die Conquistadores in Südamerika, die die Menschen unterjocht haben und sie mit Jenseitshoffnungen getröstet haben?

A: Ja, so. Oder wie jetzt in Palästina. Die tragen Sprengstoff am Körper, jagen sich in die Luft, um andere zu töten. Und kriegen dann erzählt, dass sie den Märtyrertod sterben und dadurch sozusagen direkt in den Himmel kommen. Da ist auch etwas, was für mich mit dem Wort Hoffnung verbunden ist. Das Wort Hoffnung sollte man vermeiden.

I: Hat das Prinzip Hoffnung auch Einfluß auf Ihre Arbeit?

A: Hm. Wahrscheinlich mehr, als ich bisher dachte.

I: So, jetzt gehe ich. Ich erzähle Ihnen dann mal , was aus dem Ganzen hier geworden ist.

A: Ja, bitte.

I: Danke für Kaffee und Kekse.

A: Schönen Tag noch.

Interview v22

11/2001

Dr. R.

Stationsarzt einer orthopädischen Station, im 2. Jahr der Facharztausbildung, in einem Krankenhaus der Regelversorgung

28 Jahre

Dauer: ca. 3/4 Stunden

A= Dr. R.

I= Interviewerin

I: Es ist schön, dass Sie mit mir reden wollen. Haben Sie die Fallbeispiele bekommen?
Konnten Sie damit etwas anfangen?

A: Ja, in der Orthopädie haben wir es ja weithin mit anderen Situationen zu tun, die auch ihre Problematik haben. Aber den Tod erleben wir hier zum Beispiel fast nie.

Ganz schwierig sind zum Beispiel die Fälle, wo Leute aus orthopädischen Gründen hierher kommen. Und dann stellt sich ganz etwas anderes heraus. Wir hatten hier gerade so eine Patientin.

Die kam wegen Schmerzen in ihrem Bein. Der Hausarzt hatte schon einige Zeit daran herumgewerkelt. Wir fanden nichts orthopädisches. Schließlich erfuhren wir dann von der Tochter, dass die Mutter ein Ovarialkarzinom hat und deshalb schon 40 Bestrahlungen gekriegt hatte. Darauf haben wir dann natürlich nach Metastasen geguckt. Sie hat inzwischen Knochenmetastasen und Lungenmetastasen. Irgendjemand in der anderen Klinik muß ihr gesagt haben, dass mit den Bestrahlungen nun alles erledigt sei. Sie hat es, wie immer es auch gemeint war, natürlich so verstehen wollen, dass sie jetzt womöglich geheilt sei. Obwohl sie natürlich, sie war eine einfache Frau, geahnt hat, dass die Schmerzen in ihrem Bein etwas zu tun gehabt haben mit ihrem Krebs.

Na jedenfalls, sie ist so duchmetastasiert, dass man wirklich überhaupt keine Aussichten hat. Ob sie noch 2 Wochen lebt oder noch 2 Monate, kann ja keiner sagen. Aber das einzige, was im Augenblick überhaupt noch sinnvoll ist, ist natürlich eine gute Schmerztherapie.

Also mußte ich ihr sagen, dass sie überall Krebs hat und nicht mehr lange leben kann.

I: Wie hat die Patientin darauf reagiert?

A: Sie hat das eigentlich ganz gelassen aufgenommen. Aber der Mann ist fast durchgedreht. Der braucht auch eine Begleitung irgendwie.

I: Kennen Sie den Satz: „Man darf einem Patienten die Hoffnung nicht nehmen“?.

A: Ja, natürlich. Das ist doch sowas wie das erste Gebot in der Medizin. Aber wie soll das gehen? Wenn sie so wollen, habe ich dieser Patientin ihre Hoffnung, ihre Beinschmerzen hätten einen halbwegs harmlosen Grund, ja auch genommen. Hätte ich sie denn anlügen sollen?

I: Hatten Sie denn den Eindruck, dass Sie der Patientin die Hoffnung genommen haben?

A: Nein. Irgendwie nicht. Sie ist bestimmt schockiert, obwohl sie ein Mensch ist, der sehr kontrolliert ist und sich das nicht anmerken läßt, aber hoffnungslos wirkte sie nicht. Auch der Mann nicht. Obwohl der so fertig war....

Also das ist schon schlimm, wenn man sich so nah mit dem Lebensende auseinandersetzen muß.

I: Was verstehen Sie unter Hoffnung?

A: Nicht verzweifeln müssen. Verzweifeln muß man immer dann, wenn man gar keinen Sinn mehr im Leben sieht. Oft muß man sich darüber wahrscheinlich gar keine Gedanken machen. Ich habe hier so viel zu tun, dass ich gar nicht in die Verlegenheit komme, nach einem Sinn zu fragen.

Höchstens, wenn man jetzt immer öfter erlebt, wenn Patienten so auftreten: Ich habe ein Recht auf alles, ich habe ja schließlich dafür bezahlt. Und man gibt sich Mühe, weil man ja Arzt ist, und die begegnen einem so mit der Haltung: Ich bestimme hier. Das ist bei den Privatpatienten aber viel häufiger so. Verstehen Sie mich nicht falsch, ich meine nicht den alten Paternalismus. Ich möchte auch einen gleichberechtigten Patienten. Aber ich möchte auch als Arzt ernst genommen werden. Die Schwestern haben noch viel eher das Problem.

I: Beeinträchtigt das Ihre berufliche Zufriedenheit sehr?

A: Na, verzweifelt macht mich das gerade nicht. Aber ich könnte mir das schon wesentlich konstruktiver vorstellen.

I: Ich würde gerne nochmal auf Ihren Gedanken zurückkommen, dass Hoffnung mit Sinn zu tun hat..

A: Ja. ... Solange man einen Sinn sieht, hat man Hoffnung.

Das gilt natürlich auch für die Frau W. Nun will ich nicht sagen, dass in dieser scheußlichen Krankheit ein Sinn liegt. Aber die hat jeden Tag Besuch gekriegt von ihren Kindern, ihrem Mann. Die Enkel haben ihr Bilder gemalt. Die ist so gut aufgehoben in ihren familiären Bezügen, die kann gar nicht hoffnungslos werden. Denn die sieht ja, dass das Leben weitergeht.

Ich glaube, das ist überhaupt für Patienten wichtig, dass sie eine funktionierende soziale Umgebung haben. Das können ja auch Freunde sein.

Obwohl manchmal, da kümmert sich die Familie rührend um einen Patienten und wird immer nur runtergemacht. Da fragt man sich manchmal, was das ist. Aber man weiß ja auch nicht, was dahintersteht.

Na und dann, bei der Frau W. , da waren wir uns hier auf der Station schon darüber einig, wir freundlich und einfühlsam mit ihr umgehen. Wir sind uns hier nicht immer einig. Und es gibt auch so ein-zwei Leute, die könnten ihr Benehmen noch ganz schön verbessern. Aber im großen und ganzen ist das hier schon eine gute Atmosphäre. Das ist auch wichtig dafür, mit welchem Gefühl man morgens zur Arbeit kommt. Unser Chef ist auch o.k. Nicht so ein . Und man kann viel von ihm lernen, fachlich, meine wir hier viel mitkriegen.

I: Gibt es sonst noch etwas, was Ihre Hoffnung bei ihrer Arbeit stützt?

A: Meine Hoffnung bei meiner Arbeit. Hm. Stimmt. Da ist ja ein Zusammenhang, ob man selber Hoffnung hat. Und ob man jemand anderem Hoffnung geben kann.

diese ganze ich Leuten helfen kann. Ja, wirklich. Ich kenne dieses ganze Gerede mit dem Helfersyndrom . Und das stimmt ja auch.

Und trotzdem bin ich doch Mediziner geworden, um Menschen zu helfen. Wenn mich nur das Technische interessierte, hätte ich auch Biotechniker oder Ingenieur oder so werden können. Übrigens bin ich auch nicht Mediziner geworden, um die Hälfte meiner Arbeitszeit an der Dokumentation zu sitzen.

I: Um noch einmal auf Patienten zurückzukommen. Was könnte denn deren Hoffnung zerstören?

A: Wenn sie alleine gelassen würden, von ihrer Familie und ihren Freunden, aber natürlich auch von uns hier im Krankenhaus. Wenn sie niemand ernst nimmt. Das
w
man nicht ernst genommen
wird.

Wenn sie das Gefühl hätten es würde an ihnen herum experimentiert.

I: Müßte man da als Arzt denn nicht dauernd darauf achten, nicht unsicher zu wirken?

A: Das glaube ich nicht. Man darf nur nicht immer so tun, als
wüß
man sich über eine
bestimmte Behandlungsmethode nicht ganz sicher ist, dann ist das für die Beziehung zum
Patienten oft viel besser, als wenn man immer so tut, als ob. Der hat doch viel mehr
Vertrauen, wenn man selbst ehrlich ist.

Das ist auch wichtig: Patienten merken, ob man zu ihnen ehrlich ist. Wenn die nicht mehr vertrauen können, dann haben die auch schnell keine Hoffnung mehr. Das ist schwer, aber sehr wichtig.

I: Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

A: Ganz sicher. Aber ich kann es nicht gut sagen. Als mein Großvater gestorben war, da ist meine Großmutter jeden Tag zum Friedhof gegangen. Er hat ihr so gefehlt. Aber „Weg ist er nicht,“ hat sie gesagt. „Der Herrgott hat ihn ja zu sich genommen.“

So kann ich nicht sprechen, Herrgott und so, aber ich höre in meinem Inneren meine
Großmut
das auch so ist.

Aber eben viel abstrakter.

Der Sinn des Lebens geht mit dem Tod nicht verloren. Das glaube ich ganz fest.

Darüber redet man viel zu wenig. Denn wie soll man denn mit Endlichkeit und Vergänglichkeit umgehen, wenn man sich darüber keine Gedanken macht?

I: Was haben diese Gedanken mit Ihrer täglichen Arbeit zu tun?

A: Ganz viel. War mir aber gar nicht klar. Sie sind wohl doch so eine Grundlage.

I: Ja, das ist ein wichtiges Thema. Darüber könnten wir jetzt noch lange reden.

Ein andermal, oder ?

sehr für das Gespräch und die Einblicke, die Sie mir in
Ihre Arbeit gegeben haben.

Interview u21

Oktober 2001

Dr. E.

56 Jahre

Oberarzt auf einer Inneren Station

Dauer: ca. 3/4 Stunden

A = Dr. E.

I = Interviewerin

Das Gespräch findet im Arztzimmer von Dr. E. statt. Der Schreibtisch ist überhäuft mit Papieren. Er fegt sie beiseite und stellt zwei Becher auf den Tisch. „Mögen Sie einen Kaffee?“ Aus einer Thermoskanne schenkt er Kaffee ein. Dann liest er die Fallbeispiele.

A: Ja, so ist das. Und solche Situationen wird es in den kommenden Jahren immer mehr geben. Das ist eben die andere Seite unseres medizinischen Fortschritts. Wir werden immer mehr ältere und schwer kranke Patienten haben. Vor einigen Jahrzehnten sind die Patienten mit unheilbaren Krankheiten eben gestorben. Heute haben wir so viele Möglichkeiten, sie am Leben zu erhalten. Und damit haben wir natürlich auch das Sinnproblem.

I: Welche Werte und Standpunkte helfen Ihnen bei ihrer Arbeit, mit solchen Situationen umzugehen?

A: Hm. Das weiß ich gar nicht so genau. Ich möchte als Arzt niemandem schaden. Außerdem möchte ich mit jemandem nichts tun, was ich nicht auch selber wollen würde. Die Goldene Regel nennt man das, nicht wahr?

Aber das ist gar nicht so einfach. Ich selber wollte natürlich nicht mehr durchdiagnostiziert oder therapiert werden, wenn zum Beispiel feststände, daß ich Blasenkrebs hätte oder so. Aber das kann man als Arzt nicht so einfach mit einem Patienten machen. Man ist verpflichtet, alles auszuschöpfen, was noch eine Möglichkeit auf Erfolg hat. Oft wissen wir aus Erfahrung, dass das nichts bringt, was wir da machen. Aber aus rechtlichen Gründen können wir noch nicht so einfach aufgeben, sonst ist das womöglich unterlassene Hilfeleistung. Das heißt aber nicht, dass endlos therapiert werden muß, wie noch vor einigen Jahren. Wenn alle sich einig sind, dann kann man schon aufhören.

I: Sie kennen vielleicht die Devise „Man darf einem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“
Wie denken Sie darüber?

A: Dieses ganze Hoffnungsgesülze geht mir so auf die Nerven. Wenn die Patienten in sozial guten Verhältnissen leben würden. Und wenn wir sie hier im Krankenhaus würdig versorgen könnten, dann hätten die auch Hoffnung, auch wenn sie keine gute Prognose hätten. Man müßte sie nur besser begleiten. Stattdessen vollführt man so einen Eiertanz, klärt sie nicht richtig auf, verdeckt, vernebelt, schrecklich.

I: Sie haben ja einige Aspekte genannt, die den Patienten helfen würden, die Hoffnung zu behalten. Fällt Ihnen noch mehr ein?

A: Schmerzen zum Beispiel. Wenn ich Krebs hätte und wüßte, dass die mich allein lassen, wenn die Schmerzen kommen, dann wäre ich auch hoffnungslos. –

Manche Patienten finden offenbar auch Hoffnung in ihrem Glauben. Das ist manchmal schon recht erstaunlich. Andere dagegen geben alle Hoffnung auf. Vielleicht hatten sie auch vorher schon keine.

I: Was verstehen Sie denn unter Hoffnung?

A: Irgendwie eine positive Grundtendenz, nicht aufzugeben. Ach, ich weiß auch nicht.

I: Und was macht Ihnen Hoffnung in ihrer Arbeit?

A: Na sie fragen ja Sachen. - Heutzutage, in dieser Situation, wieso sollte man da denn noch Hoffnung haben! Es wird doch alles von Woche zu Woche schlimmer. Das Arztsein wird einem ständig beschnitten. Es nimmt einen ja überhaupt niemand für voll. Es mag ja sein, dass man in Spezialeinrichtungen noch richtig gut arbeiten kann, Endoklinik, Herzzentrum, weiß ich aber nicht. Aber hier in der normalen Versorgung wird einem alles kontrolliert und bemessen. Wenn sie wüssten, wieviel Zeit allein für die Dokumentation draufgeht. Und dann haben wir doch viel zu wenig Leute, alle machen Überstunden. Die Kollegen haben hier zum Teil eine Siebzig-achtzig-Stunden -Woche. Das ist doch unwürdig. Alleine, dass wir alle

Untersuchungen hinkriegen, die gemacht werden sollen. Mit Patienten in Ruhe sprechen - ich glaube ja, dass das wichtig ist - aber wann denn?

Man fühlt sich hier ja als Mediziner wie das Allerletzte. Und geht dann auch noch mit schlechtem Gewissen nach Hause, weil man das Gefühl hat, keine gute Medizin gemacht zu haben.

I: Sie fühlen sich nicht anerkannt?

A: Ach, es geht ja nicht um Anerkennung. Es geht doch einfach um Akzeptanz.

Die Frau T. aus der Verwaltung, die kann einem einfach dumm kommen, und die versteht doch rein gar nichts von Krankenhaus, geschweige denn von Medizin. Und nach so was muß man sich dann richten. Und es wird alles ja auch noch viel schlimmer kommen. Aber als Arzt hat man doch auch was zu den Dingen zu sagen. Das ist, als gelte das gar nichts mehr. Jeder Automechaniker wird als Fachmann respektiert. Und wenn jemand nicht alles alleine machen kann an seinem Auto, dann ist er froh, wenn der Automann ihm helfen kann. Aber bei der Medizin haben alle das Gefühl, sie könnten mitreden.

I: Meine Güte, Mann, Sie stecken ja wirklich voller Zorn.

A: Allerdings, ja.

I: Jetzt sind Sie vielleicht gar nicht mit mir einverstanden, aber dieser Zorn, dieser Widerstand gegen die gegenwärtige Entwicklung macht mir Hoffnung.

A: Ach ja?

I: Ja. Was ich gerne hören würde von Ihnen, was würden Sie sich denn anders wünschen?

A: Also, zu sagen, alles soll wieder so werden, wie zuvor, wäre naiv. Aber ich wünsche mir schon, wir könnten gute Medizin machen. Und das wäre auch das Wichtige an der ganzen Situation heute. Die Pflege müsste natürlich dazugehören. Da ist in der Vergangenheit manches nicht gut gelaufen. Aber die müssten uns auch akzeptieren ohne Meckerei und Stichelei. Also, Auseinandersetzungen über die Patienten wäre natürlich erlaubt. Aber dann sollen die erstmal lernen, sich verständlich zu machen.

I: (Schluck)

A: Die Verwaltung sollte mal endlich aufhören, ihren Apparat aufzublähen wie bisher. Wenn gespart werden muss, dann bitte auch dort. Und außerdem sollen die begreifen, wenn sie von Dingen nichts verstehen und bitte uns fragen. Dann wäre schon einiges besser.

I: Dann hat Hoffnung in ihrer Arbeit auch mit gegenseitiger Akzeptanz zu tun?

A: Ja genau. Ich würde sogar sagen: Vertrauen. Hier vertraut ja keiner dem anderen mehr. Und dann kann ja gar nichts mehr laufen. Jeder sichert sich ab. Es ist eine regelrechte Mißtrauenskultur. Hier vertraut keiner dem anderen mehr. Besonders zwischen der Verwaltung und den Leuten auf Station gibt es überhaupt keine Verständigung. Die haben auch wirklich gar keine Ahnung, was bei uns läuft. Aber sie haben das Sagen. Und keiner vertraut dem anderen.“

I: Vertrauen, sagen Sie. Hoffnung hat mit Vertrauen zu tun. Das ist ein wichtiger Gedanke. Jetzt möchte ich Sie gerne noch etwas fragen. Aber ich weiß ja gar nicht, ob ich das jetzt noch fragen kann bei all Ihrem Zorn und Ärger. Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

A: Hm. Also, ich bin ja kein religiöser Mensch. Und jetzt müsste ich ja ziemlich umschalten. Hat es bestimmt. Kann ich jetzt nicht so sagen. Aber irgendwie ist es so, dass ich denke, die Dinge sollten eigentlich anders laufen. Und so, wie es jetzt läuft, kann es doch gar nicht weitergehen. Es muß doch alles irgendwie wieder in eine andere Richtung gehen. Ich bin ja kein Marxist oder so. Aber irgendwie wird das Sinnvolle in der Geschichte sich schon durchsetzen. Ich weiß nicht, ob Sie verstehen, was ich meine. Vielleicht hat das auch was damit zu tun, wenn Patienten manchmal voller Hoffnung sind, obwohl sie eine ganz schlechte Prognose haben. Die sind ja nicht blöd. Die glauben ja nicht, dass sie wieder gesund werden, Aber irgendwie glauben die doch, dass alles gut wird. Hm, na ja, schreiben sie das
bl
Obwohl, das hat ja auch
irgendwie mit Vertrauen zu tun, Vertrauen ins Leben oder so ähnlich.

I

De

hat auf Ihre Arbeit?

A: Ziemlich sicher. Das war mir aber auch gar nicht so klar.

I: (Die Interviewerin trinkt den letzten Schluck Kaffee aus.) Aufschreiben tue ich das auf jeden Fall. Es ist mir ganz wichtig, was sie gesagt haben. Vielen Dank, Herr E.

A: Vielleicht sieht man sich ja mal wieder. Wäre schön. Fahren Sie jetzt nach Hause?

Interview t 20

Oktober 2001

Frau Dr. R.

32 Jahre

Oberärztin in der Inneren Abteilung eines Krankenhauses der Maximalversorgung

Dauer: ca. 3/4 Stunden

A = Ärztin

I = Interviewerin

Das Gespräch findet im Arztzimmer statt. Es gibt kaum Persönliches in diesem Raum. Der Schreibtisch liegt voll mit Akten.

A: Solche Geschichten, wie in den Beispielen sind hier natürlich an der Tagesordnung. (Erzählt einiges.) Eine Geschichte ist haben wir da gerade ... Frau H. 36 Jahre alt, 3 kleine Kinder, hat mit einem Ovarialtumor angefangen. Inzwischen ist sie durchmetastasiert. Sie kriegt wieder, zum vierten Mal, eine Chemotherapie. Sie hat so ziemlich alles hinter sich gebracht, therapeutisch meine ich, was man so machen kann. Und ich glaube, sie denkt auch noch, daß sie es schaffen könnte. Aber irgendwann bald kommt der Tag, an dem sie gar nicht mehr kann. Man ist da total hilflos. Keiner will ihr sozusagen überbraten, daß sie aufhören soll mit der Therapie. Und ich will in das Zimmer auch am liebsten gar nicht mehr rein. Und dann sieht man die Kinder und fühlt sich total schlecht. Ja, so ist das dann.

I: Ich habe den Eindruck, dass das Sie jeden Tag ziemlich viel Kraft kostet. Wieviel Raum in Ihrer täglichen Arbeit haben Sie übrig für solche Fälle ?

A: Die Arbeit mit Schwerstkranken nimmt einen immer größeren Raum ein. Andere Patienten mit nicht so gravierenden Krankheitsbildern haben deutlich kürzere Liegezeiten. Da geht es darum, sie so schnell wie möglich wieder fit zu kriegen. Ob das immer gut ist, ist eine andere Frage. Aber die chronisch Kranken, wenn die dann auf Krankenhausbehandlung angewiesen sind., die bleiben uns erhalten. Und die sind wirklich schwer krank und dann schließlich schwerstkrank. Und mit denen müssen wir den Abstieg durchstehen. Das Furchtbare ist, dass wir als Ärzte oft überhaupt keine Möglichkeit mehr haben. Das wissen auch alle. Aber wir dürfen nicht aufgeben. Jeder erwartet, dass wir weitermachen, irgendwas, irgendwie. Oft

haben solche Menschen überhaupt keine Hoffnung, auf nichts. Aber dann können wir doch auch keine Hoffnung liefern.

Ich beneide oft das Pflegepersonal. Mit wie kleinen Dingen die oft dafür sorgen können, dass ein Patient sich wohl fühlt. Ein frisches Bett. Eine kleine Einreibung, ein freundlich serviertes Essen. Das macht ein gutes Lebensgefühl. Das wissen wir doch alle. Die Schwestern, die können einen Patienten sehr stützen, ja, das können die.

I: Ärzte können das nicht?

A: Ärzte können das auch, könnten das auch, wenn sie genau so oft bei den Patienten sein könnten. Aber man ist ja so oft so gehetzt, hat so einen Druck. Man hat ja dauernd das Gefühl, was nicht richtig zu machen oder zu wenig zu machen. Man denkt ja dauernd, man hätte vielleicht doch was übersehen. Und vielleicht wäre es diesem Mann oder dieser Frau besser gegangen, wenn ich da noch auf was gekommen wäre.

Der Druck wird auch größer. Da ist erst mal der Arbeitsdruck, dass wirklich viel zu tun ist. Und was wir inzwischen rein an Formalien machen müssen!

Und dann eben der Druck, was falsch zu machen oder was zu vergessen. Und da hat man dann die Schuld. Oder die falsche Entscheidung zu treffen. Jemanden reanimieren, weil man denkt, er könnte und sollte noch leben, und der liegt dann hinterher im Koma. Der Gedanke, dass man vielleicht versagt. Man muss sich ja auch immer beweisen. Und wenn du mal klagst, heißt es: Hinter deiner Stelle warten genug andere. Du musst hier nicht arbeiten.

Mensch, ich bin manchmal so kaputt, und nicht nur ich, das geht den Kollegen auch so. Wir haben auch ganz ehrlich keine guten Arbeitsvoraussetzungen. Aber es wird auch nur so nebenbei darüber geredet.

Irgendwie hat man manchmal gar keine Kraft mehr für all die Existenznöte der Patienten.

I: Welches sind die schlimmsten Existenznöte der Patienten?

A: Es ist eigentlich nicht der Tod, der physische, meine ich. Das Thema Tod schreckt mich eigentlich nicht. Mit Ihnen kann ich ja auch darüber reden. - Es ist, wenn man jemandem sagt, dass er wohl bald sterben wird, und man merkt dann, der hat dann gar nichts mehr, und zwar nicht nur zuerst, wenn er einfach geschockt ist, sondern auch später. Also wenn einer erfährt, er muss sterben, dass er dann gar nichts mehr hat, dass ihn nichts mehr trägt, dann vermeidet man natürlich solche Gespräche. Das ist furchtbar. Du siehst jemanden abwärts sausen, und

wenn du nicht aufpaßt, gehst du mit. Deswegen ist es auch schwer, sich nach den privaten Verhältnissen von jemandem zu erkundigen. Angenommen, da ist dann kaum wasDa ist oft soviel Einsamkeit.

I: Sie haben ganz viel davon geredet, wie schlimm es ist, wenn Patienten keine Hoffnung mehr haben. Wie entscheiden Sie in Situationen, wo der Sinn medizinischen Eingreifens fraglich ist?

A: Man sollte medizinisch nichts tun, was man nicht auch selbst wollen würde als Patientin.

I: Also ist es wichtig, sich in den anderen hineinzusetzen?

A: Genau.

I: Sie haben sehr viel über Hoffnung und Hoffnungslosigkeit gesprochen. Ist der Satz „Man darf dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“ sozusagen eine Verhaltensdevise für Klinikmitarbeiter?

A: Ja, das wird so dahin gesagt. Aber soll das denn gehen? Wenn es keine Hoffnung auf Heilung mehr gibt, dann kann man dem Patienten doch auch keine Hoffnung mehr geben. Wenn ich einem Patienten sage, dass wir ihn nicht mehr gesund machen können, dann denkt er häufig: „Das kann doch nicht sein. Das liegt vielleicht an der Doktorin. Dann hofft er, dass ein anderer ihn gesund machen kann, und wenn ein anderer ihm dann was verspricht, dann läuft er dahin.

Ich will ja nicht sagen, dass wir immer alles richtig machen. Aber bei dem hohen Grad an Informationsaustausch können wir schon ausschöpfen, was medizinisch möglich ist. Also die erste Hoffnung des Patienten, dass er wieder gesund wird, muß ich häufig enttäuschen. Das, was ich Schwerstkranken noch geben kann, ist, dass ich als Ärztin zuverlässig zu ihm stehe. Aber wenn ein Mensch sonst hoffnungslos ist - Sie glauben gar nicht, wie viele Menschen das sind - dann reicht diese Hoffnung „Du kannst dich auf mich verlassen“ nicht aus. Ja, wenn die Menschen sonst keine Hoffnung mehr haben, was sollen wir Ärzte ihnen dann für Hoffnung geben?

I: Was könnte Ihrer Meinung nach unter Hoffnung verstanden werden?

A: Das ist gar nicht so einfach. Und mir wird jetzt während des Gespräches ja auch einiges erst klar. Hoffnung, das bedeutet, dass der Sinn des Lebens und dieser Welt nicht allein von mir abhängig ist. Das hat grundsätzlich irgendwie mit der Lebenseinstellung zu tun. Früher, als junges Mädchen, habe ich mich ganz stark für Albert Schweitzer interessiert.

Die Verankerung des Medizinischen in seiner Überzeugung. So meine Konfirmandenzeit fand ich eher deprimierend. Später bekamen wir dann einen anderen Pastor. Aber der war eher unterhaltungsmäßig. Richtig tief ist mir das nicht gegangen, wie der Gedanke der ‚Ehrfurcht vor den Leben‘. Das ist schon faszinierend. Das bedeutet mit eigentlich immer noch viel. Manchmal hat mir auch gefallen, wie Kollegen mit Patienten geredet habe. Da hatte ich dann das Gefühl, dass da ganz viel Positives, fast Liebevoll überkam. Manchmal natürlich auch nicht. Aber einiges habe ich bestimmt übernommen.

Für mich waren Vorbilder immer sehr wichtig, glaube ich. Wenn von denen etwas Positives ausging, dann hat mir das Hoffnung gemacht.

I: Gibt es noch mehr, das Ihnen Hoffnung macht bei Ihrer Arbeit?

A: Mir gibt Hoffnung, wenn nicht alles an mir hängt. Wenn ich sehe, daß ein Patient von der Fürsorge seiner Angehörigen umgeben ist, oder seiner Freunde oder von irgendwem sonst, dann nimmt mir das auch die Angst und die Sorge, dann gibt mir das Hoffnung. Und ich selbst möchte auch nicht alleine sein.

Ich möchte das Gefühl haben, dass wir das hier zusammen durchstehen, die Kollegen und ich. Das ist ja nun mal ‘ne schwierige Situation. Und wenn ich daran herum denke, ob ich jemandem noch eine Chemotherapie zumute oder nicht, dann wäre ich natürlich froh, wenn die Kollegin auf der Station den Nerv hätte, das mit mir zusammen durch zu checken. Und es ist ganz einfach furchtbar, wenn man eine Entscheidung trifft, immer mit schlechtem Gefühl. Und die Schwestern haben bloß blöde Sprüche dafür übrig.

Diese Situation mit den vielen ausweglos Kranken ist doch hart. Da wäre es viel besser, es würden alle zusammenhalten und die Situation so human wie möglich machen. Wir Ärzte haben anscheinend auch wenig Hoffnung. Es ist ja, als wäre mit dem Ende unserer medizinischen Möglichkeiten auch unsere Hoffnung weg. Dann ist es doch kein Wunder, dass die Patienten keine mehr haben. Sie sind doch Menschen wie wir.

I: Was würde denn Ihre Hoffnung als Ärztin stärken?

A: Dass ich schwierige Entscheidungen nicht alleine treffen muss. Dass der Kontakt zur Pflege besser wird. Dass die Hoffnung der Patienten noch woanders herkommt als aus der Medizin. Dass meine Arbeit anerkannt würde und ich nicht dauernd Sachen machen müsste, die mit Arztsein gar nichts zu tun haben. Dass ich nicht durch Geld beschnitten werde, wenn ich einem Schwerstkranken die Lebensqualität verbessern will.

