

Aus dem
Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Cornelius Borck
Betreuer: Prof. Dr. phil. dipl. biol. Christoph Rehmann-Sutter
(Professur für Theorie und Ethik der Biowissenschaften)

**Therapieentscheidungen
älterer Krebspatient:innen
aus pflegerischer und ärztlicher Perspektive.**
Eine vergleichende empirisch-ethische Untersuchung

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Universität zu Lübeck
– Aus der Sektion Medizin –

vorgelegt von Clara Friese
aus Kleve

Lübeck 2021

1. Berichterstatter/Berichterstatterin: Prof. Dr. phil. dipl. biol. Christoph Rehmann-Sutter

2. Berichterstatter/Berichterstatterin: Prof. Dr. rer. nat. Annika Waldmann

Tag der mündlichen Prüfung: 16.12.2021

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 16.12.2021

-Promotionskommission der Sektion Medizin-

Inhalt

Inhalt	3
1 Einleitung	5
1.0 Zusammenfassung	5
1.1 Einleitung und Fragestellung.....	6
1.2 Forschungs- und Sachstand	7
1.3 Projektziele	10
2 Material und Methoden	11
2.1 Hintergrund des Studiendesigns.....	11
2.2 Vorbereitung der Datengewinnung.....	11
a. Stichprobe und Rekrutierung.....	11
b. Interviewleitfaden.....	15
2.3 Datengewinnung	16
2.4 Auswertung der Daten	17
a. Transkription	17
b. Analyse und Theoriebildung	18
3 Auswertung	21
3.1 Leid durch Therapie	21
3.1.1 Theoretische Überlegungen.....	21
3.1.2 „Leid durch Therapie“ in der öffentlichen Debatte	23
3.1.3 „Leid durch Therapie“ in den Interviews mit Pflegenden.....	24
a. Wie stellt sich das Leiden unter der Therapie dar?.....	24
b. Ein Leid antun? Ein Leid auf sich nehmen?	27
c. Leiden unter der Therapie in Abwägung zur Zielsetzung der Therapie	31
d. Zusammenfassung.....	33
3.1.4 „Leid durch Therapie“ in den Interviews mit Ärzt:innen.....	34
a. Wie stellt sich das Leiden der Patient:innen für Ärzt:innen dar?.....	34
b. Patientenwille.....	37
c. Ziel der Therapie.....	38
d. Ergebnis des Vergleichs zwischen Pflegenden und Ärzt:innen.....	39
3.2 Von der Nachricht bis zur Entscheidung	40
3.2.1 Einleitung.....	40
3.2.2 Forschungs- und Sachstand.....	41
3.2.3 Der Entscheidungsfindungsprozess in den Interviews mit Pflegenden	44
a. Setting der Aufklärungsgespräche.....	44
b. Rolle der Pflegenden im Entscheidungsfindungsprozess	51
c. Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	58

d. Exkurs: Personal- und Zeitmangel.....	61
e. Der „optimale“ Entscheidungsfindungsprozess.....	62
3.2.4 Der Entscheidungsfindungsprozess in den Interviews mit Ärzt:innen	64
a. Rolle von Pflegenden aus ärztlicher Sicht.....	64
b. Ergebnis des Vergleichs zwischen Pflegenden und Ärzt:innen.....	69
3.3 Übertherapie	70
3.3.1 Einleitung.....	70
3.3.2 Forschungs- und Sachstand.....	71
3.3.3 „Übertherapie“ in den Interviews mit Pflegenden	72
a. Wie erleben Pflegende Übertherapie?.....	72
b. Warum und wie entsteht Übertherapie?	74
c. Was bedeutet die erlebte Übertherapie für die Pflegenden?.....	81
d. Exkurs: Untertherapie	84
3.3.4 „Übertherapie“ in den Interviews mit Ärzt:innen	87
a. Vergleich mit den von Pflegenden genannten Gründen für Übertherapie	87
b. Ergebnis des Vergleichs zwischen Pflegenden und Ärzt:innen.....	92
4 Diskussion	93
4.1 Chancen und Grenzen der Studie	93
4.2 „Leid durch Therapie“, „Übertherapie“ – ein Unterschied in der Perspektive	94
4.3 Entscheidungsfindungsprozess	96
5 Danksagungen	99
6 Lebenslauf.....	100
7 Literaturverzeichnis.....	101
8 Anhang.....	107
Votum der Ethikkommission.....	107
Informationsmaterial für Studienteilnehmende	108
Transkripte der Interviews.....	110
Interview 1.....	110
Interview 2	116
Interview 3	122
Interview 4.....	128
Interview 5	131
Interview 6	135
Interview 7	140
Interview 8.....	146

1 Einleitung

1.0 Zusammenfassung

In dieser Arbeit sollen mit einem qualitativen Forschungsansatz Therapieentscheidungen von Krebspatient:innen im Alter über siebzig untersucht werden. In der Literatur sind die Gründe für und wider verschiedener Therapieoptionen, aber auch der Prozess der Entscheidung – also beteiligte Personen, zeitliche Abläufe und Kommunikationsstrukturen – relativ wenig untersucht. Daher gilt es, diese Therapieentscheidungen aus verschiedenen Perspektiven genauer zu verstehen. Folgende Fragen stehen im Zentrum: Wie werden Nachrichten im Verlauf der Krebserkrankung übermittelt, wie werden Therapieentscheidungsoptionen abgewogen, welche Parteien sind involviert? Wie werden getroffene Entscheidungen umgesetzt und bewertet? Im Rahmen der DELIVER-Studie, die am Lübecker Institut für Sozialmedizin durchgeführt wird, wurden dazu bereits Interviews mit Patient:innen, Ärzt:innen und Angehörigen geführt. In meiner Arbeit wurden qualitative Tiefeninterviews mit Pflegenden auf onkologischen Stationen geführt. Wir folgten der Hypothese, dass Pflegendende in der zeitintensiven Arbeit mit Patient:innen einen besonderen Einblick in die Situation der Therapieentscheidungen gewinnen und uns so wichtige Informationen zu der hier aufgeworfenen Fragestellung liefern können. Die Pflegenden-Interviews wurden einer qualitativen Analyse im Sinne der Grounded Theory unterzogen. Die Auswertung bildet die Themen ab, die für die Pflegenden im Zusammenhang mit Therapieentscheidungen älterer Krebspatient:innen wichtig wurden. In einem nächsten Schritt wurden die untersuchten Themen mit den mit einem entsprechenden Analyseansatz herausgearbeiteten Ansichten aus zehn Ärzt:innen-Interviews aus der DELIVER-Studie verglichen. Durch diesen Vergleich der Erfahrung und Bewertung der erlebten Entscheidungsfindungssituationen zwischen Pflegenden und Ärzt:innen können wichtige Aspekte kontrastiert dargestellt und umfassender verstanden werden.

Ein zentrales aus den Pflegenden-Interviews emergierendes Motiv war das „Leid durch Therapie“, das die Pflegenden in ihrer Arbeit mit den Patient:innen beobachten. Dieses Leiden zeigt sich für die Pflegenden insbesondere dann, wenn sie den Eindruck gewinnen, die Durchführung der Krebstherapie entspreche nicht dem freien Patientenwillen, oder wenn das Ziel dieser Therapie nicht ersichtlich scheint. Ärzt:innen hingegen beschrieben in den Interviews, der Patientenwille bilde stets die Grundlage einer Therapieentscheidung und auch die Sinnhaftigkeit werde sorgfältig abgewogen.

Um den Prozess, der zu einer solchen Entscheidung führt, nachzuvollziehen zu können, wurde die Rolle der Pflegenden untersucht. Es zeigte sich, dass die Pflegenden – unter anderem durch die Koordination der verschiedenen beteiligten Personen – eine Schnittstelle im Entscheidungsfindungsprozess bilden. Eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit ist für die Pflegenden ein wichtiger Schlüssel zur patientenorientierten Therapieentscheidungsfindung. Aus ärztlicher Sicht wird insbesondere das Erfassen des Zustandes der Patient:innen als Pflegerische Aufgabe gesehen.

Ein weiteres Thema ist, wann und wie die Pflegenden eine Übertherapie erleben. Die Gründe wurden in einem starken Therapiewunsch der Patient:innen, in einer zu positiven Aufklärung durch Arztpersonen, in ökonomischen Interessen, einer übermäßigen Hoffnung von Patient:innen und der Beeinflussung der Entscheidung durch Angehörige gesehen. Auch Ärzt:innen berichten von einer Übertherapie der Patient:innen. Hier unterscheidet sich die ärztliche Sicht vor allem dadurch, dass die ärztliche Aufklärung nicht als Grund für das Entstehen von Übertherapie gesehen wurde.

In der Betrachtung der Therapieentscheidungen älterer Krebspatient:innen konnte nicht nur die wichtige Rolle der Pflegenden dargestellt werden, sondern es zeigten sich zwischen Ärzt:innen und Pflegenden auch Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Bewertung der getroffenen Entscheidungen. Die Ergebnisse können helfen, die Entscheidungsfindungsprozesse im Sinne der Patientenorientiertheit, der Zusammenarbeit der beteiligten Personen und der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden und Ärzt:innen zu verbessern.

1.1 Einleitung und Fragestellung

Bei Krebserkrankungen im fortgeschrittenen Alter kann, wie die Erfahrung und auch die Literatur deutlich zeigen, die Frage auftauchen, welches die richtige Entscheidung ist: Für oder gegen eine Therapie oder auch die Wahl zwischen verschiedenen Therapieoptionen. So stehen verschiedene Therapieoptionen im Raum, die sich – je nach Stadium der Erkrankung – in ihrer Zielsetzung (kurativ oder palliativ) unterscheiden können. Auch die Umsetzung (beispielsweise ambulant oder stationär), die Dauer, die Invasivität und das Nebenwirkungs- und Risikoprofil der verschiedenen Therapieoptionen können variieren. Außerdem muss, insbesondere bei älteren Krebspatient:innen, um die es hier speziell geht, immer auch die Option erwohnen werden, keine Therapie durchzuführen.

Vor dem Hintergrund, dass Studien einen geringeren Anteil an leitliniengerechten Therapien bei älteren Krebspatient:innen (im Vergleich zu jüngeren) in Deutschland (Schulte 2012; Peters et al. 2015) und auch ein schlechteres Outcome für Krebspatient:innen im Alter über siebzig im internationalen Vergleich feststellten (Holleczek und Brenner 2012), gilt es, eben diese Entscheidungen bei Patient:innen über siebzig in Deutschland genauer zu verstehen. Sind diese Unterschiede in der Behandlung der Patient:innen in medizinischen Gründen, wie beispielsweise Komorbiditäten, zu begründen? Gibt es unterschiedliche Gründe, die für oder wider eine Therapieentscheidung abgewogen werden, gibt es Unterschiede in den Versorgungsstrukturen der Patient:innen oder nehmen doch andere, noch nicht ersichtliche Faktoren Einfluss auf diese Entscheidungsfindungssituationen?

Diese medizinische Dissertation steht im Zusammenhang mit der DELIVER-Studie („Determinanten für leitlinieninkongruente Versorgung von älteren Krebspatienten in der GKV“, Leitung Prof. Dr. med. Alexander Katalinic, finanziert vom Innovationsfonds), die sich für die Faktoren und Gründe interessiert, die dazu führen, dass Therapieentscheidungen bei älteren Krebspatient:innen leitlinienkonform oder abweichend getroffen werden. In der DELIVER-Studie wurden zu diesem Thema Interviews mit Patient:innen, Angehörigen und Ärzt:innen geführt, jedoch konnten keine Interviews mit Pflegenden durchgeführt werden. Die Perspektive der Pflegenden ist aber wichtig, um das Phänomen dieser Entscheidungen verstehen zu können. Deshalb fragen wir in dieser Arbeit, wie solche Entscheidungen aus Sicht von Pflegenden getroffen werden, wie sie diese bewerten und wie die interprofessionelle Zusammenarbeit bei diesen Entscheidungen funktioniert. Diese wichtigen Erkenntnisse werden mit Ärzt:innen-Interviews aus der DELIVER-Studie verglichen, um so die untersuchten Phänomene umfassender zu verstehen und die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Wahrnehmung von erlebten Therapieentscheidungen zu entschlüsseln.

Dazu wurden in dieser Studie acht qualitative Tiefeninterviews mit Pflegenden und zehn Interviews mit onkologisch tätigen Ärzt:innen vergleichend analysiert. Die Ärzt:innen-Interviews bieten als Teil der DELIVER-Studie einen Anknüpfungspunkt an das dort formulierte Erkenntnisinteresse und liefern die Perspektive von Ärzt:innen auf Therapieentscheidungen von Krebspatient:innen im Alter, wie sie aus ihrer Sicht getroffen und bewertet werden. Die Pflegenden-Interviews wurden von der Autorin mit Pflegenden aus Lübeck und Umgebung geführt, die in ihrer Arbeit mit onkologischen Entscheidungssituationen in Berührung gekommen sind. Ein halbstrukturierter Fragenkatalog fokussierte auf ihre Erfahrungen und Reflexionen bezüglich Therapieentscheidungen bei älteren Menschen mit Krebserkrankungen. Die themenzentriert und offen geführten Interviews lieferten insbesondere Einblicke in für Pflegende bei diesen Entscheidungen wichtige ethische Aspekte. Die Analyse der Interviewtranskripte erfolgte nach der Methode der Grounded Theory (vgl. S. 18). So wurden nicht Annahmen im Vorhinein antizipiert, sondern durch ein sorgfältiges, am Text orientiertes Auswerten des Gesagten entstanden die hier gewonnenen Ergebnisse aus dem Text heraus. Durch diese ergebnisoffene, explorative Analyse der Interviews wurden diese Themen aufgedeckt, die

für die Pflegenden im besprochenen Szenario relevant waren: Wie funktioniert der Entscheidungsfindungsprozess, welche Parteien sind eingebunden, wie findet Information und Kommunikation statt, welche Konflikte treten auf? Wie erleben Pflegende in ihrem Arbeitsalltag Entscheidungssituationen, wo und wie sind sie in diesen Prozess eingebunden? Wie bewerten sie das, was sie erlebt haben, und entstehen daraus Konfliktsituationen? Inwiefern sich die Erlebniswelt der Pflegenden, der Blick auf die Entscheidungsfindungssituationen und die Bewertung der getroffenen Therapieentscheidungen zwischen Pflegenden und Arztpersonen unterscheiden, wurde dabei in einer vergleichenden Analyse zwischen den hier geführten Pflegenden-Interviews und zehn Interviews mit Ärzt:innen im Rahmen der DELIVER-Studie untersucht. Die Erkenntnisse aus dieser Analyse helfen dabei, auch die Ärzt:innen-Interviews auf solche Aspekte zu untersuchen, die für die Pflegenden im Zusammenhang wichtig werden und so die Phänomene kontrastiert darzustellen.

Die Pflegenden sind bei dieser Fragestellung aber auch für sich als zusätzliche Quelle deshalb so wertvoll, weil sie nicht nur einen Einblick in die Therapieentscheidung, in der sie vielleicht nicht auf den ersten Blick einen Anteil leisten, liefern. Viel mehr lohnt es sich, gerade diesen noch nicht ganz offensichtlichen (weil nicht gut untersuchten) Einfluss der Pflegenden im Entscheidungsprozess zu betrachten. Darüber hinaus lieferten die Interviews einen Einblick in die Bewertungen der getroffenen Therapieentscheidung durch die Pflegenden, die durch ihre besondere Situation in der Betreuung der Patient:innen begründet ist.

1.2 Forschungs- und Sachstand

Unser Szenario – die Entscheidung zwischen möglichen Therapieoptionen bei über 70-Jährigen – stellt eine besondere Herausforderung dar, da alte Menschen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit und Mobilität besonders verletzlich bezüglich ungenügender Kommunikation sein können (Heath und Phair 2009; Stienstra und Chochinov 2012), sowie einen erschwerten Zugang zu Versorgungsangeboten und Informationen über Therapieangebote und Optionen haben können. Die in der Betreuung der Patient:innen involvierten Pflegekräfte können sich durch den regelmäßigen und engen Kontakt zu den Patient:innen ein Bild von der körperlichen und kognitiven Situation der Patient:innen machen und gelangen so auch zu einer Einschätzung der sich hier ergebenden Informations- und Kommunikationsschwierigkeiten. Wie Tariman und Szubski (2015a) fanden, sind sie in diesem Prozess auch eingebunden, um eben diese Schwierigkeiten durch ihre Hilfe auszugleichen. Therapieentscheidungen, die getroffen werden, werden von den Pflegenden ausgeführt. Dadurch haben sie einen direkten Einblick in die Auswirkungen der Therapie, behandeln etwa die Nebenwirkungen, sehen aber durch die tägliche Pflege auch eine Verbesserung oder Verschlechterung des Allgemeinzustands der Patient:innen (Tariman und Szubski 2015a). Die tagtägliche Betreuung von Patient:innen könnte es den Pflegenden zudem erlauben, während des stationären Aufenthaltes die persönlichen Werte und Wünsche der Patient:innen aus einer anderen Perspektive kennen zu lernen, als es zum Beispiel der häufig weniger zeitintensive Umgang der Ärzt:innen mit den Patient:innen ermöglicht. In der Betreuung der Krebspatient:innen bilden die Pflegenden so möglicherweise eine Schnittstelle zwischen Ärzt:in, Patient:in und Angehörigen und nehmen in der Praxis eine entscheidende Rolle ein (Knötken 2018).

Erkenntnisse aus aktuellen Studien zeigen, dass ältere Krebspatient:innen (im Alter von 70+ Jahren), seltener eine leitliniengerechte Therapie, also eine Therapie, die in den Leitlinien der Fachgesellschaften zu der jeweiligen onkologischen Erkrankung empfohlen wird (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2013), erhalten als jüngere. So fanden Peters et al. (2015) für Brustkrebspatientinnen über 70 Jahre eine seltenere Behandlung mit brusterhaltender Therapie, Chemotherapie, Bestrahlung und Trastuzumab als Patientinnen im Alter von 50-69 Jahren. Laut Holleczeck und Brenner (2012) ist in der Gruppe der über 70-Jährigen auch das Outcome, hier gemessen am 5-Jahres-Überleben, im Vergleich mit dem bei Patient:innen in den USA schlechter. Während diese Erkenntnisse eher auf ein Versorgungsproblem im Sinne einer Untertherapie schließen lassen, ist auf der anderen Seite ein weltweites

Zunehmen von Übertherapie zu beobachten, wobei diese insbesondere in einkommensstarken Ländern bereits ein häufiges Phänomen ist (Brownlee et al. 2017).

Als Reaktion darauf ist auch die deutsche Initiative „Klug entscheiden“ der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin einzuordnen, im Rahmen derer Empfehlungen zur Vermeidung von Unter- und Übertherapie formuliert wurden (Hasenfuß et al. 2016). Beispielhaft sei an dieser Stelle die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie genannt, in der dazu aufgefordert wird, mit Krebspatient:innen eine individuell zugeschnittene Therapieentscheidung zu treffen, in der realistische Chancen und Risiken kommuniziert wurden (Krause und Neubauer 2017). Die aktuellen Leitlinien empfehlen außerdem, am Beispiel Brustkrebs, bei älteren Patient:innen bei der Wahl der Therapie „das biologische Alter, Lebenserwartung, Patientenpräferenz und Nutzen-Risiko-Abwägung“ (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe und AWMF 2017a) zu berücksichtigen und außerdem vor Therapiebeginn ein Geriatrisches Assessment zur Einschätzung der „Funktionalitäts-assoziierte[n] Parameter wie Aktivitäten des täglichen Lebens, Mobilität, Kognition, Stürze und Morbiditäts-assoziierte Parameter wie Multimedikation, Ernährung, Fatigue und Zahl der Komorbiditäten“ (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe und AWMF 2017a) durchzuführen.

Der Prozess, der zur Wahl der Therapie führt, und die Faktoren, die darauf Einfluss nehmen, sind in Deutschland weitgehend nicht untersucht. In einem systematischen Review fanden Puts et al. (2015) Gründe, warum ältere Patient:innen die Behandlung ablehnten. Dazu gehörten, neben erwarteten Nebenwirkungen der Therapie, vor allem das Vertrauen in die Empfehlung der Ärzt:innen sowie die Kommunikation der Ärzt:innen mit den Patient:innen. Dies bestätigt die Wichtigkeit der genaueren Betrachtung der Kommunikation im Entscheidungsprozess, die in dieser Arbeit stattfindet. Dabei wird der Entscheidungsprozess auch in seiner Funktionsweise betrachtet: Wie viel Zeit wird ihm eingeräumt, welche Parteien sind involviert, wie funktioniert die Kommunikation, die Informationsweiterleitung usw. Ausgehend von der Annahme, dass nur in einem gut funktionierenden Entscheidungsfindungsprozess sowohl die Gründe, die Patient:innen unberechtigterweise von einer leitliniengerechten Therapie abhielten aber auch die, die zu einer Übertherapie führten, ermittelt und berücksichtigt werden können, wird dieser genau untersucht. Ein nicht gut funktionierender Entscheidungsfindungsprozess scheint hier selbst einen Mangel in der Versorgung der Patient:innen zu bedingen und kann in einer nicht optimalen Entscheidung resultieren (Langewitz et al. 2002).

Die Entscheidungsfindung sieht idealerweise für jeden Patienten/jede Patientin anders aus. So gibt es einen unterschiedlichen Bedarf der Patient:innen an Informationen und auch der Wille, an der Entscheidung teilzuhaben, ist individuell verschieden (Pinquart und Duberstein 2004). Jedoch beschreiben Gironés et al. (2012), dass ein überwiegender Teil der älteren Krebspatient:innen bei der Therapieentscheidung mitbestimmen möchte. Auch in aktuellen Leitlinien wird die Notwendigkeit einer partizipativen Entscheidungsfindung bei Krebstherapien betont (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe und AWMF 2017a).

Die partizipative Entscheidungsfindung zeichnet sich durch eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, durch das Evaluieren des Wunsches der Patient:innen nach Informationen und Mitbestimmung, durch das Ermitteln der Wünsche und Ideen der Patient:innen sowie das Eingehen auf diese aus. Außerdem sollten Ärzt:innen die verschiedenen Handlungsoptionen und deren Evidenzlage aufzeigen um nach einer Besprechung mit den Patient:innen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu entwickeln (Godolphin 2009). Im Umgang der Pflegenden mit den Patient:innen ist mindestens die Informationsübergabe eine Aufgabe, die häufig von den Pflegenden übernommen wird (Tariman und Szubski 2015a). Das International Nurse Council nahm die Gewährleistung in ihren Ethikkodex auf, „dass die pflegebedürftige Person ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.“ (International Council of Nurses 2006). Hier zeigt sich, dass die Entscheidungsfindung nicht allein zwischen Ärzt:in und Patient:in stattfindet, sondern dass auch die Pflegenden einen Einfluss ausüben und Aufgaben der partizipativen Entscheidungsfindung übernehmen (Köpke und Meyer 2010). Bereits 2008 stellte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten eine

mangelhafte interdisziplinäre Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen fest und forderte eine zukünftige bessere Absprache und Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen, Pflegenden und weiteren an der Patientenversorgung beteiligten Berufen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Es stellt sich also hier die Frage, ob ein Konzept, das davon ausgeht, dass die Entscheidung allein zwischen Ärzt:in und Patient:in stattfindet, die Wirklichkeit hinreichend abbildet. Das setzt voraus, dass die Pflegenden keinen wesentlichen Anteil an der Entscheidungsfindung haben. Die Literatur aus den Pflegewissenschaften sowie die Ergebnisse der vorliegenden Studie, die eine Aufschlüsselung der von den Pflegenden in der Entscheidungsfindung tatsächlich übernommenen Aufgaben ermöglichen, zeigen, dass diese Annahme zurückgewiesen werden muss. Ein Modell der Entscheidungsfindung ist ohne den Anteil der Pflegenden unvollständig.

Diese Rolle, die von den Pflegenden in der Entscheidungsfindung bei Krebspatient:innen übernommen wird, wurde von Tariman et al. (2015a) genauer betrachtet: In einem systematischen Literatur-Review wurden 33 Studien auf die Frage hin untersucht, welche Rollen Pflegende bei der Entscheidungsfindung einnehmen. Eingeschlossen wurden dort große, randomisierte Studien wie die von Molassiotis et al. (2009), bei der eine signifikante Verbesserung des Symptom-Managements von Chemotherapie-Patient:innen gezeigt werden konnte, wenn diese zuhause von Pflegekräften betreut wurden. Darüber hinaus wurden auch qualitative Studien, wie die von de Veer et al. (2008) berücksichtigt, bei der 489 Pflegende in den Niederlanden zu ihrem Einfluss auf Entscheidungen am Lebensende befragt wurden. Es zeigte sich, dass der Einfluss von Pflegenden häufig durch Gespräche mit Angehörigen, Patient:innen und Ärzt:innen stattfand. Insgesamt fassten Tariman et al. (2015a) die gefundenen Rollen der Pflegenden im Entscheidungsfindungsprozess in sieben Gruppen zusammen (Patient education; Information giving role; Assessment, monitoring and treatment of side effects; Advocacy role; Psychological support role; Outcome evaluation role, Complex Role). Tariman et al. beschreiben, dass für die Patient:innen und deren Angehörige die Pflegenden eine wichtige Informationsquelle darstellen. Hierbei stellen Pflegende den Patient:innen insbesondere Informationen zur Diagnose, Prognose und zu Therapiemöglichkeiten bereit. Es wird dort außerdem die damit verbundene Schwierigkeit für die Pflegenden, über den Umfang der Informationsweitergabe zu entscheiden, beschrieben. Einige Studien in diesem systematischen Review (Tariman und Szubski 2015a) beschreiben den Einsatz der Pflegenden für die Interessen des Patient:innen – insbesondere für die Selbstbestimmung der Patient:innen in schwierigen Entscheidungssituationen – die somit die Funktion als ‚Anwalt der Patient:innen‘ einnehmen. Andere Studien beschreiben jedoch auch eine Zurückhaltung der Pflegenden, insbesondere wenn es um ethisch schwierige Fragestellungen geht. Die Pflegenden bieten den Patient:innen durch ihre Betreuung auch psychologische Unterstützung an. Als wichtiger Teil hiervon werden vor allem das Zuhören, Reden und Beraten in schwierigen Entscheidungen am Lebensende und in der Krebstherapie beschrieben. Auch im Anschluss an Situationen, in denen die Patient:innen eine schlechte Nachricht erhalten haben, bieten Pflegende psychosoziale Unterstützung (Schildmann und Härlein 2016). Die ‚Complex Role‘, die zu den von Tariman und Szubski beschriebenen Rollen zählt, zeigt jedoch, dass die bereits beschriebenen Kategorien Patientenbildung, Informationsweitergabe, Nebenwirkungsmanagement, Anwaltsposition, Psychologische Unterstützung, und Evaluation des Outcomes nicht alle Facetten abdecken und die Rolle der Pflegenden durch eine Vielzahl an Variablen beeinflusst wird. Dazu zählen unter anderem Beziehungen, Hierarchie, Erfahrung und Verantwortung der Pflegenden (Tariman und Szubski 2015a).

Pflegende und Arztpersonen haben im Entscheidungsfindungsprozess unterschiedliche, ineinandergreifende Aufgaben (McCullough et al. 2009). Das Bewusstsein über die von den Pflegenden übernommenen Rollen in diesem Kontext jedoch ist unter Arztpersonen, Pflegenden und in der medizinischen Fachwelt nicht immer gegeben, was in einer mangelhaften Zusammenarbeit und Betreuung der Patient:innen in Entscheidungsfindungssituationen resultiert (Weber et al. 2005; Schildmann und Härlein 2016). Was aber bedeutet diese Unklarheit für das medizinische Team, das an der Entscheidungsfindung beteiligt ist? An einer deutschen Universitätsklinik wurde gefunden, dass sowohl Ärzt:innen als auch Pflegende in der

Entscheidungsfindung über die Beendigung einer kurativen Therapie am Lebensende Moral Distress erleben. Unter anderem zeigte sich unter den Ärzt:innen vermehrt Moral Distress, wenn Pflegende in den Entscheidungsfindungsprozess involviert waren, während die Pflegenden bei Kommunikationsschwierigkeiten im medizinischen Team ein höheres Moral-Distress-Empfinden zeigten (Mehlis et al. 2018). Eine schlechte Zusammenarbeit von Pflegenden und Assistenzärzt:innen korrelierte auch mit einer verstärkten Wahrnehmung von Übertherapie in diesen beiden Gruppen. Diese empfundene Übertherapie wiederum erhöht bei Pflegenden und Assistenzärzt:innen das Vorkommen von Burnouts sowie die Intention, den Arbeitsplatz zu wechseln (Schwarzkopf et al. 2017). Dies zeigt also die Wichtigkeit einer interprofessionellen Zusammenarbeit in Entscheidungsfindungssituationen an, für die das Bewusstsein über die Aufgaben und die Situation der jeweils anderen die Grundlage bietet (Weber et al. 2005). Der ‚Nationale Krebsplan‘, eine Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, formulierte bereits 2008 Ziele, die der Verbesserung der Krebsfrüherkennung und -versorgung dienen sollen (Bundesministerium für Gesundheit 2017). So wurde zur „Stärkung der Patientenorientierung“ das Ziel formuliert, „kommunikative Kompetenzen im ärztlichen und pflegerischen Beruf“ zu stärken. Die Autoren kommen dabei zu dem Schluss, dass neben der Stärkung kommunikativer Kompetenzen von Ärzt:innen und Pflegenden insbesondere auch in der Diagnosemitteilung und bei Therapieziel-Anpassungen die interprofessionelle Kommunikation entscheidend sei. Diese führe nicht nur zu einer besseren Versorgungsqualität für die Patient:innen, sondern schone auch Ressourcen und führe zu einer höheren Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden (Jünger und Doll 2016).

1.3 Projektziele

Um besser zu verstehen, wie Therapieentscheidungen bei älteren Krebspatient:innen in einer interprofessionellen ethischen Perspektive zu beurteilen sind, sollen in dieser Studie qualitative Interviews geführt und phänomenologisch analysiert werden. Insbesondere soll es darum gehen, die Herausforderungen dieser Entscheidungen sowohl aus pflegerischer als auch aus ärztlicher Perspektive darzustellen und miteinander zu vergleichen. Die in dieser Studie untersuchten Interviews verhalfen uns zu Erkenntnissen über die Besonderheiten und Schwierigkeiten von Entscheidungsfindungsprozessen bei älteren Krebspatient:innen. Ein wichtiges Erkenntnisinteresse war, die Gründe, die insbesondere bei der gewählten Patientengruppe bei der Therapieentscheidung wichtig werden, zu ermitteln. Da bisher, wie gezeigt wurde, kaum Studien zur Perspektive der Pflegenden auf Therapieentscheidungen und -ausführung vorliegen, wurden die qualitativen Tiefeninterviews themenzentriert aber offen geführt, um (wie bei einer Fishing Expedition) Aspekte aufzudecken, die für die Pflegenden in diesem Szenario relevant werden. Die Perspektive der Pflegenden zeigte, dass es in solchen Entscheidungsfindungssituationen nicht nur die bei einzelnen Patient:innen relevant werdenden Gründe für oder wider eine Therapie sind, die dabei helfen, die Entscheidungsfindung zu verstehen. Vielmehr konnte die Perspektive der Pflege, verstärkt durch den Vergleich mit Ärzt:innen-Interviews, helfen, den Stellenwert, den Einfluss und die Involvierung der Pflegenden in diesen Prozess der Entscheidungsfindung bei älteren Krebspatient:innen, sowie das Miteinander der beteiligten Personen besser zu verstehen. Dieses bessere Verstehen des Entscheidungsfindungsprozesses soll Probleme, aber auch Ressourcen, aufzeigen und einen Beitrag zu einer besseren Versorgung älterer Krebspatient:innen und zur interdisziplinären Zusammenarbeit während der Entscheidungsfindung leisten. Darüber hinaus können in den Interviews Bewertungen der erlebten Therapieentscheidungen erkannt werden, die mögliche Probleme in solchen Entscheidungssituationen aufdecken aufzeigen. Die vergleichende Analyse mit den Ärzt:innen-Interviews soll Unterschiede und Gemeinsamkeiten in diesen Bewertungen. Die so gewonnenen Erkenntnisse können wiederum dabei helfen, Entscheidungsfindungsprozesse im Sinne der Patientenversorgung zu verbessern. Des Weiteren beleuchten diese Erkenntnisse die Arbeitssituation der Pflegenden, Ärzt:innen und anderer Teammitglieder und können so auch zu Überlegungen zur Mitarbeiterzufriedenheit und -gesundheit einen Beitrag leisten.

2 Material und Methoden

2.1 Hintergrund des Studiendesigns

Die Fragestellung dieser Dissertation wurde, wie oben bereits dargestellt, ab Anfang 2018 auf Grundlage der Forschungen im Rahmen eines bereits laufenden Projekts „Determinanten für leitlinien *inkongruente* Versorgung von älteren Krebspatienten in der GKV (DELIVER)“ entwickelt. Die bereits gewonnenen Einblicke in Interviews mit Patient:innen, Angehörigen und Ärzt:innen sollten dabei durch die wichtige Perspektive von Pflegenden ergänzt werden. Die Breite der Fragestellung und die geringe Anzahl an Studien, die Vorwissen zu den Einblicken von Pflegekräften auf Therapieentscheidungen bei älteren Krebspatient:innen bieten, erforderte dabei einen qualitativen Forschungsansatz. Schließlich ermöglicht das qualitative Forschen eine genauere Exploration eines zuvor unbekanntes Feldes, eine Entdeckung von „Neuem“ (Mey und Mruck 2011). Es scheint außerdem wichtig, zusätzlich zu dem Erlebten der Interviewpartner:innen auch Zusammenhänge, Bewertungen und Erklärungsversuche der Interviewpartner:innen zu erfassen und somit ihre Situation vollständiger explorieren zu können. Daher wurde die Studie als vergleichende Interviewstudie angelegt (siehe S.15). Die Interviews mit acht Pflegenden wurden von Mai bis November 2019 geführt, die Interviews mit Ärzt:innen bereits von Februar bis Juni 2018 durch Mitarbeiterinnen des Instituts für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck.

Für die Auswertung der Interviews wurde in Anlehnung an die Grounded Theory gearbeitet. Wie unten genauer erläutert, geht dieses Vorgehen mit einer gleichzeitigen Datengewinnung und Analyse einher, sodass die Auswertung der Daten bereits im Mai 2019 begonnen und im November 2020 abgeschlossen wurde. Die Auswahl dieses methodischen Vorgehens basiert wiederum auf dem explorativen Ansatz dieser Studie. So ermöglicht die Grounded Theory das Erstellen eines Erklärungsmodells, das aus den Daten, also hier aus den in den Interviews gewonnenen Einblicken in die Erfahrungen von Pflegenden, generiert wird (Mey und Mruck 2011). Die durch diese tiefgehende Analyse gewonnenen Theorien konnten in den der vergleichenden Analyse mit Ärzt:innen-Interviews überprüft werden. Außerdem erlaubt dieser Vergleich die Beleuchtung der untersuchten Themen aus zwei Perspektiven, der insbesondere in der Bewertung von getroffenen Therapieentscheidung und in der Wahrnehmung des Entscheidungsfindungsprozesses interessante Unterschiede aufdeckte.

2.2 Vorbereitung der Datengewinnung

a. Stichprobe und Rekrutierung

Auf der Seite der Pflegenden-Interviews konnten für diese Studie acht Interviews durchgeführt werden. Die Begrenzung der Interviewpartner auf die relativ kleine Anzahl wurde bewusst getroffen: Zum einen wurden die verfügbaren Ressourcen für diese Arbeit optimal ausgenutzt und das zeitintensive Vorgehen bei der Erfassung und Auswertung qualitativer Daten ermöglicht. Die Begrenzung der Stichprobengröße scheint zunächst dem Vorgehen zu widersprechen, das im Sinne der Grounded Theory ideal wäre: Es würden so lange Interviews geführt, bis sich eine Theoretische Sättigung einstellt, d.h. durch neue Interviews hinsichtlich einer Frage nur noch redundante Informationen erhalten werden. Die Stichprobengröße würde sich also automatisch daraus ergeben, wann dieser Punkt erreicht ist (Akremi 2014). In einer systematischen Reanalyse ihrer eigenen Interviewstudien fanden Guest et. al (2006), dass bereits sechs (von sechzig) Interviews ausreichten, die wesentlichen Kategorien zu finden und ab 12 Interviews keine wesentlich neuen Informationen dazu kamen. Es ist also davon auszugehen, dass der Umfang der Interviews auch in dieser Arbeit zumindest die wesentlichen Erkenntnisse zur Fragestellung liefern kann.

Auch die Reichweite der Fragestellung beeinflusste die Wahl der Stichprobengröße. Denn je mehr Aspekte die Fragestellung umfasst, desto mehr Interviews werden benötigt, um in allen Bereichen ausreichend Informationen zu sammeln (Akremi 2014). Da die Gründe für und wider eine Therapie, die Sicht der Pflegenden darauf, der Umgang der Pflegenden mit diesen Situationen aber auch die Rolle der Pflegenden im Entscheidungsprozess und der Ablauf dieses Prozesses untersucht werden sollte, scheint die Fragestellung zunächst relativ weit gefasst. Dieses Forschungsinteresse wurde aber durch die weitere Analyse der für die Pflegenden wichtigen Themen eingegrenzt und fokussiert. Auch wurde die Weite der Fragestellung dadurch fokussiert, dass die Interviewpartner:innen aus einem begrenzten Setting ausgewählt wurden: Für die Interviews der Studie wurden Pflegende (d.h. Gesundheits- und Krankenpfleger:innen) berücksichtigt, die während ihrer Arbeit bereits Erfahrung in der Betreuung von älteren Krebspatient:innen gesammelt haben, wobei das Maß an Erfahrung keine Rolle spielte, sondern bewusst die möglicherweise verschiedene Wahrnehmung zwischen Pflegenden mit unterschiedlich langer Berufserfahrung berücksichtigt wurde. Unter den befragten Pflegenden sind auch Pflegefachkräfte für Onkologie und Palliativpflege, die in einer zweijährigen, theoretischen und praktischen Zusatzausbildung ihr Wissen über die Besonderheiten der Pflege krebserkrankter und sterbender Menschen vertieft haben (GVOBl. 2015 280 2015).

Die Auswahl wurde auf Pflegende eingeschränkt, die im stationären (im Gegensatz zum ambulanten) Setting arbeiten. Die Situation der Pflegenden, die durch ständige Anwesenheit und Pflege der Patient:innen einen engen Kontakt zu den Patient:innen haben, kommt so nur in stationären Einrichtungen vor (Tariman und Szubski 2015b). Dieser enge Kontakt war eine Grundvoraussetzung für die Entwicklung der Fragestellung. Auch der Aspekt der interdisziplinären Zusammenarbeit auf der Station, die Involvierung der Pflegenden in den Entscheidungsfindungsprozess, aber insbesondere auch in die anschließende Versorgung der Patient:innen ist im ambulanten Setting nicht so gebündelt gegeben. Daher war die Eingrenzung auf stationär arbeitende Pflegende hier sinnvoll und notwendig. Innerhalb dieses definierten Rahmens sollte die Stichprobe jedoch möglichst vielfältig sein (Helfferich 2011), um einen möglichst ausgewogenen Einblick zu gewinnen, der nicht auf die Strukturen einer Station oder eines Krankenhauses beschränkt ist. Dazu erfolgte die Rekrutierung an vier verschiedenen Krankenhäusern in Lübeck und Umgebung. Dabei wurden größere Krankenhäuser ebenso wie kleinere eingeschlossen, da sich die Kommunikations- und Organisationsstruktur sowie die Arbeitssituation zwischen diesen unterscheiden kann.

Die Pflegenden, die für die Interviews rekrutiert wurden, arbeiten auf fünf verschiedenen Stationen. Darunter sind Stationen mit onkologischem Schwerpunkt (zum Teil mit Anbindung an die Palliativstation), aber auch andere Stationen mit einem großen Anteil an Krebspatient:innen (Pulmologie, Gynäkologie). Auch hier mögen sich durch verschiedene Spezialisierung, (Personal-)Kapazitäten, Größe der Teams, Zusammensetzung der Krankheitsbilder und so fort Unterschiede in der Arbeitssituation der Pflegenden und in den Entscheidungssituationen, wie sie in dieser Arbeit untersucht werden, ergeben. Im Rahmen des hier Möglichen wurde dadurch ein vielfältiger Einblick ermöglicht, der zusätzlich durch Erfahrungen aus früheren Arbeitsplätzen der Pflegenden ergänzt wird.

Die Rekrutierung der Pflegenden erfolgte nach dem Gatekeeper-System (Helfferich 2011), wobei eine erste Kontaktaufnahme meist über die Stationsleitung und daraufhin ein persönliches Vorstellen der Studie durch Clara Friese im pflegerischen Team erfolgte. Meist waren diese Gelegenheiten Dienstübergaben oder Teambesprechungen, wo viele Pflegende der Teams anwesend waren. Hier wurde kurz das Projekt vorgestellt und der Ablauf der Interviews und der Datenschutz besprochen. Weitere Informationen wurden schriftlich zur Verfügung gestellt, sowie auf der Station (im Dienstzimmer) ausgehängen (siehe Anhang). Bei der Kontaktaufnahme wurden bewusst keine ärztlichen Personen als Gatekeeper involviert, um mögliche Verzerrungen oder Selektionen zu vermeiden. Schließlich spielen die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Pflegenden in dieser Untersuchung eine Rolle und kann so möglichst unvoreingenommen beleuchtet werden. Weitere Kontakte zu neuen Interviewpartnern wurden auch durch

die Teilnehmer der vorigen Interviews hergestellt, sowie über den persönlichen Kontakt zu Pflegenden im Umfeld des Krankenhauses.

Tabelle 1: Übersicht über die Pflegenden-Interviews

Interviewpartner:in	Alter (Jahre)	Geschlecht	Arbeitsplatz	onkologische und palliative Fachweiterbildung
Pflegende 1	25	w	Onkologische Station, Akutkrankenhaus	nein
Pflegender 2	63	m	Onkologische Station, Akutkrankenhaus	ja
Pflegende 3	63	w	Pulmologische Station, Akutkrankenhaus	nein
Pflegende 4	41	w	Onkologische und Palliativstation, Akutkrankenhaus	nein
Pflegende 5	47	w	Onkologische und Palliativstation, Akutkrankenhaus	ja
Pflegende 6	37	w	Pulmologische Station, Akutkrankenhaus	ja
Pflegende 7	42	w	Pulmologische Station, Akutkrankenhaus	nein
Pflegende 8	36	w	Gynäkologische Station, Akutkrankenhaus	nein

Für die vergleichende Analyse wurden zusätzlich Interviews mit Ärzt:innen eingeschlossen, die im Zeitraum von Februar bis Juni 2018 im Rahmen der DELIVER-Studie von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Institutes für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck geführt wurden. Die Interviews wurden dort mit Ärzt:innen geführt, die in ihrer Tätigkeit mit Entscheidungsfindungssituationen bei onkologischen Patient:innen im Alter in Berührung kommen. Dies beinhaltet auf der einen Seite Onkolog:innen. Jedoch wurde bei der Rekrutierung verstärkt darauf geachtet, Ärzt:innen zu berücksichtigen, die an verschiedenen Stellen der Entscheidungsfindung involviert sind, zum Beispiel Hausärzt:innen und Ärzt:innen anderer Fachrichtungen wie Gynäkologie, Gastroenterologie oder Palliativmedizin. Bei der Rekrutierung dieser Ärzt:innen wurden Kontakte zum nahe gelegenen Universitätsklinikum genutzt, aber auch persönliche Kontakte von Mitarbeiter:innen der Studie. Darüber hinaus wurden Informationen zur DELIVER-Studie im Internet veröffentlicht, was einen Kontakt zu einem Netzwerk geriatrischer Onkolog:innen ermöglichte. Weitere Ärzt:innen wurden wiederum nach dem Schneeballsystem rekrutiert, indem bisherige Interviewpartner:innen weitere Kontakte herstellten. Von den in der DELIVER-Studie vorhandenen 30 Interviews wurden 10 Interviews ausgewählt, die in die vergleichende Analyse dieser Arbeit eingeflossen sind. Bei der Auswahl dieser Interviews ging es darum, die Ärzt:innen Interviews auszuwählen, die relevante Informationen für die vergleichende Analyse lieferten. Es wurden zur besseren Vergleichbarkeit der Aussagen zu Therapieentscheidungsfindungen im stationären Umfeld insbesondere die Interviews ausgewählt, die mit Ärzt:innen im stationären Setting geführt wurden, da ja auch die Pflegenden in diesem Umfeld arbeiteten. Jedoch wurden zwei Interviews mit Ärzt:innen aus dem ambulanten Setting eingeschlossen, da die Interviews inhaltlich viele relevante Aspekte enthalten. Diese „inhaltliche Relevanz“ wurde durch eine Mitarbeiterin des Instituts für Sozialmedizin, die die Interviews zum Teil geführt und hatte und mit dem Inhalt aller Interviews vertraut war, beurteilt. Die Grundlage dafür bildeten die zu diesem Zeitpunkt bereits vorhandenen Ergebnisse der Analyse der Pflegenden-Interviews (s. Abbildung 2). So konnten die Ärzt:innen-Interviews eingeschlossen werden, die viele Informationen für die vergleichende Analyse enthielten.

1. Leid durch Therapie

- Wann empfinden die Pflegenden, es entstehe den Patient:innen ein Leid durch die Therapie? (wenn der Patientenwille nicht repräsentiert scheint oder das Ziel der Therapien nicht erkennbar ist)

2. Entscheidungsfindungsprozess

- Wie wird ein optimales Setting für Aufklärungsgespräche beschrieben?
(Welcher Raum wird genutzt, welche Personen sind anwesend, wieviel Zeit nimmt die Entscheidungsfindung ein?)
- Wie sind die Pflegenden in diesen Prozess involviert?
(z.B. Beratung und Betreuung der Patient:innen und Angehörigen, Informationsweitergabe an Patient:innen und Ärzt:innen, Evaluation der Situation der Patient:innen)
- Exkurs zu Personal- und Zeitmangel, der aus Sicht der Pflegenden den Entscheidungsfindungsprozess beeinflussen kann

3. Übertherapie

- Wie stellt sich Übertherapie dar?
- Welche Gründe sehen die Pflegenden für die Entstehung von Übertherapie?
(übermäßige Hoffnung der Patient:innen, zu positive Aufklärung durch Ärzt:innen, Druck von Oberärzt:innen, finanzielle Interessen, Interessenskonflikt mit Angehörigen)
- Was bedeutet die erlebte Übertherapie für die Arbeit der Pflegenden und wie gehen sie damit um?
- Untertherapie
(bei dementiell erkrankten Patienten und in der palliativmedizinischen Versorgung)

Abbildung 1: Inhaltliche Auswahl-Kriterien der Ärzt:innen-Interviews

Insgesamt wurden somit von den 30 in der DELIVER-Studie geführten Interviews mit Ärzt:innen, davon jeweils 15 aus dem ambulanten beziehungsweise stationären Setting, acht Interviews mit stationär tätigen Ärzt:innen und zwei mit ambulanten Onkolog:innen berücksichtigt. Die hier eingeschlossenen Interviews umfassten sechs mit Fachärzt:innen der Onkologie und vier mit Ärzt:innen anderer Spezialisierung (Gynäkologie, Gastroenterologie, Viszeralchirurgie, Palliativmedizin).

Tabelle 2: Übersicht über die Ärzt:innen-Interviews

	Alter	Geschlecht	Facharzt	Arbeitsplatz
Ärztin 1	35	w	Gynäkologie	stationär
Arzt 2	46	m	Viszeralchirurgie	ambulant
Ärztin 3	?	w	Gastroenterologie, Kolorektale Chirurgie	stationär
Arzt 4	48	m	Gastroenterologie	stationär
Arzt 5	31	m	Onkologie	stationär
Ärztin 6	31	w	Innere Medizin	stationär
Ärztin 7	53	w	Onkologie	ambulant
Ärztin 8	42	w	Onkologie	stationär
Ärztin 9	42	w	Onkologie	ambulant
Ärztin 10	?	m	Palliativmedizin	stationär

b. Interviewleitfaden

Die Interviews sind als semistrukturierte Interviews angelegt, um einerseits die Flexibilität und Offenheit zu ermöglichen, die eine so offene Fragestellung wie die dieser Studie erfordert. Andererseits kann durch die Struktur, die den Interviews gegeben wird, eine Fokussierung auf die für die Fragestellung relevanten Aspekte erfolgen (Kelly 2010). In den Interviews sollten also alle Aspekte, die für die Pflegenden wichtig sind, zur Sprache kommen können – auch und insbesondere diese, die im Vorhinein nicht erwartet wurden. Um jedoch von den gesamten Alltags- und Arbeitserfahrungen der Pflegenden diese herauszufiltern, die für die Fragestellung interessant sind, wurden die zu besprechenden Fragen zuvor in einem Leitfaden festgelegt (Helfferich 2011). Dies erlaubt es auch, die größere Anzahl der verschiedenen Themen des Forschungsinteresses zu strukturieren und in den Interviews unterzubringen.

Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an die Methode nach Helfferich (2011) erstellt. Dabei wurden in einem ersten Schritt alle möglichen Fragen gesammelt. Dieses Sammelsurium von Fragen wurde daraufhin durchgearbeitet, die einzelnen Fragen auf Relevanz, Offenheit, Formulierung usw. geprüft. Diese Fragen wurden thematisch sortiert und dann subsumiert. Daraus entstand der zweiseitige Interviewleitfaden (s. Abb. 4). Dabei ist in der linken Spalte das Forschungsinteresse festgehalten; dies diente aber lediglich der Übersicht für die Interviewende. In der mittleren Spalte stehen die Fragen, die als Einleitung in ein Thema dienen und gegebenenfalls mit weiteren Nachfragen – aus der rechten Spalte – vertieft werden.

Erfasstes Thema	Offene Frage	Gegebenenfalls Vertiefen
Vorabfragen sollten bereits im Vorgespräch, ggf. bereits zur Rekrutierung, geklärt werden.	Alter Arbeitsfahrung Station Spezialisierung	
Ethische Aspekte der Ausführung von Therapieentscheidungen	Können Sie mir von einem Fall erzählen, wobei einem älteren Krebspatienten verschiedene Handlungsoptionen (z.B. verschiedene Therapien, Weiterführung oder nicht der Therapie, palliativ oder kurativ) im Raum standen?	→ Welche Optionen bestanden damals? → Welche Gründe sind in die Entscheidung eingeflossen? → Inwiefern hat das Alter eine Rolle gespielt? → Was hat diese Entscheidung erschwert?
Funktionsweise des Entscheidungsprozesses	Beschreiben Sie mir, wie sie in Ihrem Arbeitsalltag den Entscheidungsprozess erleben.	→ Wieviel Zeit nimmt die Therapieentscheidung ein? → Ist den Akteuren bewusst, dass eine Therapieentscheidung ansteht? → Wie funktioniert der Informationsfluss im Prozess der Therapieentscheidung? → Beeinflusst das Alter die Zeit und die Intensivität des Prozesses zur Therapieentscheidung?
Einfluss der Pflegenden in den Entscheidungsprozess	Wie sind Sie, als Pflegende(r), in diese Entscheidung eingebunden?	→ Wie sehr werden Sie in die Therapieentscheidungen eingebunden? → Wie üben Sie Einfluss auf die Therapieentscheidung aus? → Haben Kranke Sie schonmal direkt nach Rat zur Therapieentscheidung gefragt? Oder indirekt? → Welche Informationen fordern Kranke von Ihnen vor, während und nach der Therapieentscheidung? → Positionieren Sie sich? → Werden Ihnen Informationen zu dem Krankheitsstand mitgeteilt? → Wird die pflegerische Einschätzung zum körperlichen Zustand des Patienten eingeholt und beachtet? → Wird die pflegerische Einschätzung zum seelischen Zustand/ den Wünschen des Patienten eingeholt? → Wird Ihre Meinung gehört? → Werden Therapieentscheidungen interdisziplinär oder innerpflegerisch diskutiert?

Bewertung der Therapieentscheidungen	Wie bewerten Sie die Therapieentscheidungen, die Sie in Ihrem Arbeitsalltag erleben?	→ Wird der Patientenwille ausreichend beachtet? → Haben Kranke Ihnen gegenüber schon offen Unmut über ihre Therapieentscheidung ausgedrückt? → Halten Sie getroffene Therapieentscheidungen in Ihrem Umfeld für größtenteils richtig? → Fällt Ihnen die Ausübung einer Therapieentscheidung, hinter der Sie nicht stehen, schwer? → Wie verhalten sie sich, wenn eine Therapieentscheidung getroffen wird, hinter der Sie nicht stehen?
Persönlicher Hintergrund, Einstellung des Befragten	Was zeichnet für Sie einen guten Entscheidungsfindungsprozess bzw. eine gute Therapieentscheidung aus?	→ Hatten Sie selbst schon einen Fall einer Krebserkrankung in der Familie / Bekanntenkreis? → (Sind Sie gläubig? Was denken Sie über den Tod?) → Welche Aspekte halten Sie für wichtig, sodass sie in die Entscheidung einfließen sollten? → Sollte, Ihrer Meinung nach, eine Therapie immer der Leitlinie entsprechen? In welchen Fällen nicht?
Ausblick, Abschluss	Was wünschen Sie sich für die Zukunft? Wie kann der Weg zu einer optimalen Therapieentscheidung geebnet werden?	

Abbildung 2: Interviewleitfaden (finale Version)

Der Interviewleitfaden diente als Orientierung für die ersten Interviews und wurde thematisch nach den Analysen der ersten Interviews angepasst. Da die Analyse der Interviews in Anlehnung an die Grounded Theory erfolgte, wurden insbesondere Themen, die in den ersten Interviews wichtige Erkenntnisse brachten, in den folgenden Interviews vertieft, um so die ersten, noch vorläufigen Ergebnisse mit mehr Daten aus den neuen Interviews vervollständigen zu können. Diese Themen waren unter anderem die Bewertung der Therapieentscheidungen durch die Pflegenden und die sich daraus ergebenden Situationen. Andere Inhalte, die im Interviewleitfaden festgehalten wurden, zeigten sich nicht als besonders ergiebig und wurden in den folgenden Interviews weniger thematisiert. So wussten die Pflegekräfte in den ersten Interviews wenig zur Leitliniengerechtigkeit der Therapien zu berichten, sodass dies im Folgenden nicht tiefer untersucht wurde.

Die Ärzt:innen-Interviews waren ebenso als halbstrukturierte Leitfadeninterviews angelegt. Die Erstellung des Leitfadens erfolgte in der Zusammenarbeit viele an der DELIVER-Studie beteiligte Mitarbeiter:innen. Im Gegensatz zu den Pflegenden-Interviews, die alle dem selben Leitfaden folgten, wurden für die Ärzt:innen-Interviews verschiedene Leitfäden benutzt, die auf die jeweilige Situation der Interviewpartner:innen fokussierte. So können zum Beispiel Hausärzt:innen vermutlich weniger Fragen zu spezifischen onkologischen Therapien beantworten, sind aber mit der häuslichen Pflege der Patient:innen vertraut. Die hier aufgeführten Themen bieten einen Überblick über die in den meisten Interviews wichtigsten Themen. Diese umfassen das Tätigkeitsfeld der befragten Ärzt:innen und ihre Haltung in der Beratung und Behandlung von Patient:innen. Außerdem wurde nach Besonderheiten, die für sie in der Betreuung von Krebspatient:innen im Alter entstehen, gefragt. Vertieft meint dies, ob ein besonderer Umgang oder eine besondere Kommunikation mit den Patient:innen nötig sei, wie Ärzt:innen die Evidenzlage beurteilten, ob es andere Therapieziele gäbe, oder ob sie die Zugänglichkeit zu Versorgungsstrukturen in dieser Patientengruppe anders beurteilten. Darüber hinaus wurden die Interviewpartner:innen nach dem Zustandekommen von Therapieentscheidungen und der Rolle, die Leitlinien dabei spielen, befragt. Auf einer persönlichen Ebene wurden zudem die Ärzt:innen danach befragt, was ihre größte Sorge bei einer etwaigen Krebserkrankung eines/einer Angehörigen sei.

2.3 Datengewinnung

Insgesamt konnten im Zeitraum von Mai bis November 2019 acht Interviews mit Pflegekräften geführt werden. Dass statt der ursprünglich geplanten 10-15 Interviews lediglich acht durchgeführt wurden, lag an den Kontaktbeschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie, die das Durchführen von weiteren Interviews, das für Mai 2020 geplant war, erschwerten. Aufgrund der hohen Qualität und Informationsdichte der bis Mai 2020 geführten Interviews haben wir uns dazu entschieden, von weiteren Interviews abzusehen, die

gegebenenfalls über Online-Kanäle geführt worden wären und eine schlechtere Qualität aufgewiesen hätten. Die Interviews dauerten zwischen 21 und 68 Minuten, wobei sie im Durchschnitt 44 Minuten lang waren. Die Interviews fanden stets zwischen Clara Friese und der/dem befragten Pflegenden allein statt, wobei sich in einem Fall Kolleg:innen der befragten Person dazu setzten, was aber für die Befragte keine Störung darstellte. Die Interviews fanden bei den Pflegenden zu Hause, in ruhigen Räumen im jeweiligen Krankenhaus und in einem Fall in einem Café statt.

Wie oben bereits erwähnt, waren die Interviews als semistrukturierte Leitfaden-Interviews angelegt, an dem die gestellten Fragen sich orientierten. Die Interviews wurden jeweils mit einer offenen Frage nach einem Fall, bei denen die Pflegenden eine schwierige Therapieentscheidungssituation erinnerten, eingeleitet. Durch die Besprechung dieses Falls zu Beginn der Interviews kamen häufig Themen, und auch nicht im Interviewleitfaden abgebildete Aspekte, von alleine auf. Der Interviewleitfaden dient hier also viel mehr als Gedächtnisstütze für den Interviewer und es wurden weder alle Fragen gestellt (wenn Themen schon spontan aufgebracht wurden) noch die Reihenfolge eingehalten. Die dadurch gewonnene Flexibilität erlaubte es in den Interviews, an interessanten Stellen in die Tiefe zu gehen und dort nachzuhaken.

Die Interviews mit den Ärzt:innen wurden zu einem großen Teil telefonisch geführt, einige jedoch auch persönlich. Von den hier verwendeten Interviews fanden acht telefonisch, eins in der Praxis des Befragten und eins in einem ruhigen Raum im Krankenhaus statt. Die Interviews wurden von drei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Instituts für Sozialmedizin geführt. Die Dauer der Interviews liegt durchschnittlich bei 32 Minuten, wobei das kürzeste Interview 23 Minuten und das Längste 39 Minuten lang war.

2.4 Auswertung der Daten

a. Transkription

Die geführten Interviews wurden mit einem Recorder aufgenommen. Diese Audiodateien wurden anschließend transkribiert, das heißt in Schriftform überführt, um sie für die weitere transkriptbasierte Analyse zugänglich zu machen (Kuckartz 2010). Bei dieser Überführung gesprochener Sprache in geschriebene Schrift findet stets eine erste Interpretation der Daten statt. Um Verzerrungen durch diese Interpretationen zu verringern ist eine möglichst genaue Transkription des akustischen Ereignisses (also auch von Intonation, Störgeräuschen, Pausen usw.) notwendig (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014). Um allerdings auch die technische und zeitliche Umsetzung zu gewährleisten, wurde die Transkription an die für die Fragestellung dieser Arbeit notwendige Genauigkeit angepasst (s.u.). Dies vereinfacht außerdem die Lesbarkeit und damit die weitere Verarbeitung der Interviewtranskripte. Bei der Transkription der Audiodateien wurden daher folgende Prinzipien angewendet:

Da vor Beginn der Arbeit mit den Interviews durch die offene Fragestellung noch nicht ersichtlich war, welche Abschnitte der Interviews für die Analysen wichtig werden, wurden alle Interviews vollständig transkribiert. Für diese Transkription wurde mit der in der MAXQDA® 2018-Software integrierten Transkriptionsfunktion gearbeitet. Die Überführung der Sprache erfolgte in normales Schriftdeutsch, wobei dialektische Färbungen und Umgangssprache berücksichtigt wurde. Es wurde dabei auf die Verständlichkeit der Transkripte geachtet, die auch die Weiterverarbeitung bei der computergestützten Analyse ermöglicht. Die Interpunktion wurde leicht angepasst, Abkürzungen, unvollständige Sätze usw. jedoch berücksichtigt, da auch diese Formulierungen die Botschaft verändern (Bsp.: „Das ist so n bisschen Brutalo-Selektion“, I.2, Abs.124¹). Besondere Betonungen sowie Gestiken, die für die Bedeutung und das Verständnis des Gesagten wichtig sind, wurden in Klammern ergänzt (Bsp.: „wie pfüüü (langer Piepston) die Linie dann gezeigt wurde.“ I.6, Abs. 76). In dieser Form wurden auch Lautäußerungen wie Lachen und Seufzen festgehalten. Auf die Transkription von Störgeräuschen wurde verzichtet, soweit sie den Lauf des Gesprächs nicht beeinflussten.

¹ Pflegenden-Interview 2, Absatz 124; im folgenden entsprechende Angaben

Gleiches gilt für zustimmende Geräusche der Interviewerin („Mhm“, „Ja“). In den wenigen Fällen der externen Unterbrechung des Interviews wurden diese auch in Klammern festgehalten. Kurze Pausen wurden durch „...“ dargestellt, längere durch „(Pause)“ und Satzabbrüche durch „-“. Unverständliche Satzteile wurden dementsprechend gekennzeichnet („(unverständlich)“).

Die beteiligten Personen waren die Interviewerin - abgekürzt mit ‚I‘ - und die oder der Befragte („B“). Namen der Befragten sowie alle weiteren genannten Namen wurden anonymisiert (Bsp.: „[Name der Kollegin]“). Auch Orte, die auf die Identität der Befragten Rückschlüsse liefern könnten, wurden in dieser Form verschlüsselt. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Analyse sind die Interviewtranskripte in Auszügen im Anhang zu finden. Anlehnung an eine ähnliche Veröffentlichung mit Interviewtranskripten (Ohnsorge et al. 2019) wurden solche Bereiche belassen, die den Kontext der zitierten Aussagen abbilden, andere Abschnitte jedoch zur besseren Übersichtlichkeit nicht abgedruckt. Fett markiert sind dabei solche Abschnitte, die in dieser Arbeit zitiert wurden.

Die Ärzt:innen-Interviews wurden in bereits in transkribierter Form zur Verfügung gestellt. Auch hier erfolgte die wortwörtliche Transkription der vollständigen Interviews, sodass die zur Verfügung stehenden Textdaten einen guten Überblick über die gesamten Interviews lieferten.

b. Analyse und Theoriebildung

Die Analyse der Interviews erfolgte im ersten Schritt in Anlehnung an den von Glaser und Strauss in den USA in den 1960er Jahren entwickelten Forschungsstil der Grounded Theory, im deutschen am ehesten der „empirisch-basierte[n] Theoriebildung“ (Kuckartz 2010). Bei dieser Arbeitsweise erfolgt die Generierung einer Theorie aus dem Datenmaterial heraus, ist also in den Interviews begründet, und es wird nicht eine im Voraus aufgestellte Hypothese anhand der Daten überprüft. Dieses Vorgehen ist für diese Arbeit eben deswegen sinnvoll, weil es sich bei dem untersuchten Setting der Sicht von Pflegenden auf Therapieentscheidung älterer Krebspatient:innen, wie oben gezeigt, um ein noch relativ unerforschtes Feld handelt. Durch diese ergebnisoffene und möglichst hypothesenfreie Herangehensweise kann der Inhalt der Interviews, also alle Themen, die für die Pflegenden im Kontext wichtig wurden, vollständig erfasst werden. Durch zu stark vorgefertigte und richtungsweisende Forschungsfragen sollten keine wichtigen Inhalte verloren gehen. Wie der Interviewleitfaden und auch die Entwicklung der Fragestellung zeigen, ist natürlich im Vorfeld der Interviews ein Erkenntnisinteresse formuliert worden, das allerdings durch die Analyse der ersten Interviews noch verändert und fokussiert wurde (s.o.). Somit ermöglicht die Wahl der Grounded Theory als Analysemethode eine möglichst vollständige und explorative Untersuchung des Feldes. Eine ähnliche methodische Vorgehensweise bewährte sich bereits bei einer großen Studie zu Sterbewünschen, in der auch Interviews mit Patient:innen, Angehörigen, Ärzt:innen und Pflegenden geführt wurden (Ohnsorge et al. 2014). Diese Studie bildet daher eine Grundlage der hier angewandten Methodik.

Die Umsetzung der von Strauss und Glaser beschriebenen, jedoch im weiteren in verschiedene Richtungen weiterentwickelten, Untersuchungsmethode erfolgte in Anlehnung an die konstruktivistische Version der Grounded Theory (Strübing (2014), Charmaz (2003) und Kuckartz (2010)). Bei der Ausführung der Auswertung der Ergebnisse wurde, wie auch bei der Transkription, die Datenanalyse-Software MAXQDA® 2018 verwendet. Diese lieferte dabei eine Benutzeroberfläche, die das Bearbeiten des Textes erleichtert, jedoch wurden die eigentliche, inhaltliche Analyse durch das Programm nicht beeinflusst.