I: Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

A: Ja, auf jeden Fall. So im Sinne von Albert Schweitzer. So ein Grundgedanke, wie die Ehrfurcht vor dem Leben, das gibt der Welt Hoffnung. Dass man an etwas glauben kann. Oder?

I: Welche Bedeutung hat diese Grundeinstellung für Ihre Arbeit?

A: Sie ist wahrscheinlich die Bedingung dafür, dass ich das hier alles durchhalte.

I und A sprechen noch weiter über die Ehrfurcht vor dem

L ist, der der Medizin helfen
würde. Sie vertagen das weitere Gespräch über diese komplexen Probleme und verabschieden sich.

1

Interview s 19

August 2001

H.-J. S.

35 Jahre

Krankenpfleger auf einer chirurgischen Station

Dauer: ca. 1 Stunde

P= Krankenpfleger H.-J.

I= Interviewerin

Das Gespräch findet im Aufenthaltsraum des Pflorgeteams der Station statt. Die Kollegen und Kolleginnen von H.S. haben die beiden großzügig dorthin verfrachtet, damit sie in Ruhe reden können.

P: (Herr S. hat am Morgen die Fallbeispiele bekommen. Er nimmt darauf Bezug und sagt:) Solche Situationen sind für die Pflege sehr schwer. Die Menschen sind sozusagen an einer ganz neuen Stufe ihres Lebens angelangt. Aber niemand spricht richtig darüber.

Die ganze Lebenseinstellung steht jetzt sozusagen auf dem Prüfstand. „Und jetzt? Was ist jetzt?“

Wie bei Herrn O.. Zwei Jahre hat der jetzt hinter sich mit seinem Lungenkrebs.

Bis jetzt war ja auch noch nicht ganz klar, wie lange das alles gehen würde. Er hat auch alles versucht, was man machen kann, um den Tumor zu bremsen. Aber jetzt ist kein Halten mehr. Das Karzinom wächst, dass man fast zuschauen kann. Da ist doch jetzt was ganz anderes dran. Ich finde, das gehört doch auch zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten, dass man mit ihm jetzt Klartext redet.

I: Ist das für Sie eine Entscheidungsregel in solch schwierigen, medizinisch aussichtslosen Situationen, die Selbstbestimmung eines Patienten zu respektieren?

P: Ja, unbedingt. Aber man darf ihm natürlich nicht die Hoffnung zerstören.

Sonst bricht er zusammen. Und das ist ja auch nicht der Sinn der Sache.

I: Was heißt das für Ihr Handeln als Pfleger?

P: Ja, unsere Situation ist ja insofern eine Schwierige, dass wir nicht selber die Gespräche führen, wo den Patienten mitgeteilt wird, wie ihre Lage ist. Da läuft natürlich schon sehr viel. Und leider nicht immer Gutes. Ich würde das oft ganz anders machen.

Aber wie auch immer. Hinterher haben ja dann wieder wir mit dem Patienten zu tun.

Dann kommt zumeist erstmal eine Phase, wo der Patient ganz abweisend ist, obwohl man ihm anmerkt, dass er sich nach Zuwendung sehnt. Da muß man durchhalten. Danach ist es dann sehr wichtig, nach stützenden Dingen zu suchen. Da spielen die Angehörigen eine große Rolle, und die Freunde. Da können wir von der Pflege ja auch auf einiges aufmerksam machen. Dann sind Hobbies sehr wichtig. Und dass einer erzählen kann aus seinem Leben. Dazu muß man natürlich Zeit haben. Da darf man nicht immer in Hektik sein.

(Der Stationspfleger schaut herein. „Entschuldigung, weißt Du, wo die Akte N. ist? Wir finden die nicht.“ „Die hat vorhin Christa mit zum Chef genommen. Vielleicht ist sie ja noch da.“ „Ach so. Das ist möglich, ok.“ Schließt die Tür.)

Ja, was wollte ich sagen? ... Bei einigen geht das alles leichter mit der Hoffnung. Bei einigen geht das auch gar nicht. Die machen einfach zu.

I: Haben Sie Vermutungen dazu, wieso das so ist?

P: Vermutungen schon. Das hat ja wahrscheinlich Gründe in der Lebensgeschichte. Aber da schaut man ja in so kurzer Zeit nicht durch. Aber manchmal, da wundert man sich auch. Da sieht man, dass die Angehörigen sich so bemühen, über Wochen, aber es kommt nichts an, wie bei der Frau P. zum Beispiel.

Jedenfalls ist Hoffnung unheimlich wichtig dafür, wie ein Patient mit sich und der Krankheit klar kommt.

I: Was bedeutet Hoffnung für Sie?

P: Gute Frage. Also, wenn ich keine Hoffnung habe, dann läuft bei mir gar nichts. Oder wolln wir mal so sagen: Ohne Hoffnung könnte ich diesen Job hier gar nicht tun.

Da hängt dann allerdings viel von der Stimmung hier unter den Kollegen ab.

Das läuft hier ja meistens richtig gut. Es gibt auch mal schlechte Tage, na klar.

Und mit den Ärzten muß man auch zurecht kommen. Das ist unterschiedlich, wie die so sind.

Wenn die wissen, wie sehr wir aufeinander angewiesen sind, um gute Arbeit zu machen, dann macht das meist auch eine gute Arbeitsatmosphäre. Dann finde ich es wichtig, ob mein Beruf

3

als Krankenpfleger anerkannt wird. Manche Leute wissen ja gar nicht, was wir alles machen und können. Das könnte von der Gesellschaft ruhig mehr anerkannt sein, auch in der Bezahlung. Ich meine gar nicht nur des Geldes wegen. Sondern weil sich darin Anerkennung ausdrückt.

Ich finde, unser Beruf wird ja auch immer wichtiger, wenn man sich so die Bevölkerungspyramide anguckt und die Krankheitsentwicklung in unserem Land. Tatsächlich aber werden wir immer mehr eingeschränkt. Das Wirtschaftliche wird immer wichtiger und wir werden immer weniger anerkannt. Wenn das anders wäre, hätten wir auch noch eine ganz andere Grundstimmung in den Krankenhäusern, das können Sie mir glauben.

I: Ich kann mir vorstellen, dass es sehr wichtig ist, mit Kollegen darüber zu sprechen, anstatt das runter zu schlucken.

. Da haben Sie recht. Sonst könnte einen diese Entwicklung depressiv machen....

Zuhause ist auch sehr wichtig, dass ich mich mit meinem Freund verstehe. Wenn er von meiner Arbeit nichts hielte, würde ich mich ganz mies fühlen.

I: Sie haben ganz viel beschrieben, womit die Hoffnung zusammenhängt, bei Patienten, bei Ihnen selbst. Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

P: (Pause) Ja, das ist komisch. Es ist ganz wichtig, wie die Stimmung so ist, dass ich mich gut fühle. Und ohne dass ich Hoffnung hätte, könnte ich diesen Job gar nicht machen. Trotzdem ist es irgendwie so: auch wenn alles mal schief läuft, habe ich dennoch irgendwie Hoffnung. Ich glaube nicht an Gott oder so. Aber vielleicht ist es so etwas wie eine positive Kraft, die in einem Leben wirkt. Es ist, als ob irgendetwas unberührt davon ist, ob mein Leben gut oder schlecht läuft. Besser kann ich es nicht sagen.

I: Hat das auch Einfluß auf Ihre Arbeit hier?

P. Ganz sicher.

I: Sie haben das sehr eindrucksvoll gesagt. Danke.

P und I leeren ihre Kaffee

erzählt von der früheren stellvertretenden Stationsschwester, die er sehr mochte. „Die ist jetzt nach U. gegangen, wegen ihrer Familie. Hat uns neulich besucht. Der geht es da nicht so gut. Das Krankenhaus in U. gehört ja zu Rhön. Da sieht es in der Pflege noch mal ganz anders aus. Die sagt, manchmal weiß sie schon nicht mehr, ob sie wirklich noch Krankenschwester ist.“
Wir reden noch eine Weile darüber, dass man mal darüber reden müsste, was gute Pflege eigentlich ist. Auf Wiedersehen von der Station.

Interview r18

November 2000

Schwester L.

32 Jahre

stellvertr. Stationsleitung auf einer Inneren Abteilung, Maximalversorgung

ca. 3/4 Stunden

S= Schwester L.

I= Interviewerin

I: Sie haben die Fallbeispiele gelesen. Ich weiß nicht, ob damit deutlich wurde, um welche Situationen es geht.

Ä: Nur zu deutlich. So was kennen wir hier natürlich auch. Ich denke da zum Beispiel an einen nephrologischen Patienten. Multimorbid natürlich. Bein amputiert, vier Finger, ein halber Fuß, und der Fuß und der Stumpf am linken Bein heilen nicht. Zuckerkrank seit etwa zwanzig Jahren. Sehbehindert und was sonst noch alles. Vor allem macht sein Herz auch nicht mehr mit. Für heutige Verhältnisse hat ein 70-jähriger noch eine ganz schöne Strecke vor sich. Besser wird es aber nicht mit ihm, eher immer schlechter. Da ist schon auch die Frage, wie der Mann seine Hoffnung behalten soll.

I: Wer entscheidet denn darüber, was noch gemacht wird.?

S: Unsere Ärzte.

I: Nach welchen Kriterien wird denn da entschieden, was therapeutisch für einen Schwerstkranken gemacht wird? Was ist da maßgeblich?

S: Maßgeblich muss doch wohl sein, ob etwas noch Sinn macht oder? Wir möchten dem Patienten nicht noch mehr schaden. Wir lernen ja gerade, nicht mehr alles zu machen, was medizinisch noch möglich ist. Wenn bei den Untersuchungen rausgekommen ist, dass jemand Knochenkrebs hat und Metastasen in der Lunge, Lebermetastasen und so weiter, dann brauche ich ihn doch nicht noch einmal durch die diagnostische Mühle zu schicken, um zu wissen, ob er vielleicht auch Gehirnmastasen hat. Dann kommt es doch darauf an, dass er

nicht so viele Schmerzen hat und dass wir seine Symptomatik einigermaßen in den Griff kriegen.

Ich würde selbst ja auch nicht gerne unsinnig therapiert werden, wenn ich nicht mehr geheilt werden könnte. Dann ist eben was ganz anderes dran. Am wichtigsten ist, finde ich, dass der Patient seine Hoffnung nicht ganz verliert.

I: Können Sie mit den Ärzten reden?

S: Ja, also doch. Schon. Mit einigen natürlich nicht. Und dialysiert wird ja bis zum bitteren Ende. Obwohl, da weiß man nicht, ob die Gründe nicht ausschließlich hier (sie macht eine Geste mit den Fingern für Geld) liegen. Auch wenn jemand gar keine Hoffnung mehr hat, wird weiterdialysiert.

I: Wir kommen wieder zum Thema Hoffnung, das ja anscheinend ein sehr wichtiges Thema im Umgang mit Schwerkranken ist. Das ist ja schon manchmal ein ärztlicher und pflegerischer Leitsatz: „Man darf dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“ Was denken Sie dazu?

S: Ja, unbedingt, das denke ich auch. Wie soll denn so ein Mensch ohne Hoffnung weiterleben?

Aber das heißt natürlich nicht, dass man ihm etwas vormachen soll, seine Prognose betreffend. Für ihn ist es ganz wichtig, dass wir versuchen, diese furchtbaren Schmerzen in den Griff zu kriegen. Daher ja auch die vielen Amputationen. Ganz wichtig ist die Angst vor Schmerzen. Das macht enorm hoffnungslos. Aber wenn die Patienten merken, dass wir uns darum kümmern und sie mit dieser Angst nicht allein lassen, ist schon viel mehr Hoffnung da. Das ist genauso wichtig wie der soziale Kontext. Also dass jemand Familie oder Freunde hat, Besuch bekommt, am Leben draußen teilhat, dann sieht er ganz anders in die Zukunft als wenn er alleine wäre. – Hoffnung hat also auch was mit Zukunft zu tun.

Für die Patienten ist aber auch ihre Vergangenheit wichtig.

Den einen Patienten habe ich gefragt, was er denn von Beruf war. Da hat er angefangen, aus seinem Leben zu erzählen, kleine Geschichten und so. Ich habe gemerkt, wie gut ihm das getan hat. Seitdem frage ich immer was aus dem Leben der Patienten. Dann kommen sie ins Nachdenken und erzählen etwas. Das macht sie viel gelöster, und irgendwie viel hoffnungsvoller.

I: Wenn Sie einen Patienten nach seinem Leben fragen, dann merkt er, dass sie sich für ihn interessieren. Das stärkt sein Selbstwertgefühl, nicht?

S. Ja genau. Und wenn jemand denkt, dass er was wert ist, er ganz persönlich, dann hat er mehr Hoffnung.

I. Was verstehen Sie unter Hoffnung?

S: Schwere Frage. Man sagt das immer so. Aber was ist das eigentlich?

Hoffnung ist da, wo es irgendwie Hinweise gibt, dass etwas besser wird, gelindert wird. Es muss nicht immer Gesundwerden sein, es kann auch sein, dass Schmerzen weniger werden, oder eine verfahrenere Lebenssituation klärt sich.

Obwohl, manchmal haben Menschen auch Hoffnung, obwohl von außen alles ganz negativ aussieht. – Geheimnisvoll. - Das ist übrigens auch für uns wichtig, für uns Schwestern und sicher auch für die Ärzte, dass ein Patient nicht hoffnungslos ist. Wenn jemand Hoffnung hat, überträgt sich das auch auf den anderen. Dann hat man vielmehr Mut und auch Ideen, was man machen könnte für den Kranken.

Wenn die Patienten sozusagen in Lebenshoffnung eingebettet sind, verlieren sie die auch nicht in einer schweren Krise. Obwohl – manche Patienten werden viel schneller hoffnungslos als andere, die auch in einer schlimmen Situation nicht so schnell zu entmutigen sind.

Solche Patienten sind allerdings auch zumeist durch Beziehungen gestützt. Oder ... ist es umgekehrt? Können sie ihre Beziehungen aufrecht erhalten, weil sie die Lebenshoffnung nicht verlieren?

Wichtig ist wohl außerdem, dass die Patienten nicht das Gefühl haben, in ihrer Situation allein gelassen zu werden. Auch von uns nicht. Das ist vielleicht auch einer der Gründe, warum wir manchmal immer noch etwas machen, was eigentlich gar nicht notwendig ist. Aber dann haben die Patienten das Gefühl, wir kümmern uns. Der Kontakt zu uns ist auch sehr wichtig. Auch dass sie das Gefühl haben, sie verlieren nicht ihre Würde. Es ist immer sehr wichtig, wie mit ihnen geredet wird.

I: Was könnte denn andererseits die Hoffnungen eines Patienten zerstören?

S: Na ja, das Gegenteil eben. Wenn ein Mensch in der Situation einsam ist und sich ganz im Stich gelassen fühlt, dann hat er wohl auch keine Hoffnung mehr. Es ist ja schließlich schlimm genug, wenn man weiß, man kann nicht mehr gesund werden und muss vielleicht bald sterben. Da ist es dann ganz wichtig, dass andere ihn begleiten, damit er nicht einsam wird.

I: Was gibt Ihnen denn selbst Hoffnung bei ihrer Arbeit?

S: Ich möchte wissen, dass meine Arbeit sinnvoll ist. Das ist vielleicht das Wichtigste. Aber wenn ich tagelang zu spät nach Hause komme und meine Familie das Gefühl hat, ich vernachlässige sie, dann verliere ich den Boden.

Anerkennung ist wichtig ... von oben und von unten, wenn Sie wissen, was ich meine.

Also, wie der Chef mit mir umgeht, ist wichtig. Im Augenblick habe ich den Eindruck, dass unsere Arbeit, die der Pflegenden, meine ich, im Ansehen ganz schön sinkt. Die ganze Situation im Gesundheitswesen schafft viel Verunsicherung. Das merkt man auch an den Patienten. Dabei geht nichts ohne die Pflege. Aber auch bei der Verwaltung hat man oft das Gefühl, das die einem Zahlen vorschreiben und ständig beanstanden, wenn die Doku nicht so läuft, wie sie sich das denken. Aber was wirklich so los ist auf der Station, das wissen die doch gar nicht.

Aber auch, wie die Kollegen mit mir umgehen. Wenn das Klima auf der Station oder im Krankenhaus schlecht ist, dann kann man gar nicht gut arbeiten. Dann hat man ein ganz hoffnungsloses Gefühl.

Das war mir noch gar nicht so klar, wie meine eigene Arbeit davon abhängt, dass ich Hoffnung habe.

I: Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

Ä: Wahrscheinlich schon. Ich denke mal, wenn ein Patient viel Hoffnung hat, obwohl seine Prognose schlecht ist und er das auch weiß, dann fühlt er sich wohl auf andere Weise geborgen und sicher. Wenn einer einen ganz festen Glauben hat, dann übersteht er das alles wahrscheinlich viel einfacher.

Ich selber habe da so meine Schwierigkeiten. Aber im Urlaub gehe ich in so viele Kirchen. Nicht nur, weil sie im Baedeker stehen, sondern die Räume ziehen mich auch an.

Manchmal denke ich, ich würde gerne einen festen Glauben haben.

Wahrscheinlich, manchmal, wenn es eine ganz schwierige Situation ist, dann habe ich auch das Gefühl, mich auf etwas anderes verlassen zu können.

Wenn jemand das Gefühl hätte, in seinem Leben, er könnte sich, was immer kommt, auf – na, so etwas wie Gott verlassen das wäre dann wohl Hoffnung.

Aber dass das Leben gut ist, das ist doch ein Grund für Hoffnung, oder?

I: Hat so ein Gefühl, dass man sich verlassen kann, auch Einfluß auf die Arbeit hier?

S: Natürlich, wenn man das gar nicht hätte, könnte man das ja gar nicht.

I: Danke, Schwester L., dass ich Sie das alles fragen durfte.

S: Gerne. Ist ja auch ein spannendes Thema. Es ist einem ja gar nicht so bewußt, wie sehr man sich durch so etwas wie Hoffnung lenken läßt. Vielleicht sieht man sich mal wieder.

Interview q 17

Juni 1999

Schwester F.

24 Jahre

Schwester auf einer Intensivstation, früher auf einer Station für Innere Medizin

ca 1 Stunde

S= Schwester S.

I= Interviewerin

Das Gespräch findet im gemeinsamen Aufenthaltsraum von Pflege und Ärzten statt.

Es kommt immer mal wieder jemand herein, um sich Kaffee zu holen oder an seine Tasche zu gehen. Aber alle lassen die beiden in Ruhe.

I: Schwester S., Sie haben den Zettel mit den Fallbeispielen gelesen. Auf der Intensiv sehen die Fälle noch etwas anders aus.

S: Stimmt. Von der Inneren kenne ich diese traurigen Geschichten nur zu gut. Erst kommen sie zur Chemotherapie noch mit dem eigenen Auto, werden immer schwächer und müssen mit dem Taxi fahren. Und zum Schluß steht dann hier der Krankenwagen vor der Tür.

Aber im Prinzip sind es hier ja ähnliche Situationen. Man hat Frau H. bei der OP aufgemacht und wieder zugemacht. Und wer sagt ihr das jetzt, wo sie so voller Hoffnung ist, dass jetzt alles raus ist und sie wieder gesund wird. Oder Herr K. kommt nicht durch. Ein Organ nach dem anderen versagt. Und er selbst ist noch voller Hoffnung, dass er die Kurve kriegt. Na, und so weiter.

I: Wonach richten Sie denn hier die Pflege aus, wenn klar ist, dass medizinisch nicht s mehr zu machen ist.

S: Also, wenn klar ist, dass eigentlich nichts mehr zu machen ist, dann verlegen wir den Patienten natürlich so schnell es geht auf eine normale Station.

Außer er ist schon präfinal. Dann kümmern wir uns natürlich weiter um ihm.

Auf der Intensiv ist das schwer mit solchen Situationen. Denn hier läuft nun mal das Maximalprogramm, solange die Patienten da sind. Das gilt auch für die Pflege.

Und irgendwie erleichtert das natürlich auch alles. Weil, solange du was zu tun hast, solange entstehen keine schwierigen Gespräche. Also, wenn man nicht mehr aktiv sein kann, dann verliert man die Hoffnung. Das ist auch für die Ärzte so. Deshalb passiert ja auch oft noch so viel. Auch wenn das nicht immer nötig ist.

I: Fragen denn die Patienten danach, was mit ihnen wird?

S: Ja, die fragen natürlich. Denn die spüren irgendwo ganz genau, dass sie es nicht schaffen.

I: Und wird medizinisch und pflegerisch anders entschieden und gehandelt, wenn klar ist, dass ein Patient durch die Intensivtherapie keine Chance mehr hat?

S: Doch, schon ... Aber nicht so richtig offen. Denn man will ja dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen. Man will nicht, dass der Patient in sich zusammenfällt. Alle haben Angst vor dieser Situation. -

Und zwischen Medizin und Pflege ist da ja auch ein wichtiger Unterschied. Die Medizin könnte sich meiner Meinung nach viel mehr zurücknehmen. Aber die Pflege wird dann gerade immer wichtiger.

I: Trifft das auch für das Thema Hoffnung zu? Sie sagten, man wolle dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen. Das ist ja wohl so etwas wie eine Handlungsdevise für Klinikmitarbeiter?

S: Stimmt. Das ist immer allen wichtig, wenn sie überlegen, was sie jetzt machen sollen, wenn ein Patient sozusagen austherapiert ist.

Aber ganz besonders für die Pflege. Wer Krankenschwester werden möchte, der hat mit Menschen zu tun, nicht nur mit Medizin, mit Maschinen. Da ist auch Hoffnung und eine positive Einstellung wichtig.

I: Bei den Schwestern, meine

.?

S: Ja, unbedingt.

I: Was verstehen Sie unter Hoffnung?

S: Hoffnung bed... ter zu leben. „Wie schön die Bäume geworden sind jetzt im Frühling. Guck mal, der kleine Vogel da!“ Es klingt so abgegriffen, aber es ist tatsächlich so. Das, was für uns sonst selbstverständlich ist, das sieht ein Schwerkranker mit anderen Augen.

Davon lernt man dann auch. Man nimmt Kleinigkeiten wahr und sieht ganz viel Leben und Bewegung.

... das den Patienten auch Hoffnung machen kann, wenn die Schwester Sinn für sein jetziges Lebensgefühl hat. Fallen Ihnen noch weitere Dinge ein, die wichtig sind dafür, ob ein Patient Hoffnung haben kann?

S: Wenn Menschen positiv im Leben stehen, dann reagieren sie auch anders auf schwere Krankheiten. Die haben dann sozusagen ein Polster. Auch die Angehörigen und Freund können viel helfen.

... eine schwere Diagnose oder Prognose schwer zu verdauen ist.

Immer wieder das ungläubige Gesicht, fast so etwas wie Feindseligkeit. Als wollten alle dem Patienten etwas Böses tun. Es wäre sicher eine große Hilfe, wenn immer jemand da wäre, der bei einem solchen Verdauungsprozess hilft, damit er damit nicht alleine ist.

Wenn die Hoffnung auf Heilung weg ist, dann ist eben anderes wichtig. Patienten, die einen Glauben haben, die haben es dann echt leichter, mit so einer Situation um zugehen.

Aber für alle ist dann Zuwendung wichtig, wie wir mit ihnen um gehen. Und wenn die Stimmung hier bei uns auf Station gut ist, dann gibt das auch den Patienten

H... , sie nicht mehr besser werden können. -

Wenn jemand präfinal ist, dann setze ich mich schon mal ans Bett. Aber zu oft darf man das nicht machen. Das hat man im Gefühl, wann man damit aufhören muß. Manchmal ist es besser, sich zu entziehen. Denn das merken die Patienten ganz genau, wenn man eigentlich lieber weg wäre.

Auf der Inneren haben wir die Patienten, die präfinal waren, in die Nähe vom Schwesternzimmer gelegt und dann die Tür offen gelassen. Das gibt ihnen auch Hoffnung,

wenn sie Verbindung haben und nicht alleine sind. Das mit der offenen Tür, durch die ab und zu mal einer reinschaut, ist manchmal besser als immer die Hand zu halten.

Ja, Beziehungen machen ein positives

Lebensgefühl

dienst wichtig, um

die Beziehungen der Schwerkranken zu stärken. Weil

ma

die Angehörigen das gar nicht mehr alleine

schaffen können.

man mit Patienten über ihr Leben

redet. Wenn man über früheres Erleben spricht, über schöne Erinnerungen, die jemand hat, dann schafft das auch Gelassenheit in der jetzigen Situation.

Das irgendetwas wichtig ist, Bedeutung hat, wie es den Kindern geht, ob finanziell alles gut geregelt ist oder wie es im Verein läuft. Wenn mir alles egal ist, bin ich auch hoffnungslos.

für die Schwestern Hoffnung auch ganz wichtig

ist, was gibt Ihnen denn Hoffnung für Ihre Arbeit?

S: Mir gibt ganz viel Hoffnung, wenn meine Arbeit anerkannt wird. Das ist hier schon anders als in der Inneren. Das Verhältnis zwischen Pflege und Medizin auf der Intensiv ist eindeutig besser. Trotzdem ist es noch schwierig an manchen Punkten. Bei dem H. P., wo Sie doch auch involviert waren neulich

da haben

wir in der Pflege es schlie

er

immer weiter beatmet wurde, obwohl er schon lange nicht mehr bei Bewußtsein

war

und

ohne die Intensivunterstützung natürlich auch seit Wochen schon gar nicht mehr hätte leben können. Aber die Ärzte haben das abgespalten, bis wir

gesag

Dann haben wir

ja

das überhaupt möglich ist,

das ist ja auch schon mal gut.

Also, als Intensivschwester kriegt man die Anerkennung von den Ärzten und auch von den Patienten, die angemessen ist, aber auch für die ‚normale‘ Pflege wäre das wichtig. Denn die sind einfach auch gut.

Wenn ich mir angucke, wieviel wir leisten, und wie wenig davon die Gesellschaft überhaupt merkt, ...

Das ist schon wichtig dafür, dass man Hoffnung hat für seinen Beruf.

I: Die berufliche Anerkennung. Das ist wichtig für das eigene Selbstwertgefühl, und dafür, dass man Hoffnung hat für seine Arbeit. Kennen Sie noch andere Faktoren, die für Ihre Hoffnung maßgeblich sind?

S: Ja, erst denke ich, dass ich nicht Hoffnung sagen würde sondern Kraft. Aber dann merke ich, dass es noch mehr ist. Es geht irgendwo um Ziele, um Zukunft. Das hält meine Kraft aufrecht.

Natürlich, das Private ist wichtig. Dass es gut läuft mit Freunden und Familie. Das gehört auch dazu, dass ich einen Sinn sehe in der Arbeit, die ich mache. Und: wenn Sie an den Herrn P. denken - ob es einen Sinn macht, was wir tun hier im Krankenhaus, dass wir darüber reden können.

Wenn ich einen guten Draht kriege zu den Patienten und ihren Angehörigen.

(S Erzählt eine Geschichte über eine Patientin, die nach einer Bauch – OP lange mit vielen Komplikationen auf der Intensivstation gelegen hat und dann dort auch verstorben ist.)

Es war eine sehr gute Situation zwischen Pflege und Patientin und deren Angehörigen. Dann hat die Arbeit auch einen Sinn. Einen Sinn muß die Arbeit haben, sonst hat man keine Hoffnung.

I: Schwester S., hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

S: Hm, ... Ja, wenn ich wüßte, ich bin hier nicht alleine, auch wenn ich manchmal richtig fertig bin und wenn ich wüßte, das alles hier hat einen Sinn, dann wäre ich schon froh.

Sie würden ja wahrscheinlich von Gott reden. Ich kann das aber nicht. Ich stelle

da auch eine Bank ist, wenn man so auf dem Weg ist. Und wenn du müde bist, kannst du dich mal ein bißchen ausruhen. (Lacht)

I: Hat das auch einen Zusammenhang mit Ihrer Arbeit?

S: Ja, wenn ich nicht mal irgendwo ausruhen kann, dann kann ich auch diese Arbeit nicht tun.

I: Sie sind in letzter Zeit öfter mal ganz schön k.o., was?

S: Kann man so sagen.

verabschieden . von der Station.

Interview p16

Juni 1999

Schwester R.

45 Jahre,

Stationsschwester auf einer inneren Station in einem Krankenhaus der Regelversorgung

Dauer: ca. 1 Stunde

S= Schwester R.

I= Interviewerin

im Aufenthaltsraum des Pflegepersonals

Es sieht darin für Krankenhausverhältnisse recht wohnlich aus. Auf dem Tisch ist eine Tischdecke und ein Blumenstrauß. An der einen Wand hängen der Dienstplan, einige Informationen und einige Photos der Mitarbeiter der Station, offensichtlich bei verschiedenen kleinen und großen gemeinsamen Festivitäten aufgenommen.

I: Ich freue mich, Schwester R., dass Sie sich die Zeit nehmen, mit mir zu sprechen.

S: Ja, ich freue mich auch. Ich hoffe, dass wir nicht allzu oft gestört werden.

Ich habe meinen Leuten aber gesagt, daß wir ein bißchen ungestört reden wollen.

(Sie holt eine Zigarettenpackung aus der Kitteltasche und zündet sich eine Zigarette an, tut einen tiefen Zug, grinst mich an und sagt:)

Na und?

I: Also, ich beschäftige mich damit, wie Klinikmitarbeiter sich in den schwierigen Situationen ihres Berufsalltags orientieren, woraus sie ihre Kraft schöpfen, was für sie wichtig ist und was nicht. Ich habe Ihnen ja gestern einen Zettel mit Fallbeispielen gegeben. Solche Situationen meine ich. Ich vermute, solche Situationen könnten Sie auch aufzählen...

S: Ja, klar. Das ist hier gang und gäbe. Damit müssen wir uns hier jeden Tag auseinander setzen. (Schweigt)

I: Können Sie Ihre Arbeit mit solchen schwerstkranken Patienten noch mehr beschreiben?