Das Vorgehen der Textanalyse erfolgte in verschiedenen, aufeinander aufbauenden und zum Teil parallel laufenden Schritten, die im Folgenden dargestellt werden: Nachdem die ersten zwei Interviews im Mai 2019 geführt wurden, wurde im ersten Schritt die Analyse der Interviewtranskripte mit dem offenen Codieren begonnen. Dieser erste Schritt dient in der Grounded Theory dem Verstehen, dem Aufarbeiten - dem „Aufbrechen“ des Textes (Kuckartz 2010). Dazu wurde durch die Autorin in einer sehr genauen Arbeit am Text, dem sogenannten Line-by-Line-Coding, fast jeder Zeile oder jedem Satz eine Kategorie (hier synonym

verwendet mit „Code“) zugeordnet. Diese Kategorien können den Inhalt des Gesagten umfassen, aber auch Assoziation der Autorin zur Wortwahl, Vermittelten Stimmungen oder ähnlichem enthalten. Die Textstelle *„Wenn man die Zeit hätte, würde ich da gerne sehen, dass man einen Tag ausmacht, wo es dem Patienten gut geht. Man merkt das ja an der Stimmung. Dann würde ich ihm das morgens sagen.“* erhielt beispielsweise die Kategorie „Aufklärung wenn es Patient:in gut geht“. Dabei wurden keine vordefinierten Kategorien auf die Daten angewendet, sondern im Sinne der Grounded Theory die Kategorien in den Inhalten der Transkripte begründet. Dies erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit dem Text und ermöglichte der Autorin das genaue Entschlüsseln der Inhalte und auch das Finden von unerwarteten Themen und (Forschungs-)Fragen (Charmaz 2003). Zu Beginn wurden die Kategorien sehr offen vergeben, sodass sie sich beispielsweise auf Inhalte, aber auch analytische Kategorien (mit einem höheren Abstraktionsgrad) oder Bewertungen des Gesagten beziehen können (Rädiker und Kuckartz 2019). Durch dieses Vergeben der Kategorien an verschiedenen Textstellen wurde eine Vielzahl an Inhalten offensichtlich, die in den Interviews thematisiert wurden. Um diese große Anzahl innerhalb der einzelnen Interviews und auch zwischen verschiedenen Interviews in Verbindung zu bringen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Zusammenhänge zwischen verschiedenen Themen aufzudecken und den Umfang an Daten zu den jeweiligen Kategorien abmessen zu können, wurden die Kategorien im nächsten Schritt sortiert. Dabei wurden ähnliche Inhalte in Kategorien zusammengefasst sowie Hierarchien und Zusammenhänge erstellt. Beispielsweise wurden alle Kategorien, die mit dem Prozess der Entscheidung zusammenhingen unter dem Oberbegriff „Entscheidungsfindungsprozess“ gebündelt. Dies waren unter anderem Kategorien wie „Rolle der Pflegenden“, „Dauer der Entscheidungsfindung“ oder „Aufklärung durch Ärzt:innen“. In dieser Kategorie können in den verschiedenen Interviews die Textstellen, in denen es um die Aufklärung durch die Ärzt:innen geht, gefunden werden. Durch ein Vergleichen der Aussagen können so Gemeinsamkeiten und Unterschiede gefunden und das Phänomen „Aufklärung durch Ärzt:innen“ besser verstanden werden.

Das so entstandene Kategoriensystem erlaubte es, die folgenden Interviews spezifischer auf diese Kategorien hin zu untersuchen. Wenn beispielsweise in zwei Interviews unterschiedliche Aussagen zur erlebten Aufklärung durch Ärzt:innen gefunden wurden, wurde nach weiteren Kategorien und Textstellen gesucht, die das Bild vervollständigen. In diesem Fall wurde der Kategorie zum Beispiel die Kategorie „offene Fragen nach Aufklärung“ zugeordnet, da offen gebliebene Fragen nach der Aufklärung ein Hinweis für eine mangelnde Aufklärung sein könnten. So verhilft das gezielte Untersuchen verschiedener Beschreibungen eines Phänomens (hier bspw. „Aufklärung durch Ärzt:innen“) zur Differenzierung der verschiedenen Eigenschaften ebendieses („Ständiges Vergleichen“ (Strübing 2014)). Hierbei fand ein weiterer wichtiger Punkt in der Grounded Theory Anwendung: Die Parallelität der Arbeitsschritte. So wurden wichtige Inhalte, die in den ersten Interviews gefunden wurden, in den nächsten Interviews vertieft thematisiert und untersucht, um so alle verschiedenen Aspekte dazu zu erfassen (Strübing 2014). Es fand also ein ständiger Kreislauf zwischen Datengenerierung, Datenanalyse, Theoriebildung und der Überprüfung der gebildeten Theorien an neuen Interviews statt.

Die gefundenen Phänomene wurden in einem nächsten Schritt zur Theoriebildung genauer in den Fokus genommen und weiter in ihrem Kontext untersucht. Beim „axialen Codieren“ wird untersucht, welche Ursachen, bestärkende Faktoren, und Konsequenzen ein Phänomen hat. Um diese Fragen zu klären, wird es systematisch mit anderen Kategorien in Beziehung gesetzt (Kuckartz 2010). Beeinflusst zum Beispiel der „Personalmangel“ die „Aufklärung durch Ärzt:innen“? Oder beeinflusst diese Aufklärung wiederum die „Dauer der Entscheidungsfindung“ oder die „Rolle der Pflegenden in der Entscheidungsfindung“? Gerade dieses Vorgehen zeigt einen weiteren Vorteil der Grounded Theory: Sie ist eine Forschung, „die die Perspektive der Teilnehmenden als ihren Ausgangspunkt nimmt und zu einer Theorie gelangt, die funktioniert, relevant und nützlich ist. Forschung, die als Ergebnis eine Theorie statt einer detaillierten Beschreibung anbieten kann, ermöglicht es Praktiker[:inne]n, die untersuchten Kontexte umzugestalten.“ (Mey und Mruck 2011). Eine Theorie, die also Phänomene mit ihren auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren und

Konsequenzen entschlüsselt und erklärt, kann Grundlage für Veränderungen in der Arbeitsumgebung der Pflegenden sein (ebd. 2011).

Die Analyse der Ärzt:innen-Interviews erfolgte im nächsten Schritt auf Grundlage der Ergebnisse dieser Analyse. Dabei wurde auf die drei Oberthemen („Leid durch Therapie“, „Entscheidungsfindungsprozess“ und „Übertherapie“) fokussiert und die Ergebnisse vergleichend zu den Ergebnissen der Pflegenden-Interviews ausgewertet (vgl. auch Abb. 4, S. 15) . In einer genauen Durcharbeitung der Ärzt:innen-Interviews wurden wiederum Kategorien an relevanten Textstellen vergeben. In diesem Fall jedoch waren diese Kategorien, basierend auf den Ergebnissen der Pflegenden-Interviews, vorgegeben. So wurden in den Interviews mit Ärzt:innen relevante Aspekte gefunden, die Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Ansichten der Pflegenden und Ärzt:innen aufdeckten. Durch diese Art der Analyse der Ärzt:innen-Interviews nach Kategorien, sich aus den Pflegenden-Interviews ergaben, konnten in den Ärzt:innen-Interviews Themen entdeckt und aufgebrochen werden, die sich in einer alleinigen Analyse dieser Interviews nicht hervorgetan hätten. Beispielsweise fanden sich zu der Rolle, die Pflegende im Entscheidungsfindungsprozess übernehmen, wenige Textstellen in den Interviews mit Ärzt:innen. Im Vergleich mit den Berichten aus den Pflegenden-Interviews erlauben es aber auch diese wenigen Textstellen, die Wahrnehmung von Pflegenden im Entscheidungsprozess zu spezifizieren. Die Erkenntnisse aus der Analyse wurden wiederum mit den Pflegenden-Interviews abgeglichen, sodass Kontraste und Gemeinsamkeiten in den Ansichten detailliert herausgearbeitet werden konnten.

3 Auswertung

Zentrale Ergebnisse der Interview-Auswertung

1. Leid durch Therapie

Wann empfinden Pflegende, den Patient:innen entstehe durch eine Therapie ein Leid? Zeigt sich dieses Empfinden auch unter Ärzt:innen?

2. Entscheidungsfindungsprozess

Wie stellen sich Pflegende einen optimalen Entscheidungsfindungsprozess vor? Wie sind sie in diesen Prozess involviert und wie sehen Ärzt:innen die Rolle von Pflegenden?

3. Übertherapie

Wann erleben Pflegende bzw. Ärzt:innen eine Therapie als Übertherapie? Welche Gründe sehen sie für deren Entstehung und wie beeinflusst sie die erlebte Übertherapie?

Abbildung 3 -Zentrale Ergebnisse

3.1 Leid durch Therapie

Im folgenden Kapitel soll das Motiv ‚Leid durch Therapie‘, das sich in den Interviews mit Pflegenden im Rahmen meiner Analyse ergeben hat, genauer beleuchtet und hinterfragt werden. Dazu werden zunächst die acht mit den Pflegenden geführten Interviews analysiert und im Anschluss ein Vergleich mit relevanten Stellen aus den Ärzt:innen-Interviews angestellt. Thema der Dissertation sind ja Therapieentscheidungen von Krebspatient:innen im Alter. Die acht interviewten Pflegenden arbeiteten auf Stationen, auf denen Krebspatient:innen betreut wurden und gewannen in ihrer täglichen Arbeit einen Einblick in die Entscheidungen für oder wider Therapie. Durch den engen Kontakt zu den Patient:innen sahen sie aber auch die Folgen, die mit einer stationären Krebstherapie einhergehen und erleben mit Patient:innen ihre Situation. Das Motiv „Leid durch Therapie“ entstand als emergentes Thema bei der ersten induktiven inhaltlichen Analyse der Interviews (zur Methodik s.o. Kap. 2). Diese erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory in einer gründlichen Durcharbeit der Interviews. Sie ergab sich somit nicht aus theoretischen Vorgaben, sondern aus den Interviews selbst. Die Idee, durch die Therapie könnte ein Leid entstehen, wurde also nicht antizipiert und in die Interviews oder die Analyse von mir hineingetragen, sondern ist enthalten in den Berichten der Pflegenden.

3.1.1 Theoretische Überlegungen

Das Wort „leid“, das aus dem Mittelhochdeutschen stammt und „betrübend, widerwärtig, unangenehm“ bedeutete (Dudenredaktion 2018a), sowie das Wort „leiden“, das „wohl rückgebildet aus: irlidan = erfahren, durchmachen“ (Dudenredaktion 2018b), werden heute im Deutschen als zusammengehörende Worte verwendet. So kann jemand „ein Leid erfahren“ oder „etwas erleiden“, was auf den ersten Blick gleichbedeutend ist. Unter einem Leid versteht man in der heutigen Umgangssprache gemäß Pschyrembel „*Fortgesetzte, unvermeidliche Gefühle von großem Kummer bzw. Qual.*“ (Pschyrembel Redaktion 2018).

Dieses Leiden kann begründet sein im Individuum (also zum Beispiel durch Körperlichen Verfall), in der Außenwelt oder in der Beziehung zu anderen Menschen (Freud 1930; Psyhyrembel Redaktion 2018). In unserem Setting „Krankenhaus“ ist die erste Assoziation zu dem Wort wohl der Gebrauch als Synonym für „erkrankt sein“ (Dudenredaktion 2018b). Die Patient:innen *leiden* an einer onkologischen Erkrankung (einem Krebs*leiden*). In der Ausgangssituation – allein durch die Diagnose – haben die Patient:innen also schon etwas zu erleiden. Häufig wird unter „Leiden“ eine Krankheit verstanden, die im medizinischen Kontext möglichst schnell wieder kuriert werden muss (Wertgen 2015).

Das Wort „Therapie“ hingegen stammt aus dem Griechischen (*therapeía*) und wird übersetzt mit „das Dienen“ (Karagiannakis 2015). Eine Therapie wird in der Medizin verstanden als eine „*Behandlung von Krankheiten, Behinderungen und Verletzungen mit dem Ziel der Heilung, der Beseitigung oder Linderung von Symptomen*“ (Psyhyrembel Redaktion 2016). Das Wort „Therapie“ wird im Duden umschrieben als eine „*gezielte, erfolgreiche, medikamentöse Therapie*“ (Dudenredaktion 2018c). Dies könnte ein Hinweis auf die Idealvorstellung einer Therapie sein: Sie hat ein Ziel (die Heilung), welches sie auch erreicht und wird in der gegenwärtigen Medizin häufig in Form von Medikamenten verabreicht. Im allgemeinen Sprachverständnis der modernen Medizin ist also die Krankheit ein Leid, das durch die Therapie behandelt und gegebenenfalls sogar beseitigt werden kann.

Dass aber umgekehrt die Therapie auch *selbst* ein Leid darstellen kann, scheint diesem Verständnis zu widersprechen. Es zeigt sich also, dass der in der thematischen Analyse verwendete Ausdruck „Leid durch Therapie“ durchaus Kontroversen aufwirft. Kann es Leid durch die Therapie überhaupt geben? Oder ist es vielmehr Leid mit der Therapie, Leid während der Therapie oder Leid trotz der Therapie? In der genauen Analyse der Interviews gilt es, den Grund des empfundenen Leidens ausfindig zu machen – ist es die Krankheit, die Situation, die Therapie, oder doch etwas ganz anderes?

In seiner phänomenologischen Beschäftigung mit dem Leid kommt der Philosoph Bernhard Waldenfels zu dem Schluss, Leid und Tun seien untrennbar miteinander verbunden, sodass das Leid also nicht vollständig unterdrückt werden kann, wenn nicht auch das Leben damit unterdrückt würde. Im Umgang mit dem, nicht vollständig vermeidbarem, Leid sieht er bei Menschen zwei Maßstäbe am Werk, die bei dem Umgang mit diesem Leid angelegt werden: „*Wir können nicht umhin, zu unterscheiden zwischen erträglichen und unerträglichen, ja auch zwischen lebenssteigernden und lebensmindernden Leiden.*“ (Waldenfels 1990). Diese Maßstäbe der Erträglichkeit und der Lebensminderung jedoch können nicht wie Schablonen auf die Leidenssituationen verschiedenster Menschen angewendet werden, sondern müssen für jeden Menschen und auf für verschiedene Situationen individuell ausgelegt werden. Außerdem ist Leid untrennbar an die subjektive Perspektive der Bewertung gebunden. Ob ein Leid für die Betroffenen also erträglich, lebenssteigernd oder unerträglich und lebensmindernd ist, und somit bekämpft werden sollte, muss also der/die Betroffene selbst mitentscheiden können (Waldenfels 1990). In dieser philosophischen Analyse werden zwei Aspekte in der Betrachtung des Leidens deutlich, die dabei helfen können, die im folgenden dargestellten Bewertungen der Pflegenden von Leiden als ein „Leid durch Therapie“ einzuordnen.

Zum einen wird hier deutlich, dass es durch den Leidenden selbst zu entscheiden sei, welches Leid er ertragen kann und möchte – auch wenn die Abwendung eines nicht-ertragbaren Leides sicherlich nicht immer möglich ist. Jedoch ist in unserem Beispiel die Therapie – als potenziell Leid auslösender Faktor – stets beendbar. In dieser Betrachtung, in der der/die Patient:in als Leid-tragender selbst über das Ertragen oder die Beendigung eines Leides entscheidet, scheint es auch wichtig, zwischen solchem Leid zu unterscheiden, das „über ihn kommt“ (ohne dass jemand etwas dazu beiträgt) und dem, welches „ihm angetan“ wird. So scheint es in der Betrachtung von Leid, das durch Krankheit ausgelöst wird, offenkundig, dass es meist keine:n festzulegende:n Schuldige:n oder Auslöser gibt. Hingegen wird eine Therapie von Personen ausgeführt und verantwortet, im Behandlungskontext von Arztpersonen. Sprachlich spiegelt sich das wider in den Ausdrücken „eine Therapie anwenden“ oder „sich einer Therapie unterziehen“. Der handelnde, aktive Part, der eine Therapie anwendet, ist also dem Sprachgebrauch nach eher ein:e Ärzt:in. Im Gegensatz dazu sind

Patient:innen diejenigen, die sich der Therapie unterziehen, sie also über sich ergehen lassen, und damit den passiven Teil während der Behandlung einnehmen. Unter der Voraussetzung des heutzutage weitgehend anerkannten „shared decision making“ ist diese Vorstellung alleine handelnder Ärzt:innen obsolet. Was aber deutlich wird, ist, dass sich, bezogen auf unser Beispiel der Krebstherapie bei älteren Patient:innen zwei Verständnisweisen auftun: So ist im ersten Fall – optimalerweise – der/die Patient:in der/die Akteur:in, der sich bewusst für die Therapie entscheidet, und das damit verbundene Leid aktiv auf sich nimmt, im zweiten Fall wiederum werden Arztpersonen, die die Therapien ausführen – gegen den Willen des Patienten/ der Patientin? – zu Akteuren, und den Patient:innen wird Leid durch die Krebstherapie „angetan“.

Der zweite wichtige Aspekt, den Waldenfels anspricht (s.o.), ist die Unterscheidung zwischen „lebenssteigerndem/lebensminderndem“ und „erträglichem/unerträglichem“ Leid. Wie oben bereits ausgeführt wurde, sollten diese Bewertungen auf den Maßstäben des Leidtragenden fußen. Die in dieser Arbeit geführten Interviews repräsentieren jedoch nicht die Ansicht der Patient:innen. Die Pflegenden können in ihrer Arbeit dennoch das Leid, das ihre Patient:innen empfinden, empathisch beobachten. Denn Leiden beruht darauf, dass es, wenn auch stumm, zum Beispiel durch Lautäußerungen oder aber auch durch das Verhalten schweigend ausgedrückt werden kann (Waldenfels 1990). So blicken die Pflegenden mit einem gewissen Abstand auf die Patient:innen und legen Maßstäbe basierend auf den eigenen Erfahrungen an. Wann oder inwiefern sie das Leiden der Patient:innen wahrnehmen, fußt also auf eigenen Leidenserfahrungen der Pflegenden. Auch die Bewertungen der Pflegenden, ob sie ein Leid als „lebenssteigernd“ empfinden, etwa indem sie das noch erreichbare Outcome der Therapien einschätzen, beruht also auf diesem Erfahrungshintergrund.

3.1.2 „Leid durch Therapie“ in der öffentlichen Debatte

Die vielleicht zunächst unpopuläre Idee, durch Krebstherapie könne den Patient:innen ein Leid entstehen, entstand nicht nur in der Analyse der Interviews, sondern findet sich auch in einem Kommentar des Wissenschaftsjournalisten und Arztes Werner Bartens in der *Süddeutschen Zeitung*. Er schreibt: „*Moderne Krebsbehandlungen helfen oft wenig und verschlimmern das Leiden der Todkranken.*“ (Bartens 2018). Und er konstatiert, die in Studien gefundenen Vorteile neuer Krebstherapien seien für die Patient:innen nicht spürbar – sie litten vielmehr unter den Therapien. Auch Eric Cassell kommt in seiner Beschäftigung mit dem Leiden zu dem Schluss, dass Leiden nicht nur durch eine Erkrankung, sondern auch durch eine Therapie ausgelöst werden könne (Cassel 1982). Es wird jedoch in seiner Betrachtung deutlich, dass diese Ansicht unter Mediziner:innen nicht weit verbreitet sei. So ist auch in der medizinisch-fachlichen Literatur das Motiv „Leid durch Therapie“ kaum zu finden. Vielmehr werden die negativen Begleiterscheinungen von Therapien kleinteilig aufgeführt – ohne jedoch die hier vorgenommene Frage nach der Bewertung der Folgen und ihrer Einstufung als „Leid“ zu behandeln. Zu den Begleiterscheinungen der Therapie gehören an erster Stelle die sogenannten „Nebenwirkungen“. Diese Nebenwirkungen sind besser gesagt unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die von der gewünschten Hauptwirkung – also bei Chemotherapeutika beispielsweise die Verminderung der Tumormasse – abzugrenzen sind. In der Literatur finden sich sehr viele Abhandlungen über Nebenwirkungen, die mit verschiedenen Krebstherapien einhergehen.

Da gibt es zum Beispiel Untersuchungen und Empfehlungen über die richtige Dokumentation der Nebenwirkungen (Seegenschmiedt 1998; Müller et al. 1999). Die Nebenwirkungen werden für Tumoren verschiedener Fachrichtungen aufgeschlüsselt (Boehmerle et al. 2014; Hauner et al. 2017), spezifisch anhand der eingesetzten Chemotherapeutika untersucht (Wollenberg et al. 2010) oder auch die Nebenwirkungsrate der Kombination verschiedener Chemotherapeutika (von Kieseritzky 2019). Auch Nebenwirkungen anderer Krebstherapien, wie zum Beispiel einer Bestrahlung, werden in vielen Publikationen thematisiert (Riesenbeck et al. 2013). Auch die Vorbeugung, Behandlung und Linderung der körperlichen Beschwerden, die durch die Chemotherapie ausgelöst werden, werden in zahlreichen Publikationen behandelt (Seeling 2015; Seidl 2016; Hoffmann und Kolbe 2020). Es werden nicht nur die körperlichen Symptome, sondern auch

psychosoziale Folgen und die Lebensqualität unter der Therapie als Nebenwirkungen untersucht (So et al. 2010; Holzhäuser-Zeller 2018).

Auch weitere indirekte negative Folgen von Krebstherapien, etwa der damit verbundene Krankenhausaufenthalt, sind untersucht und beschrieben. Diese indirekten negativen Folgen der Krebstherapie werden dabei gemeinhin nicht zu den Nebenwirkungen im Sinne der unerwünschten Arzneimittelwirkungen gezählt, beeinflussen jedoch ebenso die Situation der Patient:innen. Dazu gehören beispielsweise Schlafstörungen, Bewegungsmangel, kognitiver Abbau und eine erhöhte Anfälligkeit für erneute Krankenseinweisungen (Krumholz 2013). Aber auch psychosoziale Folgen wie der psychische Hospitalismus werden durch einen stationären Aufenthalt begünstigt, wobei insbesondere ältere Patient:innen, um die es hier geht, von dieser Folge betroffen sein können (Matolycz 2016).

Die negativen Begleiterscheinungen von Krebstherapien scheinen also ein weitreichend untersuchtes und bekanntes Phänomen zu sein. Sie sind auch in der Öffentlichkeit bekannt und werden in Filmen, Büchern und auf zahlreichen Seiten im Internet thematisiert (Reiner 2007; Günther 2017). Wer sich auf eine Chemotherapie einlässt, der kalkuliert die Nebenwirkungen ein (Wittenberg und Will 2020). Laut Heinrich et al (2015) werden die Nebenwirkungen der Chemotherapie in der Öffentlichkeit sogar überschätzt und sind in der heutigen Zeit gut behandelbar und somit für die Patient:innen erträglich. Das Bewusstsein über die negativen, belastenden Folgen, die mit einer Krebstherapie einhergehen, ist also beileibe kein neues.

Was also ist das Besondere an der Idee „Leid durch Therapie“? Welche Erkenntnis kann durch eine Untersuchung der Wahrnehmung von Leiden an der Therapie gefunden werden? In der folgenden Analyse der Interviews soll es nicht um einzelne Nebenwirkungen oder Statistiken gehen, sondern auf es soll beobachtet werden, wann und unter welchen Umständen diese Nebenwirkungen, oder andere negative Begleiterscheinungen der Therapien, als „Leid“ empfunden werden, das *durch* die Therapie entsteht.

3.1.3 „Leid durch Therapie“ in den Interviews mit Pflegenden

a. Wie stellt sich das Leiden unter der Therapie dar?

Um sich dem Thema „Leid durch Therapie“ zu nähern, soll zunächst untersucht werden, ob die Pflegenden in ihrer Arbeit im Stationsalltag ein Leiden der Patient:innen erleben und wie sich dieses Leid darstellt. Wie erwähnt, gibt es viele Untersuchungen, die aufzeigen, mit welchen Nebenwirkungen eine Krebstherapie einhergehen kann, die auch Pflegenden bekannt sind. In den Interviews beschreiben die Pflegenden – explizit oder umschrieben – ein *Leiden* der Patient:innen, das sie, durch den engen Kontakt zu den Patient:innen, an verschiedenen Stellen beobachten. Es gibt Fälle, in denen die Krankheit Leid bringt:

„I: Du meinst gerade, er hat da wochenlang gelegen und irgendwie gelitten. Wie, wie sieht das aus? B: Also er war anfänglich mobil und wurde dann zunehmend schwächer durch, natürlich durch das Lymphom.“ (I.7, Abs. 33).

In diesem Beispiel berichtet die Pflegende vom Fall eines Patienten, der während des stationären Aufenthaltes aus Sicht der Pflegenden gelitten habe. Dieses empfundene Leid basiere auf einer zunehmenden Schwäche des Patienten aufgrund der Krebserkrankung.

Es werden jedoch auch viele Fälle beschrieben, in denen das Leiden als Folge der Therapie entsteht. Hier sind insbesondere die Nebenwirkungen der Therapien relevant:

„[D]as Hauptproblem ist tatsächlich bei den Frauen, eh, der Haarverlust. Ehm, das ist weniger bei den Männern. Das ist dann nur bei den sehr, ja, sehr drauf fixierten Männern. Dann natürlich die Übelkeit. Die Appetitlosigkeit. Und ehm, die Schwäche. Also, dass sie, die wundern sich immer, dann im Nachgang - also das ist dann im Nachgang - warum man so schwach wird. Und dann, erklärt man denen das halt, ne. Aber

vorwiegend ist das hauptsächlich bei den Frauen, ist das wirklich der Haarverlust.“ (I.5, Abs. 68)

„Okay, die Therapien haben einfach auch ihre Symptomatiken, die sie hervorrufen und Nebenwirkungen, die nicht so angenehm sind. Dass da viele dann doch so n bisschen von zurückweichen und sagen: Ja, eigentlich ... bringt das nichts.“ (I.1, Abs. 63)

Die Pflegenden beschreiben hier in beiden Zitaten die Nebenwirkungen, die mit den Krebstherapien verbunden sind. Durch ihre Charakterisierung als „Hauptproblem“ und „nicht so angenehm“ wird jedoch auch eine Bewertung vorgenommen – so seien die Nebenwirkungen für die Patient:innen belastend. Im zweiten Zitat zeigt sich darüber hinaus, dass diese Nebenwirkungen sogar als so belastend empfunden werden können, dass ein Zurückweichen von den Therapien daraus resultiere („eigentlich... bringt das nichts“). In der Beobachtung der Nebenwirkungen der Therapie, die den Patient:innen wiederfahren, beobachten die Pflegenden also nicht nur diese Nebenwirkungen als Factum, sondern auch die Reaktion der Patient:innen, deren Belastung und deren Leiden unter eben diesen Nebenwirkungen.

Die Patient:innen selbst scheinen schlimme Nebenwirkungen zu befürchten:

„[D]ie [Patient:innen] sehen immer find ich so n Bild, so gerade die ältere Generation. Keine Haare, gerade die Frauen, ich krieg jetzt ne Glatze. Wie reagieren die Menschen auf mich? Was muss ich überhaupt durch-. Und die meisten haben Angst vor Erbrechen. Die haben so ne Horrorvorstellung, [...] dass ihnen so übel wird, dass sie das Haus nicht verlassen können, weil sie sich ununterbrochen übergeben.“ (I.7; Abs. 72)

„Na, wenn's die ersten Therapien sind, ist ja meistens so, dass sie [die Patient:innen] so dieses ganz Schlimme: Ich muss jetzt Erbrechen, mir gehts jetzt ganz schlecht, ich muss jetzt nur noch im Bett liegen. Ich kann jetzt wahrscheinlich die nächsten Wochen nicht mehr aufstehen, nicht mehr am sozialen Leben dran teilnehmen, Und da ist dann ganz viel, dass man dann einfach den Zahn auch zieht. Und sagt: Das muss alles gar nicht sein. Man muss nicht unbedingt Erbrechen, man muss keine Übelkeit haben, man kann sogar Lebensqualität tatsächlich behalten, trotz Therapie.“ (I.4; Abs. 32).

Wie sich in beiden Zitaten zeigt, werden die Pflegenden mit Ängsten der Patient:innen konfrontiert, die mit einer Vorstellung von den zu erwartenden Nebenwirkungen unter der Therapie einhergehen. In der Verwendung der Worte „Horrorvorstellung“ und „dieses ganz Schlimme“ zeigt sich die Ausprägung dieser Vorstellung und der damit verbundenen Ängste. Die von den Pflegenden hier beschriebene Furcht der Patient:innen weist darauf hin, dass diese Nebenwirkungen bekannt sind und somit wohl auch einkalkuliert werden. Im zweiten Zitat macht die Pflegende deutlich, dass diese Vorstellungen der Patient:innen nicht immer Realität werden müssten und Nebenwirkungen heutzutage gut behandelbar seien. Jedoch können auch die Ängste selbst einen Teil des Leidens der Patient:innen darstellen.

Im folgenden Beispiel wird deutlich, wie eine Pflegende dieses beobachtete Leid in ihrer Arbeit erlebt:

„Und ich weiß, dass du fünf Tage danach halb-tot im Bett liegst. 'Nein ich möchte das aber'. Ja. Also wir sehen das anders. und ich glaub, wenn du aus der Pflege kommst, und das in deinem privaten Kreis noch ist, das ganz anders noch ist. Hier auf Arbeit, weiß ich nicht. Die werden überzeugt, und stimmen dann zu. Und gucken, was kommt. Und gar, entweder, sie ziehen es bis zum Schluss durch und liegen dann wie Zimmer 21 dann halb-tot da, und wir pflegen die dann zu Tode. Oder, die brechen das ganz ab. Das gibts auch tatsächlich. Dass die dann sagen, so wir wollen das jetzt nicht mehr. Aber dann haben sie wirklich schon gelitten unter der Chemotherapie, ne?“ (I.6, Abs. 28)

In diesem Beispiel zeigt sich, dass es auch für die Pflegende belastend ist, sich das Leiden der Patient:innen unter der Therapie anzuschauen. Es wird deutlich, dass es jedoch im Arbeitsalltag der Pflegenden kein seltenes Bild ist, das Leiden der Patient:innen zu begleiten – gegebenenfalls auch bis zum Tod. Dieses Leiden setzt sich aus verschiedenen Aspekten zusammen. Zum einen beobachten die Pflegenden im stationären Setting – es ist also in diesen Fällen stets ein Krankenhausaufenthalt mit der Therapie verbunden, der die Patient:innen vom Leben (und Sterben?) zuhause abhält:

„Die [Patienten mit fortgeschrittenem Befund] haben eigentlich keine Chance. Und sobald wir die therapieren, sind sie eigentlich mehr in der Klinik, als wenn wir sie einfach nicht therapieren und sie einfach die Zeit, die sie haben, noch zu Hause genießen.“ (I.7, Abs.46)

Hier zeigt die Pflegende auf, dass Patient:innen mit einer fortgeschrittenen Erkrankung durch die Therapie die ihnen noch verbleibende Zeit im Krankenhaus verbrachten. Wenn diese jedoch keine Therapie bekommen, könnten diese Zeit zuhause verbracht werden. Dass die Pflegende dies als die bessere Alternative ansieht zeigt sich, indem sie sagt, diese Zeit könnten die Patient:innen „*genießen*“.

An anderen Stellen wird das Leiden, das durch die Therapie entsteht, noch drastischer beschrieben: So könnten auch die Therapien selbst, und nicht nur, wie vielleicht erwartet, die Krebserkrankung, zum Tod der Patient:innen führen. In den folgenden Zitaten beschreiben die Pflegenden explizit das Versterben von Patient:innen durch die Therapie.

„B: Also in der Hämatologie stirbt man nicht an Krebs. Was ja zum Teil wirklich auch stimmt, aber... (lacht)

I:(lacht) Man stirbt eher an den Therapien?