S: Ja, also, solche Fälle, wo man sozusagen medizinisch nichts mehr machen kann, sind hier an der Tagesordnung. Für die Pflege wird es dann erst richtig schwierig. Denn was kommt denn dann? Auch wenn der Arzt sich im Prinzip ausklinkt, dann sind wir Schwestern und Pfleger ganz genau so wie vorher gefragt, wenn nicht noch mehr. Der Patient muß ja gut versorgt werden, die schmerztherapeutische Versorgung ist dabei übrigens auch sehr wichtig. Da können unsere Doktors noch , eine ganze Menge dazulernen. Da stehen einem oft die Haare zu Berge, wenn man das so mit ansehen muß, wie die Patienten sich manchmal quälen müssen.

Also die pflegerische Versorgung, dass es dem Patienten möglichst gut geht.

Aber das ist ja nur die eine Seite, die andere ist ja, dass man merkt, dass die ganz dringend reden und erzählen wollen. Dann stehen da Fotos auf dem Nachttisch. Und man weiß ganz genau: Wenn man fragt: „Sind das vielleicht Ihre Enkelkinder?“ Dann wollen sie erzählen. Aber man hat ja gar keine Zeit zum Zuhören. Man erledigt eben das Nötigste, und dann wartet ja auch schon wieder jemand anders.

I: Welche Werte sind für Sie entscheidend, wenn sie mit schwerstkranken Menschen umgehen?

S: Dass man sich ihnen einfühlsam zuwenden soll. Dass man ihnen nichts vormachen soll.

Die fragen natürlich immer mal wieder, besonders nach der Visite, Schwester, wird das noch was mit mir, oder so. Dann weiß man immer nicht, was man ihnen sagen soll.

Wichtig ist ja, dass man ihnen nicht die Hoffnung nimmt. Sonst brechen sie zusammen.

Darüber haben wir gestern bei der Übergabe gerade wieder geredet. Aufklären tun ja die Ärzte. Und wir wissen ja oft nicht einmal, was die dem Patienten gesagt haben, außer bei der Visite. Und da wird ja sowieso nach wie vor so drumrum geredet.

Aber was nach dem Arztgespräch kommt, also nach der Aufklärung, das erleben wir ja ganz genau, viel mehr als die Ärzte. Oft denken wir, dass mit einem Patienten nicht richtig geredet worden ist. Dass die gar nicht wissen, was jetzt eigentlich kommt. Und dann weiß keiner so genau, wie man jetzt mit ihm umgehen kann. Man möchte ja auch nichts kaputtmachen. Also man möchte ihm die Hoffnung wirklich nicht nehmen. Und das stimmt schon, finde ich, wenn einer gar keine Hoffnung mehr hat, dann, ja was ist dann? ... Dann bricht er zusammen.

I: „Man darf dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“ Das ist ja so etwas wie eine Handlungsdevise im Umgang mit unheilbar Kranken. Was verstehen Sie unter Hoffnung?

S: Hm. (Das Telefon klingelt. S.R. nimmt den Hörer ab und antwortet kurz auf die Frage, wahrscheinlich einer Kollegin, „Nein, weiß ich nicht. Ruf doch am besten gleich im Labor an, ob die die Werte schon haben! Ok.“)

Hoffnung, ja, was ist Hoffnung?.

Das, was ich denke und glaube, was für mich in der Zukunft passiert. Hoffnung ist, dass ich glaube, dass es irgendwie gut geht. Das hält mich aufrecht.

(Sie steckt sich eine weitere Zigarette an.)

Möchten sie auch? (Ich danke verneinend)

Aber eine Tasse Kaffee....

I: Ja, das gerne

(S schenkt zwei Tassen Kaffee ein. Ganz langsam.)

I: Was gibt Ihrer Meinung nach einem Patienten Hoffnung?

S: Na ja, erst einmal, wenn es heißt, die Ergebnisse sind gar nicht so schlecht. Und er hat noch eine gute Zeit vor sich.

Manche sagen dann: ‚Also ich weiß ja, dass das nicht ewig so geht, aber ich werde doch noch ein paar gute Jahre haben‘. Also, dass da noch Lebensqualität ist, obwohl keine Heilung mehr möglich ist. Bei manchen kann ich mir auch vorstellen, dass die diese Zeit wirklich genießen, dass die anders leben als vorher, bewußter eben. Das hat ja vielleicht auch mit Hoffnung zu tun, dass einer so ein Stück Leben dann auch noch als Geschenk annehmen kann.

Ja, und wenn sich einer wirklich damit auseinandersetzen muß, dass er sterben muß, ich finde dass dann ein offener Umgang mit dem Klinikpersonal und mit den Angehörigen wichtig ist. Also, wenn einer dann auch noch das Gefühl hat, man macht ihm etwas vor. Das ist doch entwürdigend.

Dann ist es wichtig, dass einer nicht alleine ist, dass er weiß, die anderen wissen auch um seine Situation. Und es ist in Ordnung, wenn er manchmal ganz verzweifelt ist.

Das, was dann überhaupt zählt, wieso man so was dann überhaupt durchhält, ist doch die Beziehung zu anderen Menschen. Da kommt eine Schwester ins Zimmer. Und der Patient fühlt sich sicher, weil die Bescheid weiß um ihm. Und wenn die Beziehung zu ihr in Ordnung ist, dann kann er sich mit dem, was er gerade am dringenden braucht, an sie wenden.

Jedenfalls ist er nicht alleine, wenn die Leute auf der Station, auch die Ärzte, seine Angehörigen, seine

Freunde
hat, die

er es nicht leicht
w..

I: Also die Beziehung zu anderen Menschen ist wichtig, damit ein Mensch nicht die Hoffnung verliert, wenn er unheilbar krank ist.

S.: Ja. Und natürlich auch sein soziales Umfeld so einigermaßen in Ordnung ist. Ich es keine Probleme geben darf. Aber wenn die Kinder oder Enkel alle auf Drogen sind, die Schwiegertochter suizidgefährdet ist und sich jedesmal am Bett ein Streit abspielt, dann soll wohl einer endgültig die Hoffnung verlieren.

I: Gibt es noch andere Dinge, die Hoffnung eines Menschen zerstören können?

: Wenn einer merkt, er ist absolut nichts mehr wert, weil er unheilbar krank ist. Ich habe mal er ein wir keinen Platz für eine Sterbende hatten. Die ist dann, heute kommt das, ich schwöre, echt nicht mehr vor, die ist dann, wie das früher manchmal wirklich passiert ist, ins Badezimmer geschoben worden. Als die P sie schon überall Metastasen hatte, da hat sie gesagt: „Na, dann geht's mir jetzt wohl auch wie der Frau H.. Dann bin ich wohl jetzt auch nur ein überflüssiges, verfaultes Stück Fleisch“. Das ist mir durch und durch gegangen. Die Frau hat echt wohl keinen Funken Hoffnung mehr gehabt.

I: das sich in ihr Gedächtnis eingegraben hat.

Was gibt Ihnen selbst Hoffnung in Ihrer Arbeit?

: Na ja, wenn ich sowas erleben muß, wie ich eben erzählt habe, dann fühlt man sich als Schwester natürlich auch ganz elend. Dann fühlt man sich regelrecht schuldig, wenn man

einem Menschen, der den Tod vor Augen hat, nicht mal einen Platz zur Verfügung stellen kann.

Was anderes ist auch noch die Zeit. Du bist bei einem todkranken Menschen und der fragt dich was. Und du weißt, eigentlich müßtest du dich jetzt ans Bett setzen und in Ruhe antworten. Aber du hast die Zeit nicht. Du stehst permanent unter Druck, weil du noch dies und das zu erledigen hast. Und das einzige, was du machen

kön

du nach Feierabend

wiederkommst. Das machst du aber nur ein oder zweimal. Dann findest du dich mit deinem Mann in der Eheberatung wieder. Und das ist alles so falsch, weil man selber nach Minuten gucken muß, ein moribunder Patient aber seine letzte kostbare Lebenszeit verlebt.

Dann macht es mich hoffnungslos, wenn wir einen Patienten noch mal ganz gut aufgepäppelt

er es zu Hause

nicht gut hat. Wenn man sozusagen jemanden gut übergeben könnte...

Na ja, das mit den Beziehungen, das stimmt natürlich auch für uns. Wenn wir das Gefühl haben, wir halten bei dem ganzen Leid, das wir hier oft haben, zusammen, dann geht das leichter, als wenn man alleine vor sich hinpusselt. Wenn man drüber reden kann, so wie jetzt auch. Nachher bringt Martina z. B. Eis mit. Echt, das hat auch

Auch wenn man Vertrauen zueinander hat. Auch die anderen Mitarbeiter untereinander.

Auch die Ärzte zu uns. Manchmal denke ich auch, man müßte sozusagen das Gefühl haben, man könnte sich auf die

Verwalt

da gute Beziehungen

sind.

Das gilt natürlich auch für die Abteilungen untereinander. Anästhesie z.B.. Da gibt es ja auch oft soviel Mißtrauen

Und dann, ja dann muß ich natürlich noch unser Zimmer hier erwähnen. Da hab ich ja lange für gekämpft. Wozu brauchen denn die Schwestern so ein Zimmer? Die können doch im Dienstzimmer sitzen. Das hat nämlich auch mit

Hoffnung

wir wichtig genug sind, um ein eigenes Zimmer zu

h wir in der Pflege
irgendwann doch ein bißchen gleichberechtigter sind.

I: Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

S:: Hm. Irgendwie schon. Über den Tod hinaus. Also ich hab ja noch Konfirmandenunterricht gehabt. Aber das sagt mir alles nichts mehr. Trotzdem. Man macht sich da so seine Gedanken. Die Patienten, reden die über sowas? Das würde ich gerne mal wissen.

Also, was . Irgendwie
ka unsere Patienten, die wir
hier wochenlang gepflegt haben, einfach weg sind. Der Körper verwest, na klar, das sieht man ja schon hier. Aber irgendetwas bleibt, da bin ich eigentlich ganz sicher. Zum Beispiel bleiben mir viele Patienten im Gedächtnis, gerade die, die hier gestorben sind.
Aber eins ist ja wohl mal ganz sicher, wenn einer im Leben oder
hier er nichts wert ist, dann
hat d er über den Tod hinaus
was wert ist, oder?

I: Das ist ein wichtiger Gedanke. Ich glaube, der ist sehr wichtig für die Kirche. Man kann nur da von Hoffnung über den Tod

hina die Menschen vor dem
Tode menschenwürdig leben können. Das nehme ich jetzt mit. Schwester R.. Danke für das Gespräch und die vielen Gedanken. Tschüß, bis bald.

Die Interviewerin verabschiedet sich mit einem Händedruck und geht von der Station.

Interview o 15

11/1999

Herr K

28 Jahre

Stationsarzt einer Inneren Station

Dauer: ca. eine Stunde

A= Herr K.

I= Interviewerin

I: Sie haben die Fallbeispiele gelesen. Ich weiß nicht, ob damit deutlich wurde, um welche Situationen es geht.

A: Nur zu deutlich. So was kennen wir hier natürlich auch. Im Augenblick ist hier der Herr P.. Herr P. wurde ein Bein amputiert, vier Finger, ein halber Fuß.

Der Fuß und der Stumpf am linken Bein heilen nicht. Herr P. ist zuckerkrank seit etwa zwanzig Jahren. Außerdem hat er geraucht und auch sonst, glaube ich, nicht sehr gesund gelebt. Diese Gefäßkrankheiten sind ja, wie sie vielleicht wissen, sehr schmerzhaft. Herr P. ist 64 Jahre alt und hat also noch eine ganz schöne Strecke vor sich. Besser wird es aber nicht mit ihm, eher immer schlechter. Da ist schon auch die Frage, wie der Mann seine Hoffnung behalten soll.

I: Nach welchen Werten verfahren Sie da, wenn die Situation eines Patienten prognostisch so schlecht ist?

A: Phhh....(kratzt sich am Kopf, sieht müde aus) Pause

I: Sie haben gesagt, es sei die Frage, wie dieser Mann die Hoffnung behalten soll? Ist das Thema Hoffnung vielleicht ein ganz wichtiges Thema für den Umgang mit Schwerstkranken? Man sagt in der Medizin ja häufig: „Man darf dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“ Was denken Sie dazu?

A: Ja, unbedingt, das denke ich auch. Wie soll denn so ein Mensch ohne Hoffnung weiterleben?

Aber das heißt natürlich nicht, dass man ihm etwas vormachen soll, seine Prognose betreffend. Für ihn ist es ganz wichtig, dass wir versuchen, diese furchtbaren Schmerzen in den Griff zu kriegen. Daher ja auch die vielen Amputationen.

Aber was kann ihm die Hoffnung erhalten? - Also erstmal ist es natürlich wichtig, dass wir zu ihm eine gute Beziehung behalten, auch das Pflegepersonal. Mit seiner Familie ist das, glaube ich, nicht so einfach. Schade, denn das ist natürlich auch immer eine wichtige Hilfe.

Für Herrn P. ist aber auch, das habe ich gemerkt, seine Vergangenheit wichtig.

Ich habe ihn gefragt, was er denn von Beruf war. Da hat er geantwortet: Ich **bin** Busfahrer. Da habe ich geantwortet, dass ich als Kind die Busfahrer sehr bewundert habe und eine Zeit lang selber Busfahrer werden wollte, und dass ich mal Fahrschüler war, während meiner Schulzeit und mit dem Busfahrer gut konnte. Da hat er angefangen, etwas aus seiner Zeit als Busfahrer zu erzählen, kleine Geschichten und so. Ich habe gemerkt, wie gut ihm das getan hat. Seitdem frage ich ihn immer was aus seinem Leben. Dann kommt er ins nachdenken und erzählt was. Das macht ihn viel gelöster.

I: Das bedeutet anscheinend, dass für Herrn P. die Erinnerung an seine Vergangenheit ihm Hoffnung gibt nach vorne, auf Zukunft hin.

Kennen Sie so etwas auch?

A: Ja, wo sie das so sagen. (Er fährt sich durch die Haare.) Ich selbst habe vor einiger Zeit bei meinem alten Vater Photoalben von früher angeguckt. Das hatte ich lange nicht gemacht. Hatte ich auch vermieden. Da waren auch Photos von meiner Schwester drin, von meiner Schwester und mir. Ich habe einen Bruder und eine ältere Schwester, hatte , besser gesagt. (Er wird ganz leise und blaß) Die Photos anzugucken war für mich sehr wichtig.- Meine Schwester, wissen Sie, hat sich vor 5 Jahren das Leben genommen. Wir haben vorher gar nichts gemerkt. Depressionen haben wir nicht gemerkt. Ob sie eine schlimme Erfahrung gemacht hat, von der wir alle nichts wußten?

Sie war zum Teil ein sehr ernster Mensch, manchmal richtig grüblerisch. Ob sie in ihrem Leben gar keinen Sinn mehr gesehen hat?

Die Photos anzusehen, hat sehr weh getan. Aber dann sind mir so viele Sachen eingefallen. Wie wir uns gestritten haben, dass ich immer ihre Pullover auftragen musste, peinlich, Mädchenpullover, dass wir einer ganz doofen Tante einen Streich gespielt haben und sie dann die Schuld auf sich genommen hat, dass ich Sabine Wimperntusche besorgt habe, als sie sich das erste Mal mit einem Jungen getroffen hat und all sowas. Was immer auch mit ihr passiert

ist, sie gehört doch zu meinem Leben. - Und es war, als ob ich in den Photos ein Stück von mir selbst wiedergefunden habe.

I: Das kann ich vorstellen. Wenn man ein Stück Leben wieder lebendig wird, gibt das Hoffnung, nach vorne zu gucken. Gibt es so etwas auch in Ihrem Beruf?

A: Ich denke schon. Hier habe ich ja viel mit Tod zu tun, und bin auch noch daran beteiligt. Das macht einen manchmal ganz schön fertig. Meine Freundin sagt manchmal: Dir sitzen die Patienten überall in den Kleidern. Zieh dich lieber mal erst um. Also, wenn man soviel mit Tod und Schmerzen zu tun hat, dann ist es schon wichtig, dass man selber lebt. Dann sind auch schöne Erinnerungen sehr wichtig.

I: Welches Kind Sie einmal waren?

A: Und welcher Mensch ich heute bin.

I: Und welcher Arzt Sie heute sind.

A: (lacht). Sie wollen noch mehr über meine Arbeit reden.

I: Stimmt. Ich merke, dass Ihnen im Leben die Frage der Hoffnung wichtig ist. Ich möchte wissen, was die Hoffnung in ihrer Arbeit stärkt.

A: Wenn ich etwas bewirken kann. Wenn ich Schmerzen lindern kann. Wenn meine Arbeit anerkannt wird, von Patienten aber auch von Kollegen, von den Pflegeleuten. Sonst wackelt alles, und man hat gar keinen Halt. Schlimm finde ich es, dass man als Arzt immer mehr das Gefühl hat, man ist der Doofi. Früher mit dem Quatsch vom Arzt in Weiß und so. Aber heute wird es allmählich das Gegenteil. Sie machen dich für alles verantwortlich, was nicht ihren Erwartungen entspricht. Die Patienten denken manchmal, dass sie nicht kompetent genug behandelt werden. Die Krankenkassen tun so, als hättest du von nichts richtig Ahnung. Der Chef behandelt uns manchmal wie dumme kleine Jungs. Aber wir tun doch, was wir können und wissen. Meistens habe ich mit meiner Arbeit selbst ein gutes Gefühl.

I: Wenn Sie so oft erleben, daß andere an Ihrer Arbeit, an Ihren ärztliche Entscheidungen zweifeln, was gibt Ihnen denn selbst sozusagen moralisch - ethisch Sicherheit?

A: Hmm. Ich glaube, ich versuche mich in den anderen hinein zu versetzen und frage mich, was für mich selbst richtig wäre an seiner Stelle.

Manchmal gelingt mir das nicht. Dann habe ich kein gutes Gefühl gegenüber einem Patienten. Aber manchmal fühle ich mich ganz sicher. Wenn mir jemand sympathisch ist, dann gelingt das eigentlich immer. Das gibt mir dann Kraft, auch Hoffnung, dass das hier doch der richtige Beruf für mich ist.

I: Hoffnung hat für Sie etwas mit Nach-vorne-schauen-können zu tun, wenn ich das richtig verstanden habe. Was hilft Ihnen noch, nach vorne zu schauen?

A: Na ja, also das, was ich eben gesagt habe, dass meine Arbeit sinnvoll ist.

Wenn ich das Gefühl habe, richtig zu handeln.

Wenn ich Kontakt kriege zu Patienten. Und wenn ich ein bißchen helfen kann, natürlich. -

Wenn ich mit Kollegen reden kann. Wenn ich das Gefühl habe, meine Möglichkeiten ausgeschöpft zu haben.

Wenn meine Nerven nicht dauernd blank liegen. Also, wenn ich nicht überarbeitet bin.

Meine Freunde sind wichtig, wenn ich mal abends oder wenn ich am Wochenende frei habe, dass wir dann Fahrrad fahren, oder zusammen kochen oder ins Kino oder Theater gehen. So etwas klingt dann in mir immer noch lange nach. Ohne die Beziehungen zu meinen Freunden und zu meiner Freundin könnte ich diese Arbeit hier überhaupt nicht tun.

I: Das ist ein ganz schön großes „Hoffnungsrepertoire“.

Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung.

A: (sehr zögerlich) Als meine Schwester gestorben war, da habe ich gedacht: Was wird jetzt aus ihr? Verstehen Sie mich nicht falsch. Ich erlebe hier doch dauernd Tod und Verfall. Da bin ich ganz realistisch. Aber sie war doch meine Schwester. Und ich dachte: Es kann doch ihr Leben nicht einfach umsonst gewesen sein. Irgendwie muss das doch auch einen Sinn gehabt haben. Ich wollte, dass die Sabine irgendwer auffängt, verdammt noch mal.

Ich wollte , dass da ein Gott ist, der sie auffängt. Der kleine Bruder wollte, dass Gott die Sabine auffängt. Ohne das, hätte ich damals irgendwie die Hoffnung verloren.

I: (Sieht, daß A Schweißperlen auf der Stirn hat)

Wir sind in das Thema ganz schön tief eingestiegen. Strengt Sie das an.?

A: Jaa ...? Na ja, wenn man immer so mit Aussichtslosigkeit und Tod zu tun hat, dann kommen einem die eigenen Leichen, die man im Keller hat, wohl auch mal hoch.

I. Herr K., Sie haben gesagt, der kleine Bruder wollte, dass Gott Sabine auffängt. Was sagt heute der große Bruder?

A: Mein Gott, wir können doch nicht die einzigen sein, die sich dafür interessieren, was mit jemandem wird. Aber wir sind hier ja nicht mehr klein. Und wir können doch nicht etwas glauben, das allem hier zuwiderläuft. Hier verfaulen die Menschen doch. Und dann werden sie oft einfach entsorgt. Das erleben wir jeden Tag. Da kann man nicht plötzlich an einen guten Gott glauben. Wir wünschen uns hier alle, dass der Tod nicht das letzte ist, sage ich Ihnen, obwohl wir noch nie darüber geredet haben. Aber ohne dass das einer hofft, wäre er nicht hier.

I: Das, was Sie jetzt sagen, beschäftigt viele Menschen. Mich auch. Überhaupt die Theologen. Ich finde, das ist ein Kernproblem des Glaubens.

Das Kreuz ist dafür ein wichtiger Gedanke. Es ist ein wichtiges Symbol dafür, dass Leiden und Tod und Ungerechtigkeit etwas mit Gott zu tun haben. – (Dr.K. sieht mitgenommen aus.

) Aber ich will hier jetzt nicht anfangen zu predigen... (Pause)

Herr K., ich danke Ihnen, dass Sie sich so eingelassen haben auf meine Fragen und für Ihre Offenheit. Ich habe viel gelernt.

Ich glaube übrigens, dass Ihre Schwester bei Gott aufgehoben ist.

A: Danke, dass Sie das sagen. Gehen Sie jetzt?

I: Ja, ich gehe jetzt. Auf Wiedersehen. Wenn Sie wollen, erzähle ich Ihnen irgendwann einmal, was aus dieser Befragung geworden ist.

Interview n 14

10/99

Frau O.

45 Jahre

Stationsärztin der chirurgischen Station eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung,

Dauer: ca 1 Stunde

A= Frau O.

I= Interviewerin

A: Die Fallbeispiele, das gehört wohl zum Alltag auf vielen Stationen im Krankenhaus.

Hmmm (atmet schwer aus)

Hier liegt gerade die Frau P.- Ich weiß nicht, ob Sie sie kennen. So eine liebe alte Frau. Die hat jetzt die dritte Bauch-OP hinter sich. Der ausgebreitete Tumor hat alle Darmfunktionen lahmgelegt. Gallenflüssigkeit geht über eine Drainage ab.

Sie bekommt nur noch Flüssigkeit und ziemlich viel Morphine.

Im Grunde wußte man schon nach der zweiten OP, dass da keine Chance mehr war. Aber vorsichtshalber haben wir nochmal nachgeguckt.

Frau P. weiß um ihre Situation und sie weiß es nicht. Daher schwankt sie auch zwischen Hoffnung und Niedergeschlagenheit.

Jeder hier weiß, dass sie sterben wird, und zwar bald. Aber keiner kann wirklich darüber sprechen, weil die Frau P. eine ganz Tapfere ist. Die erzählt immer wieder, wie sie das alles geschafft hat mit den vier Kindern nach dem Tod ihres Mannes.

„Und wir haben es doch auch immer gut gehabt,“ sagt sie.

Mit einer Seite glaubt sie ganz fest, doch noch gesund zu werden. Diese Hoffnung will ihr doch auch niemand nehmen.

I: Frau N., können Sie mir sagen, nach welchen Werten und Standpunkten Sie sich in ihrer Arbeit mit solchen schwerstkranken, vielleicht sogar moribunden Patienten orientieren?

A: Welche Kriterien und Standpunkte? ... Also, ich will nichts tun, was ich nicht auch für einen Angehörigen von mir tun würde. Die Goldene Regel gewissermaßen. Jemandem nicht schaden. Es kommt immer darauf an, was ein Patient, eine Patientin verkraftet. Bei allem, was wir Ärzte tun, müssen wir uns schon fragen, ob das jemandem Hoffnung läßt.

I: Auf die Hoffnung eines Patienten achten. Diese Devise scheint eine große Rolle zu spielen im Umgang mit unheilbar schwerstkranken Patienten. Sie ist offenbar so etwas wie eine Grundorientierung für die Arbeit mit Schwerstkranken. Sehen Sie das auch so?

A: Stimmt. Das war mir noch gar nicht so klar. Bevor man anfängt, darüber nachzudenken, was jetzt richtig und falsch ist für einen so kranken Patienten, taucht das mit der Hoffnung auf.

I: Was verstehen Sie unter Hoffnung?

A: Hoffnung ist, dass nicht alles ohne Sinn und Ziel ist. Man kann große Belastungen aushalten, wenn man weiß wofür. Hoffnung hat mit Sinn zu tun.

I: Worauf hofft denn wohl Frau P.? Was meinen Sie?

A: Also, erstmal hofft sie, dass sie auch diesmal wieder die Kurve kriegt. Sie möchte die Krankheit unterkriegen und noch ganz viele schöne Dinge mit ihren Freundinnen machen.

I: Hat sie an Sie die Erwartung oder an die Kollegen, dass Sie sie gesund machen?

A: Ja, das hat sie wohl. Aber ich habe nicht den Eindruck, dass alle Hoffnung wegbrechen würde, wenn diese Hoffnung wegbrechen würde.

I: Welche Hoffnung hat sie wohl noch?

A: Ich weiß es nicht, irgendwie glaubt sie ganz fest an das Gute in ihrem Leben. Daraus muß sie bei ihrem schweren Schicksal viel Kraft geschöpft haben. Ich habe den Eindruck, sie ist eine sehr gläubige Frau. Sie steckt trotz allem irgendwie voller Hoffnung. - Also manchmal ist sie auch sehr niedergeschlagen. Dann scheint die Krankheit über ihr Lebensgefühl zu siegen. Aber oft schaut sie mit ganz aufmerksamen Augen um sich. Und sie nimmt jedes gute Wort, jede Geste auf. Es ist, als würde bei ihr alles auf guten Boden fallen....

Ich glaube, sie weiß im Grunde genau, dass der Tod ganz nahe ist. Aber irgendwie bekommt er keine Macht über ihr Leben. Ach, ich weiß auch nicht, wie ich das ausdrücken soll.

Die Tochter, die hier in der Nähe wohnt, ist auch jeden Tag da. Ich glaube, da ist auch viel Wärme zwischen denen.

I: Sie haben mehrere Gründe genannt, die die Hoffnung dieser Patientin stützen könnte. Eine überwiegend positive, ja freudvolle Haltung zum Leben, das grundsätzliche Gefühl, 'es immer wieder zu schaffen', die Beziehung zur Tochter.

Ist es das, was Ihnen in den Sinn kommt, wenn sie daran denken, wie diese Frau ihre schwere Krankheit erlebt?

A: Ja, ...ja das ist es wohl.

I: Woher kommt das wohl?

A: Ja, irgendwo muss diese Frau wohl fest verankert sein. Irgendwas muss ihr wohl sehr großen Lebensmut geben. Ob es das unter jüngeren Menschen auch noch gibt?

I: Was meinen Sie?

A: Ich würde es mir wünschen. Das spricht mich sehr an. Wahrscheinlich sind Beziehungen zu Kindern und so sehr wichtig. Und wahrscheinlich hat Frau P. auch so grundsätzlich ein Geborgenheitsgefühl, so als ob sie immer eine Zuflucht, eine Heimat hätte.

I: Können Sie beschreiben, was Sie unter Hoffnung verstehen?

A: Ja, vielleicht so im Sinne von Ernst Bloch, das Prinzip Hoffnung.

I: Ernst Bloch. ... Das allen in die Kindheit scheint. Und worin noch niemand war. Heimat.

A: Ja, ja, genau. Sie kennen das auch. ... Mensch. ... Aber nicht nur mit dem Kopf, auch mit dem Gefühl.

I: Viele Gesangbuchlieder reden von Heimat.

A: Aber das ist so verstaubt.

I: Sie haben darüber gesprochen, was Hoffnung für Frau P. bedeuten könnte. Was, denken Sie, könnte die Hoffnung von Patienten zerstören?

A: Dass sie sich verlassen, also heimatlos fühlen. Dann wäre es natürlich noch viel wichtiger, wie es ihnen hier im Krankenhaus geht, ob sie sich hier wohl fühlen. Das kann einem als Ärztin und wahrscheinlich auch als Schwester oder Pfleger ganz schön zu schaffen machen, wenn man sieht, wie lieblos die Patienten im Krankenhaus oft aufbewahrt werden. Ach ja. - Also, Patienten verlieren die Hoffnung, Wenn sie sich nicht persönlich wahrgenommen fühlen. Wenn ihre sozialen Verhältnisse zerbrechen. Wenn sie mit ihrer Krankheit alleine gelassen werden. Wenn sie das Gefühl hätten, dass sie schon abgeschrieben sind. Wenn sie furchtbare Schmerzen hätten, und niemand würde sich darum kümmern

I: Wenn Sie selbst daran denken, was Ihnen Hoffnung gibt, in Ihrem persönlichen Leben und in Ihrer Arbeit, woran denken Sie dann?

A: Hm. Da fällt mir im Augenblick gar nichts ein.

I: Wäre 'Heimat' dann ein wichtiger Begriff für Sie?

A: Ja, so wie bei Bloch. Dass diese Welt irgendwie eine Heimat für Menschen werden kann. Dass man sich geborgen fühlt bei allen Problemen.

Wenn ich darüber mit Freunden reden kann, dann macht mir das Hoffnung.

Das ist wahrscheinlich auch wichtig für mich bei der Arbeit. Wir sind ein echt gutes Team hier. Auch mit den Schwestern läuft es gut.

Und, na ja, wenn ich den Eindruck habe, dass ein Patient sich bei uns geborgen fühlt, dann macht mir das auch Hoffnung. Wenn man den Eindruck hat, dass man seine Lebensqualität etwas verbessern kann in so einer schlimmen Situation. Dann lassen sich vielleicht auch schlimme Dinge besser aushalten.

Wenn ich einen Patienten ein bisschen verstehen kann.

Ich habe Familie, Kinder, Freunde. Die warten natürlich immer, dass ich nach Hause komme. Da gibt es erst mal kein Ausruhen.

Aber auf der anderen Seite gibt mit das natürlich auch Wärme. Und darauf kann ich nicht verzichten. Das Gefühl, eine halbwegs gute Mutter zu sein, auch für große Kinder, das baut einen schon ganz schön wieder auf.

Na ja, und dann gemeinsame Freizeit, wenn das gelingt...

I: Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

A: Also, mit vielem kann ich gar nichts anfangen, was die Kirche so sagt. Ich traue denen einfach nicht. Oder sagen wir mal so: Ich traue denen einfach nicht zu, dass die wirklich was vom Leben verstehen.

Aber ich finde es ganz wichtig, einen Glauben zu haben. Und so was wie Heimat ist doch eigentlich auch etwas Religiöses, oder? Das Prinzip Hoffnung. So, wie Bloch darüber redet, kann ich das aushalten.

I: Haben solche Gedanken auch Einfluß auf Ihre Arbeit?

A. Ich vermute, unterschwellig bin ich ganz schön davon beeinflusst, dass ich denke, es gibt eine richtige Richtung, in der sich alles entwickeln soll. Und irgendwie glaube ich auch, das es da hinläuft. Auch wenn man manchmal das Gegenteil denkt. Aber es läuft schon irgendwie darauf zu. Sonst könnte man ja auch oft aufgeben.

I: Das war sehr spannend für mich, Frau O., Danke für das Gespräch.

Die Interviewerin verabschiedet sich und geht von der Station.

Interview m13

10/1999

Schwester J. H:

31 Jahre

Krankenschwester einer chirurgischen Station eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung

Dauer: ca. 3/4 Stunde

S= Schwester J. H.

I = Interviewerin

S: Die Fallbeispiele, das ist wohl Alltag auf vielen Stationen im Krankenhaus.

Ach ja...

Es bleiben einem vor allem natürlich die Situationen im Gedächtnis, in denen es um junge Leute ging, wie die Frau P. jetzt gerade. Man kann sich eben genau vorstellen, wie schwierig das alles ist. Wenn ich mir vorstelle, ich würde jetzt krank werden, und mein Mann müßte mit den beiden Kindern alleine zurecht kommen.

I: Das kann ich auch nachempfinden. Das ist besonders schlimm, wenn man für Kinder die Verantwortung hat. Da kämpft man wahrscheinlich um jeden Lebensmonat.

S: Ja, aber es gibt auch andere Situationen, die einen ziemlich umhauen. Es gibt ja viele alte Frauen, die es schlimm erwischt. Das sind dann häufig Frauen, die es wirklich schwer hatten im Leben. Die haben schwere Zeiten mitgemacht. Die haben oft unter sehr schweren Bedingungen ihre Kinder großgezogen. Und die haben echt wenig vom Leben verlangt und manchmal auch die Gabe gehabt, jede kleine Freude zu genießen. Und wenn die dann so schwer krank werden und noch so viel ertragen müssen, dann ist das einfach nicht richtig. Und dann möchte man ihnen doch nicht noch das letzte bißchen Hoffnung auf einen ruhigen Lebensabend nehmen. Und sonst ist ja wohl überhaupt nichts mehr in Sicht. Ich muß dann schon öfter mal an meine Oma denken.

I: Wenn Sie solche Patienten pflegen müssen, wonach, nach welchen Werten richten Sie dann Ihre Pflege aus?

S: O, das ist eine schwere Frage.

I: Gibt es irgendwelche Regeln oder Wertvorstellungen, die Sie leiten?

Ich stelle mir vor, dass man sich irgendwie orientieren muß bei so einer schweren Arbeit.

S: Das stimmt. Also, ... ich würde mal sagen: Genau hinsehen. Sich nicht grausen.

Immer denken: Ich kann ja auch mal so alt oder krank werden.

Sich nicht runter ziehen lassen, weil, das nützt keinem. Es ist gut zu denken: Wenn das jetzt meine Großmutter, mein Vater, mein Bruder wäre, was würde ich mir dann für ihn wünschen?
ein Sterbender nicht tot ist sondern lebt.

Sich in den anderen hineinversetzen oder in einen Angehörigen. Sich mit Kollegen beraten, was die anderen denken. Auf eigene Schuldgefühle achten. ...

I: Das sind ja eine Menge von Gedanken und Regeln, die Ihnen da einfallen.

Wenn sie sagen: Sich in den anderen hineinversetzen. Aber andererseits: Sich nicht mit runter ziehen lassen. Wie machen Sie das?

S: Gute Frage. Das ist wohl mit das Schwierigste. Das geht nur, wenn man selber gut drauf ist. Dann kann für die Patienten da sein und doch nicht überall mit runter gezogen werden.

I: Also, Sie können dann für die Leute offen sein und sich dennoch abgrenzen, wenn sie gut drauf sind. Wodurch sind Sie gut drauf, können Sie das sagen?

ich gut drauf bin?... Da fällt mir ganz schön viel ein.

Wenn es meiner Familie gut geht. Auch Schule und so. Wenn hier auf Station das Klima stimmt. Wenn wir mit den Ärzten uns gut verständigen können. Wir hatten hier ja eine Stationsärztin, die hat jeden Tag rumgezickt. Das hat dann schon ganz schön Nerven gekostet.

- Wenn ich so im allgemeinen mit den Patienten gut klarkomme. Wenn ich nicht so überarbeitet bin. (Erzählt vom Jahresanfang, wo

so

die, die da waren, so

viel

sie schließlich auch am

Ende ihrer Kräfte waren).

I: Wenn Sie so erzählen, wonach Sie sich richten, wenn Sie Patienten pflegen, die sehr schwer, ja vielleicht aussichtslos krank sind, dann fällt mir auch der Satz ein: „Man darf einem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“ Was denken Sie darüber?

S: Ja, dieser Satz wird ja immer

geb sie einen Patienten nicht vollständig aufklären können, wenn wir das überhaupt erfahren.

Aber ich denke anders darüber. Ich denke, es kommt darauf an, wie man mit

Patienten

. Und dann darf man sie nicht einfach alleine lassen. Das ist doch schließlich ein schlimmer Schock. Wenn man sie dann nämlich alleine

läß niemand mehr etwas für

sie tun kann, dann verlieren sie die Hoffnung. Die brauchen dann Familie und Freunde. Die Beziehungen zu uns, den Schwestern und den Ärzten (!) sind wichtig. Außerdem haben die dann alle Angst vor S mit ihnen

darüber reden, wie sie ihnen mit den Schmerzen helfen können. Dann verlieren die auch nicht die Hoffnung.

Obwohl, die Patienten sind da auch verschieden. Manche haben echt mehr Hoffnung als andere.

I: Was verstehen Sie unter Hoffnung?

S: Hoffnung ist sicher nicht nur Hoffnung auf gesund werden. Die haben manche Patienten schon längst nicht mehr. Hoffnung heißt: Ich bin nicht einsam, was auch geschieht. Das Leben hat einen Sinn, au . Oder man denkt: Meine Kinder werden ihr Leben schon schaffen. Und wenn ich selber nicht mehr kann, dann werde ich nicht einfach auf den Müll geschmissen. Sondern ich bin noch wer. Und wenn einer dann stirbt, dann halten die anderen ihn in Ehren. Wenn das ein Patient weiß, der hat doch viel mehr Hoffnung als einer, der sich nichts wert fühlt. ...

Nicht resignieren. So eine Hoffnung meine ich. Sein

Lebe das einen Sinn hat.

Aber es können auch ganz elementare Dinge sein. Mir hat gestern unsere

Krankengymn sie ... Also sie

sagte: „Wenn ich mit einem Patienten übe, und wenn er nur die Hände bewegt, dann ist das

eben nicht mehr Stillstand. Denn Stillstand bedeutet Tod. Wenn ein Patient sich gar nicht mehr bewegen kann, dann lasse ich ihn erzählen, wo er jetzt gerne wäre, an was oder an wen er denkt, damit seine Seele sich bewegen kann, wenn er körperlich nicht mehr kann.“

I: Was stärkt d ie das sagen?

: Also, mir macht meine
 Arbeit einen Sinn hat. Das ist immer dann da, wenn ich mit den Patienten gut in Kontakt bin und mit den Angehörigen. Dann ist alles schlimm und doch nicht so schlimm. Außerdem finde ich es wichtig, wenn ich von den anderen akzeptiert bin. Wenn wir uns austauschen untereinander, dann können wir auch schwierige Sachen viel besser aushalten. Der Kontakt zu den Ärzten könnte viel besser sein. Wir wissen oft nicht, was die den Patienten sagen. Was immer schwerer wird, ist das mit der personellen Enge auf Station. Wenn wir wissen, eigentlich wäre es gut für einen Patienten, wenn er zum Waschen aufstehen würde. Aber das kostet so viel Zeit. Und dann stellt man ihm eben eine Waschschüssel ans Bett. Dann fühlt man sich als Schwester ganz mies. Aber man kann mit so wenigen Leuten eben keine gute Pflege für alle machen. Dann muß man eben auswählen, wem man Zuwendung gibt und wem nicht. Wenn das allerdings so weitergeht, dann nimmt uns das auch die Hoffnung. Dann wird das alles so sinnlos. Das ist , was mir so zu meiner Arbeit einfällt. Außerdem, ich kümmere mich immer um die Pflegeschüler. Die kann man nicht einfach so ins kalte Wasser werfen. Sondern wenn jemand neu mit so einer Arbeit anfängt, dann muß man ihn schützen. Sonst verliert der gleich von vorn herein
 al man jemanden auch mal
 fragt: „Was ist denn los mit dir?“
 Psychis jemanden auch mal in
 Schutz, in den Arm nehmen. (Pause)

I: Sie haben mir jetzt erzählt, was Ihnen zum Thema Hoffnung in Bezug auf ihre Arbeit einfällt. Was gibt Ihnen denn sozusagen privat Hoffnung? Oder läßt sich das gar nicht sagen?

S: Zuhause gibt es mir Ho
 Mann verstehe.

Wenn wir streiten, und wir

kön

ann wäre das ganz

schlimm..

Außerdem sind mir Freunde ganz wichtig. Und daß ich das Gefühl habe, ich kann mich ein bißchen um meine Eltern und meine Oma kümmern. Ich sage ungefähr dieselben Sachen, wie vorhin. Hm.

Manchmal möchte ich auch einfach gerne alleine sein. Das kriege ich im Augenblick mit meiner Familie nicht so gut hin.

I: Sie haben tatsächlich eben ungefähr die gleichen Sachen gesagt, wie vorhin, als Sie beschrieben haben, wodurch Sie gut drauf sind.

Jetzt haben Sie über Hoffnung gesprochen.

S: Hat ja vielleicht auch etwas miteinander zu tun.

I: Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

S: Religiöse Bedeutung...(?)...Also, wenn sich jemand getragen weiß, auch wenn alles sehr schwer ist. Wenn jemand Hoffnung hat, obwohl die Umstände sehr schlecht sind, dann hat er sie wohl eher aus dem Glauben heraus. –

Als

das alles hier, die Arbeit

mit den Patienten ganz wichtig ist. Und wenn ich auch manchmal das Gefühl habe, ich

möchte am liebsten abhauen und nie mehr

wied

hier mein Platz ist. Ich

weiß nicht, ob sie verstehen, was ich meine. Es ist doch einfach gut und nötig. Das ist

irgendwie ganz unabhängig, ob jetzt alles immer schwieriger wird mit dem ganzen Sparen

und so weiter. Es is

wir diese

Arbeit mit den Kranken, gerade mit den Schwerkranken tun müßten. Wenn einem das so klar

wird, dann gibt einem das auch Hoffnung bei der Arbeit. Man hat dann das Gefühl, sozusagen

in höherem Auftrag zu handeln, nach dem Prinzip Hoffnung oder so.

(Eine Kollegin kommt herein und fragt etwas wegen der Endoskopie für eine Patientin.)

I: Wir sind dann ja auch am Ende des Gespräches, Schwester J.
mit mir so konzentriert geredet haben.

Sie

S: Hab ich doch gerne getan. Das tut doch auch mal gut, über die Arbeit zu reden.

Interview I 12

10/1999

Schwester K.

28 Jahre

Stationsleitung der Inneren Abteilung,

Dauer : ca. 45 Minuten

I= Interviewerin

S= Schwester

Schwester K. und die Interviewerin arbeiten im selben Krankenhaus. Sie kennen sich von einigen Begegnungen her, in denen die Interviewerin sich für die Begleitung von Patienten Rat und Auskunft geholt habe. Sie mögen sich. Die Gesprächsatmosphäre im Schwesternzimmer ist gelöst und entspannt. Sie sind allein und ungestört. Sie trinken Kaffee. Schwester K. raucht eine Zigarette.

I: Sie haben die Fallbeispiele gelesen. Ich vermute, Sie kennen ähnliche Situationen.

S: Allerdings. Im Augenblick ist es vor allem die Frau H., die uns solchen Kummer macht. Ich weiß nicht, ob Sie sie kennen. Ist ja noch eine junge Frau. Hat drei Kinder.

Das jüngste ist 6 Jahre alt.

Sie hat mit einem Mammakarzinom angefangen. Jetzt, nach sechs Jahren sind überall Metastasen, in der Leber, in der Wirbelsäule und wahrscheinlich auch schon im Gehirn. Sie ist mit einem Aszites gekommen. Sie wird wieder Chemotherapie bekommen. Aber sie kann es ja gar nicht schaffen.

Der Doc hat ihr alle Untersuchungsergebnisse mit erteilt, aber sie hat es in seiner Tragweite überhaupt nicht verstanden. Irgendwie ist die Information über ihre Situation gar nicht angekommen. Dann haben wir uns Gedanken gemacht, dass sie doch wissen muß, dass sie bald stirbt. Denn sie muß doch für ihre Kinder vorsorgen.

Sie ist geschieden und lebt, glaube ich, alleine.

Also hat ihr der Doc gesagt, dass sie wohl nicht mehr lange leben wird.

Da ist sie total ausgerastet. Sie hat getobt und geschrien. Wir konnten uns nicht mehr anders helfen, als ihr schließlich was zur Beruhigung zu geben. Danach war sie ganz in sich zusammengesunken, als ob ...irgendwie alle Kraft, alle Hoffnung weg waren.

Nachdem ihr Bauch besser war, ist sie nach Hause gegangen. Aber jetzt ist sie nach einer Woche schon wieder da wegen unerträglicher Schmerzen. Sie wollte unbedingt mit der Chemo anfangen. Sie sagt, sie muß doch weiterleben. Mein Gott, die Frau hat sich die Seele aus dem Leib gekotzt. Die Haare sind ihr wieder büschelweise ausgegangen. Aber sie hat nicht einmal geklagt. Jetzt schläft sie immer. Aber weniger Morphium, als sie gekriegt hat, hätte doch gar nichts geholfen.

Wir glauben, dass sie in den nächsten Tagen sterben wird.

Wir fühlen uns alle ganz schlecht, denn hier auf der Station war so viel Betrieb, dass wir uns gar nicht richtig um sie kümmern konnten.

Was wird denn nun aus den Kindern? Sie hat nur einmal Besuch von ihrem Vater bekommen. Der war total durcheinander und hat gefragt, was das denn alles bedeuten soll.

Wir haben den Eindruck, dass Frau H. kaum Beziehungen hat, auf die sie sich verlassen kann.

I: Sie sagen, dass Frau H., nachdem sie über ihren baldigen Tod aufgeklärt war, alle Kraft, alle Hoffnung verloren hätte.

S: Hat sie wohl auch. Alle Hoffnung... Sie dachte eben, sie darf gar nicht sterben. Das kann ich auch ganz und gar verstehen. Wenn man das Gefühl hat, dass man selbst und dann die Kinder, mein Gott,... keine Unterstützung hat, dann ist so eine Nachricht ja wirklich furchtbar. Aber sie hat dann ja auch gar keine Zeit gehabt, diese Sachen an sich heran zu lassen. Es ging dann ja alles so schnell.

I: Meinen sie denn, dass es wichtig ist, einem Menschen die Hoffnung nicht zu nehmen?

S: Ja, das ist sicher sehr wichtig. Davon hängt alles andre ab, wie man mit solchen Patienten umgehen soll. Aber was soll man denn machen, wenn die einzige Hoffnung eines Menschen ist, dass er weiter lebt, weil er denkt, dass sonst alles zusammenbricht?

Vielleicht war das ja auch so bei der Frau H..

Also ich glaube, dass man schon sehr behutsam sein muß, wenn man einen Patienten über seine Krankheit aufklärt. Aber ich glaube, dass unser Doc das eigentlich ganz gut macht. Nur da gab es gar keinen Trost. Da war vielleicht überhaupt gar keiner da, der gesagt hat: Mach dir keine Sorgen. Wir sind ja da für dich und die Kinder.

Und wir hatten ja auch keine Beziehung zu ihr. Ja, wenn Frau H. jetzt stirbt, dann ist da irgendwie überhaupt keine Hoffnung.

Hoffnung kann doch nicht nur die Hoffnung auf Gesundwerden sein.

I: Beziehungen zu haben, die uns auffangen, ist sehr wichtig dafür, dass wir Hoffnung haben können?

S: Ja, es ist vielleicht am allerwichtigsten. Wenn ein Mensch geliebt und verstanden wird, also nicht irgendwie so ideal, also wenn jemand Freunde hat, dann ist immer Hoffnung, auch in einer ganz schlimmen Situation. Dann hat sogar so eine medizinisch aussichtslose Situation Lebensqualität.

I: Ist das in Ihrem Leben auch so? Hat Hoffnung für Sie selbst auch was mit Beziehung zu anderen Menschen zu tun? Was verstehen Sie unter Hoffnung?

S: Für mich ist das eigentlich genauso wie für die Patienten. Beziehung ist das Wichtigste. Angefangen hier, mit der Station, dass wir uns hier mögen. Also, da kommt immer wieder mal was vor. Und man kann auch nicht mit allen gleich gut. Aber dass da überhaupt alles ganz gut läuft. Also, wir hatten hier mal eine Ärztin, die hat so eine schlechte Stimmung verbreitet. Da war man manchmal wie gelähmt. Das macht natürlich auch viel aus. Jetzt geht es uns eigentlich ganz gut. Und das Private ist natürlich auch sehr wichtig. Wenn ich einen längeren Streit mit meinem Mann habe, dann nervt mich auch die Arbeit unheimlich. Auch die Beziehung zu den Patienten ist wichtig. Wenn die verstehen, daß wir alles tun, damit es ihnen gut geht, dann entsteht natürlich sofort eine ganz andere Beziehung. Das erleichtert dann natürlich auch sehr die Arbeit. Das war ja auch so schlimm bei der Frau H., dass wir sie kaum kennengelernt haben. Aber das ist im Augenblick bei ganz vielen Patienten so, weil es einfach so voll ist. Dabei geht es uns gar nicht gut. Das trifft eigentlich alle Schwerstkranken, besonders natürlich die Alten, weil es besonders viel Zeit und Geduld fordert, zu denen eine Beziehung aufzunehmen. Die liegen dann eben einfach nur da, sind satt und sauber. Aber was ist das denn für ein Leben?

I: Sie haben über die Hoffnung der Patienten gesprochen. Sie haben erzählt, dass Beziehungen und dass ein gutes Privatleben wichtig für ihre eigene Hoffnung ist. Gibt es noch etwas, das wichtig ist dafür, ob Sie selbst Hoffnung haben in Ihrer Arbeit?

S: Ja, dass unsere Arbeit Sinn macht. Dass wir genügend Leute sind, um eine gute Arbeit tun zu können. Ich glaube, das ist vielen Leuten überhaupt nicht klar, wie wichtig es ist, dass wir genug Personal haben, um wirklich verantwortlich und würdevoll mit Menschen umgehen zu können.

Es ist doch wichtig, dass immer mal einer reinschaut, mit einem klönt und so...

Das können wir natürlich überhaupt nicht leisten. Da müßten andere da sein, Verwandte und Freunde, auf die sich die Patienten freuen könnten. Aber wenn einer nur noch so daliegt...

Das kann einem selbst auch die Hoffnung nehmen. Man pflegt und versorgt diesen Menschen und fragt sich, was er denn eigentlich davon hat.

Obwohl es einem Menschen auch die Hoffnung nehmen kann, wenn er nicht gut versorgt wird, wenn er nicht sauber ist und nicht gut ernährt wird.

I: Sie sind jetzt schon etwa zehn Jahre Krankenschwester, richtig? Welche Standpunkte und Werte haben Sie in dieser Zeit für ihren Beruf gewonnen?

S: Also, ich habe gemerkt, dass es für die Menschen wichtig ist, dass sie gut gepflegt werden, ob sie nun medizinisch noch eine Chance haben oder nicht. Das beeinflusst das Selbstgefühl eines Menschen ungeheuer, ob er sich sauber fühlt, ob er das Richtige zu essen kriegt und so... Weil ich das weiß, darum finde ich es wertvoll, einen Menschen zu betreuen, so gut ich kann, so eben einfach. Kolleginnen, die das auch so sehen, mit denen versteht man sich dann besonders gut.

I: Ist das sozusagen das Gute, das Ihre Arbeit lenkt, dass Sie gute Pflege machen?

S: Ja, das ist etwas ganz Wichtiges. Kollegen, die das auch so sehen, mit denen versteht man sich besonders gut. Das hat auch etwas damit zu tun, wieviel Hoffnung man hat hier so jeden Tag. Und dass man über all sowas sprechen kann.

I: Wo können Sie darüber sprechen? In der Übergabe?

S: Wenn die gut läuft, dann gibt das ganz schön Rückhalt. Aber so zwischendurch gibt es ja auch Kontakte mit den anderen. Man hilft sich auch gegenseitig.

Manchmal, da sagt eine: Also zu dem da gehe ich nicht mehr hin. Da kriege ich immer nur einen drauf. Dann lachen die andern.

Aber eine sagt dann vielleicht: OK. Ich mach das. Mir macht das nicht so viel aus.

Oder wenn ein Arzt uns irgendwie dumm kommt, dass wir wieder mal alles falsch gemacht haben. Dann kochen wir erstmal eine Kanne Kaffee. Na ja.

Ganz abschalten kann ich, wenn ich zu Hause bin. Mein Mann ist dann da und unsere Tochter. Dann fühle ich mich geschützt vor allem. Manchmal denke ich natürlich noch an die Station. Aber das ist nicht schlimm.

I: Sie haben davon geredet, dass Sie auch Hoffnung brauchen, um Ihre Arbeit tun zu können. Fällt Ihnen da so spontan noch etwas ein, das Ihre Hoffnung stärkt?

S: Ja....Wenn mal ein schönes Wochenende ist, und wir eine Radtour machen, oder wenn mein Mann und ich ins Kino gehen. Wir fahren auch einmal im Jahr in den Urlaub. Das ist schön. Und , ja, lachen Sie nicht, manchmal gehe ich auch in die Kirche. Nicht in den Gottesdienst, davon verstehe ich nichts, aber so eben in das Haus. Ich denke, dass ich da Kraft bekomme irgendwie.

I: Das kann ich mir gut vorstellen, wie Sie in so einem heiligen Raum Kraft kriegen für ihre Arbeit und ihr ganzes Leben. Das kenne ich auch.

S: Ja, es ist ein ziemlich tiefes Kraftkriegen, wenn Sie wissen, was ich meine.

I: Es ist wahrscheinlich so, dass tiefe Kraftquellen berührt sind, ja das kenne ich ... Mir scheint, dass Hoffnung bei dem, was Sie jetzt beschreiben, eine religiöse Dimension hat,, oder?

S.: Irgendwie schon, ja.

I: Können Sie sagen, was Ihre Gedanken bewegt, wenn Sie in einer Kirche sind?

S: Ja. ... Es ist, dass man denkt, dass doch das ganze Leben von einer Macht getragen ist, das Schwere und das Gute. Sie würden wohl Gott dazu sagen. –

I: Ja. Das tue ich. Ist das wichtig für Ihre Arbeit mit

P

alles von einer Macht

getragen ist?

S: Ja. Genau. Und das alles schon irgendwie sinnvoll ist. Auch wenn alles so schlimm ist manchmal. Und manchmal möchte man ja auch nur alles hinschmeißen.

Aber wenn ich in einer Kirche bin, in einer so schönen alten, wie die in B. zum Beispiel, kennen Sie die?

I: Ja

es irgendwie einen größeren

Sinn gibt. Daß es rich

Menschen anderen

Menschen helfen zu leben.

I: Das ist ein toller Gedanke. Dann ist es so, als wären unsere Anstrengungen hier, alles so gut wie möglich hinzukriegen, in einen großen Weltsinn eingeordnet.

„Meine Zeit steht in Deinen Händen“ heißt es in einem Alten Psalm.

S: Schön. Hm. Ja. Möchten Sie noch eine Tasse Kaffee?

Interview Dr. B. Schönheitschirurg, 9/99
1

Interview k11

9/1999

Dr. B.

51 Jahre

zur Hälfte nie

zur Hälfte

Belegarzt plastische Chirurgie

Dauer: ca. 1/2 Stunde

Dauer: ca. 1/2 Stunde

as Gespräch ergibt sich zufällig, so dass auf keine Fallbeispiele Bezug genommen wird.

Einer von den Freunden, die mit der Interviewerin auf dieses Fest gegangen sind, kommt kurz

Interview Dr. B. Schönheitschirurg, 9/99

2

zu ihr, um ihr zu sagen, dass er sie, wie verabredet, um Mitternacht nach Hause bringen

Interview Dr. B. Schönheitschirurg, 9/99

4

A: So früh? Haben Sie morgen etwas Besonderes vor?

I: Ja, ich will morgen arbeiten.

A: Aha, am Sonntag? Was machen Sie denn so?

I: Ich bin Pastorin.

A: Das hätte ich ja nun nicht gedacht.

I: Soso. Und was sind Sie von Beruf?

A: Ich bin Chirurg. Plastischer Chirurg.

I: In der Klinik?

A: Nein , ich habe eine Praxis.

I: Sind sie, ich weiß nicht, ob man das so sagt, sind Sie Schönheitschirurg?

A: Ja, ich operiere Gesichter und Brüste und Beine und Bäuche usw., damit sie schöner werden. Haben Sie was dagegen?

I: Nein. Es ist nur etwas weg von dem, was ich so täglich erlebe.

A: In welcher Gemeinde arbeiten Sie?

I: Ich arbeite im Krankenhaus, auf der anderen Seite der Elbe, in W.

(I erzählt von ihrer Arbeit im Krankenhaus. ...)

Besonders interessiert mich, nach welchen Kriterien die Mitreiter sich richten bei ihrer Arbeit, nach welchen Werten, wenn Sie verstehen, was ich meine.

A: Nach welchen Werten. Also die Fragen der Ethik. Interessant. Aber das Entscheidende ist doch wohl, dass die Ärzte den Patienten Hoffnung geben?

I: Wie meinen Sie das?

A: Also das ganze medizinische Geschäft ist doch nur äußerlich Technik. In Wahrheit geht es immer um mehr. Manchmal um Sein oder Nichtsein. Aber auch ein Beinbruch bringt das ganze Lebensgefüge durcheinander. Besonders deutlich wird das aber ja, wenn jemand ganz ernstlich krank ist.

I: Und am schwierigsten ist es, wenn jemand sich damit auseinandersetzen muß, dass er nicht mehr geheilt werden kann und sich mit dem Tod auseinandersetzen muß, oder? Also, wenn jemand, wie es wohl so heißt, ‚austherapiert‘ ist.

A: Blödes Wort. Und stimmt ja auch gar nicht. (Diskurs über die Naivität der Ärzte, was sie für Therapie halten.) Aber das stimmt, dann kommt alles darauf an, dass man ihm so begegnet, dass man ihm die Hoffnung, die er noch hat, nicht zerstört.

I: Was verstehen denn Sie unter Hoffnung?

A: Ich?- Hoffnung hat mit Sinn zu tun. Für mich ist es wichtig, in meiner Arbeit einen Sinn zu sehen.

I: Wo sehen Sie denn hauptsächlich einen Sinn in ihrer Arbeit?

A: Also nicht so bei den Schönheitskorrekturen an reichen Hamburger Frauen, für die das sozusagen zum Lebensstil gehört, sich mit Mitte Fünfzig liften zu lassen. Ich habe ja auch mit ganz anderen Patienten zu tun, übrigens nicht nur mit Frauen. Das sind Leute, die eine schwere Krebsoperation hinter sich haben. Wenn die Gynäkologen bei einer Frau mit dem Brustaufbau nicht zurechtkommen, dann kommt sie zu mir, und ich versuche dann, das Beste daraus zu machen. Oder einer hat Hautkrebs und ganze Teile an seiner Schulter oder in seinem Gesicht sind verunstaltet, dann versuche ich, ihm zu helfen. Wegen dieser Patienten mache ich ja überhaupt diese ganze Arbeit. Ich versuche, ihre Leiden zu lindern. Dafür bin ich ja Arzt geworden. Die anderen Patienten, das gebe ich ja zu, die bringen das Geld, und für die ist ja irgendwie auch ganz wichtig, wenn sie sich wieder schöner fühlen. Aber wirklich

wichtig sind die anderen Patienten, die ein wirkliches Leiden haben. Ohne diese Arbeit, würde ich in meinem Arztsein auch keinen Sinn sehen.

I: Was ist das Wichtigste für solche Patienten, wenn Sie sie operieren.

A. Dass was gemacht wird. Dass nicht gesagt wird: Du bist nun einmal schwerkrank. Und darum interessiert uns auch nicht mehr, wie du aussiehst.