B: Genau. Man stirbt an den Folgen der Therapien. Also der Krebs ist geheilt, es haut ja schon hin oft. Also, wenn ich das jetzt rein pathologisch betrachte (schmunzelt).“ (I.2, Abs. 86)

„Und da wusste ich, wenn ihr heute Chemo da rein drückt, dann ist der morgen tot. Das habe ich auch den Ärzten gesagt, ich sag: Ihr seht den schon, wie der aussieht, ne? Ich sag, ich glaube da haben sie Carbo-Etho rein gehauen ne, also schon hochpotent. Und, ehm. Der war nächsten Tag tot.“ (I.6, Abs. 17-18)

Im folgenden Beispiel zeigt sich, dass nicht nur die Therapien den Tod auslösen (oder begünstigen) können, sondern auch zu einem unschönen Tod unter Therapie führen können:

„Und ganz ehrlich, da liegen 90-Jährige, Krebspatienten [...], wo du denkst: Ihr gehört in ein Einzelzimmer mit ner Schmerzabdeckung [...] und eure Dyspnoe muss irgendwie ein bisschen gemindert werden. Eure Familie gehört drum herum und mit neunzig, oder auch achtzig, gehört ihr vernünftig verabschiedet. Oder nach Hause und da. Ne? Ich konnte das nicht mehr ertragen hinten. Und es ist heute immer noch genauso. Wir hatten letztes mal ne fast 100-Jährige liegen, die sie mit ner NIV [nicht-invasiven Beatmung] noch weiter beatmet haben. Und die ist unter NIV gestorben. Das ist das schrecklichste, was du dir überhaupt angucken konntest. [...] Und davon kann ich tausend verschiedene Beispiele jetzt sagen. Wo ich denke, ihr gehört mit nem guten Personal abgedeckelt, mit ner Körperpflege, jemand der deine Hand hält, jemand der dir Essen und Trinken gegebenenfalls anreicht und das alles in Ruhe und schön abläuft. Das kannst du hier nicht gewährleisten, weil die hauen noch dreifach-Antibiose rein, bei manch einem, wo du, also wo ich persönlich denke: Ist es das wirklich wert, oder gehörs du einfach nur nach Hause zum Sterben?“ (I.6, Abs.76)

Die Pflegende beschreibt hier verschiedene Beispiele, in denen sterbende Patient:innen am Lebensende noch viel Therapie erhalten hätten – zum Beispiel eine nicht-invasive Beatmung oder Antibiosen. Die

Pflegende bewertet diese Behandlung als falsch, und entwirft ein Gegenmodell („mit neunzig [...] gehört ihr vernünftig verabschiedet“), welches hier mit einer palliativmedizinischen Sterbebegleitung gleichgesetzt werden kann. Denn die Pflegende zeigt hier auf, dass sie den Patient:innen eine gute Pflege und Versorgung und ein Sterben im Rahmen der Familie und „in Ruhe und schön“ wünsche. Durch den Gegensatz, den sie in ihrer Beschreibung aufzut, stellt die jedoch dar, dass aus ihrer Sicht ein solches würdevolles Sterben durch das Weiterführen der Therapien verhindert würde.

Insgesamt stellt sich das Leiden, das die Pflegenden beobachten, ganz unterschiedlich dar: So sind zum einen die klassischen Nebenwirkungen der Therapie relevant. Zum einen können Patient:innen ein Leiden unter diesen Nebenwirkungen direkt empfinden, zum anderen auch unter der Angst vor den Nebenwirkungen leiden. Auch der mit einer stationären Therapie verbundene Krankenhausaufenthalt kann für die Patient:innen ein Leiden bedingen. Auch erleben die Pflegenden Todesfälle unter der Therapie und auch ein würdevolles Sterben kann durch die Therapie verhindert werden. All dieses Leiden beobachten die Pflegenden bei Patient:innen, die zum Großteil Krebspatient:innen sind. Die Interviews fokussierten auf die Betreuung von Krebspatient:innen im Alter. Die hier beschriebenen Situationen beziehen sich also auf Patient:innen, die sowohl eine Krebserkrankung hatten als auch eine Therapie bekamen und wahrscheinlich noch Begleiterkrankungen mitbrachten. Es stellt sich also die Frage, ob es für die Pflegenden unterscheidbar ist, in welchen Fällen beobachtetes Leid durch die Erkrankung oder durch die Therapie ausgelöst wurde. So ist es beispielweise bei Schmerzen, einer Reduzierung des Allgemeinzustandes oder einer verminderten kognitiven Fähigkeit nicht genau auszumachen, ob nun die Krebserkrankung oder aber die Therapie dafür verantwortlich ist. Vielmehr scheint es sich um eine Gesamtsituation aus Krankheit, Therapie, aber auch psychischen und sozialen Folgen zu handeln. Es wird also an dieser Stelle davon ausgegangen, dass es für die Frage, wann die Pflegenden das beobachtete Leid als *durch* die Therapien ausgelöst ansehen, nicht notwendig ist, genau den (tatsächlichen) Auslöser für dieses Leid benennen zu können. Vielmehr bildet die Basis dieser Analyse die Einschätzung der Pflegenden als ein solches Leid, dass durch die Therapie ausgelöst wird.

b. Ein Leid antun? Ein Leid auf sich nehmen?

Es soll also in diesem Abschnitt hinterfragt werden, unter welchen Umständen ein beobachtetes Leid durch die Pflegenden als ein Leid *durch* die Therapie eingestuft wird.

Im folgenden Interviewabschnitt beschreibt die Pflegende die Krebstherapie einer älteren Patientin auf ihrer Station:

„Auf Seiten der, aus Sicht der Ärzte, [...], war das Lymphom ja therapierbar. Aus meiner, oder aus pflegerischer Sicht, war die Frau gar nicht adäquat, das so zu besprechen. Ihr wurde, oder sie wurde aufgeklärt, und der Therapiewunsch, meiner Meinung nach, kam mehr von den Angehörigen.“ (I. 5, Abs. 4) „Und aber der Patientin, so rein aus der Pflege... Die Patientin, wie gesagt, war nicht adäquat, und sie hat auch unter den Nebenwirkungen sehr gelitten.“ (I. 5, Abs. 8)

Die Pflegende sieht hier das Leiden der Patientin unter der Therapie und zweifelt auch die Richtigkeit dieser Therapie an. Insbesondere wird in diesem Zitat deutlich, dass die Pflegende in der Entscheidung zur Therapie nicht den Willen der Patientin, sondern eher der Angehörigenwille und die medizinische Sicht der Ärzt:innen repräsentiert sieht. Hier sind also die entscheidenden Kräfte, die zur Umsetzung der Therapie führen, die Angehörigen und die Arztpersonen, die somit als Akteure beschrieben werden können. In dem Moment also, in dem die Therapie nicht den Patientenwillen widerspiegelt, wird das Leid, das mit der Therapie entsteht, den Patient:innen angetan. Dies wird im Beispiel dadurch verstärkt, dass die Pflegende die Patientin kognitiv eingeschränkt sieht (unter Pflegenden wird der Begriff eines „nicht adäquaten“ Patient:innen häufig für kognitiv eingeschränkte Patient:innen verwendet; diese können nicht „adäquat“ reagieren/kommunizieren) und sie somit ihren eigenen Willen möglicherweise weniger stark einbringen kann.

Auch im folgenden Beispiel thematisiert die Pflegende eine Situation, in der sie die Therapie des Patienten aufgrund der Nebenwirkungen anzweifelt:

„I: Sprichst du dann mit den Ärzten da, oder sprecht ihr im Team darüber, wenn du das Gefühl hast, es ist eigentlich irgendwie nicht richtig?“

B: Also, was sollst du dazu sagen, wenn der Patient dann ja sagt? Also, ich weiß bei manchen Leuten ist das so, ich hatte hier drüben mal einen Herrn [Name des Patienten 2] liegen, das weiß ich noch, der konnte nicht mehr aufstehen, war auch schon Ü-80 gewesen. Und bei dem wusste ich, der hat zugestimmt mit Chemo, der wollte das. Der hat wissentlich ja gesagt dazu.“ (I.6, Abs. 17-18)

Hier beschreibt die Pflegende einen Fall, indem sie selbst die Therapie als „nicht richtig“ einschätzte, der Patient jedoch trotz starker Nebenwirkung seine Zustimmung zur Therapie gegeben habe. Es zeigt sich wiederum deutlich, dass in der Sicht der Pflegenden der Patientenwille ein wichtiger Maßstab dafür ist, wie eine Therapie trotz eigener Zweifel von ihr bewertet wird („was sollst du dazu sagen, wenn der Patient dann ja sagt?“). Wenn die Patient:innen sich also frei für die Therapie mit den damit verbundenen negativen Folgen, entscheiden, so werden die Patient:innen zum Akteur. Die Therapie wird den Patient:innen dann nicht mehr angetan, sondern das Leid wird zu einem aktiv gewählten Schicksal. In dieser Situation entsteht das Leid nicht mehr *durch* die Therapie, sondern *mit* oder *während* der Therapie.

Die freie Entscheidung der Patient:innen zur Therapie wird aber an einigen Stellen der Interviews in Frage gestellt. So gibt es Fälle, in denen vermeintlich der Wille des Patienten/der Patientin in der Therapieausführung zum Ausdruck kommt, die Pflegenden jedoch diesen freien Willen anzweifeln. Dafür gibt es verschiedene Gründe, die in den folgenden Textstellen deutlich werden:

„B: [...] Natürlich wollen die Ärzte Chemo, ne? Er hat aber gleich gesagt: Nein, ich möchte nur Bestrahlung, weil mir gings so schlecht, wo er den Kehlkopfkrebs hatte, mit der Chemo. Und er hat gesagt: Eigentlich nur Bestrahlung, eigentlich. Ne, das war auch so seine Aussage. Und dann haben die Ärzte natürlich mit ihm gesprochen. Ne, aber das passt gut und ihr Tumor reagiert gut drauf, blablabla, ne so? Und dann hat der doch eingewilligt.“ (I.6, Abs. 8) „B: [...] Ich glaub gut findet er das nicht, aber natürlich, denke ich, das ist so ein alter Patient der sagt: Der Arzt hat immer recht. So hab ich das Gefühl gehabt, ne? Drüber gesprochen hat der darüber nicht.“ (I. 6, Abs. 12)

In diesem Beispiel zeigt sich für die Pflegende durch die Einwilligung des Patienten vordergründig („dann hat er doch eingewilligt“) das Einverständnis des Patienten zur Durchführung der Therapie. Jedoch scheint sich aus den Beobachtungen der Pflegenden ein anderes Bild zu ergeben: Schließlich hatte der „eigentlich“ seine wahre Meinung kund getan, nämlich keine Therapie, bzw. „nur Bestrahlung“ zu wollen. Diese Meinung beruhte auf der Erfahrung, die der Patient bereits mit den Nebenwirkungen einer Krebstherapie gemacht hatte. Die Pflegende erkannte also, dass der Patient dem Leiden, das mit der Therapie verbunden ist, eigentlich ablehnend gegenüber stand. Dieser bejahte dann aber, durch die ärztliche Empfehlung beeinflusst, schließlich doch die Therapie und diese wurde, durch diese vordergründige Zustimmung gedeckt, auch durchgeführt. Das paternalistische Verständnis der Arztrolle, das in der Sicht der Pflegenden den Patienten hier dazu bewegt, sich von seiner eigentlichen Meinung weg hin zu der Empfehlung des Arztes zu bewegen, lässt ihr also Zweifel an der wirklichen Selbstbestimmtheit dieser Entscheidung zur Therapie aufkommen. Ein weiteres Beispiel:

„Die wollten das. Und ich glaube, ganz viele Leute in dem Alter sagen sich: Ich hab nichts mehr zu verlieren, Hau mal drauf. Und ich weiß bei dem Herr [Name des Patienten 1] hier drüben, der hier lag, der nachher gestorben ist, den hatte ich gefragt gehabt: Haben Sie sich das wirklich gut überlegt und wollen das? Und der hat ja gesagt. Aber der hat, fragte auch: Wie meinen Sie das, Schwester? Na, ich sag, das ist schon

ganzschönes Zeug, was sie da jetzt kriegen. Ja, aber ich hab ja nichts mehr zu verlieren. Das ist eigentlich der Uso- [übliche] Spruch der da eigentlich immer kommt, ne? (I.6, Abs. 22)

Obwohl hier eindeutig der Patientenwille zur Therapie ausgedrückt wird, scheint zwischen den Zeilen doch auch ein anderes Bild durch: Zwar gibt der Patient die Zustimmung zur Therapie, die Nebenwirkungen dieser Therapie können aber wohl nicht vollumfänglich eingeschätzt werden („Wie meinen Sie das, Schwester?“, I.6, Abs. 22). Es stellte sich also im Interview die Frage, ob die Pflegenden die Entscheidungen als frei und ausreichend informiert einschätzt. Auf diesen Aspekt angesprochen, berichtet die Pflegende folgendes:

„I: Aber du hast schon das Gefühl, dass der Patientenwille meistens in den Entscheidungen sich widerspiegelt?“

B: Fifty-fifty, würde ich sagen. Ich glaube, ganz viel ist auch Überzeugung. [...] Und wenn die, ehm, überzeugt sind dann. Ich mein, ihr Ärzte wisst ja ganz viel und erzählt, was sein könnte, und dann nehmen wir Ihnen die Schmerzen, oder die Luftnot und machen die ganzen Nebenwirkungen, die passieren können durch Ihre Erkrankung, minimieren wir dadurch, ne? Das wird natürlich erzählt. Aber was wir von der Pflege dann halt sehen, dass du irgendwann nur noch im Bett liegst, dass du dann Durchfall kriegst, dass du Erbrechen kriegst, hab ich immer so das Gefühl, das wird hinten weg gedrückt. Auch vom Kopf her. Das erzählen die schon, ne? Aber das wird hinten weggedrückt, was durch die Chemo passiert. [...] Dafür kannst du zum Beispiel jetzt, wo die Sonne scheint, nicht draußen sein. Sowas wird weg ignoriert“ (I.6, Abs. 26)

In diesem Abschnitt wird erneut das Leid, das die Pflegenden in ihrer Arbeit mit den Patient:innen unter Therapie beobachtet, offenkundig. Die Pflegende schätzt es so ein, dass die Patient:innen jedoch dieses Leid nicht verstehen können oder wollen. Dies könnte zum einen an einer beschönigenden Aufklärung durch die Arztpersonen, zum anderen aber auch an einem Ausblenden der Nebenwirkungen durch die Patient:innen liegen. Die Entscheidungen, die die Patient:innen also scheinbar bewusst für eine Therapie unter Inkaufnahme der negativen Folgen treffen, werden dadurch relativiert. Wie kann schließlich eine bewusste Entscheidung auch für die negativen Folgen erfolgen, wenn diese nicht wirklich eingeschätzt werden können? Für die Beantwortung der hier gestellten Fragestellung wird deutlich, dass das Leid, das die Pflegenden in ihrer Arbeit am Patienten sehen, auch dann als Leid *durch* die Therapie empfunden wird, wenn die Pflegenden trotz einer offenkundigen Entscheidung der Patienten für die Therapie das Gefühl haben, die Entscheidung sei nicht ausreichend informiert getroffen worden.

Im folgenden Abschnitt aus einem anderen Interview ergibt sich ein ähnliches Bild:

„Ich hab ja nicht das Recht, irgendwelchen Menschen mehr oder weniger vorzuschreiben, was sie mit ihrem Leben anstellen wollen. Wenn ich aber dieses Leiden sehe, das oft mit vielen Therapiekonzepten verbunden ist, und auch nichtsdestotrotz die Perspektivlosigkeit, die eigentlich dahintersteckt, wäre ich da sehr vorsichtig. Aber ich also hatte aber auch bei meinem Vater dann bewusst entschieden. Hodgkin ist normalerweise ne gut behandelbare Erkrankung, bei ihm wars das halt nicht. Dass wir jetzt alles abbrechen und dass er jetzt sterben darf mit 69.“ (I.2, Abs. 58)

Es wird erneut klar, dass der Pflegende die Entscheidungen der Patient:innen für eine Therapie respektiert. Dieser Aspekt wird auch in anderen Stellen dieses Interviews immer wieder deutlich („B: Ziel ist eh, bei der ganzen Geschichte [Therapieentscheidungen, die der Pfleger selbst anzweifele] ist, immer irgendwie, eh, für mich auch, dass sich die Patienten irgendwie in ihrer Haut einigermäßen gut fühlen. I: Dass die Patienten, mit der Entscheidung. - B: Mit der Entscheidung klar kommen können“ (I.2, Abs. 120-122)). Er wägt aber diese Entscheidung zur Therapie, und das damit verbundene Leid, ab. Ist die Krankheit, wie im Beispiel des Vaters, nicht heilbar, so scheint der Tod die bessere Alternative als eine Therapie zu sein. „Sterben dürfen“ ist ein starker Ausdruck für die positive Bewertung des Sterbens in diesem Zusammenhang. Dass der Tod

hier als eine positive Alternative eingeordnet wird, lässt das dem Pflegenden empfundene Leid durch die Therapie noch stärker wirken. Im Folgenden Zitat zeigt sich hier fast eine ironische Umgangsweise mit diesem Leid, das der Pflegende beobachtet:

„Wenn jemand sich frei dafür entscheidet, kann ich auch nichts dran ändern, also jeder darf sich umbringen, wie er will, aber (schmunzelt). Aber das sind halt auch so Dinge. Aber ich glaub, eh..., die Hauptsache, die passieren muss, ist in diesem Medizinsystem erstmal miteinander.“ (I.2, Abs. 270)

Dieses geforderte „miteinander“ im Medizinsystem, das für den Pflegenden scheinbar direkt mit den Therapieentscheidungen der Patienten verbunden ist, wird im Folgenden genauer beschrieben:

„I: Okay. Das heißt, zu sagen: Wenn der Tod kommt, dann darf er auch kommen und man muss nicht auf Teufel komm raus ne Therapie machen? (Pause)

B: Eh, ich denk, eh, man sollte Menschen einfach (Pause) die Möglichkeit geben, alles für und wider abzuwägen. Und wenn wir ehrlich sind, machen wir das hier in unser deutschen Medizin auf jeden Fall nicht. Ich denk, Niederlande ist da etwas weiter (lacht)

I: Was machen die anders?

B: Eh, es ist ne ganz andere Kommunikationsebene, [...] (Pause) man gibt (Pause) den Menschen mehr in die Hand. Und zwar für und wider. In Deutschland gibts immer nur pro Therapie.

I: Wirklich? [...]

B: (lacht) Ja. Es ist ganz eindeutig. Normalerweise, eh, also, wird, werden Patienten eigentlich in ne Therapie gedrängt. Auch, wenn sie das oft selbst schon gar nicht mehr verstehen.“ (I.2, Abs. 73-84)

Es zeigt sich hier, dass der Pflegende das Medizinsystem, in dem er arbeitet, so erlebt, dass es den Patient:innen keine wirklich freie Möglichkeit einer Entscheidung für oder wider eine Therapie erlaubt. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass auch vordergründig freie Entscheidungen für eine Therapie als von Ärzt:innen zugunsten der Therapie beeinflusst erlebt werden.

Diese Ansicht, wo sie auftritt, relativiert die Akzeptanz des Pflegenden gegenüber freien Entscheidungen der Patient:innen zur Therapie – so sind diese im System ja gar nicht möglich. Wenn also das Leid, das die Patient:innen durch die Therapie auf sich nehmen, für den Pflegenden nur dann als Teil der Therapie zu akzeptieren ist, wenn die Patient:innen die Entscheidung zu dieser Therapie frei getroffen haben, so fällt dies in einem System, das vordergründige Zustimmungen herbeiführt, weg. Eine Untersuchung dieses spannenden Aspektes – der pflegerischen Sicht auf die Entscheidungsfindungsprozesse im heutigen Medizinsystem – wird im Kapitel „Von der Nachricht bis zur Entscheidung“ (S. 38) erfolgen.

In diesem Kapitel wurde deutlich, dass viele Dinge, die den Entscheidungsfindungsprozess ausmachen, beeinflussen, ob eine Entscheidung von den Pflegenden als frei und informiert getroffen empfunden wird. So kann ein paternalistisches Arztbild, eine nicht ausreichende Information über Nebenwirkungen, eine Entscheidungsfindung auf Grundlage von Arzt- oder Angehörigenwille und auch eine im System bedingte unfreie Entscheidung dazu führen, dass die Pflegenden empfinden, die Entscheidung spiegele nicht den Patientenwillen wider. Eben dieses Empfinden bedingt wiederum, dass das Leid, das unter der Therapie entsteht, als Leid *durch* die Therapie empfunden wird, da es nicht vom Patienten/von der Patientin aktiv und freiwillig angenommen, sondern dem Patienten/der Patientin angetan wird. Der Maßstab, ob ein Leid zu ertragen sei, von dem Waldenfels sagt, er müsse durch den Leidenden selbst, also durch den Patienten/die Patientin, entschieden werden (Waldenfels 1990), ist also, wie die Interviews gezeigt haben, auch ein Maßstab, den die Pflegenden in ihrer Bewertung einbeziehen.

c. Leiden unter der Therapie in Abwägung zur Zielsetzung der Therapie

Der zweite Maßstab, der erkenntlich macht, wann ein Leid für die Pflegenden als Leid durch die Therapie empfunden wird, ist das Ziel der Therapien. Im folgenden Beispiel beschreibt die Pflegende eine Situation, in der für sie die Durchführung der Therapie nicht nachvollziehbar war.

„I: Das war ne hochbetagte Patientin, Ü-80 auf jeden Fall. Dement. Oder, nicht dement, aber nicht mehr klar orientiert. Die mit nem reduzierten Allgemeinzustand aus der, aus dem Pflegeheim hierherkam. Dort wurde der Tumor festgestellt und weil der Tumor an sich n kurativen Ansatz hatte, wurde therapiert [...] das war jetzt nicht ne große Therapie, sondern im Rahmen der Palliativmedizin ne Therapie, um sie zu entlasten.“ (I.5, Abs.4) „Naja, [...] wie gesagt, ne Symptomlast war da. Und, ehm, aus palliativer Sicht, weil das ne Palliativpatientin war, war diese Möglichkeit auch noch gegeben. Und es ging ihr ja tatsächlich auch besser danach. Aber ob man das jetzt unterm Strich. Man hat ihr jetzt vier, fünf Wochen, genommen - sie wär vielleicht in dieser Zeit im Heim verstorben, gut. Ehm, aber diese vier, fünf Wochen die sie jetzt hier war, fand ich (betont) für die Patientin, keine Lebensqualität. Und die ist dann nachher auch wieder ins Heim, ich weiß nicht, wann sie dort verstorben ist, das weiß ich nicht.“ (I.5, Abs. 20)

Betrachtet man in diesem Beispiel das Ziel der Therapie, so wurde es als eine Besserung der Symptomatik definiert. Dass diese Besserung auch eintrat, wird von der Pflegenden beschrieben und anerkannt. In Bewertung der Richtigkeit der Therapie findet hier eine Abwägung statt zwischen der Symptomlast durch den Krebs auf der einen Seite und den Nebenwirkungen der Therapie auf der anderen. Im ersten Chemotherapie-Zyklus sieht die Pflegende zwar das Leiden der Patientin, wägt dieses aber ab gegen die erzielte Besserung der Symptomlast. Solange das Ziel der Therapie klar ist, nämlich die Befreiung von den Symptomen, und auch die Nebenwirkungen der Therapie geringer sind als diese Symptome, scheint die Pflegende die Entscheidung zur Therapie nachvollziehen zu können. Im folgenden Abschnitt aber wird deutlich, dass die Pflegende dieses Verständnis nicht mehr aufbringt, wenn die Besserung, die noch erreicht werden kann, die Nebenwirkungen der Therapie nicht aufwiegen kann:

„I: Weil die Situation ist ja nun mal so, dass sie ja schon ganz viel Hilfe brauchen, ganz viel Unterstützung brauchen, das alles nicht mehr alleine schafft. Und unter der Therapie, wie gesagt, hat sie ja gelitten. Warum man dann beim zweiten Mal, jetzt beim Zyklus fortschreiten, jetzt nicht sagt: So, jetzt ist Schluss. Da hab ich das so hinterfragt, was die Angehörigen auch so... Weil letztlich, haben sie ja auch losgelassen, weil die Patientin ja in ner Einrichtung war, und da auch nur sporadisch besucht wurde.“ (I.5, Abs. 54)

Hier erfolgt einerseits, wie eben beschrieben, eine Abwägung zwischen den Nebenwirkungen der Therapie und der Symptomlast durch die Krebserkrankung. Es stehen sich auch die Zeit im Krankenhaus, die die Patientin dort mit wenig Lebensqualität verbrachte, und die Zeit zuhause, die die Patientin sich gewünscht hätte, gegenüber. In dieser Abwägung scheint das Leid der Patientin durch die Therapie und den Krankenhausaufenthalt größer empfunden zu werden als ein (früheres?) Sterben ohne die Therapie. Für die Abwägung des Ziels der Therapie scheint es für die Pflegende aber auch eine Rolle zu spielen, wie das Leben der Patientin sich auch bei erfolgreicher Therapie gestaltet: Sie sei über achtzig Jahre alt, pflegebedürftig, nicht klar orientiert und bekomme auch von ihren Angehörigen nicht viel Besuch. In dieser Darstellung zeigt sich, auch wenn von der Pflegenden nicht explizit so ausgesprochen, die Auffassung, dass die noch vorhandene Lebensqualität in die Entscheidung zur Therapie mit einbezogen werden sollte. An einer anderen Stelle wird dies noch einmal präzisiert:

„I: Es heißt ja nicht, weil das nicht meine Lebensqualität ist, heißt das ja nicht, dass das für ihn keine ist. Eh, das würd ich nicht sagen. Aber, ich find, sofern der Patient durch

die Chemotherapie leidet. Also, durch die ganzen Nebenwirkungen, und mit, mit auch mit der Hinfälligkeit. Weil er ja auch, so ne Chemotherapie nimmt ja auch Kraft. Das ist ja nicht mehr diese Lebensqualität, die er vorher gehabt hatte. Und damit kommen Demenz-erkrankte Patienten noch weniger zurecht als sowieso schon.“ (I.5, Abs. 52)

Die kognitive Einschränkung führt in den Augen der Pflegenden also nicht dazu, dass zwangsläufig die Lebensqualität eingeschränkt wird. Sie führt aber dazu, dass die Therapien schlechter verarbeitet werden und somit die Patientin unter diesen noch eher leidet. Insofern scheinen die kognitive Einschränkung und körperliche Vorerkrankungen in diesem Beispiel ein weiterer Grund zu sein, die Entscheidung zur Therapie sorgfältig abzuwägen.

Ein anderer Pflegender greift in der Überlegung für oder wider Therapie ähnliche Gedanken auf:

„B: Das heißt eigentlich auch, ich seh es ganz klar auch, wenn ich solche Studien mache, solche Fragen mit berücksichtigen: Hats denn überhaupt noch n Sinn, ne 90-Jährige damit noch zu beschießen? Ist so ne ganz einfache Sache. Oder: Was erreiche ich damit? Es gibt mit Sicher-, wie gesagt, mit diesen Luftgeschichten und so weiter, da ist es für mich gar keine Frage. Da kann jemand hundertzwanzig sein, ich würds noch machen. Aber es gibt halt ganz viele Sachen, wo man sich wirklich fragt, oder wo, wenn ich halt genau eh, schon die blöde Ahnung hab, und es trifft ja leider immer wieder zu, dass die Therapie jemanden rumbringt, was hab ich davon? (I.2, Abs. 270)

Das Ziel der Therapie sollte in seinen Augen immer klar sein und abgewogen werden. Auf der einen Seite steht die Symptomlast, hier Luftnot, die den Patient:innen durch die Therapie genommen werden muss. An einer anderen Stelle des Interviews wird dies dadurch erklärt, dass der Tod durch Ersticken so schrecklich sei. Jedoch betrachtet auch dieser Pflegende das Leid, das durch die Therapien entsteht, hier in Form des Todes, die sie auslösen können. Dieses Leid wird im Gegensatz zu dem Ziel angeschaut, das erreicht werden kann. Die Formulierung, „ne 90-Jährige damit noch zu beschießen“ lässt die Therapien hier wie eine tödliche Waffe wirken und zeigt, dass sie in diesem Zusammenhang eher als Tod-bringend als als heilend empfunden werden. Hier wird, wie auch oben schon angedeutet, wiederum nicht das Alter als solches als Grund gegen eine Therapie angebracht – doch aber scheint diese Formulierung darauf hinzuweisen, dass die Therapien von älteren Menschen schlechter vertragen wird.

Im folgenden Beispiel wird ein weiterer Punkt deutlich, der in die Abwägung, ob die Therapie noch sinnvoll ist, einbezogen wird:

„I: Ist es das wirklich wert, oder gehörs du einfach nur nach Hause zum Sterben? Und meistens ist das so. Manche kriegst du noch. Wo du so denkst: Okay, ich bescher dir jetzt noch dreigute Monate. Wo du dann konform fährst mit dieser Entscheidung. Aber bei manchen denkst du auch: Boa, ich kann mir das hier nicht mit angucken. Und das passiert häufig tatsächlich, dass du denkst: Das kann ich mir nicht mit angucken“ (I.6, Abs 73)

Auch hier steht die Pflegende der Durchführung der Therapie eher kritisch gegenüber. Es zeigt sich jedoch, dass das Ziel einer Lebenszeitverlängerung mit gleichzeitig guter Lebensqualität auch für die Pflegende einen Grund darstellt, eine Therapie durchzuführen. Ist also dieses Ziel definiert und wird auch erreicht, so rechtfertigt dieses das Leiden, das die Patient:innen mit der Therapie auf sich nehmen.

Insgesamt zeigt sich also, dass für die Pflegenden auch ein Leid *durch* die Therapie entsteht, wenn das Ziel dieser Therapie nicht erkennbar ist. So wird im Einzelfall das Leiden, das die Therapie mit sich bringt, gegen das Ziel, das erreicht werden kann, abgewogen. In diesen Abwägungen stehen auf der einen Seite die Nebenwirkungen der Therapie, die Zeit im Krankenhaus und andere bereits im ersten Abschnitt beschriebene Facetten des Leides durch die Therapie. Dagegen steht das Ziel der Therapie – eine Minderung der Symptomlast durch die Krebserkrankung, eine Lebenszeitverlängerung und/oder Verbesserung der

Lebensqualität. Dabei ist das Alter, beziehungsweise präziser gesagt die kognitive und körperliche Kapazität der Patient:innen, ein Faktor, der in die Rechnung einbezogen wird. So scheinen körperliche und psychische Vorbelastungen das Leiden unter der Therapie zu vergrößern, während gleichzeitig das Erhalten einer guten Lebensqualität erschwert wird. Wenn ein Leid mit dieser Therapie einhergeht, so kann dies, wie einführend dargestellt, *lebenssteigernd* oder *lebensmindernd* sein – in unserem Beispiel bedeutet dies also eine Abwägung, ob die lebenssteigernden Aspekte (wie Symptomlastverringerung, Lebenszeitverlängerung) die lebensmindernden Aspekte (Nebenwirkungen, andere negative Folgen, Lebenszeitverkürzung) überwiegen. Ist dies nicht der Fall, so scheint die Therapie ein unnötiges Leid über die Patient:innen zu bringen und somit ein Leid *durch* die Therapie zu geschehen.

d. Zusammenfassung

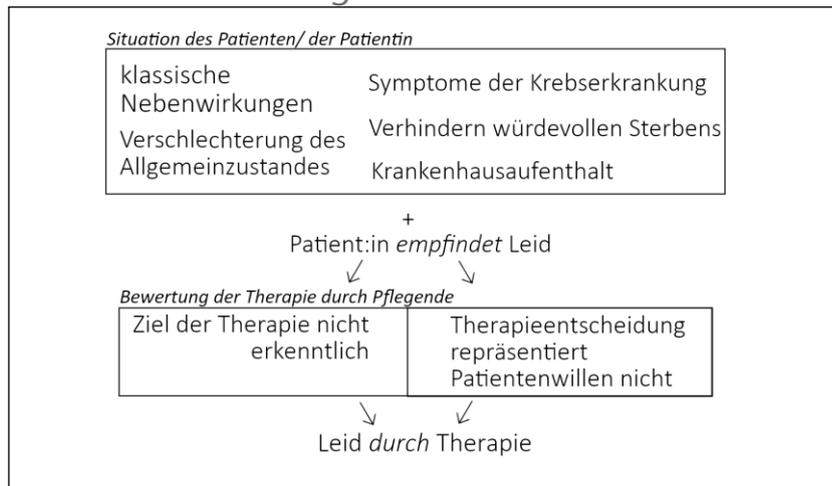


Abbildung 4 - Empfinden von durch Therapie ausgelöstem Leid

Das Motiv „Leid durch Therapie“ ließ sich in den Interviews in verschiedenen Fällen finden. Das Leiden der Patient:innen in dem stationären Setting einer onkologischen Station scheint für die Pflegenden zum Arbeitsalltag zu gehören, wie auch die Nebenwirkungen in der öffentlichen Meinung in einem gewissen Umfang „dazu gehören“. Das Leid, das aus Sicht der Pflegenden für die Patient:innen unter der Therapie entsteht, entsteht aber nicht ausschließlich im klassischen Sinne durch die Nebenwirkungen dieser Therapie. Vielmehr geht es auch um die Zeit im Krankenhaus, die schönen Momente, die dadurch verwehrt werden, ein Absinken der Lebensqualität und das Verhindern eines würdevollen Sterbens. Diese verschiedenen Auslöser werden von den Pflegenden beobachtet und beschrieben. Jedoch zeigte sich in den Beschreibungen der Pflegenden nicht allein diese Auslöser, sondern die Pflegenden erfuhren das Leiden der Patient:innen in diesen Situationen und zeigten dieses durch ihre Darstellungen auf.