I: Das heißt, sie als Person, wie sie aussieht, wie sie sich fühlt, ist wichtig.

A: Genau. Dann verlieren sie auch nicht die Hoffnung.

I: Was ist denn wohl so wichtig daran für ihre Hoffnung?

A (überlegt) Die Sozialverträglichkeit. Wenn jemand so verunstaltet ist, dass er sich selber überhaupt nicht mehr leiden kann, und dass vor allem niemand ihn mehr anschauen kann, dann verliert er ja seine Sozialkontakte. Und wenn jemand einsam wird in seiner Krankheit, das ist das Schlimmste. Sie wissen ja, daß manche Patienten zuerst sozusagen den sozialen Tod sterben, bevor sie biologisch tot sind.

Das ist genau so, wie wenn ein Krebskranker unerträglich stinkt, dass niemand es mehr in seinem Zimmer aushält. Dann ist es wichtig, sich um seinen Geruch zu kümmern, damit er nicht einsam wird. Dann könnte man ja auch sagen, das wäre medizinisch nicht ernst zu nehmen. Ist es aber doch. Denn davon hängt es ab, wie der Patient noch leben kann.

I: Wäre das für Sie auch wichtig, sozial gut vernetzt zu sein, wenn Sie krank wären, um die Hoffnung nicht zu verlieren?

A: Auf jeden Fall. Aber nicht nur, wenn ich krank wäre. Das ist überhaupt wichtig für mich. Wenn ich nicht gestützt wäre durch Familie und Freunde, hätte ich nicht halb so viel Lebensmut wie jetzt.

I: Hat Hoffnung für Sie auch eine religiöse Bedeutung?

A: Ja, auf jeden Fall. Ich glaube, dass es einen Sinnzusammenhang gibt, der die Krankheit und das Leiden einschließt. Wenn ich das nicht glauben würde,... verstehen Sie mich nicht falsch, ich bin Naturwissenschaftler und Materialist, ich meine das nicht naiv. Eher so wie bei Hegel vielleicht, ein positiver Weltgeist. Also, ich glaube, man muß die Hoffnung nicht aufgeben, auch wenn schlimme Krankheit oder der biologische Tod droht.

Weil, aus dem Weltgeist kann man nicht herausfallen. Aber es ist

natürlich Menschen in ihrem Leben positive Erfahrungen machen,
um sich das übe sie von einer
positiven Atmosphäre umgeben sind.

Also, wer unwürdig behandelt wird, kann auch keine Hoffnung haben.

I: Das ist ein toller Gedanke. So, ich muß mich nun auf den Weg machen. Auf Wiedersehen.

A: Auf Wiedersehen. Hat mich sehr gefreut, Sie kennenzulernen.

I: Hat mich auch gefreut. Schönen Abend noch.

Interview j10

9/99

Herr J.K.

38 Jahre

Stationspfleger in einer Lungenklinik

Dauer: 11/2 Stunden

P= Pfleger K.

I= Interviewerin

Die Atmosphäre ist sehr persönlich. Das Gespräch findet in der Wohnung des Ehepaares K. statt. Die Interviewerin und Herr K. kennen sich von gemeinsamer Arbeit in ‚seinem‘ Krankenhaus und daher, dass sie ihn und seine Frau getraut hat. Herr K. erzählt ausführlich davon, dass er mehrere Wochen in seinem Krankenhaus wegen einer Thrombose als Patient gelegen habe, und dass das seine Wahrnehmung in Bezug auf seine Arbeit verändert habe. Nach einer Viertelstunde wenden sie sich den Fallbeispielen zu, die Herr K. bereits vor ein paar Tagen gelesen hatte.

P: Also zu dem dritten Beispiel fällt mir eine vergleichbare Situation ein. Wir hatten auch eine 24-jährige Patientin mit Lungenfibrose, die auf ein Organ gewartet hat. Die ist dann gestorben. Und 2 Wochen später hätte sie dann ein Spendeorgan bekommen können. Oder eine junge Türkin, Pneumothorax, so stark, dass die Lunge fast nur noch aus Blasen bestand ... Die starb uns unter den Händen weg.

I: Sie erinnern sich genau daran.

P: Ja, weil junge Menschen ... Also, bei älteren Menschen, da sollte man das Sterben nicht verlängern, so dass es dann zu einer Quälerei wird. Manchmal ist das Sterben ja von Nutzen für den Patienten. Der Patient ist ja ein Mensch und keine Maschine.

I: Wenn junge Menschen sterben, das ist schwerer auszuhalten, nicht?

P: Ja. Ja.

I: Die Situationen, wo es keine Heilung mehr gibt, wo es langsam oder schnell bergab geht, sind Ihnen ja in Ihrer täglichen Arbeit vertraut, wie ich weiß.

P: Da haben Sie recht. Und solche Fälle sind besonders für das Pflegepersonal sehr schwer. Manche Ärzte sind auch in der Nähe solcher Patienten. Andere machen um die einen großen Bogen. Die haben selbst Angst.

Wir sind immer in der Nähe. Oft sind wir den jungen Assistenzärzten medizinisch auch noch überlegen. Der Arzt hat viele Patienten. Wir betreuen 2-3 Patienten. Es entwickelt sich eine Beziehung. Man nimmt die Gedanken auch mit nach Hause. Manchmal betreut eine Pflegekraft einen Patienten 2-3 Wochen. Manchmal kommt man mit einem Patienten auch nicht klar.

Manchmal dauert eine Betreuung 2-3 Monate. Dann muß aber auch Schluß sein. Es baut sich ganz schön was auf. Da ist ja auch ganz schön viel Belastung. Man kann, wenn man Mensch bleibt, auch ganz schön kaputt gehen.. Manche sagen ja auch, man muss abgebrüht sein.

I: Sagen Sie das auch?

P: Wenn ich das sagen würde, könnte ich meinen Beruf aufgeben. Man darf nicht alles an sich heran lassen und schon gar nicht alles bei sich behalten, aber die Patienten sind doch darauf angewiesen, dass wir uns in sie hineinversetzen. Das wäre doch sonst furchtbar, wenn wir das nicht täten, wo sie uns doch so ausgeliefert sind.

I: Ich wollte Sie gerade fragen, nach welchen Werten Sie Ihr Handeln ausrichten, wenn Sie mit so schwierigen Fällen zu tun haben, ich meine mit Patienten, die keine Aussicht auf Besserung mehr haben.

Jetzt sagen Sie, Sie würden sich in Ihre Patienten hineinversetzen. Ist das eine ethische Verhaltensregel für Sie?

P: Ja, das ist sozusagen die Grundregel. Tue einem Patienten das, was Du selber auch wollen würdest. Und dann weißt Du, dass Du seine Würde achten mußst. Und seine Ängste, seine Scham respektieren. Und auch akzeptieren, wenn er nicht mehr weiter kann oder will. Ich finde, dass man solchen Patienten nicht gegen ihren Willen noch eine Therapie aufdrücken darf, Chemo oder Bestrahlung oder eine OP.

I: Was halten Sie von der Devise „Man darf einem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“ Ist das eine geeignete Grundregel für den Umgang mit unheilbaren oder gar moribunden Patienten?

P: Das finde ich schwierig. Aber die Frage mit der Hoffnung ist tatsächlich wichtig, vielleicht überhaupt am wichtigsten.

Am schwierigsten ist das beim Gespräch mit dem Patienten.

Und am allerschwierigsten mit den onkologischen Patienten. Wenn man gar nichts mehr machen konnte, dann ist es wohl am besten, über was allgemeines zu reden. Oder ich konzentriere mich auf meine Arbeit, aufs Waschen usw.. Dann versuche ich, über die Herkunft des Patienten zu reden, über seinen Beruf und ob er Familie hat. Es kommen natürlich viele Fragen auf. „Ich hab so das Gefühl, es ist nicht viel draus geworden.“ – Ich verweise dann auf den Arzt. Ich bin dann vorsichtig. Ich weiß ja auch gar nicht, was vorher gelaufen ist. Aber ich versuche dann, den Patienten zu unterstützen, damit er seine Informationen bekommt.

Manche Ärzte weichen dann aus und sagen: „Ja, die Operation ist gut gelaufen.“ Andere sind knallhart: „Da ist nichts draus geworden.“ Ich versuche dann, mit den Patienten zu sprechen. Ich suche dann nach einem Strohhalm. Es gibt immer noch die Möglichkeit zu hoffen. Es gibt dann ja auch immer noch die Behandlungen durch Bestrahlung oder Chemotherapie. „Informieren Sie sich,“ sage ich denen dann.

I: Jetzt möchte ich doch noch einmal nachfragen. Sie haben gesagt, Sie selbst seien vorsichtig, wenn ein Patient fragt, wie denn die OP verlaufen sei.

P: Ja, natürlich. Ich darf ja auch gar keine Information geben, obwohl wir das OP-Ergebnis ja auch meistens wissen. Aber ich weiß ja nicht, was der Arzt dem Patienten gesagt hat.

I: Wie können Sie ihm denn dann begegnen?

P: Gute Frage. Das ist eines der ganz großen Probleme zwischen Pflege und Ärzten. Da fühlen wir uns oft auch nicht ernst genommen. Denn wir sind doch dauernd mit den Patienten zusammen. Es gibt allerdings auch einen Arzt hier im Haus, der teilt immer genau mit, was er dem Patienten gesagt hat, und wie der reagiert hat. Der nimmt sich für das Gespräch mit den Operierten selbst auch viel mehr Zeit. Das ist ein ganz anderes Zusammenarbeiten. Dann kann

man dem Patienten selber auch viel offener begegnen. Man weiß einfach, dass dieser Arzt den Patienten nichts vormacht. Er ist allerdings auch nicht knallhart. Er sucht schon auch nach Möglichkeiten und läßt Hoffnungen offen. Bei den anderen Ärzten ist so richtig eine Kluft zwischen denen und uns Pflegenden. Eigentlich zwischen allen. Denn niemand redet offen. Das ist so wichtig. Darüber müßte man mal ein Buch schreiben.

Dieser ganze Verdeckungskram kann einem selber auch alle Hoffnung kaputt machen.

Also, ich will Patienten ja keine falschen Hoffnungen machen. Aber ihnen so einfach die Wahrheit vorknallen, das ist doch unheimlich brutal. Dazwischen muß noch Platz zum Leben bleiben, man muß sich doch noch bewegen können.

I: Ich denke, ich habe Sie schon verstanden. Es ist nicht gut, die Unwahrheit zu sagen. Aber der Patient muss die Chance haben, sich nach und nach an die schwierige Situation heran zu tasten.

P: Stimmt. Und manche Patienten tun das nie. Die denken noch einen Tag, bevor sie sterben, dass sie wieder gesund werden. Und welchen Sinn sollte

e

er sterben muß.

I: Aber Sie, sie wissen es. Was bedeutet denn Hoffnung für sie?

P: Bei mir selbst spielt eine Rolle der Glaube. Ich bin ja Pastorensohn.. Da bin ich auch oft dafür gehänselt worden. Aber ich selbst habe mich von dem, was mein Vater glaubt, schon lange entfernt. Das ist mir irgendwie alles zu naiv. Aber so aus einem Pastorenhaus kommen, das ist nicht so einfach, sage ich Ihnen. Denn

ich studiere.

Aber bei den Pfadfindern war ein Gruppenleiter, der war Krankenpfleger, und der hat zu mir gesagt: Ich glaube, J., Du solltest Krankenpfleger werden. Er hatte recht. Dies ist genau der richtige Beruf für mich.

Außerdem mußte ich ja ganz viel reisen. Ich konnte einfach nicht ruhig sein.

(Wir sitzen unter einem großen blauen Sonnenschirm aus Thailand.)

Erst jetzt habe ich ja geheiratet. Aber vorher wäre so was alles nur eine Katastrophe geworden.

Wie auch immer, mein alter Herr ist nicht so ganz mit mir zufrieden. Aber Gott war
das Leben nach dem Tod
nicht zu Ende ist.

Das ist so ein Grundgefühl. Dadurch bin ich immer gestützt.

eine Krankheit ganz anders verläuft. Je
nachdem, ob da Hoffnung ist oder nicht. Aber es haben nicht alle
Mensch so einer Situation. Ich
weiß nicht, woran das liegt. Das kann viele Gründe haben. Jedenfalls ich frage Patienten, ob
ein Pastor kommen soll. Mir ist das wichtig. Es stört mich auch nicht, wenn die mich dann
komisch angucken.

I: Können Sie beschreiben, was Hoffnung für Sie bedeutet?

P: Ja, man möchte immer wissen, was nach der nächsten Kurve noch kommt.

I: Heißt das, man ist neugierig auf die Zukunft?

P: Genau. Und auch das Schlimmste macht nicht alles kaputt. Deshalb kann man ja auch alles
ausschöpfen und muß nicht zusammenbrechen. Hoffnung macht sozusagen Lebensmut, auch
angesichts des Sterbens.

I: Das gilt ja wohl für alle. Für die Patienten, für die Angehörigen und für die Behandelnden.

P: Ja, und das, was Hoffnung macht, das gilt auch für alle. Wenn ich in meinem Privatleben
gut aufgehoben bin, dann schöpfe ich in schweren Situationen besser Hoffnung.

Wenn man gute Beziehungen hat zu Patienten, dann ist die ganze Atmosphäre auf der Station
hoffnungsvoller für alle.

Eine Sache allerdings muß ich doch noch einmal erwähnen. Das, was ich vorhin sagte, mit
dem Arzt. Wenn man als Pfleger ernst genommen und geschätzt wird, dann macht das enorm
viel Hoffnung. Und das mit der Hoffnung ist tatsächlich am wichtigsten. Nicht nur für die
Patienten.

Wenn man den ganzen Tag, so wie wir, mit den Patienten zusammen ist, dann ist es
entscheidend, ob man ein hoffnungsvoller Mensch ist, oder man ganz viel Negatives
ausstrahlt. Das ist doch entscheidend für alles, was auf der Station passiert. Und ich könnte

mich doch überhaupt nicht mit der Situation der Kranken auseinandersetzen, wenn ich keine Hoffnung hätte.

Ich weiß nicht, ob Sie das Buch kennen ... (P Erzählt ausführlich von einem Buch über Hoffnung, das er gelesen hat, und das ihm viel bedeutet. Anschließend erzählt er noch von seiner F Er bringt zum Bahnhof und verabschieden)

Interview i 9

8/99

Frau Dr. N.

Alter: 30 Jahre

Assistenzärztin auf einer gynäkologischen Station

Dauer: ca 45 Minuten

A= Frau Dr. N.

I= Interviewerin

I: Frau N., jetzt hat ihr Kollege uns sozusagen zusammengesteckt. Ist Ihnen das überhaupt recht? Ich führe Interviews mit Klinikmitarbeitern durch. Es geht dabei um die moralische Orientierung mit Schwerstkranken.

A: Das finde ich sehr interessant. Nee, fragen Sie ruhig. Ich finde das gut, darüber mal zu sprechen.

(Die Interviewerin gibt ihr den Zettel mit den Fallbeispielen zur Anregung. Während sie liest, geht die Interviewerin zur Toilette. Als sie wieder zurück kommt, ist die Ärztin schon bereit zum Gespräch. Sie hat sich auch eine Tasse Kaffee eingeschenkt und sitzt entspannt mit einem übergeschlagenen Bein auf dem Stuhl.)

A: Sie wollen wahrscheinlich wissen, ob es hier ähnliche Situationen gibt.

I: Genau

A: Ja, die gibt es natürlich. Zugenüge. All die Karzinome mit ihren Metastasen ...

Na ja, Sie wissen schon.

I: Ja, ich weiß ein wenig. Ich möchte gerne verstehen, an welchen Werten Sie sich orientieren, wenn Sie als Ärztin therapeutisch entscheiden.

A: Woran ich mich orientiere. ... Also, ich schau mal, was so meine Aufgabe ist. Tja, erwartet wird natürlich, dass man als Ärztin doch irgendwas tun kann, um die Krankheit zum Stoppen zu kriegen. Ab einem gewissen Zeitpunkt ist das sehr unwahrscheinlich. Darum ist unsere

Arbeit für die meisten unheilbar kranken Patientinnen auch enttäuschend. Eigentlich erst, wenn sie selbst verstanden haben, dass es kein Gesundwerden mehr gibt, dann sind wir wieder nützlich.

I: Was können Sie dann tun?

A: Dann können wir doch sehr viel Linderung erzielen, von Schmerzen und von den ganzen anderen Symptomen. Dann kommt auch die Zuwendung an, die wir geben können. Und besonders auch die Schwestern und Pfleger.

I: Sie sagen, sie können dann wieder etwas für die ganz schwer Kranken tun, wenn sie verstanden haben, dass sie irgendwann sterben müssen?

A: Ja, genau. Vorher ist die ganze Hoffnung auf Gesundwerden gerichtet. Das überdeckt alles andere. Aber das ist natürlich nicht so einfach. Das kann man ihnen ja nicht einfach so sagen. Da würde man ihnen ja alle Hoffnung nehmen. Und das will man ja nicht. Da gibt's ja auch nicht allgemeine Richtlinien.

I: Keine allgemeinen Richtlinien. Meinen Sie für das ärztliche Entscheiden. Oder für das Hoffnung bewahren?

A: Also , sozusagen das ärztlich Ethos, Hippokrates vielleicht, oder ?

Aber am wichtigsten ist doch, wie sich ärztliches Handeln auf Patienten auswirkt, oder? Auch auf deren Gemütsverfassung.

I: Ist darum das Nachdenken über Hoffnung so wichtig?

A: Ja, genau, denn da geht es doch grundsätzlich darum, wie jemand das verkraften kann, wenn er nicht mehr zu heilen ist und bald sterben muß. Und alle anderen auch.

I: Sie haben nun ja offenbar schon etliche Patientinnen erlebt, die wußten, dass ihr Leben nicht mehr lange dauern würde. Haben die ihre Hoffnung verloren?

A: Unterschiedlich. Einige schon. Das verstehe ich auch. Da ist es, als führen sie gegen eine Wand..... Andere eigentlich nicht..

Oft verändert sich das auch. Wenn man mit den Patientinnen in Kontakt bleibt, dann merkt man, wie bei einigen sich die Stimmung mit der Zeit verändert. Dann wird anderes wichtig.

I: Sie sagen, Sie wollen den Patientinnen die Hoffnung nicht nehmen. Was bedeutet Hoffnung für Sie?

A: Oh, das ist schwer zu sagen. Jedenfalls nicht nur Gesundheit. Sondern irgendwie was ganz Umfassendes. Dass man Belastungen aushalten kann, ohne aufgeben zu müssen.

I: Gilt das auch so etwa für die Hoffnung von Patienten?
Und was könnte unheilbar kranken Patienten Hoffnung geben?

A: Dass sie sich nicht allein gelassen fühlen. Wir hier im Krankenhaus und natürlich auch ihre Angehörigen müssen uns für sie und ihre Situation interessieren. Sie müssen wissen, dass wir sie nicht leiden lassen wollen. Dass ihre Angehörigen ihnen eine Freude machen wollen. Also die Beziehungen zu anderen Menschen sind enorm wichtig. Das gibt Rückhalt. Vielleicht, dass sich jemand für ihre Vergangenheit interessiert. Dass sie das Gefühl haben, sie haben an dieser Welt teilgehabt und daß andere mit ihnen darüber sprechen. Dass andere ihren Beitrag zu dieser Welt schätzen. Dass sie als Person wichtig waren und sind. Dass es ihnen körperlich, von ihrem subjektiven Befinden her so gut wie möglich geht. Dass sie so mobil wie möglich sind. Und wenn sie das Bett nicht mehr verlassen können, dass andere dann mit ihnen reden , was so passiert in der Welt. Da fällt mir vieles ein.

I: Und was könnte die Hoffnung der Patienten zerstören?

A: Na, von all dem das Gegenteil. Beziehungsweise... Oft weiß man eigentlich gar nicht, warum die einen leichter Hoffnung bewahren können als andere. Aber wie auch immer, man kann einen solchen Menschen ja nur stützen.

Also eines ist noch wichtig. Ich merke immer wieder, wie abhängig das Lebensgefühl vieler Patienten von der Atmosphäre auf der Station ist. Wenn hier dicke Luft ist, und alle sind ganz mit sich selbst und ihrem Clinch beschäftigt, dann sind die Patienten oft ganz unglücklich.

I: Heißt das, dass die Zusammenarbeit der Mitarbeiter untereinander, ihre Beziehung, wichtig ist für die Hoffnung der Patienten?

A: Ja, ich glaube schon.

I: Was heißt eigentlich Hoffnung für Sie?

A: Dass man nicht aufgibt, die Flinte nicht ins Korn wirft, aus allem das Beste macht. So ein ganz tiefes Durchhaltevermögen

I: Was gibt Ihnen selbst Hoffnung bei ihrer Arbeit.

A: (Sie steicht ihr dunkles kurz geschnittenes Haar hinter's Ohr Denkt nach). ...Och , da können wir gleich bei dem Thema bleiben. Ich fühle mich natürlich auch wesentlich besser und stärker, wenn die Atmosphäre unter uns Mitarbeitern stimmt.

In letzter Zeit ist das manchmal gar nicht mehr so einfach. Denn der Druck durch die Verwaltung in Sachen Dokumentation und der Terz mit den Krankenkassen macht einen ganz schön müde. (Frau N. erzählt ausführlich von Fällen, in denen mehrmals Dokumentationen von der Verwaltung wieder zurückgekommen sind, mit irgend so einer ‚doofen‘ Bemerkung. Und eigentlich kann das einem die Hoffnung bei dieser ohnehin schweren Arbeit ganz schön schwer machen.

Herr H., den Sie ja wohl auch kennen, hat vor einem halben Jahr organisiert, dass wir Ärzte alle gemeinsam einen ‚Wohnraum‘ haben. Ihm ist das ganz wichtig gewesen, dass es ein Wohnraum ist. Dafür hat er aber sein Zimmer hergeben müssen, weil wir sonst nicht genügend Untersuchungszimmer gehabt hätten. Aber irgendwann hatten wir auch Lust, unsere Sachen nicht neben einem gynäkologischen Stuhl zu besprechen.

Wir haben unser Zimmer dann auch bewusst gestaltet.

I: Der Raum ist wirklich außergewöhnlich schön eingerichtet.

A: Ja, die Pflege war uns da eigentlich ganz schön voraus. Die haben sich ihr Dienstzimmer so ganz schön gemacht. Aber jetzt bewundern die unseren Raum und wollen sich ihren auch noch schöner machen.

I: Wenn Sie sich als Kollegen gut untereinander verstehen und auf eine schöne Umgebung achten, dann stärkt das Ihre Hoffnung?

A: Genau, das wollte ich sagen. Obwohl, irgendwie ist das auch andersrum richtig. Weil wir irgendwie Hoffnung haben trotz all dem schweren Kram, darum machen wir es uns schön. Das drückt natürlich auch aus, dass man sich gut le man sich beruflich schätzt. Das ist schon wichtig.

ich privat den Rücken frei habe.

Na ja, und wenn man dann einen Draht bekommt zu Patienten, damit man überhaupt überkriegt, was man an Kompetenzen zu bieten hat.

Also, wenn die Kommunikation funktioniert, dann

ma man da etwas ausrichten kann.

I: Hat Hoffnung für Sie religiöse Bedeutung?

A: Hm. Schwierige Frage. Ich glaube schon. Es hat irgendwie etwas mit

ei man nicht aufgibt, auch

wenn alles eher schlimm ist. Aber woher das kommt...

Ob man das selber so hinkriegt, weil man das will, sich nicht unterkriegen lassen, meine ich?

Muß ich erstmal drüber nachdenken.

I: Sie meinen, ob man selbst etwas dafür

tun Spannende Frage.

Wenn Ihnen eine Antwort eingefallen ist, lassen Sie es mich wissen. Obwohl, wenn ich Sie hier erlebe, das strahlt sehr viel Positives aus, der Raum, wie Sie miteinander umgehen.

Meinen Sie, das hat etwas damit zu tun, ob man selber beteiligt daran ist, wieviel Hoffnung wachsen kann?

A: Einen bestimmten Geist, eine bestimmte Atmosphäre schaffen vielleicht ...

(Schaut mich an. Wir lächeln beide)

I: Diese Art Grundeinstellung, von der Sie gesprochen haben, ist die auch wichtig für Ihre Arbeit.

A. Natürlich. Ohne die könnten wir das hier doch gar nicht. Aber es ist irgendwie nicht bewußt.

Sie si

Überraschungsgespräch eingelassen haben.

A: Ich bedanke mich. War ein wichtiges Thema. Was einen so bestimmt bei dem, was man so macht. Da wären bestimmt auch noch mehr bereit, mit ihnen zu reden. Auch von den Schwestern.

I: Ja, ich hätte wohl Lust, mit ihren Kollegen auch noch zu reden. Aber jetzt will ich los.

Vielen Dank noch mal. Und grüßen Sie Herrn H. noch

einm

er Sie mir vermittelt hat.

Tschüß.

Interview. Dr. H, 8/99

1

Interview h8

8/99

Dr. H.

38 Jahre

Oberarzt in der gynäkologischen Abteilung eines Krankenhauses der Maximalversorgung

Dauer: ca. 45 Minuten

A = Arzt

I = Interviewerin

Die Interviewerin hatte Herrn Dr. H., den sie von einer früheren Tätigkeit in seinem Krankenhaus kannte, eine Woche vorher angerufen und ihn um ein Interview gebeten. Er wußte, dass es im weitesten Sinne um die Frage moralischer Orientierungen von Klinikmitarbeitern in schwierigen Krankheitssituationen gehen sollte. Er sagte zu, und sie schickte ihm vor dem Gespräch die Fallbeispiele. Das Gespräch findet im Arztzimmer der Oberärzte und Stationsärzte seiner Station statt. Das Zimmer ist sehr gemütlich eingerichtet. Es gibt schöne Jawlenski-Drucke an den Wänden. An einer Wand hängt ein Korkbrett. Daran sind neben Notizen und Zeitungsartikeln auch Fotos von einem Stationsfest. Nachdem er die Interviewerin begrüßt hat („Lange nicht gesehen“) und er beide mit Kaffee versorgt hat, geht Dr. H. gleich auf die Fallbeispiele ein.

A: Solche Geschichten, wie in den Beispielen sind hier natürlich an der Tagesordnung. (Zählt einiges auf.) Eine Geschichte haben wir da gerade ... Frau H, 38 Jahre alt, 3 kleine Kinder, hat mit Mammakarzinom angefangen. Inzwischen ist sie durchmetastasiert. Sie kriegt wieder, zum vierten Mal, eine Chemotherapie. Sie hat so ziemlich alles hinter sich gebracht, therapeutisch meine ich, was man so machen kann. Und ich glaube, sie denkt auch immer noch, dass sie es schaffen könnte. Aber irgendwann bald kommt der Tag, an dem sie gar nicht mehr kann. Man ist da total hilflos. Keiner will ihr sozusagen überbraten, dass sie aufhören soll mit der Therapie. Und ich will in das Zimmer auch am liebsten gar nicht mehr rein. Und dann sieht man die Kinder und fühlt sich total schlecht. Ja, so ist das dann.

I: Ich habe den Eindruck, dass das Sie jeden Tag ziemlich viel Kraft kostet. Wie sieht überhaupt Ihre Arbeit mit diesen schwerstkranken Patientinnen aus?

Interview. Dr. H, 8/99

2

Was für Werte und Kriterien helfen Ihnen, wenn Sie überlegen, welche Therapie für so eine Patientin sinnvoll ist?

A: Die Schwerstkranken, die sind sozusagen extra. - Wir haben hier auch ganz 'normale' Patientinnen (macht die Geste von Anführungszeichen), Frauen wo wir rauskriegen, was sie haben und denen wir auch helfen können. Mit einigen geht man sehr mit, mit anderen weniger. Aber am Schluß ist man in den normalen Fällen doch froh, dass irgendwas zu machen war.

Die Schwerstkranken, die kosten einen besonders viel Kraft, viel mehr als die andern Patienten. Aber wir reden eigentlich nicht viel darüber. Wir reden auch nicht darüber, wie wir da entscheiden. Jeder hat da so seine Erfahrungen. Schlimm ist es, daß man nie das Gefühl hat, wirklich helfen zu können. Man ist dann zwar der Doktor, aber man selbst fühlt sich ziemlich mies.

I: Welche Rolle hat Ihrer Meinung nach ein Arzt in so einem Fall.

A: Na ja, eigentlich die, alles auszuschöpfen, was machbar ist, um das Leben zu verlängern. Damit kommen die Patienten auch zu uns. Aber irgendwann kommt dann natürlich auch die Frage: Ist das jetzt noch sinnvoll? Aber man will einem Patienten ja auch nicht die Hoffnung nehmen.

I: Dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen. Das ist ja wohl eine Devise, die allgemein gilt im Krankenhaus, wenn ein Patient unheilbar krank ist. Orientieren Sie sich gewissermaßen an diesem Leitsatz, wenn Sie überlegen, wie Sie so eine unheilbar kranke Patientin behandeln sollen?

A: Ja, irgendwie unausgesprochen schon. ... Also, z.B. bei der Aufklärung, wenn eine Frau eine wirklich schwere Diagnose hat, ... ich denke, man sollte einer Patientin schon darüber die Wahrheit sagen, was mit ihr ist. Aber das tut natürlich niemand gerne. Das steht einem dann richtig bevor, wenn man so eine Hiobsbotschaft hat für jemanden. Und wenn man das dann irgendwann mitgeteilt hat, dann wird jede Visite zur Qual. Einerseits hofft man, dass die Patientin alles verstanden hat und auch nichts mehr fragt. Andererseits hofft man, dass sie

Interview. Dr. H, 8/99

3

nicht alle Hoffnung verloren hat. Sonst kann man ihr ja irgendwie gar nicht mehr in die Augen schauen.

I: Worüber reden Sie denn dann mit der Patientin, z.B. bei der Visite?

A: Na ja, man spricht schon über die Diagnose. Und wie es heute gerade so ist.

Man ist immer froh, wenn die Patientin bei der Visite ein konkretes Problem anmeldet, über das man reden kann. Oft merkt man, dass die Patientin selber froh ist, wenn sie was Konkretes fragen kann. Manchmal sind es Zahnschmerzen oder so.

Dann braucht man wenigstens nicht über den Stand der Krankheit zu reden oder über die Zukunft oder so. Ich bin auch froh, wenn ich ein bißchen mit der Patientin flaxen kann. Wenn sie ganz deprimiert ist, ist es sehr schwer.

Dass es keine Perspektive mehr gibt, das ist schwer. Das macht einen total hilflos.

I: Man soll dem Patienten die Hoffnung nicht nehmen, so sagen Krankenhausmitarbeiter oft. Was verstehen Sie unter Hoffnung?

A: Also, die Patienten hoffen natürlich, dass man immer noch irgendwas weiß, dass es immer noch irgendwas gibt, wie man ihnen helfen kann. So nach dem Motto: 'Wenn ich noch 'ne Zeit lang durchhalte, dann ist was Neues erfunden. Und das ist dann meine Rettung.' Und ehrlich gesagt, das hoffe ich natürlich auch. Wenn wir auch realistischer sind. Aber das hat es ja in der Medizingeschichte immer wieder gegeben, gerade im letzten Jahrhundert. An bestimmten Infektionskrankheiten zu erkranken war lebensgefährlich. Und dann gab es plötzlich Antibiotika und außerdem Impfstoffe. Und die Lebensgefahr war vorbei.

(Dr. H. sieht die Interviewerin an und sagt) Na ja, ich weiß schon. Es gibt Situationen, da müssen wir nicht drumherum reden. Da sind alle Möglichkeiten ausgeschöpft....Tja und dann. Hoffnung. Was ist dann Hoffnung? Ich glaube, dann müssen wir gut nachdenken, was dann einem Menschen Hoffnung machen könnte.

Also Schmerzen sind wichtig. „Werde ich schlimme Schmerzen haben, Herr Dr.?“, das fragt mich eigentlich jede Patientin, der ich sagen muß, dass wir am Ende sind mit unseren Möglichkeiten, sie gesund zu machen.

Interview. Dr. H, 8/99

4

I: Und was können Sie ihr dann antworten?

A: Ich sage ihr dann, dass wir tun werden, was immer wir können, um das zu vermeiden. – Das ist wohl auch sehr wichtig, daß die Frauen das Gefühl haben, wir lassen sie nicht im Stich.

I: Nicht im Stich gelassen werden, das könnte ja auch etwas mit Hoffnung zu tun haben. - Gibt es Ihrer Meinung nach noch eine andere Hoffnung als die, gesund zu werden?

A: Also ... das Schlimme ist ja, daß das ist, wie wenn man in ein Loch fällt. Man hat wohl das Gefühl: Das war's also. Ich stelle mir vor ... irgendwie, als ob es plötzlich alles sinnlos ist, wenn man weiß, da gibt's gar keine Zukunft. Und irgendwie leben wir doch alle, als ob es immer noch nach vorne geht. Außer wenn wir total fertig sind und nur noch Ruhe haben wollen.

Plötzlich kann man gar nicht mehr weitergehen. Das ist doch furchtbar.

I: Ist das dann vielleicht so, als wäre einem der Weg abgeschnitten?

A: Ja, irgendwie so. Man ist immer gegangen, durchs ganze Leben. Schöne und schwere Wege, und plötzlich ist man dann vielleicht wie eingesperrt.

I: Das heißt, wenn man nicht mehr nach vorne gehen kann, wenn auch nur mit den Gedanken, dann wird man hoffnungslos.

A: Also, wenn ich mal so zurückdenke, dann bin ich immer wieder dann aus einem Loch aufgetaucht, wenn ich Ideen hatte, was wohl noch so werden könnte.

Und dann habe ich gedacht: Früher hab ich doch auch die Kurve gekriegt.

Irgendwo wirds schon hingehen. Und dann hab ich mir vorgestellt, wie mein Leben war, als ich klar gekommen bin, und das hat dann eigentlich ganz gut geholfen.

I: Wenn ich das richtig verstehe, dann haben Ihnen Erinnerungen daran geholfen, wie Sie früher mit einer Krise fertig geworden sind.

A: Ja. Ob das auch hilft, wenn man das Gefühl hat, vor dem endgültigen Abgrund zu stehen?

Wie sollte es dann denn noch weitergehen?

Ich bin nicht gläubig. Ich glaube, dann ist wirklich Schluß und Ende. Manchmal hilft es den Leuten ja auch, wenn sie sich vorstellen, dass ihre Kinder

weite die mit ihrer Zukunft
gut zurechtkommen.

Meine Frau ist schwanger. Und manchmal

unser Kind was weiterträgt.

Das macht mir Hoffnung. Und

unser Kind mal eine Welt vorfindet, in der es sich leben läßt..

I: Was gibt Ihnen selbst Hoffnung bei Ihrer Arbeit?

A: Wenn ich merke, wir kommen irgendwo ein kleines Stück weiter. Irgendein Medikament greift.

Zukunft ist, oder?

man nicht festsetzt,
das ist wichtig.

Ab ich mit einem

Kollegen immer besser verstehe. Oder wir kriegen ein organisatorisches Problem in den Griff. Oder meine Arbeit wird

anerkann zu Hause alles läuft.

Sonst kommt man morgens gleich erledigt an.

Ja, so was macht mir Hoffnung. Und dann gehe ich natürlich auch anders mit Patienten um.

Dann kann ich auch mehr ab. Und ich kann mich besser hineindenken.

Wahrscheinlich strahle ich dann auch mehr aus. Das überträgt sich manchmal.

Letztlich ist es ein Patient

Hoffnung hat.

Interview. Dr. H, 8/99

6

Das ist nochmal eine andere Hoffnung als auf Gesundwerden. Ich ... mir fehlen die Worte ...

diese Hoffnung darüber hinausgeht,
wie es mit der Krankheit weitergeht?

A: Ja, es hat irgendwie mit dem ganzen Leben zu tun. Überhaupt mit dem Leben.
... (denkt nach). Genauer kann ich es im Augenblick nicht sagen.

I: Sie haben gesagt: „Ich bin nicht gläubig. Für mich ist mit dem Sterben endgültig Schluß.“
So haben Sie glaube ich, gesagt.
Ich frage Sie trotzdem: Hat Hoffnung für Sie auch eine religiöse Bedeutung?

I. Hm. - Ja, unbedingt. Nur eben nicht für mich selbst.

Ich d

sie da erwartet und
aufgefangen werden. Das finde ich auch eine ganz tolle Vorstellung. Nur ich selbst kann das
leider nicht glauben. Obwohl dann sicher vieles einfacher wäre. Und wenn ich mir da hier so
einen Kollegen anschau (ich will ja keine Namen nennen) , dann ist der doch der Zynismus
in Person. Also das ginge dann doch gar nicht, wenn man wüßte, nach dem Tod ginge alles
weiter. Dann bekäme doch wahrscheinlich auch alles einen anderen Sinn.

Eines ist mir jedenfalls klar: Wo immer diese kranken Frauen hier hingehen. Sie gehen
gelassener, wenn sie hier mit uns gute Erfahrungen machen. Da kann eine Eheprobleme
haben oder was weiß i wir
gut mit ihr umgehen, dann ist sie viel stärker , auch in ihrer Krankheit, und auch, wenn's ans
Sterben geht. Also religiöse Hoffnung hat auf alle Fälle was mit dem zu tun, welche
Erfahrungen jemand macht.

Das wäre für mich auch wichtig.

Zumindes nach dem Tod

keine schlimmen Sachen mehr kommen.

(Schweigen)

Also da haben wir ja ganz schön rummeditiert , was?

Interview. Dr. H, 8/99

7

(Die Tür des Zimmers geht auf. Ein andere Ärztin der Station, die

, kommt herein. „Ich muß mal eben

an meine

Tasche“, sag

. Sie ist Pastorin und hat hier mal gearbeitet. Frau

N.

hr

näch

„Was

„Na ja, eigentlich gar

nichts. Aber Sie können einen schon ganz schön was fragen.

Wie isses, K.? Machst Du auch mit? Laßt euch ruhig Zeit. Ich mach das da draußen schon
inzwischen.“

drückt lächelnd fest die Hand.

Frau N.: „Worum geht es denn überhaupt?“

Interview g7

7/99

Hebamme Frau S. E.

35 Jahre

Leitende Hebamme

Dauer: ca. 30 Minuten

I= Interviewerin

H= Hebamme

und Frau E. treffen sich im Dienstzimmer der Hebammen.

Ein kleiner Tisch mit Wachstuchdecke und Stühle mit Chrombeinen. Es ist ordentlich, aber nicht heimelig.

Frau E. begrüßt die Interviewerin sehr freundlich. Das Interview verläuft ungestört.

Herr Dr. C. hat Sie mir ja schon angekündigt. Ich finde es toll, dass Sie mich auch fragen.

I: Haben Sie die Fallbeispiele bekommen?

H: Ja. Ich habe sie auch gleich gelesen.

I: Das sind ja etwas andere Fälle, als Sie sie erleben.

H: Ja, ich denke die sind am ehesten vergleichbar mit den Fällen, wo Eltern zu uns kommen, deren Kind schon vor der Geburt tot ist.

I: Wie ist das dann?

H: Wenn Frauen mit dem Verdacht zu uns kommen, dass ihr Kind tot ist, dann wecken wir hier keine falschen Hoffnungen mehr. Wir machen dann einen Ultraschall. Und dann schauen wir uns den gemeinsam mit der Frau oder den Eltern an. Dann sehen sie ja selbst, was los ist. Die Frauenärzte, die einweisen, die schicken die Frauen oft mit einer unklaren Auskunft los: „Da könnte was nicht stimmen. Aber gehen Sie mal ins Krankenhaus! Die haben da viel bessere

Geräte.“ Dann haben wir hier den schwarzen Peter. Die Frauen spüren das irgendwie, dass sie hingehalten werden. Aber natürlich haben sie bis zum Schluß die Hoffnung, dass ihr Kind noch lebt.

I: Ich kann mir vorstellen, dass das dann für die Eltern einen großen Schock bedeutet, zu wissen, dass das Kind tot ist. Stürzen da nicht viele in ein großes Loch? Und in so einer Situation ein Kind gebären müssen!

H: Ja. Das erfordert dann viel Kraft und Tapferkeit, das Kind zu gebären. Dabei sollte die Frau auf keinen Fall alleine gelassen werden.

(H. Erzählt von einigen Situationen, die sie erlebt hat und wie sie dazu gekommen ist, an der Gestaltung dieser schwierigen Situationen zu arbeiten.)

I: Wie schöpfen Eltern nach einer so schlimmen Erfahrung wieder Hoffnung?

H: Das beginnt damit, daß sie Abschied von dem toten Kind nehmen. Früher ließ man das Kind ja einfach verschwinden. Man tat so, als hätte es das Kind gar nicht gegeben.

I: Wie schrecklich. Die Frauen, die Eltern sind niedergeschlagen und traurig. Aber der Grund für die Traurigkeit wird verleugnet.

H: Ja, so ist das.

Also die Hoffnung beginnt eigentlich bei den meisten mit dem Abschied. Sie beginnt damit, dass die Eltern erleben, dass sie nicht alleine gelassen werden.

Wir haben ja hier im Haus eine Gruppe für Eltern tot geborener Kinder. Da sind auch Leute dabei, bei denen es schon eine Zeitlang her ist, dass sie ein totgeborenes Kind hatten. Die sind für die anderen sehr wichtig, weil sie erzählen können, wie ihr Leben weitergegangen ist. Das macht den anderen auch Hoffnung, dass man das schaffen kann.

Wir haben da ganz tolle Frauen, die die Frauen besuchen, wenn die nach so einer Entbindung eines toten Kindes hier liegen. Die können die Frauen in ihrer Not verstehen. Und sie können auch praktische Ratschläge geben, was jetzt alles zu bedenken ist.

Die Eltern stehen ja vor vielen Problemen. Und sie sind sehr gefordert, wie sie mit der Situation umgehen sollen. Am liebsten würden sie sich nur verkriechen. Aber wenn die Frau das erste Mal wieder einkaufen geht, dann fragt bestimmt jemand:

„Ah, es ist also soweit. Was ist es denn, ein Mädchen oder ein Junge?“ Und dann muß die Frau antworten: „Mein Kind ist tot.“ Sie wird dann wahrscheinlich oft erleben, dass die anderen sprachlos sind, und sie dann die Initiative ergreifen muß, um aus der Verlegenheit der Situation herauszukommen. Das fordert sehr. Das fordert aber auch heraus. Und gerade das macht offenbar auch Hoffnung.

I: Nicht alleine sein. Das miteinander Teilen. Offenheit, Sehen, das andere die Situation geschafft haben, gefordert sein. Das, sagen Sie, macht Hoffnung.

Vorher haben Sie betont, Sie wollten den Eltern keine falsche Hoffnung machen.

Wissen Sie das alles aus Ihrem eigenen Leben?

H: Natürlich. Das sind Dinge, die überall gelten. Wenn man vor einer schlimmen Sache davonläuft, dann wird man nie im Leben mit ihr klar kommen.

Ich war als junges Mädchen sehr krank.

Ich hatte Leukämie. Und wenn ich das damals verdrängt hätte, dann hätte ich niemals die Kraft gefunden, die scheußliche Therapie durchzuhalten.

Ich habe mit dem Tod gerechnet. Und ich habe mich sehr früh davon verabschieden müssen, unverletzlich zu sein. Alles, was seither in meinem Leben Gutes geschah, habe ich sehr dankbar erlebt. Aber ich weiß auch, dass das alles nur vorläufig ist.

Außerdem hatte ich damals meine Eltern und Freunde, mit denen ich alles teilen konnte. Die waren einfach da. Das ist heute auch noch wichtig für mich, dass ich das, was mir wichtig ist, teilen kann und das, was mir Kummer macht.

Das ist auch wichtig hier. Wissen Sie, das war ja gar nicht immer selbstverständlich, dass so eine Todegeburt offen geschehen durfte. Früher wurde das alles tabuisiert.

Was meinen Sie, wie wir angegriffen wurden, als wir das ändern wollten! Ohne dass wir zusammengehalten hätten, hätten wir das nicht durchgestanden.

Offenheit ist sehr wichtig, um Hoffnung zu haben.

Ich muß allerdings auch sagen, dass die Menschen da sehr verschieden sind. Die einen fassen relativ bald wieder Lebensmut. Die anderen kommen und kommen nicht aus ihrer Niedergeschlagenheit heraus. Woran das liegt, weiß ich natürlich nicht.

Vielleicht hat es biographische Gründe.

Manchmal spürt man auch, dass jemand durch seinen Glauben Halt hat. Manchmal aber hat das auch gar keine Auswirkung in so einer Situation, ob eine Frau gläubig ist oder nicht.

I: Sie haben den Glauben angesprochen. Hat Hoffnung für Sie eine religiöse Bedeutung?

H: Ja, unbedingt. Für mich liegt alle Hoffnung im Glauben begründet. Dass ich getragen werde. Auch nach dem Tode. Aber ich glaube auch, daß Gott durch all die Menschen wirkt, die mit ihrer Gemeinschaft andere Menschen stützen.

Ich bin Baptistin. Für unsere Kirche hat die Gemeinschaft eine ganz große Bedeutung. Da liegt auch der Grund für Hoffnung. Dass man nämlich getragen wird, wenn man nicht mehr weiter kann.

(Frau E. sagt wichtige Worte mit ganz leiser freundlicher Stimme. Keine Spur von Predigt.)

I: Können Sie sagen, was dies getragen werden für Ihre Arbeit bedeutet?

H: Natürlich. Ich muß ja auch andere mittragen. Sich dem Tod und dem Leid aussetzen und die Menschen ans Leben binden, da muß man schon selber getragen sein.

I: Ich danke Ihnen dafür, dass Sie mir das alles erzählt haben. Jetzt mache ich mich auf den Heimweg. Ich wünsche Ihnen, dass Sie noch vielen Eltern hier den Weg durch so eine schwierige Erfahrung erleichtern können. Auf Wiedersehen.

(Die Interviewerin mustert noch einmal den nicht unfreundlichen aber irgendwie etwas kargen Raum und geht.)

Interview f6

5/1999

Dr. S.

48 Jahre

Chefarzt einer Internistischen Abteilung und ärztlicher Direktor

Dauer: ca. eine Stunde

A= Dr. S.

I= Interviewerin

Dr. S. mustert die Interviewerin genau, achtet aber darauf, dass sie es nicht sieht. Er bietet ihr einen Platz in seinem Arbeitszimmer an. Die Atmosphäre ist angenehm. Die Sekretärin fragt freundlich, ob sie Tee haben möchten. Sie holt zwei Becher Tee und verläßt dann den Raum. Dr. S. sichert noch einmal durch ein kurzes Telefonat ab, dass sie für das Interview eine gute Stunde Ruhe haben.

A: (Nimmt Bezug auf die Fallbeispiele, die er vorher bereits gelesen hat.) Das sind ja keine außergewöhnlichen Beispiele. Solche Geschichten kann ich Ihnen jede Menge erzählen. Besonders die dritte Situation, also da hatten wir eine nahezu identische. – Die Frau hatte auch Lungenfibrose, im Endstadium. Eine Transplantation kam gar nicht mehr in Frage. Alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft. Der Mann war auch Doktor. Und die kamen auch nur hierher, weil die Familie die Angst dieser Frau zu Hause alleine nicht mehr aushielt.

Das ist ja auch furchtbar. Das ist ja wohl so das Schrecklichste, was es gibt, wenn ein Mensch so langsam ersticken muß. Und wir haben dann eines Tages gemeinsam besprochen, dass wir sie von jetzt ab sedieren. Der Mann war ja Kollege. Der war auch einverstanden. Dann war ja auch klar, das war der Anfang vom letzten Schritt.

Als die Frau dann sediert war, konnte sie natürlich auch mit ihrer Angst besser umgehen. Und in dem Maße, wie die Luftnot stieg, haben wir höher dosiert. Der Ehemann hat das auch gewollt. – Und die Frau ist dann hier bei uns auf der Station gestorben. – Der Kollege, der Ehemann, hat sich hinterher noch für diese Begleitung seiner Frau hier bei uns bedankt.

I: Welche Werte und Standpunkte helfen Ihnen in solch schwierigen Situationen, zu Entscheidungen zu kommen?

A: Eine gute Frage.

Ich bin ja hier Chefarzt. Somit bin ich etwas mehr entfernt von der alltäglichen Medizin. 50% meiner Arbeit sind dann eben Verwaltungsarbeit. Die verbleibenden 50% gliedern sich nocheinmal in 25% personelle Probleme und 25% Medizin. Da sind allerdings die Schwerstkranken überpräsentiert. Da bin ich dann schon gefragt, welche diagnostischen und therapeutischen Optionen es gibt. Die anderen erwarten meine Meinung in kritischen Entscheidungssituationen. Ich muß ihnen den Rücken stärken.

I: Wie geschieht das, dass Sie Ihren Kollegen den Rücken stärken?

A: Das findet zum Beispiel während der Visite statt. Die Visite hat ja zwei Teile: Vor der Tür des Patienten, wo man sich über den Krankheitsfall schon mal austauscht. Und dann am Bett des Patienten.

Ich würde mir wünschen, dass das Pflegepersonal sich auch einbringt. Die brauchen noch mehr Selbstbewußtsein. Dazu brauchen sie Anregung. Wenn man nämlich fragt, dann kommt eine ganze Menge.

I: Wenn Sie sagen, die anderen erwarten Ihre Meinung in kritischen Entscheidungssituationen, nach welchen Kriterien entscheiden Sie denn?

A: Ich bin kein religiöser Mensch. Aber mir bedeuten humanistische Werte etwas. Würde, Ehrlichkeit, Offenheit, Toleranz ...Und ich denke, die müssen doch auch mit Religion vereinbar sein.

A: Wie sind Sie zu den humanistischen Werten gekommen, die Ihre Entscheidungen lenken?

A: Wie bin ich zu meinen Werten gekommen?

Über gemeinsame Reflexion, über Erfahrung und viele Gespräche.

Ich habe meine moralischen Regeln von zuhause mitbekommen. So, wie ich das als Kind bei meinen Eltern erlebt habe, so hat mich das für mein Leben geprägt. Mein Wertesystem ist dann natürlich im Laufe meines Lebens auch noch gewachsen. Man hat dann ja auch Vorbilder.

Und man will ja auch selber für die Jüngeren Vorbild sein. Prestige ersetzt kein Wertesystem. Gespräche sind weiterhin sehr wichtig. Gemeinsamer Austausch schützt auch.

...

Also so eine Art Wertesystem, das ich heute habe...:

Eine Regel würde sein. 1. Mache dir als erstes klar, was der Patient sich für sich selbst wünscht!

2. Stell dir im Zweifelsfall vor, ob du einen nahen Angehörigen auf diese Weise behandelt und versorgt haben möchtest.

3. Hab Mut , ... zu eigener Hilflosigkeit und Begrenztheit zu stehen. Vertraue auf die Selbstheilungskräfte eines Systems.

Dann ist es wichtig, die richtige Formulierung zu finden und die Beziehung zu dem Patienten mit einzubeziehen.

I: Sie kennen vielleicht die Devise „Man darf einem Patienten die Hoffnung nicht nehmen.“ Wie denken Sie darüber?

A: Das ist für mich nicht nachvollziehbar. Wenn eine Situation medizinisch ausgereizt ist, dann finde ich es richtig, das dem Patienten auch zu sagen. Natürlich nicht einfach so ohne Kommentar. Es ist wichtig, mit dem Patienten im Gespräch zu bleiben. Vielleicht kann man ja sagen: „Ich mache mir Gedanken, was Sie jetzt wohl noch so alles sagen wollen.“

Aber neulich, da hatte ich so eine Patientin, wo medizinisch wirklich alles ausgereizt war, und ich habe mit ihr darüber gesprochen, was jetzt wohl noch zu tun sei. Sie hat darauf nicht reagiert und wollte im Krankenhaus bleiben. Der Mann war Grieche, aber so ein richtiger, Anthony Quinn müssen Sie sich vorstellen. Der hat zu mir gesagt:“ Sie nehmen meiner Frau die Hoffnung.“

Aber das ist doch unmenschlich! Ich selber habe nicht den Funken Hoffnung, und dann ...

I: Dann können Sie einem Patienten auch keine Hoffnung machen?

A: Genau. Hoffnung gibt es nicht auf Rezept. Das ist nicht Hoffnung. Hoffnung auf Überleben kann man nicht machen, wenn es gar nicht stimmt. Aber Hoffnung auf ein würdiges, beschwerdearmes Sterben.

In dieser ganzen Hoffnungsdiskussion ist soviel Unaufrichtigkeit.

Dieses ganze Gerede über unerwartete Remissionen ist lächerlich.

Entweder wurde da eine Prognose erzwungen, und dann war das eben ein Irrtum....

Ich würde in dem Zusammenhang auch nicht von Hoffnung reden, sondern von Perspektive oder Ziel.

I: Wenn Sie in dem Zusammenhang lieber von Perspektive oder Ziel reden würden, was ist dann Ihrer Meinung nach Hoffnung?

(Die Sekretärin kommt rein. „Wollen Sie noch eine Tasse Tee?“

A: „Aber immer“. Wartet mit dem Sprechen, bis die Sekretärin draußen ist.

Ein Wunsch, eine kindliche Haltung, Hoffnung auf einen Ausgang halt, an dem ich realiter Zweifel habe.

(Wird rot) Das, was ich in meiner Medizin erfahren habe, ist: Hoffnung in einer eindeutig negativen Situation aussprechen ist unärztlich.

...

Ich habe von den in den Gaskammern diejenigen, die angeblich einen festen Glauben hatten, an ein späteres Leben nach dem Tod zum Beispiel, sich völlig anders verhalten haben als die, die keine Hoffnung hatten. Haben sich fallen lassen, haben aufgegeben. Ob das Prinzip Hoffnung zum Überleben dient, ... ich weiß nicht.

I: Votieren Sie für eine Gegenwartsorientierung, dafür, das Leben ernst zu nehmen?

A: Es muß auch Leben ohne Hoffnung lebenswert sein. Es muß auch vorstellbar sein.

I: Würde das in medizinisch ausweglosen Situationen für einen konsequenten Therapieverzicht sprechen?

Sie Therapieverzicht meinen. Bei Therapieverzicht, da hör ich auf. Aber es ist auch nicht ein Schalter ja ...nein, sondern Therapieverzicht besteht aus diversen Einzelentscheidungen. Was Sie meinen, ist adjuvante Therapie, und das ist durchaus legitim.

Wenn eine Frau mit Bronchialkarzinom trotzdem einen Therapiewunsch hat, dann gibt man ihr eben eine Therapie ohne zu schaden. Das würde dann eben doch was helfen, psychisch

meine ich. Wenn jemand das braucht, dann muß man das auch ernst nehmen. Wenn jemand

I: Auch wenn es eine religiöse Hoffnung ist?

A. Na, das habe ich doch wohl

g

die Welt besser werden

soll.

I: Beeinflußt Sie diese Überzeugung bei Ihrer Arbeit?

A: Natürlich. Ich habe doch meine Vorstellung, wie alles ein sollte. -

(A Erzählt noch einmal eine lange Geschichte von einem Patienten, der jahrelang

Asbestplatten geschnitten hatte. Als er seine Diagnose ‚Krebs‘ bekam, sagte er: “Ich habe
das j

ich mal Krebs kriegen

würde. Aber er hat immer wieder erwartet, daß die Ärzte sein Leben doch noch retten

könnten, obwohl der Krebs längst zu weit fortgeschritten war.)

ichtigste für eine Arzt, finde ich

Die Interviewerin erinnert sich nicht mehr genau an den Schluß des Gespräches. Verspricht,
über die Ergebnisse der Interviews zu informieren. Der Abschied ist höflich und freundlich.

Interview e5

Januar 1999

Prof. Dr. R.

58 Jahre

Chefarzt einer Abteilung für Herzchirurgie

Dauer: ca. 40 Minuten

A= Professor R.

I= Interviewerin

Die Interviewerin wartet am Ende eines Krankenhausflures auf Professor R.. Pünktlich zur verabredeten Zeit kommt er den Gang entlang. Er kommt direkt aus dem OP führt sie in sein Zimmer, nickt einmal der Sekretärin (wirkt gereizt) im Vorzimmer zu und schlägt vor, „unverzüglich in medias res“ zu gehen. Sie setzen sich einander gegenüber.

A betont zuerst, daß solche Situationen, wie bei den Fallbeispielen, in denen es keine Auswege gibt, und die lange durchgehalten werden müssen, auf seiner Station nicht gibt.

A: Wenn wir 1100 Patienten im Jahr operieren, dann haben wir nur 10% Mortalität-. Das hat nichts mit Ehrgeiz, Eitelkeit oder Nicht-Zulassen zu tun. Sondern wir sind eben eine Abteilung, wo wenig gestorben wird. Deshalb kommen die Patienten ja auch hierher, damit ihnen geholfen wird. Das ist ja schließlich unser Qualitätsmerkmal. – Wir können es uns gar nicht leisten, Patienten aufzunehmen, die keine Chance haben.

Ja, von Ihren Fallbeispielen paßt natürlich am besten das mit der Lungenfibrose.

Wenn man chirurgisch nichts unternimmt, ist die Patientin mit Sicherheit verloren.

Auch den Druck kennen wir ja hier.

Hier haben wir ja akute lebensbedrohliche Herzstörungen aller Art. Das Herz funktioniert nicht mehr. Und wir sind für die Patienten die letzte Hoffnung.

Dem müssen wir auch gerecht werden.

I: Wie können Sie in so bedrückenden Situationen entscheiden, ob Sie operieren oder nicht? Nach welchen Werten orientieren Sie sich da?

A: Ja, das ist eine wichtige Frage. Denn meine Rolle ist hier natürlich nicht nur die eines Arztes. Wir haben hier phantastische Kollegen, die alle meisterhaft operieren können. Aber ich bin hier Chefarzt. Wenn bei uns in der Abteilung ein Fehler passiert, dann ist das unser Versagen. Und wir müssen dafür gerade stehen. Wenn ich einen Fehler mache, dann habe ich

die Verantwortung. Ich bin für den Laden hier verantwortlich. Ich bin verantwortlich dafür, daß Jeder, der hierher kommt, präzise angeschaut wird, und dass nichts versäumt wird, um ihm zu helfen. Ich bin dann natürlich auch derjenige, der das Urteil fällt: Den operieren wir und den nicht. Das ist dann natürlich sehr hart. Aber wir können natürlich nur die operieren, die einen guten Allgemeinzustand haben.

I: Was geschieht mit den anderen?

A: Na, die müssen sich wohl oder übel mit ihrer Situation abfinden. Aber dafür sind wir nicht zuständig. Die landen dann eben auf irgendeiner internistischen Station.

Das ist für die Kollegen da sicher nicht einfach. Das wäre jedenfalls keine Arbeit für mich.

I: Wer redet mit den Patienten, für die eine Operation nicht mehr infrage kommt?

A: Das machen wir Ärzte natürlich.

I: Ich stelle mir vor, dass das eine schwierige Aufgabe ist. Werden bestimmte Kollegen dafür vorbereitet?

A: Also ich persönlich profitiere davon, dass ich mit meiner Frau darüber reden kann. Sie ist Analytikerin und hat mit solchen Dingen Erfahrung. ... (Prof. R. redet längere Zeit weiter über das Thema, dass eigentlich jeder Mediziner ein gewisses Maß an psychoanalytischer Ausbildung haben müßte. Er läßt sich nicht unterbrechen.)

I: Wenn ich das richtig verstanden habe, dann findet, schon bevor die Patienten hier aufgenommen werden, eine Auswahl statt.