Wann aber empfinden die Pflegenden das *Leid* als *durch die Therapie* verursacht? Ein Aspekt, der in allen genannten Beispielen, aber auch in den weiteren Interviews oft zu finden war, ist der Patientenwille. So hat jede:r Patient:in das Recht, unabhängig von Alter, Vorerkrankungen, sozialer Situation oder anderen äußeren Umständen eine freie Entscheidung für die Therapie zu treffen. Das Leiden, was den Patient:innen widerfährt, wenn sie die Therapie selbst wollen, sehen die Pflegenden zwar, können es aber akzeptieren: Die Patient:innen müssen in diesem Fall keine Therapie über sich ergehen lassen sondern haben sich aktiv dazu entschieden und somit auch das Leiden mit einkalkuliert. Das Problem, das sich an dieser Stelle aber auftut, ist der Zweifel der Pflegenden an der Freiheit und an der Zuverlässigkeit dieser Patientenentscheidungen. Verschiedene Gründe wurden genannt: Sei es, weil Patient:innen sich aufgrund eines paternalistischen Arztmodells der ärztlichen Empfehlung unterordnen, weil von Seiten der Ärzt:innen oder Angehörigen zu offensiv auf eine Therapie gedrängt wird oder weil die Patient:innen die auf sie zukommenden Nebenwirkungen nicht vollumfänglich verstehen. Durch den Zweifel der Pflegenden an der freien Entscheidungsfindung der Patient:innen verschiebt sich das Bild von der aktiven Kraft im Zuge der Therapieentscheidung. In dem

Maße, dass die Patient:innen keine freie und wohlüberlegte Entscheidung treffen (oder treffen können), nehmen sie die passive Rolle ein, die Therapie wird durch die Ärzt:innen (– durch andere Beteiligte – durch das System?) angewendet und die einkalkulierten Nebenwirkungen werden zu Leid, das den Patient:innen angetan wird.

Auf diesen Punkt wird im Kapitel über die Entscheidungsfindung, wie die Pflegenden sie in ihrer Arbeit erleben, fokussiert (s. S. 38) . Es soll dabei die Frage geklärt werden, wie diese Entscheidungen für oder wider Therapie zurzeit getroffen werden – wie die Struktur abläuft, welche Personen wie eingebunden sind und auch wie sich die Pflegenden daran beteiligen. Schließlich zeigte sich hier der Stellenwert einer fundierten und freien Entscheidungsfindung durch die Patient:innen.

Ein zweiter Aspekt zur Beurteilung der Frage, wann ein *Leid durch die Therapie* empfunden wird, ist das Ziel der Therapien. Ist das Ziel für die Pflegenden überzeugend, sind auch die Therapien zu rechtfertigen. So ist eine Entlastung von Symptomen, die der Krebs verursacht, ein Grund, warum die Nebenwirkungen der Therapien zu ertragen sind. Die Therapien scheinen gerechtfertigt, wenn der Nutzen ersichtlich wird und eine realistische Chance auf Besserung oder Heilung durch die Therapien gesehen wird und die Folgen der Therapie nicht die Symptome durch den Krebs übersteigen. In vielen der Beschreibungen der Pflegenden kommt jedoch die Frage auf: Wem dient diese Therapie noch? Es wird ersichtlich, dass diese Abwägung aus Sicht der Pflegenden häufig zu spät passiert und den Patient:innen durch ein von den Pflegenden empfundenes „zu viel“ an Therapie ein Leid angetan wird. Es wird in der Betrachtung dieser Rechtfertigung von Therapien im Angesicht des ausgelösten Leides offensichtlich, dass die Abwägung als Einzelfallentscheidung getroffen werden muss. Das in dieser Studie erhobene Datenmaterial ist sicherlich nicht aussagekräftig genug, um Einzelfallentscheidungen bewerten zu können. Jedoch entsteht bereits in diesem Kapitel der Eindruck, dass die Pflegenden insgesamt an vielen Stellen eine Übertherapie (s.u. S. 78) empfinden. Diesem Thema ist das Kapitel 3.3 gewidmet.

3.1.4 „Leid durch Therapie“ in den Interviews mit Ärzt:innen

a. Wie stellt sich das Leiden der Patient:innen für Ärzt:innen dar?

Auch in den zehn hier für die vergleichende Auswertung ausgewählten Interviews mit Ärzt:innen (zu den Auswahlkriterien s. das Methodenkapitel S. 11). wird ein Leiden der Patient:innen unter der Therapie beschrieben. Im Vergleich achte ich besonders auf die Wahrnehmungen des *Leidens der Patient:innen* durch die Ärzt:innen im Vergleich zu den Pflegenden.

In fünf Interviews (IÄ.1², IÄ.2, IÄ.5, IÄ.6, IÄ.8) wird eine Verschlechterung des Allgemeinzustands bis hin zur Pflegebedürftigkeit der Patient:innen beschrieben, die durch die Therapien ausgelöst werden. Beschrieben wird darin auch der zeitliche und organisatorische Aufwand für die Patient:innen, um zur Therapie zu kommen (IÄ.8), sowie ‚direkte‘ Nebenwirkungen der Therapien wie Übelkeit, Polyneuropathien oder Immunsuppression.

B: [...], wenn ich mit der onkologischen Therapie, ich will das jetzt mal ganz profan ausdrücken, relativ hoch im Regal gegriffen habe für den individuellen Patienten, steigt das Risiko (unverständlich). Und, ähm grundsätzlich, äh sind ja die meisten kurativausgelegten Chemotherapie, ähm ungefähr auf einen Zeitraum des Drittel bis halben Jahres so ausgelegt und in dieser Phase sehen wir doch einen Großteil der Patienten zumindest mal kurz stationär. [...] Bei den älteren [...] Dazu kommt ja auch noch, dass dann häufig die Patienten selbst wenn sie ihre Tumorerkrankung, ähm über eine Chemotherapie kontrolliert bekommen, äh an einen Punkt kommen können, dass sie jetzt einfach vom Allgemeinzustand zu sehr abbauen, dass sie nicht mehr eigenständig

² Ärzt:innen-Interview 1, im folgenden entsprechende Angaben

selbstversorgend leben können. Und das ist einfach eine Baustelle, die man auch aufmacht, ich meine das trifft viele ältere Personen. Da hat man einfach das Gefühl dass sich viele dieser natürlichen Prozesse, ähm des Alterns für die Zeit der Chemotherapie sind, sich im Zeitraffer bewegen, geht halt alles etwas schneller schief. (I.5.Ä, Abs.30-33)

Hier beschreibt der Arzt, dass bei stärkeren Chemotherapien die Patient:innen meist im Verlauf der Behandlung eine stationäre Betreuung benötigten und auch nach der überstandenen Chemotherapie Folgen davon trügen. Er spricht von einem „Risiko“, das steige, wenn man aggressivere Therapien wählt. Diese Terminologie beinhaltet, dass Gewinne mit Verlusten einhergehen können, von denen man eine bestimmte Wahrscheinlichkeit kennt, die man bei einer Entscheidung in Kauf nehmen muss (zum Begriff vgl. Rehmann-Sutter, 1998). Mit der Entscheidung für eine Therapie kalkuliert dieser Arzt also auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Patient:innen unter negativen Folgen leiden, ein. Diese Möglichkeit stellt der Arzt im Verlauf ausführlich dar, indem er den „Allgemeinzustand“, also den körperlichen Abbau der Patient:innen durch die Chemotherapie thematisiert, der dazu führe, dass die Patient:innen sich nicht mehr selbstständig versorgen könnten. Er sieht auch, dass dieses Abbauen trotz der durch die Chemotherapie erreichten Kontrolle der Tumorerkrankung entstehen könne, was das Bewusstsein darüber ausdrückt, dass die Krebserkrankung in diesem Fall nicht als Auslöser für den körperlichen Abbau der Patient:innen gesehen wird. Den Abbau der Patient:innen im Alter unter der Chemotherapie beschreibt eine andere Ärztin im folgenden Zitat so:

„B: [...] also im Krankheitsverlauf ist es häufig so, dass, ähm natürlich die Patienten aus einer Situation kommen, die häufig noch das Alleine Leben ermöglicht, bevor sie ins Krankenhaus kommen und die dann eben in einer Situation münden. Das ist aber nicht nur bei Krebs so, das ist auch bei akuten Erkrankungen so, dass dann das so ein, sagen wir fragiles Gleichgewicht ist, mit dem es noch funktioniert und sobald eine Operation stattfindet, dann funktioniert es eben nicht mehr allein, fallen in ein Loch, brauchen Unterstützung entweder durch ambulante Pflegedienste oder von der Familie oder, oder sogar stationäre Pflege. also insofern, das ist schon abzusehen vorher, das ist ja auch häufig so ein Cut für die Patienten dann, neu, eine, eine ganz andere Umfeldsituation kommt danach.“ (IÄ.2, Abs.41)

Hier beschreibt auch diese Ärztin ein Verschlechtern der Patientensituation unter der Therapie und durch eine Operation. Sie sagt auch, dass diese Verschlechterung vor dieser Therapie abzusehen sei. Die Darstellung durch diese Ärztin wirkt sehr sachlich, sie stellt zwar dar, dass diese Verschlechterung eintritt, bewertet dieses Eintreten aber nicht. Durch die Nutzung von Begriffen wie „dann eben“, „funktioniert es eben nicht mehr“, „brauchen Unterstützung“ und „neue Umfeldsituation“ wirkt ein solcher Verlauf der Erkrankung fast normal. Diese Beschreibung mutet, im Vergleich zu den sehr drastischen, oben dargestellten Berichten der Pflegenden, wesentlich harmloser an.

Es zeigt sich auch im weiteren Vergleich der Formulierungen der Pflegenden und der Ärzt:innen ihre unterschiedliche Perspektive auf die Situation der Patient:innen. Während die Pflegenden von „Der hat vorher gelitten ohne Ende, dem gings scheiße“ (I.2, Abs.92), „Wenn ich aber dieses Leiden sehe, das oft mit vielen Therapiekonzepten verbunden ist“ (I.2, Abs. 61), „Und unter der Therapie, wie gesagt, hat sie ja gelitten.“ (I.5, Abs. 54), „Aber was wir von der Pflege dann halt sehen, dass du irgendwann nur noch im Bett liegst, dass du dann Durchfall kriegst, dass du Erbrechen kriegst“ (I.6, Abs.26) sprechen, findet man in den Arzt-Interviews die Formulierungen „vom Allgemeinzustand abbauen“, „natürlichen Prozesse des Alterns“ (IÄ.5, Abs. 33), „brauchen Unterstützung“, „neue Umfeldsituation“ (IÄ.2, Abs. 41), „das ist für die einfach ein bisschen anstrengender“ (IÄ.1, Abs. 57), „das ist ja eine Strapaze für alle“ (IÄ.8, Abs. 76). So wirken die Aussagen der Ärzte objektiver, sachlicher und dadurch auch distanzierter. In den Aussagen der Pflegenden drückt sich zum Teil eine emotionale Involviertheit aus, die auch durch den engeren Kontakt der Pflegenden zu den Patient:innen zu erklären ist. Während die Ärzt:innen eher die objektive Beobachtungsebene annehmen, zeigen die Pflegenden durch die oben genannten Sprechweisen, dass sie die subjektive Seite des Leidens der Patient:innen annehmen. Obwohl die Pflegenden und die Ärzt:innen also die gleichen

negativen Folgen der Therapien an den Patient:innen beobachten, scheinen die Pflegenden diese Folgen unmittelbarer zu beobachten und so auch in ihrer Perspektive des Erlitten-werdens zu erfassen.

Interessant ist, dass in drei Interviews Ärzt:innen, befragt nach ihrer größten Sorge, falls ein Angehöriger an Krebs erkrankte, die Sorge vor einem zugefügten Leid durch die Therapie nannten (IÄ.7, IÄ.8, IÄ.10). Ein Beispiel dazu:

„I: Ja. Wenn ein älterer Angehöriger von Ihnen eine Krebserkrankung Brust- oder Darmkrebs bekommen würde, was würde Ihnen denn da die größte Sorge bereiten?

B: Also ein Onkologe, der nicht redet. Genau, ja, na ich könnte ja einen großen Teil der Beratung irgendwie machen. Aber letztendlich glaube ich schon so der Quälkram auf den letzten Metern, den will man natürlich irgendwie vermeiden. Und ja, genau.

I: Also Quälkram auf den letzten Metern wäre jetzt nochmal doch, obwohl es schon dem Ende zugeht, nochmal, weiß ich nicht was für eine Therapie einzuleiten.

B: Ja genau, Therapie ohne Augenmaß nenne ich das mal.“ (IÄ.7, Abs. 81-84)

Befragt nach ihren größten Sorgen, falls sie selbst Angehörige eines Krebspatienten werden würde, äußert die Ärztin, dass ein Leiden dieses Angehörigen am Lebensende vermieden werden sollte. Dass dieses Leiden, das sie als „*Quälkram*“ bezeichnet, in diesem Szenario durch die Therapie verursacht sei, bestätigt sie selbst. Denn diese Therapie charakterisiert sie in ihrer Bezeichnung „ohne Augenmaß“ als Übertherapie. Es zeigt sich schließlich in Formulierungen wie „*auf den letzten Metern... nochmal doch... obwohl es schon dem Ende zugeht*“ die Sinnlosigkeit, die sie einer solchen Therapie zuschreibt. Es zeigt sich also in diesem Zitat, dass die Ärztin ein Leiden unter der Therapie für ihre Angehörigen vermeiden will, was darauf schließen lässt, dass sie dieses Phänomen kennt und auch als problematisch einschätzt. Dass sie ein solches Leiden unter der Therapie am Lebensende mit „*einem Onkologen, der nicht redet*“ verbindet, lässt darauf schließen, dass sie eine mangelnde Kommunikation als Auslöser für eine solche Übertherapie sieht, zum Beispiel über eine infauste Prognose oder ein mögliches Leiden der Patient:innen unter der Therapie.

In fünf Interviews (IÄ.3, IÄ.6, IÄ.4, IÄ.9, IÄ.10), berichteten die Ärzt:innen, dass Überlegungen zu dem möglichen Auftreten dieses Leidens unter der Therapie mit in die Therapieentscheidungen einbezogen würden. Es zeigt sich jedoch auch, dass an einigen Stellen die Therapie erst unter dem Auftreten von Nebenwirkungen reduziert werde:

„[D]ann ist es einfach wichtig, wie der momentane klinische Zustand ist, das ist halt häufig auch tatsächlich so, dass die nach Erstdiagnose, ähm auch noch mal so ein, oft tatsächlich vom Allgemeinzustand nochmal so einen richtigen Knick kriegen, gerade die älteren Patienten. Ähm, dann die Zellreihen sind natürlich immer wichtig, die werden ja ununterbrochen untersucht. Und, ähm dann ist es aber häufig so, dass man natürlich schon erstmal so nach Leitlinie und nach dem, was natürlich die optimale Therapie ist, das versucht zu beginnen, muss aber häufig doch dann irgendwie reduzieren oder irgendwie, ähm weiler das halt einfach nicht schafft, der Körper.“ (IÄ.8, Abs. 53)

Der hier befragte Arzt erzählt, dass gerade ältere Patient:innen zum Teil die Therapien aufgrund des Allgemeinzustandes nicht vertragen. Außerdem seien die „Zellreihen“, also die Reaktion der Blutzellen auf die Chemotherapie, ein wichtiger Faktor. Wenn jedoch der Zustand des Patienten/der Patientin das Durchführen einer leitliniengerechten Therapie nicht zulasse, so müsse diese geändert werden. In der Formulierung „*natürlich schon erstmal nach Leitlinie, und nach dem, was natürlich die optimale Therapie ist, das versucht zu beginnen*“ zeigt sich zweierlei: Zum einen scheint in dieser Darstellung die leitliniengerechte Therapie fast automatisch auch die optimale Therapie zu sein, zum anderen steckt in dem „*Versuch*“ der Therapie ein Bewusstsein über das mögliche – wahrscheinliche? – Scheitern der Therapie. Es scheint in dieser Darstellung einkalkuliert zu sein, dass der Patient/die Patientin unter der Therapie Nebenwirkungen entwickeln könnte, die gegebenenfalls sogar so stark sind, dass die Therapie abgebrochen werden muss.

Aus den Interviews ergibt sich also auch unter den Ärzt:innen das Bild, dass diese ein Leiden der Patient:innen unter der Therapie beobachten. Außerdem wird dieses, wie sich in der Besorgnis bei den eigenen Angehörigen und auch in dem Bestreben, ein solches Leid durch die Therapien von den Patient:innen abzuwenden, zeigt, durchaus als Problem wahrgenommen. Jedoch scheint die Perspektive der Ärzt:innen im Vergleich zu den Pflegenden objektiver und distanzierter. Während es in den Pflegenden-Interviews viele Hinweise darauf gab, dass die Pflegenden das den Patient:innen entstehende Leiden anprangerten und wollten, dass dieses endet, scheint es in den Interviews mit den Ärzt:innen häufig ein Übel zu sein, dass beim Durchführen einer Therapie stets vorkommen kann.

Vergleichend zu den Ergebnissen aus den Interviews mit den Pflegenden wurde auch in diesen Interviews nach Gründen gesucht, warum und wann die Ärzte das Leid unter den Therapien als Leid durch die Therapien empfanden.

b. Patientenwille

Zunächst soll der Patientenwille beleuchtet werden, da ja für die Pflegenden ein Leid als *durch die Therapie ausgelöst* vor allem dann empfunden wurde, wenn sie diesen Patientenwillen nicht in der Therapieentscheidung repräsentiert sahen. In den Interviews mit den Ärzt:innen drückten alle Ärzt:innen aus, dass für sie der Patientenwille die Entscheidungsgrundlage in der Therapieentscheidung bilden sollte. Im folgenden Zitat wird die Wichtigkeit dieses Patientenwillens besonders deutlich:

„B: Das, äh das macht man eben auch am Anfang sozusagen der Therapie beziehungsweise wenn man sich kennenlernt, dass man das versucht ausführlich zu besprechen. Und da gibt es tatsächlich auch viele, ähm Patienten, die da ganz klare Vorstellungen haben. Und die man auch gar nicht voraussehen kann und, äh worüber man sich auch nicht wundern muss, weil die tatsächlich, das ist sehr verschieden. Also es gibt auch 85-Jährige Patienten, die einfach einen ganz ausgeprägten Therapiewunsch haben und wo man jetzt auch nicht sagen würde, dass das, also jetzt mit einem ganz normalen Menschenverstand sagen würde: Gut, jetzt ist man ja schon 85, warum tut man sich so Chemotherapie und solche Sachen an? Aber wenn es denen gut geht, die biologisch das hinkriegen, machen wir das.“ (IÄ.8, Abs. 72)

Der Arzt beschreibt hier die Situation der Entscheidungsfindung und betont, dass in dieser die Wünsche der Patient:innen evaluiert werden sollten. Er stellt dar, dass sich der Wunsch der Patient:innen nach einer Therapie individuell unterscheiden könne und auch in hohem Lebensalter manche Patient:innen eine Therapie wünschten. Er drückt jedoch sein Unverständnis diesem Wunsch gegenüber aus. Es sei gegen den *„ganz normalen Menschenverstand“*. Dass sich die Patient:innen in höherem Lebensalter die Therapie *„an-tur“* würden, zeigt die Einschätzung, die Therapien seien mit Aufwand, Nebenwirkungen oder Leid verbunden. Jedoch würde es den Patient:innen entgegen dieser eigenen Einschätzung ermöglicht, die Therapien durchzuführen, wenn dies ihr Wille sei und die körperliche Verfassung es zulasse. Es zeigt sich also in dieser Darstellung des Arztes, dass der Patientenwille die oberste Maxime für die Durchführung einer Therapie und für die Inkaufnahme der Nebenwirkungen sei, auch wenn diese nicht mit der persönlichen Ansicht übereinstimme.

Ein weiteres Beispiel:

I: Mmmh. Mmmh. Haben Sie auch schon mal erlebt, dass die medizinische Behandlung eines älteren Menschen mit Krebs in Ihren Augen sinnlos erschien?

Schweigen 6 Sekunden

B: Das finde ich schwierig. Also habe ich schon tatsächlich erlebt, ähm weil man einfach so häufig oder weil man manchmal auch den Verfall dann so sieht. Und sich dann

natürlich, dann ist es tatsächlich so, dass man, aber das ist dann denke ich auch immer so Aufgabe des behandelnden Arztes, dass man das eben ständig auch reflektiert natürlich dann auch gemeinsam mit dem Patienten, aber dass man das halt auch immer wieder hinterfragen muss. Und ich glaube schon, dass man da einfach auch eine gute Gesprächskultur haben sollte, was finde ich hier ganz gut wirklich gegeben ist. Dass man eben immer wieder auch mit den Patienten, selbst wenn man sich für eine Therapie entscheidet, auch wenn das jetzt die dritte Linie ist und es immer zum Progress kommt und man sich eigentlich fragt, ähm aber meinetwegen der Patient es wünscht und es eben Studien oder Daten dazu gibt, dass das eben helfen kann, dann macht man das, aber wenn dann im Verlauf man sieht, dass der Patient das einfach körperlich kaum schafft oder psychisch, dass man halt immer wieder überlegt: Will ich das? den Patienten. Das ist glaube ich schon wichtig. Also ich glaube sowieso dieses, diese vertrauenswürdige Kommunikation ist eigentlich fast das Wichtigste“ (IÄ.8, Abs. 60-64)

In dieser Darstellung geht es um das Leiden der Patient:innen unter der Therapie, das hier als „Verfall“ bezeichnet wird. Es wird eine Situation dargestellt, in der der Patient die Therapie kaum durchhalten könne. Aus der Frage („Will ich das?“) ergibt sich, dass der Arzt die Therapie in diesem Fall als sinnlos einschätzt. Das Leiden des Patienten unter der Therapie wird aber in den Augen des Arztes gerechtfertigt durch den Patientenwillen („der Patient es wünscht“) und die Möglichkeit, noch eine Besserung zu erzielen („dass das eben helfen kann“). Darüber hinaus beschreibt der Arzt seine Position in diesem Szenario: Es sei wichtig, sich in der Entscheidungsfindung stets des Willens des Patienten zur Therapie zu versichern. Dies weist darauf hin, dass in den Augen des Arztes die Entscheidung in solchen Fällen moralisch vom Patienten/von der Patientin getragen werden sollte und das Leid unter der Therapie somit durch ihn/sie angenommen und dadurch gerechtfertigt werde.

c. Ziel der Therapie

Neben dem nicht-repräsentierten Patientenwillen ergab sich aus den Interviews der Pflegenden auch dann das Empfinden, durch die Therapie werde ein Leid ausgelöst, wenn das Ziel der Therapie für die Pflegenden nicht mehr ersichtlich war. Auch auf diesen Aspekt hin wurden also die Ärzt:innen-Interviews untersucht. So fand sich in einigen Interviews, dass auch für die Ärzt:innen eine Therapie als „sinnlos“ empfunden werde, wenn das Ziel dieser Therapien nicht ersichtlich sei. Zum Beispiel in folgendem Zitat:

„B: Also ich finde also prinzipiell, dass Chemotherapie, äh, und Tumorbekämpfung nicht im Widerspruch zu Selbstständigkeit und Lebensqualität steht. Also das ist kein Widerspruch. Sondern dass sozusagen Tumorbekämpfen oder Chemotherapie, äh, sehr wohl auch dazu beiträgt, dass die Patienten eben-, ähm, dass eben Lebensqualität und Selbstständigkeit erhalten werden kann. Man muss eben wissen, um welchen Preis man die Dinge sozusagen erkaufte. [...] Wenn ich sage sozusagen: 'Ich mache jetzt irgendwie nichts, weil ich irgendwie keine Lust habe, irgendwie hier, ähm, Selbstständigkeit einzuschränken oder so etwas. Aber dafür lasse ich halt irgendwie den Tumor einfach mal wild (?) oder so.' Das geht irgendwie nicht, weil dann ist natürlich die Lebensqualität und Selbstständigkeit auch dahin. [...] [Man] muss irgendwie, glaube ich, gerade im hohen Alter eben maßvoll sehen, was für eine Lebenserwartung ist, [...] und was dann so geht, ne? Also das würde ich immer individuell sehen also nicht generell.“ (IÄ.4, Abs. 63)

In diesem Zitat gibt der Arzt seine Ansicht zur Abwägung von Chemotherapien im Alter wieder: Dabei wägt er ab zwischen der Einschränkung der Lebensqualität durch die Chemotherapie und der Einschränkung durch die Krebserkrankung. Er stellt heraus, dass durch beides, auf der einen Seite die Therapie, auf der anderen Seite die Krebserkrankung, die Selbstständigkeit und Lebensqualität eingeschränkt werden könne. Die Einschränkungen der Lebensqualität und Selbstständigkeit, die von der Therapie verursacht werden, sind der „Preis“, wie er es ausdrückt, um die Einschränkungen der Lebensqualität und Selbstständigkeit durch die

Tumorerkrankung zu bekämpfen. So könne im Umkehrschluss eine Therapie, auch wenn sie mit Leid verbunden sei, dann gerechtfertigt sein, wenn das Leiden unter den Symptomen der Erkrankung größer sei als dieses unter der Therapie. Insbesondere bei älteren Krebspatient:innen, so stellt er dar, sei es außerdem notwendig, das noch zu erwartende Ziel der Therapien – hier bezogen auf die Lebenserwartung – zu berücksichtigen.

Im folgenden Zitat zeigt sich eine weitere Abwägung, die aus Sicht des dort befragten Arztes in der Therapieentscheidung stattfinden sollte:

„B: Und man ja auch sagen muss, häufig ist es ja in der Onkologie so, dass es jetzt, dass da nicht unbedingt das kurative im Vordergrund steht sondern einfach das, was die Lebenszeit verlängert. Und dann ist aber auch immer wichtig, wie lebt, wie ist die Lebenszeit, die ich verlängere?“

I: Mmmh. Also Lebensqualität und. Ja.

B: Genau. Also wenn man dann immer nur brechen vor (unverständlich) dann muss man sich natürlich fragen, macht das so viel Sinn dass ich das Leben so verlängere? Dann verzichte ich dann auf Mon, vielleicht auf Tage oder Woche und ich habe aber die Zeit, die ich habe, geht es mir aber besser. Aber das sind solche Sachen, die muss man halt ganz, muss man ja, das muss man halt besprechen und manchmal eben auch dann medizinisch schon auch ein bisschen führen. (IÄ.8, Abs. 96-98)“

Er zeigt hier das Leiden auf, das mit Therapien verbunden sein könne, zum Beispiel in Form von Erbrechen. Dieses Leiden unter der Therapie sollte in der Therapieentscheidung berücksichtigt werden, sodass diese nicht nur auf eine Verlängerung der Lebenszeit, sondern auch auf eine Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität ausgelegt sei. Er wirft hier auch die Frage der Sinnhaftigkeit einer Therapie auf, die mit starken Einschränkungen der Lebensqualität einhergehe und spricht sich eher für einen Verzicht auf diese Therapien mit Inkaufnahme einer möglichen Lebenszeiteinschränkung aus. In der Therapieentscheidung sollten diese Überlegungen besprochen werden. In der „medizinischen Führung“ die er in diesen Situationen übernehme, lässt sich ein Bestreben erkennen, eine von ihm als sinnlos empfundene Therapie auch für den Patienten/die Patientin so darzustellen. Es zeigt sich also in diesem Zitat, dass in der Therapieentscheidung auch aus der Sicht dieses Arztes das Ziel der Therapien berücksichtigt werden sollte. Dieses Ziel sei nicht allein in einer Lebenszeitverlängerung zu finden, sondern auch und insbesondere in einer Zeit mit Lebensqualität („wie ist die Lebenszeit, die ich verlängere?“). Dies zeigt, dass Therapien nach Ansicht dieses Arztes nur dann empfohlen werden sollten, wenn eine Erhaltung der Lebensqualität darunter möglich sei und somit dieses Ziel einer „leidarmen“ Lebenszeit erreicht werden könne.

d. Ergebnis des Vergleichs zwischen Pflegenden und Ärzt:innen

In der vergleichenden Analyse zum Vorkommen des Motivs „Leid durch Therapie“ in den Interviews mit Pflegenden auf der einen Seite und denen mit Ärzt:innen auf der anderen Seite, zeigte sich, dass das Leiden der Patient:innen unter der Therapie von beiden befragten Gruppen wahrgenommen und beschrieben wurde. In der Perspektive jedoch stellte sich ein Unterschied dar: Während sich unter den Pflegenden deutlich die empathische Perspektive zeigte, in der sich das Leiden der Patient:innen als solches darstellt, wurden die negativen Folgen, die den Patient:innen unter der Therapie entstehen können, von den Ärzt:innen aus einer objektiveren Perspektive beschrieben. Ein Grund dafür könnte der Unterschied in der Beurteilung, ob ein solches Leid der Patient:innen zu rechtfertigen sei, zwischen beiden Gruppen sein:

So zeigte sich in den Interviews mit den Pflegenden, dass eine selbstbestimmte Entscheidung der Patient:innen für eine Therapie unter bewusster Inkaufnahme der negativen Folgen das Leiden der Patient:innen rechtfertige. Auch die Ärzt:innen sahen dann das Leiden der Patient:innen unter den Therapien gerechtfertigt, wenn die Entscheidung den Patientenwillen widerspiegelt. Es gibt allerdings keine Stellen in den ausgewerteten Interviews, die darauf hinweisen, dass die Ärzt:innen auch Situationen erleben, in denen

sie das Gefühl haben, die Entscheidung spiegele nicht den Patientenwillen wider. Dies unterscheidet sie von den Pflegenden, die diese Situationen, wie oben dargestellt, häufig thematisieren. Unter den Ärzt:innen lassen sich daher keine Belege finden, dass ein *Leid unter der Therapie* auch als *Leid durch die Therapie* eingestuft wird. Schließlich sagten alle Ärzt:innen, dass der Patientenwille die Grundlage der Entscheidungsfindung sei – und erlebten somit die Entscheidungen für eine Therapie und das etwaige Leiden unter dieser Therapie auch durch den Patientenwillen „abgesegnet“.

Unter den Pflegenden stellte sich als zweiter Aspekt, wann das Leiden der Patient:innen als durch die Therapie ausgelöst empfunden wurde, eine fehlende Erkennbarkeit der Sinnhaftigkeit einer Therapie heraus. Schaut man sich das Ziel der Therapien beziehungsweise die empfundene Sinnhaftigkeit von Therapien in den Ärzt:innen-Interviews an, so zeigt sich, dass auch unter den Ärzt:innen beobachtet wurde, dass Therapien sinnlos als sinnlos empfunden werden können. So berichtet Arzt 8 in einem Fall davon – sieht jedoch wiederum den Patientenwillen als Rechtfertigung für das Durchführen der Therapie. In den anderen Zitaten ergab sich, die Ärzt:innen würden die Zielsetzung einer Therapie in der Therapieentscheidung berücksichtigen. So sei eine Begrenzung der Symptome der Krebserkrankung eine Rechtfertigung für das Leid unter der Therapie. Außerdem sei eine zu starke Einschränkung der Lebensqualität unter der Therapie ein Grund, die Therapien trotz kürzerer Lebenserwartung nicht mehr durchzuführen. In den Darstellungen der Ärzt:innen zeigte sich, dass solche Überlegungen und Abwägungen zwischen Symptomen der Erkrankung und der Therapie, zwischen Lebensqualität und Lebenszeit in den Entscheidungen Berücksichtigung finden sollten und finden würden. Daraus ergibt sich, dass auch an dieser Stelle von den Ärzt:innen kein *Leid durch die Therapie* erlebt wird, da im Fall einer empfundenen Sinnlosigkeit der Therapie diese besprochen und berücksichtigt würde.

3.2 Von der Nachricht bis zur Entscheidung

3.2.1 Einleitung

In diesem Kapitel soll es darum gehen, die Therapieentscheidungen, die die Pflegenden in ihrem Alltag erleben und in den Interviews beschreiben, genauer zu betrachten. Da sich die Interviews auf die Erfahrungen der Pflegenden in ihrer Arbeit mit Krebspatient:innen über 70 konzentrieren, fließen dabei insbesondere Therapieentscheidungen bei dieser Patientengruppe ein. Solche Entscheidungen umfassen zunächst die Nachricht einer Krebsdiagnose oder Veränderungen im Verlauf der Erkrankung, wie zum Beispiel das Auftreten von Metastasen oder die Wirkungslosigkeit einer Therapie. Im Anschluss geht es um das Verarbeiten dieser Nachricht, das Abwägen der verschiedenen Handlungsoptionen und das Treffen einer Entscheidung zum weiteren Vorgehen. Hier kann es sich um die Entscheidung für oder wider eine Therapie oder einen Krankenhausaufenthalt handeln. An dieser Stelle soll jedoch nicht die inhaltliche Ebene betrachtet werden, sondern es geht hier insbesondere um den äußeren Rahmen, den Kontext, in dem die Entscheidungen getroffen werden. Die Untersuchung des Kontextes beruht auf der Annahme, dass eine gute, fundiert informiert und ausreichend überdachte Entscheidung nur dann getroffen werden kann, wenn dies durch den äußeren Rahmen ermöglicht wird. Daher werden die Erfahrungen und Bewertungen der Pflegenden zum Entscheidungsprozess, wie sie ihn in ihrer alltäglichen Arbeit erleben, in diesem Kapitel dargestellt. Dabei soll geklärt werden, wie sie den Entscheidungsprozess zurzeit erleben, welchen Raum er einnimmt, wieviel Zeit er einnimmt, wie er organisiert ist. Wie sind welche Personen in diesen Prozess integriert und wie sehen sich die Pflegenden in den Prozess eingebunden?