A: Genau. Und zwar zum einen nach körperlichen Gesichtspunkten. Zum anderen nach dem geistigen Zustand, den ein Patient hat. Wenn einer sich gehen läßt und hier so als Jammerlappen erscheint, dann hat das alles sowieso keinen Zweck. Wenn einer keine Hoffnung hat, dann operier' ich ihn nicht. Denn dann hat er auch nicht die Kraft, die OP und den ganzen Heilungsprozess durchzustehen. Dem Patienten geht es ja nicht gleich gut nach der OP.

Wir muten ihm ja was zu. Und er braucht alle Kraft, um diese Krisensituation überwinden zu können. – Es gibt zwei Gesichtspunkte. Ich frage gezielt nach, wie seine Lebensumstände sind.

Ob er gern lebt, ob er in einer Partnerschaft lebt, ob er Freunde hat, ob er Hobbies hat u.s.w. Ich verwende große Sorgfalt auf diese Gespräche, weil ich weiß, wie wichtig das ist. Und ich halte auch gar nichts davon, jemandem etwas vorzumachen. Das tun ja wohl die Onkologen zum Teil. Und ich bin damit nicht einverstanden. Ich halte das nicht für richtig. Die Situation muß schon ehrlich geklärt sein.

Wenn jemand hoffnungslos ist, dann operieren wir ihn gar nicht. Der hat nämlich sowieso keine guten Chancen. Wir sind darauf angewiesen, dass unsere Patienten Hoffnung haben. Allerdings, es ist auch schon mal vorgekommen, da haben die Cardiologen mir einen Patienten vorgestellt, der sagte mir: „Ich kann so nicht mehr leben.“

Das ist auch furchtbar, wissen Sie. Die kriegen ja kaum noch Luft. Manche wollen auch so ein Leben unbedingt. - Aber wenn jemand mir sagt: “Ich kann so nicht mehr leben. Bitte operieren Sie mich!“ Dann operiere ich ihn, auch wenn er eine schlechte Prognose hat. Entweder er schafft es, oder er stirbt.

I: Wenn einer keine Hoffnung hat, sagen Sie. Worauf hoffen denn Ihrer Meinung nach Ihre Patienten?

A. Das einzige, worauf Menschen hoffen, wenn sie hierher kommen, ist, dass sie nicht sterben müssen. Und das ist auch meine Hoffnung, daß hier keiner sterben muß. Und dafür setze ich alle meine Kraft ein. Verstehen Sie, das macht das Image dieser Abteilung aus. Was meinen Sie, wie die Presse über uns herfallen würde, wenn hier Patienten sterben würden!

I: Was gibt Ihrer Meinung nach den Patienten, die, wie Sie sagen Hoffnung haben, eben diese Hoffnung?

A: Dass ihnen gesagt wird: Du schaffst das schon.

I: Und was könnte ihre Hoffnung zerstören?

A: Wenn irgendeiner aus seiner Familie oder von seinen Freunden dumm rumredet, ihm seine Hoffnung mies macht. Oder wenn wir nicht glaubwürdig sind.

I: Was gibt Ihnen selbst Hoffnung bei Ihrer Arbeit?

A: Wenn man mich machen läßt und nicht lauter Steine in den Weg legt in Form von überflüssiger Verwaltungsarbeit. (Er erzählt von ärgerlichen Interventionen der Verwaltung in seiner Abteilung, die letztlich verhindern, dass gute Medizin gemacht würde.) Und deshalb kommen die Patienten ja schließlich hierher.

Und wenn die jungen Kollegen hier was lernen. Wenn die hinter mir stehen.

I: Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

A. Ja, wahrscheinlich schon. Sicherlich nicht so naiv. Das hat bestimmt auch eine große Bedeutung für viele Menschen, wahrscheinlich auch für mich. Darüber denke ich aber dann doch eher in meinem Privatleben nach.

I: Und hat das dann auch eine Bedeutung für Ihre Arbeit?

A: Ach nein, das sind dann doch wohl verschiedene Dinge.

I: Herr Prof. R., ich danke Ihnen für dieses Gespräch.

A: Sehr gerne. Ich hoffe, ich konnte Ihnen nützen.

(Er begleitet die Interviewerin noch höflich hinaus und wendet sich dann sofort in barschem Ton an sie Sekretärin.)

Interview d4

3/99 Dr. G.

45 Jahre

zur Hälfte niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin

zur Hälfte Belegarzt Innere Medizin

Dauer: ca. 1 Stunde

A:=Dr. G.

I:=Interviewerin

Die Atmosphäre ist sehr locker und freundlich.

Dr.

G's Sprechzimm Es hat an technischer Ausstattung nur einen Computer und hat bei aller Neutralität überhaupt nichts Nüchternes, sondern strahlt auf eine Weise, die mir nicht klar wird, etwas Warmes und Lebendiges aus. Herr G. ist Ostfrieze, mal ganz trocken, mal emotional sehr engagiert. Nachdem er die Fallbeispiele durchgelesen hat, fängt er sofort sehr lebhaft an zu reden.

A: Das sind solche Fälle, da darf man eines bestimmt nicht tun: Den Patienten die Hoffnung nehmen. Und alles, was man sich überlegt, was richtig ist und gut, muß von diesem Gedanken ausgehen.

I: Oh. Da sind wir ja sofort bei einem ganz wichtigen Thema. (Die Interviewerin hätte diese Direktheit, auf das von ihr gewünschte Thema zu sprechen zu kommen, nicht erwartet. Nach einer kleinen Atempause fragt sie:) Wie macht man das denn in solchen Situationen, daß man den Patienten die Hoffnung nicht nimmt?

A: Man darf einem Menschen nicht sagen: „Jetzt ist es mit dir vorbei“. Es ist wichtig, die Leute zum Weitermachen zu motivieren, dass es eine weitere Behandlung geben kann. Dazu gehört, dass man mit Schmerzmitteln nicht so sparsam umgehen darf, wie es hier in Deutschland üblich ist. Die Leute müssen doch irgendwie mit ihrer Situation fertig werden.

Man muß schon immer vermitteln, dass man auf der Grenze zwischen gut und böse ist.

Aber man darf den Patienten niemals fallenlassen.

Jemandem sagen: „Sie haben Krebs. Machen sie jetzt eine Weltreise!“, davon halte ich gar nichts. Wenn jemand schwer krank ist, dann hat es doch keinen Sinn, einfach aus dem normalen Leben rauszuspringen. Der Tod gehört doch zum Leben. Warum soll jemand denn die letzte Phase seines Lebens ganz anders leben als sein ganzes Leben vorher?

Mit den Angehörigen muß man offen reden, damit wichtige Dinge geregelt werden können, damit die Finanzen klargemacht werden. Wenn nämlich Trauernde auch noch ins wirtschaftliche Chaos kommen, das ist furchtbar. Und so was muß rechtzeitig passieren. Dann muß man den Angehörigen sagen: „Ihr Vater, (oder: Ihr Mann) ist schwer krank und es kann sein, dass er irgendwann nicht mehr in der Lage ist, dass er Dinge regeln kann. Deshalb ist es besser, das so bald wie möglich zu machen. Ich habe das alles schon für meine Familie geregelt. Mein Steuerberater hat für alles eine Vollmacht. Wenn mir mal etwas zustößt. Oder meiner Frau und mir zusammen, dass wenigstens die finanziellen Dinge für die drei Kinder geregelt sind.“

I: Sie haben gesagt, etwas solle man nicht tun: Nämlich dem Patienten die Hoffnung nehmen. Was bewahrt denn einem unheilbar kranken Menschen die Hoffnung?

A: Das Leben ist das Wichtigste, auf das man hoffen kann. Natürlich. Aber dann ... Wenn er nicht alleine gelassen wird. Wenn die Menschen, die bisher mit ihm zu tun hatten, in seiner Nähe bleiben und, wenn es geht, so weitermachen, wie bisher.

Auch der Arzt darf nicht weggehen. Sondern sein Platz ist an der Seite und im Gegenüber des Patienten. Immerhin hat er doch gerade jetzt soviel an Hilfe anzubieten.

Auch für die Angehörigen. Wenn er nicht weggeht, kann das dem Patienten unheimlich viel Hoffnung geben.

Aber wissen Sie, darüber denke ich immer mal wieder nach. Manche Patienten verlieren viel schneller die Hoffnung als andere. Manchmal hängt das ja vielleicht mit der Lebenserfahrung zusammen. Manchmal kann man aber überhaupt nicht sehen, wieso das so ist. Das ist irgendwie ein Geheimnis. Deshalb kann man wohl auch letztlich nicht sagen, dass jemand doch die Hoffnung nicht aufgeben soll. Denn ... man kann Hoffnung wohl nicht machen. Es ist irgendwie eine ...

I: Gnade?

A: (Lacht ein bisschen.) Ja, das könnte man wohl so nennen. Aber das ist ja wohl eher Ihr Ressort. Jedenfalls ist es so, dass man manchmal von der Hoffnung anderer mitgetragen werden muss.

I: Was gibt Ihnen selbst Hoffnung bei Ihrer Arbeit? Oder ich könnte auch fragen, was hilft Ihnen denn, dabei zu bleiben, wenn jemand unheilbar krank ist?

A: Also wissen sie, wir haben im Augenblick die Situation, dass ich mehrere Anträge an die Krankenkasse stellen muß, um zu begründen, warum ein Patient im Endstadium seiner Krankheit einen Toilettenstuhl braucht. So was kann einen hoffnungslos machen. Wenn dafür mehr Einsicht und Vernunft da wäre, dann gäbe es mehr Freiraum für Gespräche mit Patienten zum Beispiel, auch mehr Freizeit für die Familie, nebenbei gesagt. Das könnte einem wiederum Hoffnung geben, dass unsere Gesellschaft nicht so bl.. also entwicklungsfähig wäre. Es kann doch nicht sein, daß kluge Leute nicht begreifen, wie wir mit den Schwachen n unserer Gesellschaft umgehen müssen, oder? Da kann man ja manchmal verzweifeln. Wir denken nach über Globalisierung, über Gentechnik und alles mögliche und streiten über die Finanzierung eines Toilettenstuhls. Da liegen Gründe von Demotivation, dass man die Hoffnung verliert. Das merken dann Patienten doch auch. Dass sie um das Elementarste kämpfen müssen. Nur hat man dann, wenn man schwerkrank ist, doch gar keine Kraft dazu. Das ist doch menschenunwürdig.

Das ist wichtiger als all diese Überlegungen, ob man einem Patienten die Wahrheit sagen darf oder nicht.

Das wissen die Patienten doch meistens sehr genau, wie krank sie sind. Die sind doch nicht blöd. Und wenn die zehnmal so tun, als ob sie nichts verstünden. Das ist doch auch auf jeden Fall sicherer. Aber als Arzt braucht man dieses Theater doch nicht mitzuspielen. Man kann sich doch ganz konsequent verhalten.

I: Also meinen Sie, wenn ein Patient Chemotherapie bekommt und sich ganz schlecht fühlt, dass

der dann weiß, dass er Krebs hat. Und wenn das schon lange geht, dann weiß er doch wahrscheinlich auch, dass er wohl sterben wird ...

A: Genau, der weiß das. Das muß ich dem nicht sagen. Es wäre idiotisch, jemanden zu belügen. Aber sagen muß ich das nicht extra. Wenn ein Mensch sterben muß, dann weiß er das auch.- Und trotzdem hofft er immer noch auf ein bißchen Leben. Und außerdem: Krebs, was heißt das schon! Es gibt so viele unterschiedliche Arten von Tumoren. Ich weiß auch nicht, wie genau die Krankheit verlaufen wird. Manche Patienten haben soviel Energie, dass die noch lange mir einer bösartigen Krankheit leben. Gestern war ein Mann bei mir. Der hatte vor 16 Jahren einen bösartigen Nierentumor. Stellen sie sich mal vor, man hätte dem vor 16 Jahren gesagt: „Wahrscheinlich müssen sie daran sterben.“ Der hätte jahrelang womöglich auf seinen Tod gewartet! Jetzt, nach so langer Zeit, hat er eine Metastase. Man weiß eben nie, wie die Dinge sich entwickeln.

In der Klinik erlebt man einen ziemlich kurzen Zeitraum mit den Patienten, aber als Hausarzt sieht man, dass manche Geschichten sich ganz anders entwickeln, als man erwartet hatte. – Und wenn jemand dann tatsächlich sterben muß, dann hat es doch auch keinen Sinn, dauernd davon zu reden. Dann ist es Zeit, den Patienten an die Hand zu nehmen und zu sagen: „Komm, ich geh mit dir so weit ich kann.“

I: Was bedeutet das?

A: Das bedeutet zum Beispiel: Dem Patienten soviel Morphium geben, wie er braucht, um die Situation aushalten zu können. Ich bin in der Dosierung nicht ängstlich. Ich finde, das ist das Mindeste, was ein Arzt für seine Patienten noch tun kann. Ich würde das ja auch wollen, dass das dann jemand für mich täte. Ich kombiniere das Morphium auch mit Valium und mit geringen Mengen von Antidepressiva, damit die Patienten ein bißchen euphorisiert sind. Ich habe da zum Beispiel gerade zwei junge Mütter, beide mit metastasierendem Mammakarzinom, die eine mit Knochenmetastasen. Die machen mit dieser Medikamentenkombination ihren Haushalt. Die müssen doch nicht stimmungsmäßig am Boden sein. Die sollen ja nicht sagen: Krebs ist toll. Aber warum müssen die denn unbedingt mehr leiden als unbedingt nötig?

I: Wenn Sie sagen „Euphorisieren“ – dann klingt das für meine Ohren mißverständlich. Dann frage ich mich, wer das Leiden nicht aushält, der Patient oder der Doktor.

G: Ich finde, das ist falsch gefragt. Die Patienten wollen mit Sicherheit nicht mehr leiden als nötig. Aber die haben nicht die Möglichkeit, das so weitgehend zu beeinflussen. – Oft sagen mir Patienten: “Geben Sie mir den Fangschuß!“ Dann sage ich: „So etwas gibt es nicht.“ Aber ich stelle ihnen meinen Sachverstand zur Verfügung, um ihnen die Schmerzen zu nehmen, soweit ich kann. – Manchmal, wenn ich sehe, daß ein Patient sich nur noch quält, dann dosiere ich eben so hoch es notwendig ist, damit er keine Schmerzen mehr hat, auch wenn es dann zu Ende geht. Das ist dann schon ein komisches Gefühl, wenn ich die Zimmertür hinter mir zumache. Und ich frage mich: Hast du jemanden umgebracht?- Aber ich habe dann immer eher das Gefühl, jemanden erlöst zu haben. – Wenn ich die Hoffnung aufgeben muß, dann kann ich auch keine Hoffnung mehr weitergeben. Und wenn ich ganz und gar die Hoffnung aufgegeben habe, und sich jemand nur noch quält, dann muß ich auch den Mut haben, das einzugestehen. Aber ich darf mich dann nicht einfach verziehen. Das muß bis zum Ende durchgestanden werden. – Ich habe so eine kleine Handbibel. Da hab ich noch nie was draus vorgelesen. (Die Interviewerin muß wohl interessiert oder erstaunt geschaut haben.)

Ja, hätten Sie wohl nicht erwartet. Da lese ich auch selber wohl nicht oft drin, da haben sie schon recht. – Jedenfalls, die habe ich dann oft so in der Hand, wenn ich in die Wohnung komme von jemand, dem es sehr schlecht geht.

I: Ist das so eine Art Symbol?

A: Könnte man so sagen. Ja.

I: Und wofür steht es?

A: Nu is was anderes dran. – Das irdische Leben geht zu Ende, das irdische. – Opa geht doch nur vor. – Meine Tochter hat zu meiner Schwiegermutter gesagt, als ihr Mann gestorben war. „Du hast doch immer gesagt, du kannst Tante Monika und Tante Trudi nicht mehr besuchen, weil die im Himmel sind. Jetzt ist Opa doch auch im Himmel. Dann kann der die doch besuchen.“ Für die Kinder ist klar, dass menschliches Leben weitergeht, auch wenn das biologische Leben zu Ende ist. Aber das biologische Leben geht eben zu Ende, und der Tod gehört dazu.

I: Wenn Sie über ihre Tochter sprechen, dann geht es dabei ja um Hoffnung nach dem Tode. Worauf kann ein Mensch denn hoffen, wenn sein irdisches Leben zu Ende geht? Würden Sie das anders sagen, als ihre Tochter?

A: Nein, besser als die Kinder kann ich es auch nicht sagen. Ich habe da auch nur die Bilder aus meiner Kindheit. Aber ich glaube auch ganz fest, dass das Leben nach dem Tode weitergeht. Ich weiß nicht, wie. Aber man kann, glaube ich, ganz getrost sein. Da brauchen wir gar nicht irgendwie überheblich –skeptisch sein, nur weil das nicht in unsere vernünftige, technische Landschaft paßt.

I: Sie haben so selbstverständlich von einem Leben nach dem Tode gesprochen, von einer Hoffnung über den Tod hinaus. Ist das dasselbe wie der Gedanke vom ewigen Leben?

A: Also wie in der Kirche geredet wird, z.B. bei Beerdigungen, das ist irgendwie doch formelhaft. Also , ich bin ja dankbar, dass bei Beerdigungen die Pastoren von der Hoffnung auf ein anderes Leben reden. Aber manchmal denke ich: Wie die wohl mit todkranken Patienten reden würden? ... Also es ist doch nicht unwichtig, wie man mit Menschen über ihre Hoffnungen redet, wenn sie noch leben. Und es ist doch auch wichtig, dass die Menschen in ihrem Leben die Hoffnung nicht verlieren.

I: Hat Ihre Überzeugung , dass das Leben über den Tod hinausgeht, Konsequenzen für Ihre Arbeit?

A: Ja, gerade weil das so ist, gibt es ein Leben vor dem Tod.

I: Ja. Das finde ich auch. Herr G., ich freue mich, dass wir über dies Thema miteinander reden konnten.

tauschen noch ein paar persönliche

Nac

.)

Interview c3

3/99

Dr. G.

47 Jahre

zur Hälfte Niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin

zur Hälfte Belegärztin in der Inneren Medizin

Dauer: ca. 1/2 Stunde

A= Ärztin Frau Dr. G.

I= Interviewerin

Das Gespräch findet in Frau Dr. G's Sprechzimmer statt. Die Atmosphäre ist sehr entspannt.

I und Dr. G. Wir kennen sich aus der Klinik.

Seit etwa einem halben Jahr ist Frau G. niedergelassene Ärztin.

I ist neugierig, was Frau Dr. G. sagen wird.

I: Hatten Sie schon Zeit, die Fallbeispiele zu lesen?

A: Ja, ich habe sie eben gelesen. Na ja, aus dem Alltag entnommen, würde ich sagen, besonders die Tumorpatienten. Lungenfibrose ist ja seltener. Aber ich erinnere mich genau an einen jungen Mann aus meiner Klinikzeit, Mitte zwanzig, der dann auch gestorben ist. Luftnot ist ja wohl das Scheußlichste, was man haben kann. Das hat alle Leute in der Klinik sehr bedrückt.

I: Solche Patienten bleiben einem wahrscheinlich im Gedächtnis haften.

A: Ja. Die prägen sich einem ein. Wir haben hier ja eine Menge Kleinzeug: Grippe, Blasenentzündungen, Magenbeschwerden, Impfungen u.s.w., aber die ernsthaften Krankheiten nehmen zu. Da sieht man einen Patienten eine Zeitlang nicht. Und wenn er dann wiederkommt und seine Symptome schildert, dann hat man schon so ein komisches Gefühl. Man schickt ihn weiter, und dann hat er Krebs. Das fordert einen schon, so einen Menschen über Jahre zu begleiten. Da sind so viele Hochs und Tiefs, die durchzustehen sind.

Manchmal kann ich ja helfen, Symptome zu lindern, Schmerzen zu lindern. Aber manchmal guckt man auch nur ganz hilflos zu. Viele Patienten erlebt man ja nicht im Endstadium, weil

sie dann in irgendeiner Klinik sind. Aber wenn Leute zu Hause sterben, dann kümmere ich mich schon weiter um sie.

I: Können Sie benennen, nach welchen Werten sich ihre therapeutischen Entscheidungen in Situationen richten, in denen Tumorpatienten nicht mehr heilbar sind?

A: Ich will niemanden quälen. Es muß gut abgewogen werden, ob eine Therapie wirklich noch genug bringt, ob sie so viel bringt, dass man die Nebenwirkungen in Kauf nehmen sollte. Dabei darf man sich nicht in erster Linie nach den Erwartungen der Patienten richten. Da kommt man nämlich leicht in die Rolle einer Hoffnungsträgerin, der wir doch auch gar nicht gewachsen sein können. Dass ich doch noch etwas weiß, um die Krankheit zum Stoppen zu kriegen

I: Hoffnungsträgerin, sagen sie. Das erinnert mich an die Devise: Man darf einem Patienten die Hoffnung nicht nehmen. Wie stehen Sie zu dieser Devise?

A: Ich möchte einem Patienten nichts vormachen. Wenn ein Mensch bald sterben muß, so sollte man ihm das unbedingt sagen. Es könnte ja noch etwas Wichtiges zu erledigen sein. Aber das mit der Hoffnung ist doch etwas sehr Wichtiges.

Die Patienten haben natürlich Hoffnungen, berechtigte Hoffnungen auch in Bezug auf mich. Dass ich Lösungen weiß für Probleme, die anstehen. Das sind ja zum Teil ganz praktische Fragen im Zusammenhang mit der Krankheit, Alltagsfragen. Sie wollen auch Mut zugesprochen bekommen. „Sie schaffen das schon“. Das heißt ja nicht: „Sie werden die Krankheit überwinden. Sondern das heißt vor allem: Sie werden es schon schaffen, mit dieser Krankheit umzugehen, so schwer es auch ist“.

I: Heißt das, dass es den Patienten Hoffnung macht, wenn sie als Ärztin ihnen in all den Fragen der Krankheitsbewältigung beistehen?

A: Ja, unbedingt, sie brauchen doch jetzt Solidarität. Menschen, die sich mit ihnen verbünden gegen die Krankheit, gegen den Schmerz, gegen die Verzweiflung, gegen die soziale Isolation. Das kann nämlich ganz schnell gehen, dass jemand einsam wird, weil er aussichtslos krank ist. Menschen, die eine gute Beziehung haben zu ihren Angehörigen, kann

man nicht so schnell die Hoffnung nehmen. Aber man kann natürlich kein Beziehungsersatz sein. Trotzdem ist es wichtig, daß man einen guten Draht hat zu seinen Patienten.

I: Kennen Sie noch andere Umstände, die Patienten die Hoffnung nehmen oder im Gegenteil bewahren können?

A. Dass sie nicht in ein gesellschaftliches Ghetto kommen, dass ihre Situation nicht tabuisiert wird. Aber, wissen Sie, manchmal ist es genau anders herum. Nicht der Arzt macht dem Patienten Hoffnung. Sondern der Patient steckt den Arzt an mit seiner Hoffnung, dass das Leben, das ihm bleibt, gut werden wird. Dann gehen einem vielleicht Bilder durch den Kopf davon, was alles noch kommt, das ganze Unappetitliche. Aber trotzdem gibt einem das Hoffnung, wenn der Patient Hoffnung hat.

Man darf natürlich auch nichts vorwegnehmen, was man vielleicht schon weiß oder ahnt. Und manche Leute leben die letzte Zeit so bewußt, dass man weiß, das alles hat einen Sinn. Und man darf natürlich nicht irgendwelche Raster im Kopf haben. Jeder lebt sein Leben anders und auch seine Krankheit.

I: Das finde ich sehr ehrenwert, dass Sie Ihre Patientin nicht mit all dem begegnen wollen, was Sie schon an Belastendem erlebt haben. Aber wo bleiben sie denn selbst damit?

A: Gute Frage. Meine Kinder lenken mich ab. Da ist Leben angesagt und Offenheit für alles, was kommt.

I: Sie haben darüber gesprochen, was Patienten Hoffnung macht oder ihre Hoffnungen zerstört. Was verstehen denn Sie selbst unter Hoffnung?

A: Hm. ... Dass nicht alles festgelegt ist. Dass es Entwicklungen geben kann in dieser Welt, die ich noch nicht weiß. Ich meine, dass wir Menschen das noch einigermaßen hinkriegen mit der Umwelt. Oder, dass Krankheit und Tod nicht nur Sinnloses zum Vorschein kommen lassen sondern auch Dinge klarer werden lassen. Dass doch ein Sinn erkennbar ist in all dem Geschehen. Dass ich meine Kinder nicht in eine sinnlose Welt geboren habe. Ich bin da sehr zurückhaltend. Ich bin auch kein Kirchenmitglied. Aber irgendwo glaube ich doch, dass es eine Macht gibt, die die Dinge in der Hand hält. Sonst könnte ich das hier alles auch gar nicht.

Aber das ist eher alles sehr abstrakt. Nicht der weißbärtige Großvater im Himmel. Viele Patienten glauben das irgendwie auch. Sonst wären sie bestimmt nicht so tapfer.

I: Das heißt, Hoffnung ist für Sie auch etwas Religiöses?

A: Offenbar ja ...

I: Können Sie den Zusammenhang benennen, den das zu Ihrer Arbeit hat?

A: Hm. Ich bin nur ein Teil von der ganzen Geschichte. Aber wenn ich nicht glauben könnte, dass all diese Menschen irgendwo geborgen sind, dann könnte ich wohl nicht... also das ist sehr wichtig für mich...

Eine Sprechstundenhilfe kommt herein und bittet dringlich um Hilfe. Eine Patientin mit einem Asthmaanfall ist von ihrer Tochter gebracht worden. Frau Dr. G. bittet um Abbruch des Gespräches. Sie ist sehr kontrolliert, bekommt aber rote Flecken am Hals. Trotz all der Hektik, die von der Anmeldung herüberkommt, verabschieden sich Dr. G. und die Interviewerin mit einem festen Händedruck.

Interview b2

1/99

Schwester C.

48 Jahre,

Stationsschwester einer gynäkologischen Station in einem städtischen Krankenhaus

Dauer: eine gute Stunde

S= Schwester C.

I= Interviewerin

Schwester C. begrüßt die Interviewerin sehr freundlich und führt sie zu dem Raum, den sie für das Gespräch reserviert hat. Der Raum ist trotz vorheriger nochmaliger Absprache mit dem Stationsarzt und einem an die Tür geklebten Zettel von einem Arzt besetzt worden.

Schwester C. ist enttäuscht und wütend.

I gegenüber ist S die Situation „sehr unangenehm“, wie sie sagt. „Aber das ist mal wieder typisch.“ – „Ja“, sagt I, „jetzt weiß ich, dass ich in einem Krankenhaus bin. Das ist mir natürlich nicht unbekannt“. S und I weichen in ein Behandlungszimmer aus und sitzen eng gedrängt neben einem gynäkologischen Stuhl. Schwester C. holt I ein Glas Apfelsaft.

Als sie wiederkommt, gibt I ihr die Fallbeispiele, die bei dem Versuch, sie ihr vorher zuzuschicken, verloren gegangen waren. Sie liest sie durch und fängt sofort an, zu erzählen.

S: Also uns betrifft hier ja vor allem das erste Beispiel, denn wir sind hier ja eine gynäkologische Station. Das ist so: Die Frauen melden sich hier an, sind vom HAUARZT geschickt. Der hat einen Knoten festgestellt, also ich meine jetzt die Patientinnen mit Mammakarzinom. Wir haben ja alles mögliche – Ovarialkarzinom, Vulvakarzinom – haben wir heute gekriegt.....‘Haben wir heute gekriegt‘ ... Also, sehen Sie, so redet man. Ist doch schlimm.

I: Ja, und ich denke, wenn man sich jedes Mal klarmacht, dass das ja Menschen sind, dann kostet das ganz schön Kraft.

S: Das kann ich Ihnen sagen. Aber es ist nicht richtig, so zu reden.

Also, die kommen hier an und sind unterschiedlich aufgeregt. Wenn dann endgültig heraus ist, dass es bösartig ist, dann verhalten wir uns je nach Untersuchungsergebnis entsprechend. Aber wir sagen auf jeden Fall: „Es ist Krebs, aber wir können Ihnen trotzdem helfen“.

Machmal gehen Patientinnen tatsächlich wieder als geheilt nach Hause. Und es geht ihnen wieder richtig gut.

Aber davon kriegen wir nichts mit, weil wir von denen eigentlich nie eine Rückmeldung kriegen. Wir erleben hauptsächlich die Patientinnen, die wir begleiten von der ersten Phase bis zur letzten. Und das ist dann natürlich eine sehr schwere Zeit. Die Frauen stehen das ganz unterschiedlich durch.

Was die Aufklärung angeht ...

I: Sie kommen gleich auf ganz zentrale Themen zu sprechen. Ich möchte aber gerne zuerst

etwas über Ihre Arbeit mit schwerstkranken Patientinnen erfahren, also was aus Ihrer Perspektive wichtig an dieser Arbeit ist.

S: Ja, natürlich gerne. Sagen Sie mir, was sie von mir wissen wollen!

I: Ich möchte gerne genau verstehen, welches Ihre Arbeit als Schwester im Umgang mit Schwerstkranken ist.

S: Tja, meine Arbeit ... Wir haben hier ja nicht nur ein oder zwei Patientinnen sondern siebenunddreißig, und zwar sehr unterschiedliche. Wie wir mit denen umgehen, das hängt natürlich auch von der Tagesverfassung ab. Und die, die wirklich schwer krank sind, mit denen wollen wir ja auch kein Mitleid haben, also ich meine, dass wir die dann extra bedauern. Sondern wir wollen zu denen ja genauso lustig sein, wie zu denen, die nicht zum Tode verurteilt sind -, jetzt mal so unter uns gesagt. Wir können ja nicht mit den einen gut gelaunt reden, und dann gehen wir zu einem anderen Bett und sagen (S spricht mit tiefer Grabesstimme) „Frau Müller“.

Die, denen es richtig schlecht geht, die sind auch oft recht verzweifelt. Und dann denke ich, wenn ich die Zeit und Muße hätte, dann würde ich mich schon mal zu denen ans Bett setzen und ihnen zuhören. Andererseits habe ich auch Angst davor, wenn Patientinnen mich fragen: „Was wird denn nun mit mir?“ Ich weiß dann überhaupt nicht, was ich denen antworten soll. Also, die Kranken, die nicht so schwer krank sind, die wollen wir natürlich auch gut pflegen. Aber Kopfschmerzen machen einem doch vor allem die anderen.

I: Was ist für Sie denn das Schwerste am Umgang mit den Schwerstkranken? Und nach welchen Werten orientieren Sie sich da?

S: Na ja, man möchte ja den Patientinnen nicht alle Hoffnung nehmen. Und das sollte man wohl wirklich nicht tun. Aber das macht das Reden mit den Patientinnen sehr schwierig. Wir sollen ja unehrlich sein. (Die Interviewerin stutzt einen Moment, weil sie denkt, sie hat sich verhört. Diese Aussage scheint auf den ersten Blick der Aussage ‚Wir sagen auf jeden Fall: Sie haben Krebs‘ zu widersprechen. Erst dann wird klar, daß die Unehrllichkeit bei dem weiteren Krankheitsverlauf gemeint ist.)

Wir wissen natürlich häufig, wie es um eine Patientin steht, aber wir dürfen es ja nicht sagen. Wissen Sie, es ist ja schon deshalb schwierig, weil manche Frauen zu Anfang natürlich sehr verschlossen sind. Es dauert doch immer seine Zeit, bis man einen Kontakt aufgebaut hat. Vorher kann man einen anderen Menschen doch gar nicht einschätzen.

Manche Frauen wirken sehr deprimiert. Bei anderen, wenn wir die hier so sehen, dann sagen wir: Die macht das ja mit links. Die wirken dann so, als könnten die das toll verkraften. (schweigt einen Augenblick) - Und dann soll man natürlich nicht bremsen. Aber das kann natürlich umschlagen. -

Wir sehen die Patientinnen ja als erste nach der Operation, bevor die Ärzte kommen. Dann kommt bei Patientinnen mit Mammakarzinom als erstes die Frage: „Ist meine Brust abgenommen?“ Das ist schlimm, wenn die sich dann damit auseinandersetzen müssen. Da geht das mit der Hoffnung schon los.

I: Wie meinen Sie das?

S: Ja, da ist schon die Hoffnung bedroht. Denn Brust abnehmen, das bedeutet ja, dass der Tumor ziemlich ausgebreitet war. Außerdem denken viele Frauen, sie seien jetzt gar keine Frau mehr, ja eigentlich gar kein Mensch mehr. Das ist furchtbar, sage ich Ihnen.

I: Das glaube ich. Das geht zentral ans Selbstwertgefühl. –
Im Krankenhaus wird so oft von Hoffnung geredet. Können Sie sagen, was Sie unter Hoffnung verstehen, wenn sie das so sagen?

S.: Ja , erst einmal bedeutet es natürlich die Hoffnung darauf, dass die Krankheit in den Griff zu bekommen ist, dass eine Patientin wieder gesund wird. Aber dann verändert sich die Hoffnung. Und für mich würde es bedeuten, nicht mit so einer Krankheit alleine zu sein. Es würde bedeuten, dass meine Kinder (Die sind jetzt ja schon aus dem Haus. Aber trotzdem.) und mein Mann ohne mich zurecht kämen im Leben. Und ich persönlich glaube daran, dass wir ganz persönlich angenommen werden nach dem Tode.

I: Könnten Sie das auch als einen Satz über Hoffnung sagen, ich meine ist es das, worauf Sie hoffen?

S: Ja, ich hoffe darauf, dass wir von Gott ganz persönlich angenommen werden nach dem Tode.

I: Haben Sie eine Vorstellung davon, wie das sein könnte?

S: Nein. Aber ...

Also, wie ich vorhin geredet habe, das klingt, als würden wir eine Lieferung kriegen. „Wir haben heute ein Ovarialkarzinom gekriegt.“

Aber wissen Sie, es sind so viele Schicksale. Besonders, wenn jüngere Frauen da sind, bewegt uns das sehr. Die haben dann vielleicht noch Kinder. Das ist sehr schwer. Die bleiben uns dann ja auch lange erhalten, erst zur Chemo, dann zu den Check-ups. Wir tun natürlich, was wir können.

Ich habe gemerkt, dass es für die Frauen ganz toll ist, wenn ich mir ihren Namen merke. Und wenn dann eine Patientin kommt und ich sage zu ihr: „Guten Tag, Frau Schulze.“ Dann sagt sie: „Oh, Sie wissen sogar noch, wer ich bin.“

Sie weiß ja nicht, warum ich mir den Namen gemerkt habe. Dass ich bei der Anmeldung gedacht habe: Na die ist auch schlecht dran. Deswegen freut die sich dann einfach. (Wird sehr nachdenklich.)

I: Das kann ich mir vorstellen. Das ist ja auch ganz toll, wenn man bei einer solch unangenehmen Sache so persönlich angedredet wird, da fühlt man sich bei all dem besser aufgehoben, auch wenn bei Ihnen noch ganz andre Sorgen und Gedanken ablaufen. Das Persönliche scheint Ihnen, auch wenn Sie sich dabei so Ihre Gedanken machen, sehr wichtig zu sein. Habe ich Sie richtig verstanden, dass das was damit zu tun hat, wieviel Hoffnung eine Patientin haben kann?

S: Ja, persönlich aufgehoben. Das meinte ich vorhin. Hoffnung darauf, dass man sich aufgehoben fühlen kann. ...

Besonders schlimm ist es auch, wenn jemand sagt: „Schwester C., ich will nicht mehr.“

Manche Frauen sagen das immer wieder. Die sehen einfach überhaupt keinen Sinn mehr in ihrem Leben. Und das kann man auch verstehen. Dann möchte man am liebsten sagen: „Das kann ich verstehen. Machen sie doch Schluß!“

Aber das darf man natürlich nicht.

I: Sie sprechen da das Problem mit dem Sinn und der Beendigung von Leben an. Wieviel Leid ist einem Menschen zuzumuten. Sehr schwierig.

S: Ja, das ist ganz furchtbar. Das kann einen schon selber hoffnungslos machen. - Der Chef sagt schon mal: „Wir sind mit unserer Medizin am Ende. Sie müssen vielleicht sterben.“ Wir hatten einmal ein Ehepaar. Die hatten das angenommen, dass die Frau sterben mußte. Da konnten wir auch alle damit umgehen.

I: Weil keiner mehr das Verdeckungsspiel spielen mußte?

S: Ja, genau. Es war klar. Man konnte offen darüber reden und mußte sich nicht mehr verstellen. Dann konnte ich als Schwester auch Ratschläge geben, wie der Mann dies oder jenes machen sollte.

Da war dann nicht mehr eine so große Beklemmung. Man hat sich viel freier gefühlt. Wir Schwestern haben uns da auch viel besser gefühlt. Weil wir auch wußten, was sozusagen die offizielle Linie war. Tränen gab es auch, aber das ist ja ganz natürlich. Also, da war es irgendwie auch gar nicht so hoffnungslos.

I: Weil es offener war?

S: Ja, und weil das Verhältnis zu der Patientin und ihrem Mann dann so gut war. - Meistens wird aber über den Tod nicht gesprochen. Das liegt aber nicht nur an den Patientinnen.

Ich traue mich oft einfach selber nicht. Zu Anfang sowieso nicht. Da muß man den Frauen jeden Strohalm reichen. Wir können ja auch ganz gut damit umgehen, denn wir haben ja schon ganz schön viel Berufserfahrung. Aber die Schülerinnen sind oft ganz verzweifelt und weinen auch. Sie wissen einfach nicht, wie sie reagieren sollen.

I: Das ist, finde ich eine sehr schwierige Situation. Sie haben als Schwestern ganz oft mit solchen Situationen zu tun, in denen es um Leben und Tod geht. Aber es ist deutlich, dass es sozusagen keine beruflichen Regeln dafür gibt, wie Sie sich dazu verhalten können.

S: Ja, das beschäftigt einen wirklich sehr. Man sollte den Patienten schon sagen, dass sie Krebs haben. Sonst können sie vieles ja auch gar nicht verstehen. Aber je schlechter der Verlauf ist und je weniger die Chancen werden, desto schwieriger wird es. Und ob man so weit gehen sollte, dass man sagt: Wenn diese medizinischen Möglichkeiten ausgereizt sind, dann gibt es keine Alternative mehr, ich weiß nicht. Wie weit soll man einen Patienten hinhalten? - Es ist ja auch schlimm, wenn eine Patientin zusammensackt.

I: Wodurch sackt eine Patientin zusammen?

S: Wenn sie keine Hoffnung mehr hat. Sie fällt dann zusammen und hat gar keine Energien mehr. Man würde ihr dadurch schaden, wenn man ihr alle Hoffnung nähme. Weil man ihr das Leben, das sie noch haben könnte, kaputt machen würde.

So generell kann man das auch nicht sagen.

Manchmal ist eine gelogene günstigere Prognose eine Hilfe. Wenn zum Beispiel ein Kind noch in die Schule geht und eine Mutter will noch drei Jahre durchhalten, dann kann man ihr doch nicht sagen: Das schaffen Sie aber nicht. Vielleicht würde sie es ja doch schaffen. Oder zumindest einen Teil. Man würde doch einer Frau 2 bis 3 Jahre Leben nehmen, wenn man ihr von vorn herein den Mut nähme. Und sie würde in sich zusammensacken.

I: Aber zerreißt Sie das nicht, wenn sie etwas wissen und einem anderen Menschen etwas vorspielen müssen.

S: Doch, das ist schlimm. Aber da muß man sich eben zusammenehmen.

Nur manchmal, da möchte man jemandem ersparen, dass er bis zum Ende durchhalten muß. Wenn ich genau wüßte, von jetzt an kommt nur noch Quälerei, dann würde ich auch gerne Schluß machen wollen.

Andererseits, bei manchen Patientinnen hat eine Negativprognose Energien mobilisiert. Ich erinnere mich zum Beispiel an eine Frau, die noch mit Krücken, sie hatte Knochenmetastasen, mit ihren Kindern nach Frankreich fuhr. Die hat uns alle mitgerissen. Da hat es viele Tränen gegeben, als sie dann schließlich gestorben ist. Aber wenn Menschen so sind, dass sie das Leben nicht meistern, dann darf man ihnen nicht alles sagen, weil sie sonst schneller aufgeben.

I: Sie machen sich ganz ausdrücklich Gedanken darüber, was für eine bestimmte Frau das Richtige ist. Sie haben auch vorhin so eindrücklich davon gesprochen, dass es einer Patientin Geborgenheit gibt, hier auf der Station, wenn Sie ihr persönlich begegnen.

S: Ja, und das stärkt natürlich auch ihre Hoffnung. Aber andererseits sind es so viele, dass man gar nicht jeder Frau gerecht werden kann. Jede ist ja wirklich anders. Außerdem hängt viel vom Umfeld ab, von der Familie, von der beruflichen Orientierung, also wenn die Patientin noch eine Chance hat.

I: Der persönlich Umgang, die Stützen durch die Familie und das soziale Umfeld, das stärkt die Hoffnung einer Patientin, sagen Sie. Was kann denn Hoffnung zerstören?

S: Na ja, wenn man überhaupt keine Perspektive mehr hat. Das ist glaube ich, auch wichtig, wenn man selbst sterben muß, dass man sieht, dass die Menschen, die man liebt, zusammenhalten.

Aber belügen sollte man die Patienten nicht. Also wenn ich an die Mediziner denke, die Patienten sind oft nicht genügend aufgeklärt. Bei der nächsten Visite sag ich dann auch mal vor der Tür: "Sagt mal, was habt ihr der denn nun eigentlich gesagt? Das geht doch so nicht." (S.C. ereifert sich zusehends.)

I: Daran wird anscheinend auch deutlich, dass die Verständigung zwischen Ärzten und Schwestern manchmal nicht klappt.

S: Nee, die klappt nicht. Wir sehen das alles auch häufig anders. Und die Patientinnen fragen nach der Visite häufig: „Wie hat er das denn vorhin gemeint, der Doktor?“ Und dann versuchen wir natürlich zu erklären. Viele Frauen trauen sich bei der Visite nicht nachzufragen. Oder manchmal kommen die konkreten Fragen erst später. Zu uns ist der Abstand ja auch nicht so groß.

I: Hat das auch damit zu tun, ob eine Patientin Hoffnung haben kann, dass sie mit Ihnen offen reden kann?

S: Wenn Sie das so fragen, eigentlich schon. Denn man muß doch auch wissen, welche Information ein Mensch vertragen kann, damit er nicht hoffnungslos wird. Und dafür muß man ihn ja kennen. Und ich denke eigentlich auch, daß die Patienten das merken, wenn zwischen Ärzten und Schwestern vieles nicht klappt.

I: Auch das macht wieder deutlich, wie sehr die persönliche Beziehung wichtig ist, um mit so einer schwierigen Situation wie einer unheilbaren Krankheit umzugehen.

S: Das stimmt. Aber ich denke eigentlich auch, dass die Patienten das merken, wenn zwischen Ärzten und Schwestern vieles nicht klappt. ...

I: Wirkt sich das auf die Atmosphäre aus?

S: Ja, das wirkt sich auf die Atmosphäre aus, auf die Stimmung, es macht so eine Unsicherheit.

Wenn es dann zuende geht, dann ist es wichtig, dass die Frauen so gut wie möglich gepflegt werden. Daß sie Streicheleinheiten bekommen. Dass sie nicht alleine sein müssen. Und dass sie sich jeden Tag etwas wünschen dürfen.

I: Das finde ich einen ganz wundervollen Gedanken: Daß Menschen, die sterben müssen , sich etwas wünschen dürfen.

S: Ja, das würde ich selbst auch wollen. Dann gibt es doch schon wieder ein Morgen. Überhaupt ist es am wichtigsten, einfach da zu sein. Aber eigentlich ist das zeitlich nicht drin, sich einfach so zu einer Patientin ans Bett zu setzen. Also, wenn eine Frau präfinal ist, dann setze ich mich schon manchmal hin. Aber andererseits habe ich auch Angst vor der Situation. Denn die meisten Frauen, besonders die jüngeren, sind noch nicht bereit zu sterben. Sie haben ja eigentlich noch was vor. Das kann man schwer aushalten.

I: Was gibt denn Ihnen bei Ihrer oft so schweren Arbeit Hoffnung?

S: Mir tut es gut, zuhause zu sein. Wir haben hier ein nettes Häuschen mit Garten. Dort fühle ich mich sehr geborgen. Mein Mann hat auch viel Verständnis für meine Arbeit. Hier könnte manchmal einiges besser sein. Also, unser Chef ist schon ganz o.k.. Aber irgendwie klappt doch manches nicht gut.

I: Was klappt nicht so gut?

S: Die Verständigung zwischen Ärzten und Schwestern klappt nicht, nee. Irgendwie hat man immer das Gefühl, die kämen von einem anderen Stern. Und dann fühlt man sich irgendwie zweiter Klasse trotz der langen Berufserfahrung. Das wäre schon wichtig, dass man sich da anerkannter fühlen würde. Dann würde man auch manches wohl noch besser ertragen.

I: Haben sie Vorstellungen davon, wie man das fördern könnte?

S: Ja. Zum Beispiel könnten wir die Dinge, die wir beide besprochen haben, gemeinsam mal besprechen, zwischen Schwestern und Ärzten, meine ich.

I: Können Sie sagen, welche religiöse Bedeutung Hoffnung für Sie hat?

S: Ja, natürlich. Ich habe diesen Beruf ja bewußt gewählt. Außerdem habe ich auch schon einmal in einem christlichen Krankenhaus gearbeitet (guckt mich vielsagend ironisch an) , obwohl ich selbst gar nicht Christin bin. Aber ich kann das nicht so sagen. Also ich habe noch nie darüber geredet. Aber es ist ganz sicher so, dass Hoffnung, die Hoffnung an... das Gute ..., für meine Arbeit wichtig ist, dass ich sie ohne Hoffnung nicht tun könnte. Ich bin eben Krankenschwester und nicht Predigerin.

I: Hm. Also Sie haben mir soviel erzählt über ihre Arbeit. Ich denke, wenn ich Menschen etwas über Hoffnung in der Krankenpflege erzählen sollte, dann könnte ich Sie viel zitieren.

S: Dabei haben wir ganz vieles ja noch gar nicht besprochen. Zum Beispiel, wie das ist mit dem Abtransport, wenn jemand gestorben ist. Dann soll natürlich ein Neuzugang nicht als erstes eine Leiche sehen. Das würde Ihnen doch wahrscheinlich auch sofort die Hoffnung nehmen, oder? Aber andererseits wird die Verstorbene dann einfach heimlich entsorgt. Das hat mit Hoffnung doch auch nicht viel zu tun. Denn wenn wir für jemanden Hoffnung haben könnten, auch im Tode, dann könnten wir ihn doch offen und in Ehren von der Station bringen.

Aber na ja, das ist wohl etwas übertrieben, oder?

I: Ich finde das einen sehr wichtigen Gedanken und überhaupt nicht übertrieben. Schwester C., ich glaube, wir könnten noch tagelang weiterreden. Aber die Zeit, die wir vereinbart hatten, ist längst um.

S: Tatsächlich. Ja. Wissen Sie, das fehlt uns so, dass man mal über all das reden könnte.

S und I beratschlagen, auf welche Weise solche Gespräche für Klinikpersonal zu installieren wären. Schwester C. meint, von der Krankenhausverwaltung sei zu dem Zweck wohl keine Hilfe zu erwarten.

Sie verabschieden sich auf dem Flur

S: Finde ich ja nett, dass Professor C. (ihr Chef) Sie zu mir geschickt hat. Eigentlich wollte er ja auch dabei sein, der Schlawiner.

Interview z5 (31)

3/02

Schwester G.

29 Jahre

stellvertretende Stationsleitung auf einer geriatrischen Station

Dauer: 3/4 Stunden

S= Schwester G.

I= Interviewerin

Anschließend an eine Hospitation der Interviewerin auf der Station folgt ein Interview.

I. Schwester G., ich würde Sie nun gerne noch im Anschluss an das, was ich hier bei Ihnen erlebt habe, einiges fragen. Ich habe Ihnen vorhin die Fallbeispiele gezeigt, die mich beschäftigen. Sehen Sie da irgendwelche Ähnlichkeiten zu dem, was Sie hier tun?

.: Na und ob. Denn die Situation, dass es sehr fraglich ist, was jetzt zu tun ist, die haben wir hier doch täglich. Denn die Patienten sind hier ja alle keine 60 mehr. Da muss man sich schon überlegen, was da dran ist. Die therapeutischen Entscheidungen treffen ja nicht wir, ich meine die Pflege. Aber man macht sich natürlich auch so seine Gedanken. Wissen Sie, hier stellt sich einem ja täglich die Frage, ob das so überhaupt Sinn macht, wie das hier läuft.... Und die Pflege muss sich natürlich auch überlegen, was sinnvoll ist und was nicht. Denn die Patienten haben ja oft mehrere Krankheiten gleichzeitig. Und gesund werden die alle nicht mehr.

I: Also ist es am wichtigsten, was in dieser Situation sinnvoll für ihr Leben ist und was nicht? Ist das er Maßstab für angemessenes Handeln auf Ihrer Station?

S: Genau. Für die Pflege ist es zum Beispiel wichtig, dass wir nichts unterlassen, was den möglichen Therapieerfolg beeinträchtigt. Allerdings gehen manchmal unsere Meinungen darüber, was jetzt noch wichtig ist und was nicht, auseinander. Ist es zum Beispiel im Augenblick wichtig, dass der Patient jeden Tag von Kopf bis Fuß gewaschen wird? Das macht er ja zu Hause auch nicht jeden Tag. Wir können das ja auch, wenn wir ehrlich sind, gar nicht immer bei allen schaffen. Oder wir rennen wirklich nur durch die Zimmer und waschen und machen alles so sauber, wie es geht. Bei dem Personalschlüssel! ... Das ist ja auch wichtig. Aber ob es immer das Wichtigste ist. ... Aber wichtig ist es, dass sich ein Patient über irgendetwas freuen kann jeden Tag. Denn warum soll er denn sonst gesund werden? Die meisten von den alten Menschen hier braucht doch keiner mehr. Die, die Besuch von ihren Angehörigen bekommen, und um die sich Leute kümmern, die haben

meistens auch Freude am Leben. Die anderen erzählen einem jeden Tag, dass sie gar nicht wissen, was das Leben noch soll. Und darauf wissen wir auch keine Antwort.

I: Das ist wahrscheinlich sehr schwierig.

S: Das kann ich Ihnen sagen. Es hat alles überhaupt keinen Sinn mehr. Und wir sollen ihn dann herzaubern. Das kann man manchmal wirklich nur dadurch aushalten, dass man so tut, als wäre gar nichts. Das kann man doch nicht dauernd an sich heranlassen. Das will aber überhaupt niemand wissen. ... Also wenn ein Mensch gar keine Hoffnung mehr hat, dann ist unsere Mühe, die von den Ärzten und auch die von uns Schwestern meistens umsonst.

I: Was gibt denn einem Patienten Hoffnung?

S: Na, was ich schon sagte, dass jemand sich um ihn kümmert. Ehrlich, die könnten doch nur Hoffnung haben, wenn sie noch gebraucht würden. Und das liegt ja wohl auf der Hand, dass in unserer Gesellschaft heut niemand mehr die alten Leute braucht.

Das merkt man ja auch an den Angehörigen. Manche Angehörige gehen ja ganz vernünftig um mit ihrer alten Mutter oder ihrem Onkel oder so. Die wissen, dass er nicht mehr wie ein junger Hupfer werden wird. Und die sind auch ganz zufrieden, wenn es dahin kommt, dass er wieder ein bißchen laufen kann und wieder ein bißchen Spaß am Essen hat. Aber er bleibt eben alt und krank. Da geht das auch einigermaßen zwischen den Angehörigen und uns. Aber manchmal, da haben die Erwartungen..., dass hier ein Wunder geschieht. Aber das können wir hier eben nicht.

Na, manchmal ist z.B. eine alte Frau auch sehr bitter und ungerecht gegenüber den Kindern oder z.B. gegenüber der Nichte, die sich um sie kümmert. Und manchmal, da merkt man auch, dass das immer schon schwierig war in der Familie, besonders wenn sie erst zum Schluss kommen, wenn jemand stirbt. ...

I: Sie haben eben über Hoffnung geredet, und wie wichtig sie ist, damit es jemandem wieder geht. Was verstehen Sie selbst denn unter Hoffnung?

S: Dass man weiß, wozu man lebt und wofür man sich anstrengt.

I: Gilt das auch für Ihre Arbeit hier?

S: Allerdings. Und da spielt die Hoffnung auch eine Rolle. Denn wenn es den Patienten keine Hoffnung gibt, was wir hier tun, dann ist das doch sinnlos. Und dann sind wir selber auch ohne Hoffnung in unserer Arbeit.

I: Was würde einem alten Patienten denn Ihrer Meinung nach Hoffnung geben?

S: Na, dass er ernst genommen würde. Dass man seine Würde achtet. Das gilt immer. ... Bei der Visite komme ich in ein Zimmer. Und da liegt ein alter Mann, hat sich wieder einmal bloß gestrampelt, schaut einen mit glasigen Augen an, hat sich die Windel runtergerissen. Aber manchmal gelingt es mir zu denken: Das ist nicht alles. Dieser war einmal ein junger kräftiger Mann. Die Vorstellung, dass er einmal so enden würde, wäre für ihn unvorstellbar gewesen. Nie wieder können wir ihn zu einem Menschen machen, wie er mal war. Aber wir können ihn waschen und zudecken. All seine Würde hat er jetzt durch uns und unsere Überzeugung, dass er was wert ist. Das ist ja wohl auch in etwa christlich, oder? Aber ich denke, das ist einfach human.

I: Und was könnte Ihrer Meinung nach seine Hoffnung zerstören?

S: Also bestimmt nicht, dass er weiß, dass er nicht mehr so gesund werden kann, wie ein junger Mensch. Die Alten wissen doch, dass sie alt sind. Aber wenn man sie nicht respektiert. Das gilt auch für die, die sterben müssen. Respekt heißt auch Zuwendung natürlich. Es ist nicht das Wichtigste, dass sie mobil sind und so weiter. Das ist unter Rehaaspekten natürlich wichtig. Aber für manche ist Reha einfach nicht mehr dran. ...Also, ich möchte ja nicht hier im Krankenhaus sterben. Aber manchmal und eigentlich ziemlich oft ist das eben so, dass alte Leute im Krankenhaus sterben. Aber wenn ich mir das so vorstelle, da kommt so ein junges Mädchen und möchte über mich bestimmen. Du meine Güte! ...

I: Was gibt Ihnen denn selbst Hoffnung bei Ihrer Arbeit?

S: Wenn es Sinn hätte.

I: Hat das, was Sie hier tun, denn keinen Sinn?

S: Nee, meistens nicht. Jedenfalls nicht so. Es stimmt so einfach vieles nicht. Also manchmal schon. Aber wenn weiter so gespart wird und wir gar nicht wissen, wie alles weitergeht. Wer soll denn da noch Hoffnung haben zum arbeiten?

S: Wenn es darum ginge, dass wir das tun, was dem Patienten jetzt gut tun würde. Und wenn das auch, ich meine wirklich die alten Leute, wenn das auch für die wirklich wichtig wäre. Und wenn das auch anerkannt wäre in der Gesellschaft. Aber da sind wir ja weit davon entfernt.... Alte Menschen, die ja fast alle multimorbide sind, kosten Geld, und da zahlen die Kassen immer weniger. Im Zuge der DRGs müssen wir ja nun auch anders abrechnen. Das meiste Geld kriegen wir für eine ganz bestimmte Gruppe von Patienten. Die müssen dann aber auch das ganze Programm kriegen, auch mit allen Therapien und so. Viele Therapeutenstellen sind aber gestrichen worden. Und darum haben die nur noch die Kapazität für diesen Teil der Patienten, die sozusagen für unsere Abteilung und damit auch für das Krankenhaus lukrativ sind. Alle die anderen alten Patienten bräuchten das auch, Physiotherapie und Ergotherapie usw., damit sie ein bißchen mobil bleiben und ein wenig Körpergefühl behalten. Aber da kriegen wir von den Krankenkassen nicht das Geld dafür. Das ist doch ungerecht. Da kann man für unsere Gesellschaft eigentlich keine Hoffnung mehr haben, wenn sie sich so schlecht um die alten Menschen kümmert. Das sagt ganz schön viel. ... Unsere Arbeit (die Pflege) ist sowieso nichts wert. Bringt kein Geld. Also wenn ich so zur Arbeit fahre, dann möchte ich manchmal wirklich was anderes machen. Und zwar nicht wegen der alten Patienten, die hab ich gern, sondern weil das alles so sinnlos erscheint, dass wir uns um die kümmern. Weil das Ziel, das wir hier verfolgen sollen, oft so an den Patienten vorbei geht. ... Außerdem sind wir oft so etwas wie ein medizinischer Müllablageplatz. Wenn die anderen Abteilungen nichts mehr mit einem Patienten anzufangen wissen, dann kommt er halt zu uns. Aber nicht deshalb, weil die sagen, die haben da Ahnung, was jetzt gut und machbar ist, sondern weil sie sagen, da kann man ja sowieso nichts mehr machen. Schick ihn mal auf die Geriatrie. Das ist für die jungen Ärzte hier auch irgendwie schlimm. ... Und ehrlich, viele von meinen Kolleginnen und Kollegen, die sind nur hier, weil sie woanders keine Stelle kriegen, die wären viel lieber auf der Chirurgie oder so. Wo auch jüngere Leute liegen. In diesem Monat sind schon zwei weggegangen, weil sie woanders eine Stelle gekriegt haben. Man hat so das Gefühl, dass das hier auf der Geriatrie sozusagen überhaupt nichts wert ist.

I: Also Hoffnung würde Ihnen machen, dass Ihre Arbeit etwas wert ist?

S: Ja, so könnte man sagen. Und auch, dass die Patienten etwas wert sind. Dass wir sie ehren bei allem Verfall. Aber all die jungen Menschen hier, für die die alten Patienten hier ja irgendwie nur Abfallprodukte sind, die dann irgendwie möglichst hygienisch entsorgt werden müssen! ... Sie können ja nichts dafür. Sie lernen ja nichts anderes, hier auf der Station nicht, und draußen auch nicht. Aber wissen Sie, das ist doch das A und

O bei meinem Beruf. Als Schwester ist einem die Würde und das Leben es anderen heilig.

I: Hat Hoffnung für Sie auch religiöse Bedeutung?

S. Ich glaube schon. Also, ich will keine falsche Hoffnung. Ich will keine Vertröstungshoffnung. Ich glaube, ich bin Humanistin. Das Wichtigste ist doch, dass wir würdig miteinander umgehen, sonst kann man über Hoffnung für diese Welt ja gar nicht reden. Aber ich glaube, dass das Leben auch weitergeht über den Tod hinaus. Ich weiß nicht, wie ich das sagen soll. Die Menschen müssen ja sterben. Die alten Leute hier sollen ja nicht so weiterleben, mit all ihren Krankheiten, so verwirrt, mit ihren Geschwüren und so weiter. Aber sie sollen auch nicht verloren gehen. Sonst hätte das Leben ja gar keinen Sinn. Na ja.

I: Danke, Schwester G., dass sie mir das alles erzählt haben.

S: Gleichfalls. Das ist schon toll, wenn jemand fragt, was man so denkt und hofft. Sonst fragt eigentlich keiner, was man sinnvoll findet und so. Da fühlt man sich schon was wert. Kommen Sie nochmal wieder?

I: Ich will nächste Woche noch bei Dr. K. bei der Visite mitgehen. Schönen Tag noch. Tschüß.

S: Ok. Tschüß