Um dieses Verständnis zu ermöglichen, wird dazu im ersten Schritt das (ärztliche?) Aufklärungsgespräch als zentraler Punkt der Entscheidungsfindung betrachtet. Hier geht es wiederum um den strukturellen Rahmen

– wie Zeit, Ort, Organisation. Im nächsten Schritt wird der Begriff des Entscheidungsfindungsprozess auf den gesamten Prozess ausgeweitet – also auch auf die Momente, die vor und nach dem eigentlichen Aufklärungsgespräch zur Entscheidungsfindung beitragen. Dieser Blickwinkel erlaubt die Einordnung in den stationären Kontext. Denn in dieser Betrachtung wird deutlich, dass das Finden der Therapieentscheidung keine rein ärztliche Domäne ist, sondern auch von verschiedenen anderen Professionen begleitet wird. Hier wird insbesondere auf die Aufgaben, die die Pflegenden in diesem Prozess übernehmen, fokussiert. Schließlich bieten die Interviews durch die Perspektive der Pflegenden hier einen Einblick in deren Arbeit und Erlebniswelt im Entscheidungsprozess. Dieser Einblick soll dabei helfen, ein Szenario zu entwerfen, das aus Sicht der Pflegenden eine „optimale“ Therapieentscheidung ermöglichen würde. Dies beinhaltet eine informierte und freie Entscheidungsmöglichkeit der Patient:innen für oder gegen eine Therapie, aber auch die Umstände, die für die Pflegenden und Ärzt:innen in ihrer Arbeit wichtig sind, um diese fundierte Entscheidung zu ermöglichen.

3.2.2 Forschungs- und Sachstand

Das Aufklärungsgespräch

Wohl eines der bekanntesten Modelle, das darstellt, wie schlechte Nachrichten durch Arztpersonen gut überbracht werden können, ist das „SPIKES-Modell“. Die Grundlage des von W.G. Baile et al. (2000) entworfenen Modells bilden die damals aktuellen Arbeiten zu Kommunikationstechniken bei der Übermittlung schlechter Nachrichten (Buckman und Kason 1992; Donovan et al. 1993; Girgis und Sanson-Fisher 1995; Ptacek und Eberhardt 1996; Girgis und Sanson-Fisher 1998). In einer Befragung von 700 Onkolog:innen auf einem Treffen der American Association of Clinical Oncology erfassten Baile et al. außerdem klinische Erfahrungen der Onkolog:innen mit dem Überbringen schlechter Nachrichten. In dieser Umfrage bejahten über neunzig Prozent der Onkolog:innen die Sinnhaftigkeit und den klinischen Nutzen der Übermittlung schlechter Nachrichten nach dem SPIKES-Modell (Baile et al. 2000). Die „schlechten Nachrichten“ beziehen sich hier jedoch nicht nur auf das Übermitteln einer Krebsdiagnose allein, sondern umfassen alle Nachrichten, die die Vorstellung von der eigenen Zukunft des Individuums ernsthaft und negativ beeinflussen können (Buckman und Kason 1992; Baile et al. 2000). Auch wird von Baile et al. in ihrem Artikel formuliert, durch die verbesserte Kommunikation durch die Anwendung des SPIKES-Modells sei die Involvierung der Patient:innen in Therapieplanung erleichtert. Darüber hinaus hat sich das Modell in der klinischen Praxis bewährt (Wiswede und Münte 2015). Daher wird an dieser Stelle davon ausgegangen, dass das SPIKES-Modell ein guter Maßstab für die zu untersuchenden Situationen in diesem Beispiel ist. Zwar bekommen nicht alle Patient:innen in den von den Pflegenden beschriebenen Situationen eine neue Krebsdiagnose mitgeteilt, meist aber Erkenntnisse, die zur einer Therapieplanung führen. Diese Erkenntnisse haben also meist zukunftsverändernde Dimensionen und sollten somit in einem entsprechend organisierten Gespräch stattfinden.

Das SPIKES-Modell umfasst sechs Stufen, die die Übermittlung der Nachrichten erleichtern sollen: „S - Setting up the Interview, P- Assessing the Patient’s Perception, I- Obtaining the Patient’s Invitation, K- Giving Knowledge and Information to the Patient, E- Addressing the Patient’s Emotions with Empathic Responses, S- Strategy and Summary“ (Baile et al. 2000) – also: „Situation, Patientenwissen, Informationsbedarf, Kenntnisvermittlung, Emotionen ansprechen, Strategie und Zusammenfassung“ (Franck und Sitte 2019). Der erste Punkt umfasst das „Setting“, also beispielsweise die örtliche und zeitliche Situation, die durch die Arztperson für das Gespräch geschaffen wird. Unter dem Punkt „Assessing the Patient’s Perception“ wird verstanden, dass zunächst mit einer offenen Frage das eigene Krankheitsverständnis des Patienten/der Patientin eruiert werden sollte. Im nächsten Schritt „Obtaining the Patient’s Invitation“ sollte abgeklärt werden, wie viele Informationen der Patient/die Patientin über seine/ihre Erkrankung erfahren möchte. Nun kommt der Schritt „Giving Knowledge and Information to the Patient“ – also die eigentliche Nachrichtenübermittlung. Dabei sollte darauf geachtet werden, den Patienten bei seinem Wissensstand abzuholen und in für ihn

verständlichen Worten zu reden. Außerdem sollten die schlechten Nachrichten einfühlsam übermittelt werden. Bei einer infausten Diagnose wird im SPIKES-Modell empfohlen, anstelle von Aussichtslosigkeit der Therapie die mögliche Handlungsoptionen durch z.B. palliative Betreuung zu betonen. Im abschließenden Schritt „Addressing The Patient’s Emotions with empathic Responses“ wird beschrieben, dass die Emotionen des Patienten erfasst werden, Gründe dafür ermittelt und wertschätzend darauf geantwortet werden sollte, zum Beispiel indem das Verständnis für die Trauer des Patienten ausgedrückt wird.

In diesem Abschnitt der Untersuchungen soll sich vorwiegend auf den ersten Punkt – das Setting des Interviews – konzentriert werden. Dieser Punkt ist schließlich derjenige, der von den Pflegenden, die oft nicht Teil der Gespräche sind, beobachtet und beschrieben wird. Daher wird nun genauer betrachtet, was im SPIKES-Modell unter dem „Setting“ verstanden wird. Die im folgenden genannten Punkte umfassen die ursprünglich von Baile genannten, aber auch solche, die von anderen Autoren in der Beschäftigung mit dem ursprünglichen SPIKES-Modell entwickelt und veröffentlicht wurden. Zu den Empfehlungen, die im Punkt „Setting up the interview“ mitgegeben werden, gehört zunächst auf räumlicher Ebene eine Situation, die es den Gesprächsteilnehmer:innen erlaubt, ungestört und auf Augenhöhe zu kommunizieren. Dies wird ermöglicht durch das Führen des Gesprächs in einem privaten Raum – idealerweise in einem eigenen Zimmer, zumindest aber einer optisch abgetrennt durch Vorhänge. Das Gespräch auf Augenhöhe zu führen kann dadurch ermöglicht werden, dass beide Gesprächspartner:innen sich für das Gespräch hinsetzen. Dadurch kann auch eine Atmosphäre von Eile vermieden und Zugewandtheit und Gleichberechtigung vermittelt werden. Auf der zeitlichen Ebene geht es nicht explizit um die Einhaltung einer bestimmten Dauer des Gesprächs – so sprechen einige Quellen von einer Mindestdauer von mindestens 15 Minuten (Huber 2014), während an anderer Stelle empfohlen wird, den Patienten/die Patientin nicht mit unnötig langen Gesprächen und einem „zu viel“ an Gesprächsinhalt zu belasten (Weber et al. 2005). Laut Baile et al. (2000) sollte aber der zur Verfügung stehende Zeitrahmen im Voraus angekündigt werden und auch in dieser Zeit keine Unterbrechungen das Gespräch stören. Dies ermöglichte dem Patienten/der Patientin, sich auf die Zeit, die er zur Verfügung hat, einzustellen. Eine gute Aufklärung ist nicht zwangsläufig mit einer längeren Gesprächsdauer verbunden, sondern es kann durch eine gute Kommunikation ein besseres Resultat in der gleichen Zeit erzielt werden (Kappauf 2004). In einer Analyse der Zufriedenheit von Patient:innen mit der Umsetzung des SPIKES-Modells in Deutschland fanden Seifart et al. (2014) außerdem, dass die Aufklärung und Entscheidungsfindung in einem zweizeitigen Prozess stattfinden sollte. Der Zeitpunkt des Gesprächs sollte nicht am Abend gewählt werden, „damit der Patient Zeit hat, sich mit dem Gehörten auseinander zu setzen, bevor die Nacht herein bricht“ (Weber et al. 2005).

Zur Vorbereitung des Interviews sollte das Gespräch dem Patienten angekündigt werden (Huber 2014). Dies ermöglicht neben der innerlichen Auseinandersetzung des Patienten/der Patientin mit dem anstehenden Gespräch auch das Einladen weiterer Personen zum Gespräch. Dazu können Patient:innen dazu Angehörige aussuchen (Baile et al. 2000; Seifart et al. 2014), ergänzt wird auch die Sinnhaftigkeit der Anwesenheit von anderen Teammitgliedern, insbesondere Pflegenden (Weber et al. 2005), oder auch von Psychoonkolog:innen (Huber 2014). Auch in aktuellen Leitlinien zur Patienteninformation bei Krebserkrankungen wird empfohlen, dem Patienten/der Patientin die Möglichkeit zu geben, über die Anwesenheit von Angehörigen zu entscheiden und auch, Pflegende, Psychoonkologen oder Angehörige anderer Professionen einzubinden (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe und AWMF 2017b).

Entscheidungsfindung als Prozess

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels wird das Aufklärungsgespräch als solches, als Zeitpunkt, an dem die Übermittlung von Nachrichten und das Finden einer Therapieentscheidung stattfindet, betrachtet. Die Fokussierung auf dieses Aufklärungsgespräch hilft, diesen zentralen Punkt in der Entscheidungsfindung zu verstehen. In der heutigen Literatur wird jedoch davon ausgegangen, dass Aufklärung nicht zu einem Zeitpunkt stattfindet, sondern vielmehr einen Prozess darstellt (Warnock 2014). Dieser Prozess umfasst somit nicht nur die Dauer des Gesprächs, sondern beginnt im Vorhinein und geht auch nach dem Gespräch

noch weiter. Ein Beispiel ist, dass Patient:innen sich schon bei der Ankündigung eines anstehenden Gespräches mit dem möglichen Inhalt zu beschäftigen beginnen, möglicherweise schon Fragen dazu stellen und auch nach dem Gespräch noch Zeit zum Verarbeiten, zum Klären von Fragen, zum Organisieren der nächsten Schritte und weiteres benötigen. McCullough et al. (2009) entwarfen in ihrer Studie, basierend auf Interviews mit Pflegenden und Arztpersonen zum Thema Therapieentscheidungen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen, ein Modell, indem die Entscheidungsfindung nicht nur als Prozess, sondern sogar als zirkuläre Abfolge von Schritten verstanden wird. So sei nach einer Entscheidung für oder gegen die Therapie eine Re-Evaluation erforderlich – was zum Beispiel für Handlungsalternativen zur Verfügung stehen oder wie mit einem Nicht-Ansprechen auf die Therapie umgegangen wird. Es soll in diesem Abschnitt davon ausgegangen werden, dass das Überbringen einer lebensverändernden Nachricht, die Verarbeitung dieser Nachricht und das Finden einer anschließenden Therapieentscheidung (sowie gegebenenfalls einer Re-Evaluation und neuen Entscheidung) zusammen den Entscheidungsfindungsprozess darstellen. Durch diese Betrachtung des Prozesses wird klar, dass die Aufgaben in diesem Prozess nicht allein durch Arztpersonen übernommen werden, sondern der Prozess auch durch andere Angehörige anderer Professionen begleitet wird (Schildmann und Härlein 2016).

Die Anschauung der Entscheidungsfindung als Prozess erlaubt also den Perspektivwechsel vom eigentlichen Aufklärungsgespräch hin zur tatsächlichen Einbettung in den stationären Kontext. Welche Schritte passieren zur Vorbereitung des Gesprächs auf der Station, welche Dinge müssen nach dem Gespräch geschehen? Da die Interviews dieser Studie mit Pflegenden geführt wurden, lohnt sich ein Blick auf diesen Aspekt aus ihrer Sicht. Schließlich ist das Ziel dieses Kapitels der Entwurf eines Szenarios, das aus Sicht der Pflegenden eine optimale Therapieentscheidung ermöglichen würde. Es scheint aber darüber hinaus auch für sich eine wichtige Aufgabe, die Rolle der Pflegenden in diesem Kontext zu untersuchen, da diese in der Literatur noch nicht ausreichend beschrieben ist. Daher wird davon ausgegangen, dass die Aufarbeitung der Rolle der Pflegenden für sich wichtig für das Bild eines optimalen Entscheidungsfindungsprozess ist, da ein gutes Zusammenarbeiten aller Beteiligten Personen nur in dem Bewusstsein über die Aufgaben der anderen funktionieren kann (Schildmann und Härlein 2016). Im Anschluss wird in diesem Kapitel eben dieses Zusammenarbeiten der beteiligten Personen aus Sicht der Pflegenden beleuchtet. Bei der Untersuchung des stationären Kontextes der Entscheidungsfindung ist es darüber hinaus unumgänglich, den in den Interviews häufig thematisierten Personal- und Zeitmangel zu betrachten. Dieser beeinflusst schließlich die Arbeitsbedingungen der Pflegenden und hat, wie sich zeigen wird, auch auf die Entscheidungsfindungssituationen einen Einfluss.

Rolle von Pflegenden

Betrachtet man die Aufarbeitung von Aufklärungsgesprächen, Therapieentscheidungen und dem Überbringen schlechter Nachrichten in der Fachliteratur, so zeigt sich, dass diese Domänen vorwiegend aus ärztlicher Sicht verstanden und untersucht waren (Schildmann und Härlein 2016). Versteht man jedoch, wie oben beschrieben, nicht allein das ärztliche Aufklärungsgespräch als Moment des Überbringens schlechter Nachrichten und des Treffens von Therapieentscheidungen, so ergibt sich ein Bedarf, auch die Rolle der anderen Professionen in diesem Kontext zu verstehen. So postulieren Schildmann et. al, es sei notwendig, „*die Perspektive der Pflege auf das Überbringen schlechter Nachrichten stärker als bisher einzubeziehen*“ (Schildmann und Härlein 2016). Die Ergebnisse, die in dieser und anderen Studien bereits zur Rolle der Pflegenden in diesem Entscheidungsfindungsprozess gefunden wurden, werden an dieser Stelle zusammengefasst dargestellt.

Pflegende stellen den Patient:innen über den gesamten Verlauf des Aufklärungs- und Entscheidungsfindungsprozesses Informationen zur Verfügung. Dabei geht es zum Beispiel um pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten und organisatorische Aspekte (Schildmann und Härlein 2016). Dies ermöglicht den Patient:innen und Angehörigen, sich über die Erkrankung, Symptome, Therapie und Nebenwirkungen zu informieren (Tariman und Szubski 2015b). Informationen werden von den Pflegenden aber nicht nur an die Patient:innen

weitergegeben, sondern auch im interdisziplinären Team, also mit anderen an der Patientenversorgung beteiligten Personengruppen, geteilt. So sammeln Pflegende Informationen über Patient:innen und können durch diese die Qualität der Therapieentscheidungen verbessern (Tariman und Szubski 2015b). Außerdem vermitteln Sie hier auch zwischen den verschiedenen Parteien, indem sie zum Beispiel erneuten Gesprächsbedarf im Verlauf erkennen und weiterleiten (Schildmann und Härlein 2016). Wie Tariman und Szubski (Tariman und Szubski 2015b) beschreiben, ergreifen Pflegende in diesen Situationen auch die Rolle eines „Anwaltes“ für die Patient:innen und vertreten deren Interessen im Prozess der Entscheidungsfindung.

In diesem Prozess geben die Pflegenden auch psychologische Unterstützung (Tariman und Szubski 2015b). Außerdem unterstützen sie die Patient:innen auch in der Kommunikation mit den Angehörigen (Schildmann und Härlein 2016). Des Weiteren übernehmen es Pflegende, auf Nebenwirkungen zu achten, vorzubeugen und diese zu behandeln (Tariman und Szubski 2015b; Schildmann und Härlein 2016). Eine weitere Rolle, die die Pflegenden in diesem Zusammenhang übernehmen, wird von Tariman und Szubski als „Complex Role“ beschrieben, und zeigt, dass die Rolle der Pflegenden von Unsicherheiten, Beziehungen, Hierarchien, Vorbildung, Verantwortlichkeit, und weiterem abhängt. Auch diese komplexen, weniger greifbaren Einflüsse werden in der Analyse der Interviews beachtet.

Pflegende und Arztpersonen haben im Entscheidungsfindungsprozess unterschiedliche, ineinandergreifende Aufgaben (McCullough et al. 2009). Es ist also für das Verständnis eines gut funktionierenden Entscheidungsfindungsprozesses wichtig, diese Aufgaben zu benennen sowie die Punkte zu formulieren, an denen sie zusammengreifen. So kann diese Zusammenarbeit nur funktionieren, wenn die einzelnen Professionen über die Standpunkte der Anderen Bescheid wissen und diese verstehen. Dies ist Voraussetzung für eine funktionierende Kommunikation an den richtigen Stellen. Beispielsweise kann das Ankündigen eines anstehenden Aufklärungsgesprächs durch die Arztpersonen die Pflegenden dazu befähigen, den Patient:innen im Anschluss beizustehen (Schildmann und Härlein 2016). Um das Wissen über die von den Pflegenden übernommenen Rollen zu festigen, zu ergänzen und empirisch zu belegen werden im Abschnitt „Rolle der Pflegenden im Entscheidungsprozess“ (S. 51) in den Interviews gefundene Aspekte zu diesem Thema dargestellt.

3.2.3 Der Entscheidungsfindungsprozess in den Interviews mit Pflegenden

a. Setting der Aufklärungsgespräche

In den Interviews mit den Pflegenden werden die Aufklärungsgespräche häufig thematisiert. Wie einleitend beschrieben, orientiert sich dieser erste Schritt der Analyse am im SPIKES-Modell beschriebenen „Setting“, also auf die äußeren Umstände, die diese Gespräche umfassen: Raum und Zeit, aber auch die beteiligten Personen und die Arbeitsumstände, die häufig die Aufklärungsgespräche, wie sie beschrieben werden, bedingen. In den Interviews wurden alle Pflegenden gefragt, wie die Therapieentscheidungen in ihrer Vorstellung in der Zukunft optimalerweise ablaufen sollten. In den Antworten darauf wurde häufig auch das Setting, in dem Diagnosestellung und Therapieentscheidung besprochen werden, thematisiert. Dieses soll als Grundlage dazu dienen, ein Setting zu entwerfen, das aus Sicht der hier befragten Pflegenden eine optimale Therapieentscheidungsfindung ermöglichen würde.

Der Raum

In zwei der Interviews (I.6, I.7) stellten Pflegende heraus, dass der die räumliche Umgebung, in der Aufklärungsgespräche geführt werden, gewöhnlich das Patientenzimmer ist – wie beispielsweise im folgenden Zitat:

„B: Na, der Arzt macht n Aufklärungsgespräch. Mit nem Patienten. Vielleicht, optimal noch im Zweibettzimmer. Ja, dass noch n anderer Patient mithört. [...] man schafft gar nicht diesen Raum, dass ich das alleine irgendwo verarbeiten kann oder vielleicht mit meiner Familie. Also es wird im Patientenzimmer aufgeklärt.“ (I.7, Abs.62)

Hier beschreibt die Pflegende, dass aus ihrer Erfahrung die Aufklärungsgespräche häufig im Patientenzimmer stattfinden. Sie beschreibt diese Umgebung noch genauer: So sei das Patientenzimmer zum Teil von zwei Patient:innen bewohnt. Ihre Charakterisierung dieser Tatsache als „optimal“ kann an dieser Stelle eher als eine ironische Aussage gewertet werden, da daraus resultiere, dass das Gespräch von diesem zweiten Patienten überhört werden könne. Wie die Pflegende bemerkt, habe der Patient/die Patientin dadurch nicht die Gelegenheit, das Gesagte in Ruhe zu verarbeiten. Dieser Aspekt wird auch im folgenden Zitat deutlich:

„B: Ich würde mir wünschen, [...] Ich muss es nicht im Patientenzimmer. Ja, dass ich einfach nur n Raum hab, wo ich sowas machen kann. Wo sich auch der Patient vielleicht nochmal ne halbe Stunde selber zu sich finden kann.“ (I.7, Abs. 151)

Hier bewertet die Pflegende, durch ihren Wunsch nach einem anderen, abgeschlossenen Raum für das Aufklärungsgespräch, wiederum das Patientenzimmer als schlechtere Alternative. Dieser Wunsch nach einem ruhigen Raum für die Aufklärungsgespräche kam in vier Interviews zum Ausdruck (I.1, I.3, I.6, I.7). In zwei Interviews wurden von den Pflegenden auch Situationen beschrieben, in denen sie selbst in ihrer Arbeitsroutine die Patient:innen in ihrer Verarbeitungszeit nach Aufklärungsgesprächen überraschten (I.6, I.7). Dies deutet darauf hin, dass nicht nur die Mitpatient:innen, sondern auch die im Stationsalltag häufigen Betretungen des Patientenzimmers durch Pflegende, Ärzt:innen, Studierende, Servicemitarbeiter:innen und so fort wegen anderer Anliegen die Atmosphäre der Gespräche und deren Verarbeitung stören können.

Die Aufklärung im Patientenzimmer scheint zunächst im Krankenhaus die offensichtlichste Lösung zu sein und auch häufig zu passieren: Der Patient/die Patientin befindet sich meist dort, kennt die Umgebung. Es gibt die Möglichkeit, eine Tür zu schließen und somit einen geschlossenen Raum für das Gespräch zu schaffen. Ein mögliches Problem an dieser Aufklärungsumgebung tut sich aber in den vorherigen Zitaten auf: Die wenigsten Patient:innen sind in Einbettzimmern untergebracht, sodass oft noch mindestens ein:e andere:r Patient:in mithören kann. Es ist nicht schwierig, sich vorzustellen, dass durch diese Anwesenheit anderer Personen die Intimität eines Aufklärungsgesprächs beeinflusst werden kann. Darüber hinaus werden die Patient:innen bei einer Aufklärung im Patientenzimmer nicht aus dem Stationsalltag herausgenommen. Die Aufklärung im Patientenzimmer ermöglicht also nur eine bedingt geschützte Atmosphäre und kann sowohl die Aufklärungsgespräche stören als auch dem Patienten den Raum zum Verarbeiten des Gespräches verwehren.

Der Zeitpunkt

Als zweiter Aspekt soll nun der Zeitpunkt betrachtet werden, zu dem die Gespräche geführt werden. In zwei Interviews sprachen die Pflegenden darüber, dass dieser Zeitpunkt häufig vor dem Schlafengehen der Patient:innen gewählt würde:

„B: Ist leider oft vorm schlafen gehen. Bevor die zur Ruhe kommen. Dann klären die meistens abends auf, ja. Und dann sind die mit sich alleine gelassen. Dann liegen die da, nachts hast du Ruhe, du grübelst, das find ich nicht so gut. Das läuft hier nicht so schön.“ (I.6, Abs. 41)

„B: [Weil die Patienten emotional reagieren] und eben gerade keine Familie mit dabei ist oder keine Bezugsperson mit dabei ist, weil das irgendwie erst um zehn Uhr abends gemacht wurde, weil dann der Arzt eben mal Zeit hatte. Und eben nicht darauf gewartet werden also konnte, dass jemand, eeh eine Bezugsperson mit dabei ist.“ (I.8, Abs. 91)

In beiden Zitaten wird die abendliche Aufklärung kritisiert. Im ersten Zitat beruht diese Kritik auf der Beobachtung der Pflegenden, dass die Patient:innen in den Abend- und Nachtstunden zur Ruhe kommen könnten und somit die in der Verarbeitung des Gesagten allein gelassen würden. Im zweiten Zitat beschreibt die Pflegende auch das Alleingelassensein der Patient:innen durch eine abendliche Aufklärung, begründet dies jedoch eher dadurch, dass es in diesen Situationen die Anwesenheit von Angehörigen nicht gegeben sei, sodass diese die Patient:innen nicht in der Verarbeitung unterstützen könnten.

Aus diesen Darstellungen lässt sich also ableiten, dass es bei der Wahl des Zeitpunktes wichtig ist, zu berücksichtigen, dass Patient:innen während und nach der Aufklärung nicht allein gelassen werden. Wie ein solches Vorgehen aussehen könnte, skizziert die Pflegende im folgenden Zitat:

„I: [...] für dich, wie würde das optimalerweise aussehen, so ne Therapieentscheidung zu fällen?

B: Wenn man die Zeit hätte, würde ich da gerne sehen, dass man einen Tag ausmacht, wo es dem Patienten gut geht. Man merkt das ja an der Stimmung. Dann würde ich ihm das morgens sagen. Wollen wir uns heut Nachmittag um drei im Arztzimmer zum Kaffeetrinken, und wir haben alle Befunde heute zusammen, dass wir uns damit mal auseinandersetzen. Möchten sie jemanden dabei haben? Ihren Mann, Frau, Lebensgefährten, weiß ich was.“ (I.3, Abs. 243-244)

In dieser von der Pflegenden beschriebenen Vorstellung würde der Zeitpunkt so ausgewählt, dass es den Patient:innen gut ginge. Darüber hinaus fände eine Ankündigung des Gespräches statt, die es den Patient:innen ermögliche, gewünschten Beistand für das Gespräch zu organisieren. Der von der Pflegenden vorgeschlagene Zeitplan – morgens Ankündigung des Gespräches, nachmittags Gespräch – würde also durch zwei Aspekte das Alleine-Lassen der Patient:innen vorbeugen: Zum einen könne der Beistand im Vorhinein organisiert werden, zum anderen fände dieses Gespräch durch den festgelegten Termin nicht in den Abendstunden statt und die Verarbeitungszeit fiel nicht in die Nachtstunden.

Dauer der Aufklärungsgespräche

Befragt nach der Dauer der Aufklärungsgespräche gaben die Pflegenden in den Interviews keine absoluten Zahlen an. Es fand sich jedoch in vier (I.1, I.5, I.7, I.8) Interviews, dass die Pflegenden die Dauer der Aufklärungsgespräche als „zu kurz“ bewerteten. Dahingegen fanden sich auch in einem Interview eine Aussage, die die Dauer positiv, als „lang genug“ einstuft. Hierzu einige Beispiele:

„B: Aber was ich schon toll finde, dass sie sich richtig Zeit nehmen, und nicht das im Rahmen der Visite machen. Das find ich schon toll. I: Das heißt, das ist dann immer n Vier-Augen-Gespräch [...]? B: Ja. Ja. das finde ich schon gut, hmh. (bejahend)“ (I. 3, Abs. 157-158)

Es findet hier eine positive Bewertung der Aufklärungsgespräche statt, wobei insbesondere die zeitliche Komponente von der Pflegenden gelobt wird. Dies verknüpft die Pflegende mit der Tatsache, dass solche Gespräche nicht im Rahmen der Visite geführt würden. Die hierdurch mögliche Ausführlichkeit der Gespräche wird von der Pflegenden anerkannt und auf das ärztliche Handeln zurückgeführt, die „sich richtig Zeit nehmen“.

Im Kontrast dazu steht die Einschätzung der Pflegenden im folgenden Zitat:

„B: [Das] war auch ganz oft so: 'Ja, also ich komm da jetzt mit rein.' [Ärztin:] 'Ja ne, ich hab grad eben schon mit ihr geredet.' Und du denkst so: Du bist seit knapp zehn Minuten auf dieser Station, also ehm, war n kurzes Gespräch.“ (I.8, Abs. 91)

Hier bewertet die Pflegende offenkundig erlebte Aufklärungsgespräche als zu kurz. Darüber hinaus wird deutlich, dass es bei dieser Bewertung nicht nur um den zeitlichen Aspekt geht, sondern auch ein

Kommunikationsproblem zwischen der hier beschriebenen Ärztin und der Pflegenden entsteht: Schließlich habe das kurze Gespräch eine Teilnahme der Pflegenden am Aufklärungsgespräch verhindert. In einem anderen Interview äußert sich die Pflegende zum Thema wie folgt:

„B: Dann kriegen sie die Diagnose. Vielleicht auch schonmal, wenn ne Therapieentscheidung gefallen ist, vielleicht auch das schonmal. Man sagt vielleicht noch, was in den Befunden war, und dann verlässt der Arzt ja das Zimmer.“ (I.7, Abs. 63)

Die hier getroffene Bewertung ist weniger offensichtlich als im Zitat zuvor. In dieser Beschreibung eines Aufklärungsgesprächs stellt die Pflegende dar, dass in eben diesem Gespräch die Diagnose, sowie möglicherweise eine Therapieentscheidung und Befunde, übermittelt werden. Die hier verwendete Aufzählung, die mit einem Verlassen des Zimmers durch den Arzt abgeschlossen wird, lässt jedoch eine rasche zeitliche Abfolge vermuten. Ein weiterer Aspekt wird mit Blick auf die Fragestellung offensichtlich: Die Pflegende beschreibt, dass im gleichen Gespräch nach der Diagnose auch die Therapieentscheidung übermittelt werden könne. An dieser Stelle tut sich daher die Frage auf, durch wen diese Therapieentscheidung getroffen wurde, und inwiefern der Patient/die Patientin darin involviert war. Durch die hier beschriebene rasche Abfolge von Diagnosemitteilung, Therapieentscheidung und Befundbesprechung entsteht daher der Eindruck, dass in einem solchen, kurzen Aufklärungsgespräch keine Diskussion über diese Therapieentscheidung möglich ist.

Als Grund für die oftmals kurzen Aufklärungsgespräche wird in zwei Interviews der Personal- und somit Zeitmangel unter den Ärzt:innen genannt.

„B: Weil eh, ganz oft eben solche Sachen [Fragen zur Therapie] gar nicht klar waren. Das lag aber eben auch an der Zeit, die Assistenzärzte, Stationsärzte hatten gar nicht die Kapazität, wirklich das ausführliche Gespräche zu führen.“ (I.8, Abs. 97)

In diesem Zitat stellt die Pflegende fest, sie habe häufig erlebt, dass für die Patient:innen die Therapien nicht klar waren und erklärt dies mit nicht-ausführlichen Gesprächen durch die Ärzt:innen. Dies wiederum begründet sie in der „Kapazität“, also Zeit, der Assistenzärzt:innen. Dieser Aspekt wird auch in einem anderen Interview deutlich:

„B: Zeit ist ja nur dann knapp, weil wenig Personal ist. Wenn man jetzt ne bessere Stellenbesetzung hat, und das glaub ich ist völlig egal, in welche Berufsgruppe man hier geht. Wenn man mehr Zeit hat für den Patienten hat man ja auch mehr Zeit. Acht Stunden sind acht Stunden. Aber wenn ich jetzt hier nur zwei Patienten oder vier Patienten hab am Tag anstatt acht, ja, ist es halt. Und dann sind, so geht es den Ärzten ja auch, kann ich halt keine halbe Stunde ne Aufklärung machen, für eine elementare Entscheidung. Und dann wird ganz schnell gesprochen. Und dann kommt man ja in dieses medizinische Floskel. Verstehen viele gar nicht. Und dann nicken die ab, okay, weiter.“ (I.5, Abs. 157)

In diesem Zitat beschreibt die Pflegende wiederum eine zu kurze Aufklärung durch Arztpersonen, die in einem Personal- und dadurch Zeitmangel begründet ist. Aus Sicht dieser Pflegenden seien die geführten Gespräche jedoch nicht nur zu kurz, sondern auch die Verständlichkeit für die Patient:innen litte darunter. Es wird klar, was aus Sicht der Pflegenden aus solchen Aufklärungsgesprächen resultiert – nämlich Patient:innen, die den Inhalt der Gespräche nicht verstanden hätten und dadurch sogar eine uninformierte Entscheidung trafen.

Es zeigt sich hier also, dass von den Pflegenden einige Gespräche als „lang genug“ einige jedoch auch als „zu kurz“ empfunden werden. Unabhängig davon, ob im Einzelfall die Aufklärungsgespräche als ausreichend lang empfunden werden oder nicht, wird die Notwendigkeit deutlich, dass die Aufklärungsgespräche den Patient:innen die Möglichkeit geben, eine informierte und fundierte Entscheidung zu treffen. Es wurde

deutlich, dass (zu) kurze Aufklärungsgespräche ein Diskutieren der Therapieentscheidung zwischen Ärzt:in und Patient:in erschweren, dass nach solchen Aufklärungsgesprächen Fragen zur Therapie offen bleiben und die Patient:innen die dort kommunizierten Inhalte nicht verstehen. Es scheint also wichtig, den Gesprächen eine ausreichend lange Dauer einzuräumen, um die Patient:innen so ausführlich zu informieren, dass ein Verständnis möglich ist, dass Fragen geklärt werden sowie Entscheidungen diskutiert werden können. Dazu ist es notwendig, dass die Arztpersonen zumindest zeitlich und personell die Möglichkeit haben, sich für die Aufklärungsgespräche Zeit zu nehmen.

Dauer der Entscheidungsfindung

Im nächsten Schritt soll untersucht werden, wie das Aufklärungsgespräch durch die Ärzt:innen in den Ablauf der Entscheidungsfindung eingebettet wird. Das heißt konkreter: Wieviel Zeit liegt zwischen einem Aufklärungsgespräch und den Konsequenzen (also zum Beispiel der Durchführung der Therapie?). Dieser zeitliche Aspekt scheint insofern wichtig, als dass er aufzeigt, in welchem zeitlichen Rahmen die Entscheidung getroffen werden muss und auch, wieviel Zeit den Patient:innen noch zum Überdenken dieser Entscheidung bleibt.

In fünf Interviews (I.1, I.3, I.4, I.6, I.8) wurde dabei gefunden, dass zwischen Aufklärung und Therapie gewöhnlich nicht viel Zeit lag, wobei die angegebenen Zeiträume zwischen einer Stunde (I. 6) und einigen Wochen (I.8) lagen. Ein Beispiel dazu:

„I: Wieviel Zeit ist eigentlich im Moment bei euch so zwischen Aufklärung und 'wir fangen jetzt ne Therapie an'?

B: Das kommt ganz drauf an. Morgens Aufklärung, nachmittags Chemo. Oder, morgens Aufklärung, eine Stunde später Portanlage, dann Chemo. Oder: Abends aufgeklärt, morgens Portanlage, dann Chemo. Also es kommt ganz drauf an. Oder: Aufklärung, [...] Termine, Portanlage und so weiter. Aufklärung, nach Hause. Wiederkommen für die anderen Untersuchungen. Gibt's auch, also n paar. Aber eigentlich so ist: Aufklärung, nächsten Tag Intervention. Schnelles Handeln.“ (I.6, Abs. 106)

In diesem Zitat wird deutlich, dass es bei den von der Pflegenden erlebte Therapieentscheidung meist kurze Zeiträume sind, die zwischen der Aufklärung und der Durchführung einer möglichen Therapie liegen.

An einer anderen Stelle skizziert die Pflegende, befragt nach ihren Wünschen für eine Therapieentscheidungsfindung folgendes Szenario:

„B: Dann, dass nicht nur ein Gespräch stattfindet, sondern, dass vielleicht erstmal ein Vorgespräch gibt. Also je nachdem wieviel Zeit dieser Patient noch hat und in welchem Zustand er sich befindet [...] Aber wenns eben um eine weiterführende Maßnahme geht, ehm Therapiemaßnahme, dann würd ich mir wünschen, dass es mehrere dieser Gespräche gibt. Also einen Tag Diagnosestellung. Die ist schon zu viel für viele Patienten. [...] Und vielleicht zwei Tage später einen Termin ausmacht und sagt, wir machen da jetzt nochmal einen Termin. Kommen Sie da bitte, oder ich komm dann zu Ihnen, hier nochmal ins Zimmer, wir reden nochmal ganz ausführlich darüber, dann können Sie sich dann nochmal Gedanken darüber machen. Ich glaube, wenn diese Zeit da wäre, wär das sehr schön. Also dann würd ich auch sagen, das ist etwas, wo Patienten gut betreut werden.“ (I.8, Abs. 122)

In dieser Vorstellung beschreibt die Pflegende ein Szenario, in dem es den Patient:innen ermöglicht wird, zunächst die Diagnose zu erhalten und erst in einem weiteren Gespräch, vielleicht sogar Tage später, über das weitere Vorgehen zu beraten. Der zeitliche Aspekt stellt sich in der Beschreibung dieser Situation heraus: „ganz ausführlich“, „Gedanken machen“, „wenn diese Zeit da wäre“ macht deutlich, dass sie in dieser Wunschvorstellung durch genügend Zeit eine fundierte und gut überlegte Entscheidung ermöglicht sähe.

Dass sie in diesem Szenario („dann“) empfinden würde, die Patient:innen würden gut betreut, lässt darauf schließen, dass sie die Patient:innen in der ihrer Arbeitsrealität nicht gut betreut sieht. Dieses Motiv, dass Pflegende einen Wunsch nach mehr Zeit zum Überdenken der Therapieentscheidung für die Patient:innen äußern, zeigte sich in zwei weiteren Interviews (I.3, I.6).

Betrachtet man die Tragweite, die mit einer Entscheidung für oder wider die Therapie einhergeht, so scheint eine ausreichend durchdachte Entscheidungsfindung notwendig zu sein. Die Beschreibungen der Pflegenden weisen jedoch darauf hin, dass zwischen der Aufklärung der Patient:innen und einem möglichen Therapiebeginn wenig Zeit liegt. In den Fällen, in denen es medizinisch nicht notwendig ist, eine sofortige Therapie einzuleiten, lassen die Beschreibungen der Pflegenden den Schluss zu, dass mehr Zeit den Patient:innen eine besser durchdachte Entscheidungsfindung ermöglichen würden.

Anwesenheit von Angehörigen

Im weiteren Sinne kann unter dem „Setting der Interviews“ auch verstanden werden, wer an diesen Gesprächen teilnimmt, und somit die Rahmenbedingungen dieses Gesprächs mitbestimmt. Wie bereits im Abschnitt zum Zeitpunkt der Gespräche dargestellt, scheinen hier Angehörige (oder andere nahe stehende Personen, die hier dazu gezählt werden sollen) in den Augen der Pflegenden eine wichtige Rolle zu spielen. In sechs Interviews (I.1, I.3, I.4, I.6, I.7, I.8) befürworteten die Pflegenden die Anwesenheit von Angehörigen im Aufklärungsgespräch. Neben dem oben bereits dargestellten Aspekt des Nicht-alleine-Lassens und Gemeinsam-Verarbeitens nehmen werden von den Pflegenden auch noch andere Aufgaben der Angehörigen beschrieben:

„B: Oder ich sag, bestell die Angehörigen dazu. [...] Wenn die sowieso immer kommen. Dass die nicht alleine sind und dass die Angehörigen dann die Fragen stellen können. So, das würde ich besser finden zum Beispiel. Die kriegen in dem Moment mehr mit.“ (I.3, Abs. 36-38)

In diesem Abschnitt beschreibt die Pflegende wiederum den Aspekt, dass die Patient:innen durch die Anwesenheit von Angehörigen in den Gesprächen nicht allein gelassen würden. Darüber hinaus stellt sie die Möglichkeit in den Raum, dass die Angehörigen während dieser Gespräche Fragen stellen könnten und begründet dies in der größeren Auffassungsgabe der Angehörigen in dieser Situation. Sie erklärt dies in einem anderen Interviewabschnitt wie folgt:

„B: Geht die Ärztin hin und erklärt das erstmal, was wir gefunden haben. An dem Tag, oder in dem Moment braucht man nichts weiter erzählen. Die hören nur: Karzinom, bösartig, und dann ist dicht. Leider erzählen die Ärzte dann immer weiter, und dann fragen sie mich.“ (I.3, Abs. 37)

Die Pflegende beschreibt hier ihre Beobachtung, dass die Auffassungsgabe der Patient:innen durch die Übermittlung einer belastenden Diagnose eingeschränkt wird. Die Angehörigen könnten an dieser Stelle also eine zusätzliche Partei bilden, die die Informationen der Arztperson aufnehmen und hinterfragen kann. Dieser Aspekt wird auch im folgenden Zitat noch einmal deutlich:

„B: Also, das merken wir ja immer wieder. Dass dann einfach, soviel, ja, jetzt hab ich ne Stunde mit dem Arzt gesprochen, oder mit der Ärztin, und es ist gar nichts angekommen. Und, ja ich glaub es ist ganz schön, wenn da auf jeden Fall auch die Angehörigen von Anfang an mit einbezogen werden. Ehm, und dass man auch einfach wirklich in Ruhe erklärt: Was ist überhaupt die Erkrankung, womit hat das zu tun, was kann man jetzt im Moment dagegen tun, welche Behandlungsoptionen gibt es?“ (I.1, Abs. 51)

Anwesende Angehörige können also, wie Pflegende 1 und Pflegende 3 zum Ausdruck bringen, zusätzliche Informationen aufnehmen, die die Patient:innen in dem Moment des Gesprächs nicht verarbeiten könnten. Darüber hinaus sei, aus Sicht der Pflegenden 1, der Aspekt der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit

den Angehörigen wichtig. In den Interviews gibt es eine Pflegende, die die Anwesenheit der Familie als wichtig dafür erachtet, dass eine getroffene Entscheidung auch gemeinsam getragen wird:

„B: Und das die Familie muss mit eingebunden werden. I: Auch wenn die Meinung des Patienten nicht mit der der Familie übereinstimmt?“

„B: Ja. Damit die Familie auch versteht, warum hat mein Angehöriger diese Entscheidung getroffen? Weil sie arbeiten, wir haben sie ja nur in der Klinik, aber die Familie arbeitet ja dann immer vielleicht zu Hause gegen an. Und das ist ja, also dann ist der Patient doppelt belastet. Einmal mit der Therapie, mit den ganzen Terminen, sind ja auch Termine, die müssen zu den Terminen gebracht werden. Und die Familie würde dann ja immer diese Entscheidung anzweifeln.“ (I.7, Abs. 160-164)

In diesem Interviewabschnitt argumentiert die Pflegende, dass die Angehörigen auch in die Entscheidung mit eingebunden werden sollten, wenn die Meinung der Angehörigen und der Patient:innen differieren. Dies begründet sie dadurch, dass die Konsequenzen dieser Therapie auch von den Angehörigen und den Patient:innen gemeinsam getragen werden müssten.

Auf der anderen Seite gibt es in drei Interviews (I.4, I.3, I.8) auch Stimmen, die dem Patienten/der Patientin die Möglichkeit geben wollen, sich bewusst für ein Gespräch ohne die Familie zu entscheiden.

„B: [D]ass geguckt wird, dass das zu Zeiten gemacht wird, an denen die Familie mit dabei sein kann, oder eben auch nicht. Dass auch geguckt wird, dass das ehm, dass man nicht in ein Zimmer rein stürmt, sagt: Ja, wir müssen jetzt mal kurz reden und ehm, über diese ganze Diagnose reden. Sondern dann auch direkt gefragt wird: Soll ihre Familie überhaupt mit dabei sein? Wünschen Sie sich das? Aber vielleicht auch nen privaten Moment, wo die Familie vielleicht draußen ist. Und dann der Patient wirklich ohne Druck entscheiden kann: Ja, meine Angehörigen, mein Ehemann, meine Kinder dürfen mit dabei sein. Oder sollen mit dabei sein. Oder hm, ich möchte vielleicht eher gerade nicht, dass die mit dabei sind, weil ich möchte das vielleicht erstmal selber für mich entscheiden können. Also einfach, dass diese Zeit da ist, dass man besser diese Gespräche vorbereiten kann.“ (I.8, Abs. 122)

Hier wird deutlich, dass die Pflegende die Entscheidung über eine mögliche Anwesenheit von Angehörigen vollkommen frei in die Hände der Patient:innen legen will. Diese Entscheidung benötige eine Vorbereitung, wie sie bereits im Abschnitt „Zeitpunkt des Gesprächs“ thematisiert wurde. Als mögliches Argument, das aus Sicht dieser Pflegenden gegen die Anwesenheit von Angehörigen sprechen könnte, ist der Wunsch des Patienten/der Patientin, eine Entscheidung zunächst eigenständig, treffen zu wollen. „Erstmal selber für mich“ könnte für Patient:innen bedeuten, übermittelte Informationen nicht mit Angehörigen zu teilen, um gegebenenfalls unabhängig von Wünschen oder Gefühlen, aber auch unabhängig von der Meinung der Angehörigen entscheiden zu können, oder auch, vermittelte Nachrichten alleine und in Ruhe verarbeiten zu können.

In der Abwägung der von den Pflegenden vorgebrachten Argumente, die zum Teil für eine Anwesenheit von Angehörigen plädieren, zum Teil aber auch den Patient:innen die Möglichkeit geben wollen, sich für ein Gespräch ohne die Familie zu entscheiden, scheint es schwierig, eine universale Empfehlung zu entwickeln. Wie sich hier zeigte, kann aus Sicht der Pflegenden die Anwesenheit von Angehörigen den Patient:innen bei der inhaltlichen und emotionalen Verarbeitung des Gesprächsinhaltes helfen. Darüber hinaus kann die Anwesenheit von Angehörigen bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung helfen. Aus Sicht der Pflegenden sei diese gemeinsame Entscheidungsfindung auch dann wichtig, wenn die Meinungen von Patient:innen und Angehörigen sich unterscheiden. Im Kapitel „Übertherapie“ jedoch wird die Frage genauer beleuchtet, was ein solcher Unterschied in den Meinungen bewirken kann und es stellt sich heraus, dass in einem solchen Fall auch eine Entscheidung zur Therapie gegen den Patientenwillen begünstigt werden

kann (vgl. dort, S. 80). Dies ist ein Punkt, der klar gegen die Involvierung der Angehörigen in dieser Gesprächssituationen steht. Es scheint also in der Zusammenschau all dieser Argumente eine Abwägung zwischen den positiven und negativen Aspekten der Angehörigenbeteiligung nötig zu sein, die im Einzelfall getroffen werden muss. Es scheint jedoch klar zu werden, dass den Patient:innen zumindest die Möglichkeit gegeben werden sollte, über diese gewünschte Anwesenheit zu entscheiden und sie im Zweifelsfall rechtzeitig zu organisieren.

Das „optimale“ Setting der Aufklärungsgespräche

In der Zusammenschau der hier gefundenen Aspekte wird ein „optimales“ Setting durch verschiedene Punkte charakterisiert: Es wurde deutlich, dass die aktuell von den Pflegenden häufig erlebte Aufklärung im Patientenzimmer, wenn auch im Krankenhaus leicht umsetzbar, für die Ungestörtheit der Aufklärungsgespräche auch negative Folgen hat: So können anwesende Mitpatient:innen oder auch Unterbrechungen durch den Stationsalltag das Gespräch stören. Bei der Wahl des Zeitpunktes des Gespräches scheinen zwei Punkte wichtig zu sein: Zum einen sprechen die Beschreibungen der Pflegenden dafür, die Gespräche nicht in den Abendstunden stattfinden zu lassen. Dies ergibt sich aus der schwierigen Situation für die Patient:innen, dass die überbrachten Nachrichten so in der Nacht – und dadurch meist allein – verarbeitet werden müssen. Zum anderen demonstrieren die Beschreibungen die Notwendigkeit, die Gespräche rechtzeitig anzukündigen, um (wenn gewünscht) Angehörige dazu zu holen. Beides ermögliche den Patient:innen, bei den Gesprächen nicht allein gelassen zu sein. Zu der Dauer der Gespräche gibt es in den Interviews verschiedene Einschätzungen – es wird jedoch aus den Interviews deutlich, dass „zu kurze“ Aufklärungsgespräche dazu führen können, dass Patient:innen die Informationen nicht vollständig verstehen, keine Nachfragen stellen können und kein Raum für Diskussionen bleibt. Dies zeigt, dass eine angemessen lange Dauer der Aufklärung notwendig ist, um den Patient:innen eine verständliche und umfassende Informiertheit zu ermöglichen, auf deren Basis eine fundierte Entscheidung gefällt werden kann. Gleiches gilt für die Dauer zwischen Aufklärungsgespräch und Therapiebeginn. Als letzter wichtiger Punkt wurde die Anwesenheit von Angehörigen in den Gesprächen beleuchtet, zu dem in den Interviews die deutlichsten Unterschiede in den Meinungen vorkamen. In der Zusammenschau aller Argumente für und wider wurde in diesem Punkt deutlich, dass darüber im Einzelfall entschieden werden muss – den Patient:innen diese Entscheidung aber in die Hand gelegt werden sollte.

b. Rolle der Pflegenden im Entscheidungsfindungsprozess

Fokussiert man zunächst auf die oben schon beschriebenen Situationen der Aufklärungsgespräche als zentralen Ausgangspunkt für den Entscheidungsfindungsprozess, so beschreiben die Pflegenden, in sechs Interviews (I.4, I.3, I.5, I.6, I.7, I.8), dass sie nicht regelmäßig bei solchen Aufklärungsgesprächen anwesend sind. Während zwei Pflegende (I.4, I.7) beschrieben, dies sei auch nicht gewünscht, erklären dies die Pflegenden in vier Interviews so, dass dies nicht umsetzbar sei (I.3, I.6, I.7, I.8). Ein Beispiel:

„I: Seid ihr denn regelmäßig bei den Aufklärungsgesprächen dabei?“

B: Mhm (verneinend). Durch Zufall nur. Wenn wir mal doch mit der Visite mitlaufen. Aber wir haben gar keine Zeit mit dabei zu sein. Eigentlich soll, ist das so gewünscht, dass wir eigentlich auch mit bei sind. Ärztlich, pflegerisch, wie der Patient dann und Angehörige gegebenenfalls dann. Aber das kriegst du zeitlich hier durch das Personal gar nicht gesourced.“ (I.6, Abs. 35-36)

In diesem Zitat beschreibt die Pflegende, dass es in der täglichen Routine aufgrund von Personal- und Zeitmangel nicht möglich sei, die Aufklärungsgespräche zu begleiten. Darüber hinaus sei auch die Anwesenheit bei der ärztlichen Visite, obwohl gewünscht, nur in Ausnahmefällen möglich. Die Einbindung der Pflegenden in den Entscheidungsprozess kann also in diesen Fällen nicht, wie die der Arztpersonen, hauptsächlich während des Aufklärungsgespräch beobachtet werden. Dennoch zeigte sich in allen Interviews

eine Involvierung der Pflegenden in diesen Prozess – deren verschiedene Seiten hier beleuchtet werden sollen.

Die Grundlage für die von den Pflegenden berichteten Aufgaben bildet dabei ihre Arbeitsweise am Patienten, die sich einzigartig darstellt: Die Pflegenden betreten in Ihrer Arbeit häufig das Patientenzimmer und verbringen so wahrscheinlich die meiste Zeit mit den Patient:innen im Vergleich zu anderen Personen, die im Krankenhaus arbeiten. Was dies bedeuten kann, zeigt sich im folgenden Zitat:

„B: Und ich mach meine Runde: Hi (fröhlich)! Einmal Vitalzeichenkontrolle, und dann liegt der da und heult. Und dann fragst du, warum, was ist denn los heute? Ja, ich wurde gerade aufgeklärt. Das ist meistens der Fall muss man ehrlich sagen.“ (I.6, Abs. 38)

In der Situation, von der die Pflegende hier berichtet, betrete sie das Zimmer zur „Vitalzeichenkontrolle“ und fände den Patienten in einer emotional ausgelösten Stimmung auf, die durch die vorherige Aufklärung ausgelöst sei. Aus dieser Darstellung ist erkennbar, dass die Pflegenden in ihrer täglichen Arbeit mit Situationen konfrontiert werden können, die als Teil der Entscheidungsfindung bezeichnet werden können. So beschrieben sieben Pflegende (I.1, I.2, I.3, I.5, I.6, I.7, I.8) in den Interviews, dass Sie im Rahmen solcher unerwarteter Situationen in die Entscheidungsfindung einbezogen wurden. Es lässt sich daraus schließen, dass die Pflegenden in verschiedensten Phasen der Entscheidungsfindung – auch ohne darauf vorbereitet zu sein oder dies aktiv planen zu können, eingebunden sind. Welche Aufgaben sich daraus für die Pflegenden im Entscheidungsfindungsprozess ergeben, wird im Folgenden dargestellt.

Informationsweitergabe an die Patient:innen

In allen Interviews wurden Situationen beschrieben, in denen Patient:innen Fragen zur Therapie, Nebenwirkungen und dem Krankheitsverlauf an die Pflegenden adressierten. Auch berichteten viele Pflegende davon, dass Patient:innen nach Rat bezüglich ihrer Therapieentscheidung fragten. Meist beschrieben die Pflegenden solche Situationen im Anschluss an die ärztlichen Aufklärungsgespräche, bei denen noch Fragen offen blieben. So auch im folgenden Beispiel:

„B: [...] [wenn] dann die Ärzte mit denen sprechen, dann sind da häufig noch viele Fragen im Raum. Einfach, weil da gar nicht die Zeit dazu da ist, den Leuten das so detailliert zu erklären glaub ich - häufig. Und, dadurch, dass die Pflege ja einfach 24/7 immer da ist, dann ist das natürlich so: Ja, der Arzt war gerade drin, und hat erzählt: die und die Behandlungsoptionen gibt es, oder das wäre vielleicht nochmal sinnvoll oder das könnte man nochmal ausprobieren. Jetzt weiß ich aber gar nicht was der damit meint. Oder: Jetzt habe ich das gar nicht so richtig verstanden. Oder die Angehörigen kommen wieder und sagen: Ja, also meine Mutter oder mein Vater sollte jetzt das und das bekommen - was heißt das denn überhaupt? [...] Und dann versucht man natürlich als Pflegende da irgendwie dann, ja gut ne, wir können gerne nochmal verweisen, vielleicht können sie nochmal n Termin machen mit dem ärztlichen Kollegen, aber: Im Grunde heißt es das und das. Oder das und das wäre möglich, oder das bekommen hier viele Patienten und versucht das so ein bisschen aufzuklären zumindest.“ (I.1, Abs. 26-28)

In dieser Beschreibung werden viele wichtige Aspekte klar: Zum einen beschreibt die Pflegende, dass nach den Ausklärungsgesprächen von Seiten der Patient:innen noch Fragen offen blieben. Die Pflegende liefert auch die Erklärung mit, warum diese dann an sie adressiert würden: Die Pflegenden seien auf der Station rund um die Uhr anwesend und seien durch ihre Präsenz und den häufigen Kontakt mit den Patient:innen zunächst die ersten Ansprechpartner. Dies gelte, wie das Beispiel zeigt, auch für Angehörige. Die Pflegende

in diesem Beispiel stelle daraufhin auf der einen Seite einen Kontakt zu den Ärzt:innen her und stelle aber auf der anderen Seite auch selbst Informationen zur Verfügung. So auch im folgenden Beispiel:

„B: [Nach der Aufklärung] dann fragen sie mich. Da wir ja so wenig Personal sind, kann ich leider nicht bei jeder Aufklärung dabei sein. Und ich muss dann immer denken: Ja aus Erfahrung, was kann die gesagt haben? So was... Die Ärztin ist dann ja meist abends nicht mehr da. [...] Und dann hab ich schon gebeten: Ich sag, melde dich doch bei mir vorher an und dann machen wir das, sag ich. Ne? Ich sag, ich kann auch die Hand halten. Oder ich sag, bestell die Angehörigen dazu.“ (I.3, Abs. 160)

In dieser Beschreibung zeigt sich wiederum, dass die Pflegende Informationen ergänzt, die aus dem ärztlichen Aufklärungsgespräch nicht aufgenommen wurden. Die Pflegende wird also im Anschluss an ein Aufklärungsgespräch zur zusätzlichen Informationsquelle für die Patient:innen. Wie in beiden Zitaten deutlich wird, werden diese Informationen nicht immer in Abstimmung mit der zuständigen Arztperson weitergegeben, sondern resultieren aus dem Erfahrungswissen der Pflegenden („das wäre möglich“, „was kann die gesagt haben?“). Dies deutet darauf hin, dass dieses Weitergeben von Informationen dadurch erschwert wird, wenn die Pflegenden nicht bei dem Gespräch dabei waren oder zumindest über den Gesprächsinhalt informiert wurden.

Einschätzung der Patient:innen und Informationsweitergabe an Arztpersonen

Dass die Pflegenden in ihrer Arbeit zu einer Einschätzung des Allgemein- oder Gemütszustandes der Patient:innen gelangen, die bei der Entscheidungsfindung helfen könne, zeigte sich in allen Interviews.

„B: Wir werden selten eigentlich mit eingebunden. Also wir sprechen schon einmal die Woche über die ganzen Patienten, oder auch täglich mit ner kleinen Übergabe, wo sie uns fragen: Wie ist der Patient drauf? Also gibt es das irgendeine Besonderheiten? Das schon. Aber also in der Therapiefindungsphase, das machen die Ärzte tatsächlich. Da werden wir nicht mit eingebunden“ (I.4, Abs.4)

Die Pflegende in diesem Zitat negiert den Einfluss auf die Therapieentscheidung durch die Pflegenden, beschreibt aber gleichzeitig, dass täglich Informationen über die Patient:innen ausgetauscht würden. Diese Informationen umfassten den Zustand des Patienten, wobei aus der Formulierung „wie ist der Patient drauf“ sowohl auf die körperliche, als auch auf die emotionale Verfassung geschlossen werden kann. Auch im nächsten Zitat beschreibt die Pflegende das Einholen von Informationen durch die Ärzt:innen:

*„I: Und passiert das schonmal, dass die Ärzte vor der Aufklärung zu euch kommen, oder euch so um das fragen, wie ihr so den Patienten seht, dass das mit einbezogen wird?
B: Ja machen die schon. Also, kommt immer ganz drauf an, welchen Arzt du da hast, aber ich weiß die ganzen jungen Ärzte, die jetzt gerade wieder hier sind, viele machen das schon. Und sagen: Hey, [ihr Name], ich geh jetzt rein, oder: Ehm, hast du die Frau schon gesehen, weil ich will die aufklären. Also, läuft schon. Muss man sagen.“ (I.6, Abs. 45-47)*

Hier berichtet die Pflegende, dass solche Nachfragen auch in Verknüpfung mit einer möglichen Aufklärung von den Ärzt:innen gesucht werden. Es wird aus dieser Verknüpfung deutlich, dass die Pflegenden durchaus eine Informationsquelle für die Ärzt:innen darstellen können. Auch wenn die Pflegende es selbst nicht so bewertet, scheint es möglich, dass diese Informationen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden.

In allen Interviews beschrieben Pflegende auch, dass sie diese Informationen über die Patient:innen nicht nur auf Abruf mit den Ärzt:innen austauschten, sondern auch aktiv mit diesen teilten.

„Aufgrund dessen, dass sie unter den Nebenwirkungen so leiden, dass sie keine Lust mehr haben fürs nächste Mal. Wo man da in so nem Therapiezyklus ist. Das hab ich gerade vorgestern gehabt. Dass, ehm, aber das ist, steht ja auch nicht in meiner Entscheidung, ob das nächste Mal die Therapie nicht so hoch ist. oder dass man ne Pause macht. Das entscheide ich ja nicht.

I: Gibst du dann sowas weiter, wenn das an dich getragen wird?

B: Ja, genau das mach ich. Gibt ja Übergaben, ne? Das mach ich denn. Oder wenn wir mit den Ärzten sprechen, dann sag ich schon, dass der Patient drunter leidet. Doch, das schon.“ (I.5; Abs. 64-66)

In diesem Beispiel beschreibt die Pflegende, dass sie Äußerungen der Patienten über eine ablehnende Haltung gegenüber der Therapie an die Ärzt:innen weitergäbe. Sie beschreibt deutlich, dass sie keine Entscheidungsgewalt in der Frage habe, ob daraufhin diese Therapie verringert oder eingestellt werde. Dennoch weist die Mitteilung ihres Wissens über den Patienten auf eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess hin, da diese Informationen die Ärzt:innen durch sie erreichen und so in eine Re-Evaluation der Entscheidung einfließen könnten.

Es lässt sich also feststellen, dass die zweite Aufgabe, die die Pflegenden in der Therapieentscheidung übernehmen, das Teilen von Informationen über den Patienten/die Patientin mit den ärztlichen Kolleg:innen ist. Diese Informationen können dabei von den Pflegenden selbst beobachtet oder durch den Patienten/die Patientin geäußert worden sein. Das Einfließen-lassen dieser Informationen passiert dabei einerseits durch das Erfragen durch die Ärzt:innen, andererseits durch das aktive Mitteilen durch die Pflegenden.

Anwalt für die Patient:innen sein

In drei Interviews (I.2, I.6, I.8) wurde von den Pflegenden dargestellt, dass sie sich im Entscheidungsprozess auch für die Interessen der Patient:innen einsetzten, und so die Rolle eines „Anwaltes für die Patient:innen“ übernahmen. Dies zeigt sich beispielsweise in dieser Interviewstelle:

„B: Hm, also ich denk mir, das ist wirklich die Entscheidung der Patienten. Also das hat nichts damit zu tun, ob ich das möchte. [...] eben anders ist, wenn ich der Meinung war, dass, eh, dass das im Moment der Patientin nicht gut geht oder dass die sich mit dieser Entscheidung auch nicht wohl fühlt, hab ich mit den Ärzten gesprochen. Also soweit das möglich war mit den Ärzten gesprochen. Und eben gesagt, ob sie nicht nochmal ein Gespräch mit ihr haben wollen ohne die Familie. Und vielleicht, dass manche Dinge noch nicht so ganz klar für diese Patientin sind oder, dass sie eigentlich und gegenüber, also dem Pflgeteam, [...] gegenteilige Sachen äußert.“ (I.8, Abs. 51)

In diesem Zitat macht die Pflegende deutlich, dass sie die Entscheidungen der Patient:innen für oder wider eine Therapie respektiere, auch wenn diese nicht mit ihrer eigenen Meinung übereinstimme. Wenn sie aber mitbekomme, dass die Patient:innen selbst nicht hinter der Durchführung einer Entscheidung stünden, setze sie sich gegenüber Arztpersonen für die Interessen der Patient:innen ein, indem sie auf den von ihr erlebten Missstand hinweise. An dieser Stelle rate die Pflegende den Ärzt:innen zu einem Gespräch „ohne die Familie“, sodass die Patienten ihre eigenen Wünsche äußern könne. Im folgenden Zitat zeigt sich ein entgegengesetztes Bild:

„Aber ganz schlimm ist es für die, die wirklich alleine sind. Das ist genau der Punkt, wo ich sag: Da hast du nämlich jetzt aufzupassen. Und die die wirklich alleine sind. [...] da n Stückchen so ne Anwaltsposition zu übernehmen.“ (I.2, Abs. 208-210)

Der Pflegende beschreibt hier, dass er insbesondere dann, wenn die Patienten keine Angehörigen oder Betreuer hätten, die sich für ihre Interessen einsetzten, auf die Durchsetzung der Patienteninteressen achte. In beiden Beispielen wird deutlich, dass die Pflegenden, wenn sie das Gefühl haben, die Patienteninteressen könnten in der Entscheidungsfindung verloren gehen, sich für diese einsetzten.

Koordination und Kommunikation

Wie sich bereits im Abschnitt „Informationsweitergabe an die Patient:innen“ zeigte, sahen sich die Pflegenden in den in den Interviews beschriebenen Situationen häufig mit Fragen der Patient:innen nach weiteren Informationen konfrontiert. Dass diese Fragen an die Ärzt:innen weitergeleitet würden, zeigte sich auch bereits dort. Darüber hinaus erreichten die Pflegenden nicht nur Informationsbedürfnisse, sondern in fünf Interviews (I.1, I.3, I.4, I.6, I.8) beschrieben die Pflegenden auch, dass weitergehend benötigte Hilfe von ihnen erfasst und Maßnahmen eingeleitet wurden:

*„I: [...] Also fragen die Patienten auch, 'Was soll ich denn jetzt machen?'
B: Ja. [...] Also da geb ich schon n Statement zu, ne? [...] Und ich geb denen auch Broschüren mit, wen die mit einschalten können. Wenn die jetzt noch nicht so alt sind, dass ich denen auch Aufenthaltsbescheinigungen und von PIZ [Patienten-Informationen-Zentrum] und so die Nummer mitgebe, wo die auch wegen Arbeitgeber und so mit reinkönnen. Oder Sozialdienst gleich mit einschalten oder so.“ (I.6, Abs. 54-55)*

Die Pflegenden in diesem Beispiel beschreibt das Bereitstellen von weitergehenden Informationen zu Hilfen, die von den Patient:innen gegebenenfalls benötigt würden. Dass dies als Reaktion auf die relativ allgemeine Frage „was soll ich denn jetzt machen?“ folgt, lässt darauf schließen, dass die Pflegenden die Notwendigkeit möglicher Hilfen abschätzt und die Patient:innen daraufhin berät. Es zeigt sich an dieser Stelle auch die Vermittlerfunktion der Pflegenden, die durch ihren Kontakt zu den Patient:innen möglichen Handlungsbedarf erkennt und daher Kontakte zu anderen Professionen herstellen könne.

Dieses Kontakt-Herstellen zeigte sich nun also schon zu Arztpersonen, anderen organisatorischen Instanzen, in den Interviews werden darüber hinaus aber auch noch andere Beteiligte, wie Psychoonkologen, der Palliativdienst und auch die Vermittlung zwischen Patienten und Angehörigen genannt:

„B: Genausowie ich immer den Seelsorger gerne überall hinschicke. [...] Und manchmal hilft das ja den Patienten, in die richtige Richtung zu denken. Ne, also. Anders mit sich zu leben. Ja, auch achtsamer mit sich zu sein, oder so. [...] dem [Seelsorger] habe ich immer schon gesagt: Da musst du mal reingehen, der, die gefällt mir nicht und so, der braucht mal n Gespräch.“ (I.3, Abs. 161)

„B: Ich würd schon sagen, dass da auch mit der Pflege viel drüber geredet wird [über die Therapieentscheidung]. Also, das ist natürlich auch immer unterschiedlich, aber es [gibt] ja Patienten, die durchaus wirklich jeden Tag Besuch von Ihren Angehörigen haben und wo man viel Kontakt zu den Angehörigen auch hat und manche einfach auch besser kennenlernt auch mit der Zeit. Und gerade wenn man da einfach, selbst wenn das nur so alltägliche Gespräche sind, oder generell über den Betroffenen alltägliche Gespräche sind. Ach, gehts ihm heute besser? Oder: Wie gehts ihm heute so? Lernt man sich einfach besser kennen, die schaffen glaub ich n anderes Vertrauen“ (I.1, Abs. 69)

Die Pflegenden sind also durch ihre ständige Anwesenheit auf der Station „Informationsquellen“ für verschiedene Parteien. In dieser Arbeit ist zwar kein Bild davon zu erstellen, wieviel und welche Informationen direkt zwischen Ärzt:in, Patient:in, Angehörigen und anderen Professionen ausgetauscht werden. Es ist aber durch die Beschreibung der Pflegenden davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der Kommunikation und Wissensvermittlung über die Pflegenden läuft. Die Pflegenden geben dabei aber nicht unhinterfragt Informationen weiter, sondern generieren durch ihre Einschätzung der Patient:innen (z.B. wie oben – Gesprächsbedarf) eigene Informationen und leisten so einen Beitrag zur Betreuung des Patienten/der Patientin während der Therapieentscheidung. Das Vermitteln zwischen den genannten Instanzen – Patient:innen, Ärzt:innen, Angehörigen, Psychoonkolog:innen, Sozialdienst und anderen Professionen ist eine Aufgabe, die sich an vielen Stellen der Interviews zeigt. Es werden also im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes

dieser Patient:innen – aber auch im Verlauf der Therapieentscheidung – koordinative und kommunikative Aufgaben von den Pflegenden übernommen.

Psychologische Unterstützung

In den Interviews wurde von fünf Pflegenden (I.2, I.3, I.6, I.7, I.8) beschrieben, dass sie in ihrer Arbeit mit den Patient:innen auch im weitesten Sinne psychologische Unterstützung, zum Beispiel in Form von Hilfe bei der emotionalen Verarbeitung, bieten. Zwei dieser Beschreibungen werden an dieser Stelle beispielhaft betrachtet:

„I: Wenn jetzt so ein Aufklärungsgespräch läuft, seid ihr da manchmal bei?“

B: Nein.

I: Ist das so gewünscht, oder?“

[...] B: Ne, aber es ist auch nicht umsetzbar. Normalerweise, aus meiner Sicht, gehört auch n Psychoonkologe da mit bei. Es muss ja nicht immer nur-, es muss ja nicht die Pflege sein. Ich find n Psychoonkologe gehört bei so einem Aufklärungsgespräch da mit zu. Weil die Patienten hören Krebs und schalten dann ab. Alles weitere, glaube ich, kriegen sie nicht mit. Aber die Pflege muss es nachher auffangen, das ist das Problem.“ (I.7, Abs. 54-59)

Die Pflegenden drückt hier aus, die Patient:innen hätten während oder nach dem Aufklärungsgespräch die Notwendigkeit einer psychoonkologischen Betreuung. Diese Betreuung solle aus ihrer Sicht von Psychoonkolog:innen übernommen werden, was aber in nicht immer passiere. Daraus resultiere, dass die Betreuung der Patient:innen durch die Pflegenden übernommen werden müsse. Sie beschreibt dies als „Problem“, wobei hier und auch im Verlauf des Interviews nicht ersichtlich wird, inwiefern.

Dass die Pflegenden die Patient:innen psychologisch unterstützen, legt die Pflegenden auch im folgenden Zitat dar:

„I: Und dann wird das auch mit euch besprochen, was den Patienten so im Kopf umgeht?“

B: Die Patienten sind zur Pflege eigentlich offen, die sprechen da rüber. Manche sagen aber auch 'ich möchte darüber nicht reden, ich klär das'. Manche klären das auch wirklich gut mit ihrer Familie, die können da besser sprechen. [...] Wenn die nachts, sind die so unruhig, und dann sind wir der erste Ansprechpartner. Das ist ja ne Akutsituation, ist ne akute Krise und dann helfen wir auch.“ (I.7, Abs. 69-70)

Die Pflegenden umreißt hier die verschiedenen Umgangsweisen der Patient:innen mit den Belastungen während des Krankenhausaufenthaltes. Während einige diese mit der Familie besprächen, vertrauten sich andere auch den Pflegenden an. Nachts jedoch, so die Pflegenden, seien die Pflegenden die ersten Ansprechpartner. In ihrem Kommentar „ist ne akute Krise und dann helfen wir auch“ drückt sich eine Selbstverständlichkeit aus, mit der die Pflegenden aus ihrer Sicht dann die psychologische Betreuung der Patient:innen übernehmen. Die beiden Abschnitte, die aus demselben Interview stammen, zeigen einen Zwiespalt im Umgang mit diesen Situationen: Während die Pflegenden im ersten Beispiel ein „Problem“ sieht, wenn Patient:innen nach den Aufklärungsgesprächen aufgefangen werden müssen, scheint es im zweiten Beispiel doch so, dass in der Akutsituation die Hilfe selbstverständlich ist. Dies könnte darauf hinweisen, dass in der Situation des Aufklärungsgesprächs, in der laut ihrer Darstellung stets psychologische Unterstützung benötigt würde, eine Entlastung von dieser Aufgabe gewünscht ist („es muss ja nicht die Pflege sein“). In der Akutsituation, insbesondere nachts, wenn Psychoonkolog:innen wohl selten auf der Station sind, scheint sie diese Aufgabe jedoch selbstverständlich anzunehmen. Insgesamt ergibt sich also ein Bild, dass die Pflegenden durch ihre Position im stationären Kontext auch psychologische Unterstützung bieten, wobei auch die Involvierung anderer Personen an dieser Stelle möglich und gewünscht ist.

Nebenwirkungsmanagement

Ein weiterer Punkt, der von den Pflegenden in ihrer Arbeit mit den Patient:innen übernommen wird, ist das Nebenwirkungsmanagement. Scheint dies zunächst kein unmittelbarer Beitrag zur Therapieentscheidungsfindung zu sein, so lässt sich doch auch darin einen Beitrag der Pflegenden zur Entscheidungsfindung erkennen: In unserem Verständnis vom zirkulären Entscheidungsprozess, bei dem die Therapieentscheidung unter Nebenwirkungen hinterfragt und gegebenenfalls geändert wird, leisten die Pflegenden mit dieser Vorsorge einen Beitrag zum Umgang mit den Nebenwirkungen und somit der Therapie. In fünf Interviews (I.1, I.3, I.4, I.7, I.8) thematisierten Pflegende ihren Beitrag zum Nebenwirkungsmanagement.

„B: Selbst eine, ne Strahlentherapie wird manchmal so verkauft, als: 'Das sind ja nur, ist ne Strahlentherapie.' Aber auch die hat Nebenwirkungen und kostet Zeit und ist ne langwierige Geschichte. Dass der, dass man die Aufklärung ein bisschen gezielter macht und ausführlicher[...] ja, wenn man an ne falsche Schwester kommt zum Beispiel, die noch nie damit-. Wir haben so viele Zeitarbeitsfirmen. Die sind nicht ausgebildet. Die hängen irgendwas an, und machen kein Nebenwirkungs-[management] [...] Wenn ich da nicht drauf achte: ‚Och ja, das hab ich ja schon ne Woche‘. Ja, aber dann ist schon zu spät, dann haben wir viel viel mehr Arbeit. Also das würde ich mir wünschen, dass man da, also ich, das Personal schule. Dass ich viel viel mehr Zeit habe.“ (I.7, Abs. 161)

In diesem Auszug spricht die Pflegende über Aufklärungsgespräche, die die möglichen Nebenwirkungen einer Therapie zu wenig besprochen würden. Sie weist auf die Notwendigkeit dieser ausführlicheren Besprechungen hin, da die Pflegenden das Nebenwirkungsmanagement aufgrund von Zeitmangel und ungeschultem Aushilfspersonal nicht mehr übernehmen könnten. Aus ihrer Darstellung, dass unter der Betreuung von Zeitarbeiter:innen Symptome nicht, oder zu spät erfasst würden, zeigt sich außerdem, dass die geschulten Pflegenden die Nebenwirkungen nicht nur behandelten, sondern diese auch erkennen und vorbeugen würden. Obwohl sich also die Schwierigkeit in der Umsetzung eines umfassenden Nebenwirkungsmanagements auftut, wird doch ersichtlich, dass dies eine Aufgabe ist, die die Pflegenden in der Betreuung der Patient:innen während der Therapie übernehmen.

Betreuung von Angehörigen

In sechs Interviews (I.1, I.2, I.3, I.5, I.7, I.8) zeigten die Pflegenden auch auf, dass im Entscheidungsfindungsprozess auch die Betreuung von Angehörigen zu ihren Aufgaben zählt. Dies geschieht zum einen in der Informationsweitergabe an Angehörige, die Fragen zum Beispiel zur Therapie an die Pflegenden richteten. Darüber hinaus würden auch Gespräche mit den Angehörigen zu Fragen der Therapieentscheidung geführt. Vier Pflegende berichteten auch von einer Betreuung der Angehörigen bei der Verarbeitung der Situation eines kranken Verwandten oder nach dem Versterben dieser (I.3, I.4, I.5, I.7). Dies zeigt sich deutlich im folgenden Zitat:

„Also, manchmal kümmert sich, muss man sich meistens mehr um die Angehörigen kümmern als um die Patienten. Weil die haben ne Entscheidung getroffen und die leben dann mit der Entscheidung. Die Familie sieht dann aber die Komplikationen und, und das ganze Drumherum. Es bricht n Familienmitglied weg. Manchmal muss man da, muss man die viel mehr auffangen. [...]“

I: Und das macht ihr dann noch mit?

B: Ja. Wenn die Zeit es erlaubt. Manchmal muss man sich einfach die Zeit nehmen.“ (I.7, Abs. 142-144)

Die Pflegende berichtet hier, dass sie auch Angehörige betreue, die in der Verarbeitung der Krankheit der Patient:innen zum Teil mehr Hilfe benötigten als diese Patient:innen selbst. Es zeigen sich hier verschiedene Aspekte, bei deren Verarbeitung geholfen wird: Während die Patient:innen in dieser Darstellung mit einer

selbst getroffenen Entscheidung und deren Konsequenzen in Reinen seien, sei dies für die Familie schwerer. Die Pflegende sieht dies in Verbindung mit einer möglichen Verschlechterung des Zustandes des Patienten („Komplikationen“). Durch diese Betreuung können die Pflegenden also den Angehörigen dabei helfen, die getroffene Entscheidung besser zu akzeptieren und so mitzutragen. Darüber hinaus deutet die Pflegende auch eine Hilfestellung in der Trauerarbeit und beim Verlust eines Angehörigen an („es bricht n Familienmitglied weg“).

c. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Für das Verständnis des Entscheidungsfindungsprozesses und für das Konstruieren eines „optimalen“ Entscheidungsfindungsprozesses aus Sicht der Pflegenden scheint es wichtig, nicht nur zu verstehen, welche Aufgaben die Pflegenden in diesem Prozess übernehmen, sondern auch, wie die Aufgaben der beteiligten Personen ineinandergreifen. So berichten vier Pflegende (I.1, I.2, I.6, I.8) von mangelnder Kommunikation im Entscheidungsprozess, wie sich beispielsweise in diesem Auszug zeigt:

*„Und die Pflegekraft, die als nächstes kommt, weiß vielleicht gar nicht, ob das Aufklärungsgespräch gelaufen ist. Optimalerweise wissen wirs, manchmal wissen wirs nicht. Und dann erzählt der Patient erstmal: Was hab ich überhaupt mitgekriegt? Der Doktor hat gesagt, ich brauch ne Chemotherapie. Ich sag: Aber-. Und dann wissen wir manchmal gar nicht: Was wurden jetzt für Worte gesprochen?
I: Und ihr wisst dann manchmal auch selber noch gar nicht über die Befunde Bescheid?
B: Ne. Oder sie liegen manchmal weinend im Bett. Auch das kommt vor, dass du sie erstmal auffangen musst. Was ist überhaupt passiert? Das läuft, finde ich, nicht (betont) gut.“ (I.7, Abs. 61-64)*

Die Pflegende skizziert eine Situation, in der die Pflegende nicht über eine anstehende Aufklärung informiert worden seien. In dieser Situation könnten sich, insbesondere wenn die Pflegenden selbst nicht über die Befunde informiert seien, Missverständnisse über die übermittelten Informationen ergeben. Wie oben dargestellt, übernehmen Pflegende im Anschluss an Aufklärungsgespräche und im Verlauf des Entscheidungsfindungsprozesses häufig das Bereitstellen von weiteren Informationen. Es wird also aus dieser Beschreibung klar, dass es für das Funktionieren der Zusammenarbeit von Arztpersonen und Pflegenden wichtig ist, dass sich beide Seiten über die Aufgaben und Informationsbedürfnisse der jeweils anderen bewusst sind.

Befragt nach einer gewünschten Verbesserung der aktuellen Entscheidungsfindungssituation sprechen dabei vier der Pflegenden (I.1, I.2, I.3, I.6) für die Einführung von interdisziplinären Teambesprechungen aus. Ein Beispiel:

*„B: Das Optimale, [...] das sind im Prinzip diese multiprofessionellen Teambesprechungen, das wär glaub ich n ganz ganz wichtiger Aspekt. Ob man das jetzt in ne Visitsituation mit reinnimmt, oder ob, wie wir das in der PRO [„da sitzen dann Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger, Pflegekräfte zusammen“ (I.2, Abs. 124)] halten, uns da einmal die Woche im Raum treffen und zusammensetzen, ich denk das wär schon ganz gewaltiger Schritt. (...) Aber ich glaub, eh., die Hauptsache, die passieren muss, ist in diesem Medizinsystem erstmal miteinander.
I: Hmh, und, Miteinander heißt auch mehr mit dem Patienten?
B: (Pause) eh, wenn, die Profis schonmal miteinander reden würden, werden ganz schnell auch Patienten mit einbezogen. Und dann wirds, ist nämlich der logische Schluss daraus. Aber so reden doch immer nur Profi 1,2,3,4,5, alle reden mit dem Patienten. Im Prinzip weiß keiner, was der Einzelne mit dem redet. Das ist doch schonmal sowas von in dem Sinn, unökonomisch. (lacht)“ (I.2, Abs. 265-272)*

Der Pflegende fordert hier, befragt nach seiner Vorstellung eines „optimalen“ Entscheidungsfindungsprozesses, ein besseres Zusammenarbeiten der verschiedenen Professionen im Medizinsystem. Er deutet das Erleben mangelnder Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen an, die durch gemeinsame Besprechungen behoben werden könnten. Der Pflegende zieht hier den Vergleich zu einem Teil der onkologischen Station [PRO], wo diese Besprechungen bereits durchgeführt werden und bewertet diese positiv. Er charakterisiert die aktuelle Situation, in dem alle „Profis“ mit den Patient:innen reden würden aber nicht miteinander, als „unökonomisch“. Dies lässt darauf schließen, dass aus seiner Sicht auch eine ökonomischere – also effizientere – Zusammenarbeit durch mehr Kommunikation unter den verschiedenen Disziplinen möglich wäre. Die Pflegende im folgenden Zitat begründet ihren Wunsch nach besserer Interdisziplinärer Zusammenarbeit wie folgt:

„B: Und dass man aber schaut, dass eben wirklich das ganze Team mit einbezogen ist. [...] ich glaube, dass viele Missverständnisse und so zeitliche Verzögerungen dadurch auch behoben werden könnten. Und dem Patienten dann auch in dem Moment vielleicht n sichereres Gefühl geben würde. Ja. Also, dass das wirklich optimalerweise dann eben von Anfang an eigentlich alle mit einbezieht und da einfach ne offenere Kommunikation ist letztendlich.“ (I.1, Abs. 51)

In dieser Darlegung bringt die Pflegende zwei Gründe an, die aus ihrer Sicht für eine bessere Kommunikation sprächen: Zum einen würden dadurch Missverständnisse sowie Verzögerungen verringert. Zum anderen würde dem „Patienten ein sichereres Gefühl gegeben“. Dies lässt darauf schließen, dass sie eine verbesserte Patientenversorgung ermöglicht sähe. An einer anderen Stelle des Interviews vertieft die Pflegende ihre Überlegungen zu einer solchen verbesserten Kommunikation:

*„I: Sind die Sachen, die [...] in der gewünschten Sozialvisite, gemacht werden würden [...] wer fängt das im Moment auf, diese ganze Koordination?
B: Hmh. (Pause) ja, da ist ne gute Frage. Wahrscheinlich die Pflege (lacht). Ja, also die Visite läuft ja momentan nur zwischen Arzt und Pflege ab, sozusagen. Und das ist ja jetzt auch keine Visite am Bett. [...] das war ja auch immer mal geplant, das dann am Bett zu machen [...]. Man bräuchte viel mehr Zeit dafür, das ist n Problem. Aber, dann fallen dir natürlich mehr Sachen ein. [...] Also, dass da einfach sich noch mehr Sachen ergeben, natürlich in diesem Gespräch mit dem Patienten selber. Man kann ihn selber dazu befragen. Also das wäre eigentlich ganz schön. Und, ehm, wenn das jetzt nicht umsetzbar ist, dass aber zumindest der Sozialdienst und eben die anderen Professionen auch noch mit einbezogen sind. Weil ich glaube, gerade in so nem Gespräch, in so ner Diskussion, da ergibt sich einfach viel. Und ehm, so ist es ja aber so, dass man das alles erstmal alles einzeln beantragen muss [...] Oder dass man den Ärzten sagt: So, also der braucht auf jeden Fall ne häusliche Versorgung irgendwie. Der braucht vielleicht Heimsauerstoff oder so, das haben wir ja auch öfter mal. Organisiert das! (lacht) Und dann: Habt ihr das schon gemacht? Ne, haben wir noch nicht gemacht. Also da sind dann immer so, die Wege sind einfach länger als nötig. [...] sag ich mal so. Genau. Doch, das wird von der Pflege eher aufgefangen wahrscheinlich. (lacht)“ (I.1, Abs. 154-157)*

In diesem Zitat erklärt die Pflegende, warum sie durch interdisziplinäre Besprechungen zeitliche Verzögerungen verringert sähe: Sie beschreibt, dass Pflegende in ihrem Arbeitsalltag zurzeit Organisationsarbeit, wie das Anfordern der nächsten Schritte, übernehmen. Sie stellt dar, dass es an vielen Stellen Pflegende seien, die Koordination und Kommunikation zwischen den verschiedenen Parteien zumindest zum Teil abfinden. Nach ihrer Einschätzung seien „die Wege länger als nötig“, was darauf hinweist, dass eine interdisziplinäre Besprechung diese Wege verkürzen und für sie vereinfachen würde. Darüber hinaus drückt die Pflegende aus, dass sie in diesen Besprechungen gerne nicht nur Pflegende, Arztpersonen und andere Professionen repräsentiert habe, sondern auch die Einbindung der Patient:innen befürworte. Durch diese

gemeinsame Visite mit Patient:innen würden mehr zu organisierende Dinge offengelegt und könnten schneller organisiert werden. Dies deutet darauf hin, dass eine solche Besprechung nicht nur, wie sie im obigen Zitat sagt, dem Patienten/der Patientin ein sicheres Gefühl gäbe, sondern wohl tatsächlich eine umfassendere Patientenversorgung bewirke.

Es wird also deutlich, dass aus Sicht dieser Pflegenden interdisziplinäre Besprechungen, sowie Besprechungen mit den Patient:innen verschiedene Vorteile hätten: Zum einen würden zeitliche Verzögerungen behoben, da eine direktere Kommunikation möglich sei. So würden den Pflegenden durch diese Besprechungen auch koordinative Aufgaben abgenommen. Darüber hinaus bewirke die direktere Kommunikation auch eine Vermeidung von Missverständnissen und ermögliche eine Evaluierung von aktuellem Handlungsbedarf. Dadurch könnten Patient:innen sich besser betreut fühlen und besser betreut werden.

Auch die Pflegende im nächsten Interview, bei der es bereits eine feste interdisziplinäre Besprechung gibt, beschreibt die Erleichterungen, die sie dadurch in ihrer Arbeit erfährt:

„B: Und wir machen das ja schon, wir haben ja so ne onkologische Visite. [...] Und alle Leute, die ein Karzinom haben, kriegen von uns einen Bogen, wo alles erfasst wird, was sie haben, nicht haben, wünschen und nicht wünschen. Und, das wird dann heute besprochen und dann geht der Palliativdienst der Klinik [...] dort vorbei. Zu diesen Patienten. Und dann wird besprochen, was man machen kann. Und die geben uns auch manchmal noch Tips, was wir noch machen könnten. Und die leiten auch alles andere mit noch ein. Die unterstützen uns kräftig. Und das finde ich schon einen Weg in die richtige Richtung [...] Aber es kommt schon vieles dann aus dem Kreis, und mir wird viel abgenommen. Also, mir gibt das mehr Freiraum. I: Was, was wird da abgenommen? B: Ich muss dann nicht mehr dauernd [...] Zum Beispiel, ob ein Pflegedienst kommen muss, ob ne Patientenvorsorgevollmacht, die bringen das schon. Und da, die Psychologin [...] ist schon richtig toll. Die kommt dann auch und macht regelmäßige Besuche und so. Das finde ich schon gut, dass mir das weggenommen wird. Also, das ist... ist gut. Ich glaub, dass ist auch besser, wenn das manchmal jemand macht, der nicht so nah dran ist.

I: Und ihr habt ja auch so, schätze ich mal, genug zu tun, auf Station.

B: Leider. Weil wir zu wenig Personal haben. Ist so. Leider.“ (I.3, Abs 158-181)

Es zeigt sich, dass die interdisziplinäre Besprechung in diesem Fall eine auf verschiedenen Ebenen eine Erleichterung für die Pflegende darstellt. Zum einen erfolge durch den Fragebogen eine strukturierte Erfassung der zu organisierenden Dinge. Dadurch werde wiederum das Übersehen von wichtigen Schritten in der Patientenversorgung verhindert. Außerdem würden die Pflegenden vom Palliativdienst – also von Pflegenden, die in der palliativen Versorgung von Patient:innen speziell ausgebildet sind – unterstützt. Diese Unterstützung umfasse Beratung und auch das „Einleiten von anderen Dingen“. Wie sich aus dem Zitat ergibt, handelt es sich bei dabei um Organisatorisches, wie das Bestellen eines Pflegedienstes oder das Ausfüllen der Patientenvollmacht. Eine Zusammenarbeit, in Rahmen derer diese Aufgabe von anderen Beteiligten übernommen wird, verringere also auch an dieser Stelle das Arbeitspensum der Pflegenden. Die Pflegende scheint es als positiv zu bewerten, dass ihr diese organisatorische Koordination abgenommen werde. Eine weitere Disziplin, die in die Teambesprechung eingebunden sei, wird durch die Psychologin repräsentiert, die auch Aufgaben übernehme: Durch die regelmäßige psychoonkologische Betreuung der Patient:innen werde auch diese Aufgabe der Pflegenden abgenommen. Auch dieses bewertet die Pflegende positiv, da sie die Psychologin durch ihren Abstand zu den Patient:innen für besser geeignet für diese Aufgabe hält.

Es ergeben sich aus den Ausführungen der Pflegenden verschiedene Gründe, die für das Durchführen von interdisziplinären Teambesprechungen sprechen: So könnten zum einen durch die schnellere, direktere Kommunikation zeitliche Verzögerungen vermieden werden und Organisations- und

Kommunikationsaufwand für die Pflegenden verringert werden. Dass dieser Aufwand auch für die anderen Professionen kleiner würde, ist in den Interviews zwar nicht explizit beschrieben, ist aber wahrscheinlich, da ja auch für diese eine direktere Kommunikation ermöglicht würde. Auch inhaltlich können im direkten Austausch mehr zu organisierende Dinge evaluiert werden, sowie durch die Anwesenheit der jeweiligen Experten Unterstützungsmöglichkeiten proaktiv eingebracht werden. Dies zeigt sich zum Beispiel in der durch Pflegende 3 beschriebenen Involvierung der Psychologin, die eine psychoonkologische Mitbetreuung während des Entscheidungs- und Therapieprozesses ermöglicht. Wie Pflegende 1 erläutert, würden diese Besprechungen auch durch die Anwesenheit der Patient:innen bereichert, da so einerseits noch mehr Punkte durch den Patienten/die Patientin eingebracht werden könnten und andererseits der Patient/die Patientin sich besser betreut fühle. Durch die gemeinsame Besprechung zwischen den verschiedenen Professionen könnte also auch eine verbesserte Patientenversorgung möglich werden. So scheinen multidisziplinäre Teambesprechungen aus Sicht der Pflegenden durchweg positiv bewertet zu werden. Lediglich der von Pfleger 1 thematisierte, damit verbundene Zeitaufwand scheint ein negativer Aspekt zu sein. Es lässt sich also in der Zusammenschau der hier gefundenen Ergebnisse ein deutliches Signal zugunsten solcher interdisziplinärer Teambesprechungen erkennen.

d. Exkurs: Personal- und Zeitmangel

Ein Aspekt, der in vielen der angeführten Zitate bereits direkt oder implizit thematisiert wurde, soll an dieser Stelle noch einmal kurz beleuchtet werden. In allen Interviews beschrieben Pflegende einen erlebten Zeit- und Personal-mangel, in allen Interviews wurden dabei negative Auswirkungen auf den Entscheidungsprozess beschrieben. Viele Punkte, die zurzeit von den Pflegenden als problematisch im Prozess der Entscheidungsfindung beschrieben werden, hängen mit dem vorherrschenden Personal- und somit Zeitmangel zusammen. So werden ärztliche Aufklärungsgespräche aufgrund der knappen Besetzung als „zu kurz“ beschrieben und auch die Anwesenheit der Pflegenden in den Gesprächen ist oft aufgrund mangelnder Zeit nicht umsetzbar. Im folgenden Beispiel wird noch einmal deutlich, was dies für die Pflegenden bei der Ausführung ihrer Aufgaben im Entscheidungsfindungsprozess bedeutet:

„B: Okay, das geht einfach nicht. Also ich nehm mir mal kurz länger die Zeit während der Arbeitszeit[...], weil die Patientin das braucht. Braucht jetzt hier irgendwie die emotionale Unterstützung, oder hat eben zu viele Fragen, dann brauch ich eben länger für meine Visite, also zum Durchlaufen. Und muss dann eben später gucken, wie ich das alles wieder rein krieg, mit der Dokumentation zum Beispiel, die eben sehr viel Zeit braucht. Und dann hat man eben länger gearbeitet. Oder man ist eben unzufrieden nach Hause gegangen. Weil das kam häufig genug vor, dass das eben passiert ist, weil ja es nicht anders machbar war. Und man auf jeden Fall nicht so arbeiten konnte, wie man das gelernt hat oder eben, wie man das gerne gemacht hätte. Gerade eben in solchen Situationen zu unterstützen. Obwohl ich muss sagen, dass man da dann schon Prioritäten gesetzt hat. [...] Und sich dann vielleicht mehr Zeit genommen für die Patienten, die eben auch Redebedarf hatten. Oder nochmal Aufklärungsbedarf, oder Unterstützungsbedarf.“ (I.8, Abs. 103)

Die Pflegende beschreibt hier die Situationen, in denen sie an der Betreuung der Patientin im Entscheidungsprozess durch das Beantworten von Fragen und auch durch emotionale Unterstützung beteiligt ist. Sie beschreibt hier, dass durch das durch dieses „Zeit nehmen“ für eine Patientin die Zeit an anderer Stelle fehle. Dieser Zeitdruck führe dazu, dass andere Aufgaben nicht zufriedenstellend ausgeführt werden könnten. Die Pflegende stellt hier heraus, dass die Unterstützung von Patient:innen zwar für sie wichtiger als andere Aufgaben sei, aber sie ihre Arbeit qualitativ nicht so ausführen könne, wie gewünscht.

Eine andere Pflegende beschreibt folgende Situation:

„I: Hmh. Und dann wird auch nicht regelmäßig irgendwie n psychoonkologischer Dienst mit eingeschaltet, oder?“

B: Ehm, doch. Also das funktioniert tatsächlich ganz gut. Wir haben ja die Onko-Pflege-Visite hier. Wo ja alle zusammen kommen. Und der Onko-Psychologe, oder sie, die sind eigentlich ganz gut dabei tatsächlich. Die kriegen wir manchmal nicht mit, weil die ja in der Onko-Visite schon ganz viel gleich mit anmelden und so. Aber der ist ganz gut dabei tatsächlich.

I: Seid ihr bei dieser Visite auch dabei?“

B: Eh, auch jein. Eigentlich ist es gewünscht, ich bin ja Fachkraft. Und eigentlich sollte immer einer da sein. Aber wir sprechen über Personalmangel. Das ist nicht leistbar. Ja also die perfekte Umsetzung (Pause) hapert.“ (I.6, Abs. 42-45)

In diesem Zitat zeigt die Pflegende auf, dass es auf ihrer Station eine interdisziplinäre Struktur, wie sie oben beschrieben wird, eingerichtet sei. Diese erleichtere auch die Arbeit der Pflegenden. Durch den vorherrschenden Personalmangel sei aber die Teilnahme der Pflegenden an dieser gemeinsamen Visite nicht möglich. Es stellt sich also die Frage, ob die Einrichtung von interdisziplinären Teambesprechungen allein eine verbesserte Entscheidungsfindungssituation ermöglichen würde – vielmehr scheint es, dass an vielen Stellen der Personalmangel das eigentliche Problem ist. Schließlich bedingt dieser in der Arbeit aller betroffenen Professionen einen Zeitmangel, der wiederum dazu führt, dass die Aufgaben nicht zufriedenstellend ausgeführt werden können und auch die Kommunikation, die ebenfalls Zeit benötigt, leidet. So scheinen die Klarheit über die Aufgaben der einzelnen Professionen, die Absprache und die Kommunikation im Team eine Verbesserung zu bedingen. Ein wichtiger Faktor, der dies überhaupt erst ermöglicht, ist aber eine ausreichende Personaldecke.

e. Der „optimale“ Entscheidungsfindungsprozess

In diesem Kapitel soll ein Aufklärungs- und Entscheidungsfindungsszenario entworfen werden, das aus Sicht der hier befragten Pflegenden „optimal“ sei, um eine gute Entscheidungsfindung für die Patienten zu ermöglichen.

Betrachtet man zunächst den Rahmen der (ärztlichen) Aufklärungsgespräche, so zeigen die Ausführungen der Pflegenden, dass eine Aufklärung im Patientenzimmer nicht immer einen solch geschützten Rahmen bietet, den die Aufklärungsgespräche benötigen. Es zeigte sich, dass ein Raum, in dem weder Mitpatient:innen noch andere Unterbrechungen durch den Stationsalltag das Gespräch stören könnten, aus Sicht der Pflegenden geeigneter sei. Der Zeitpunkt der Gespräche sollte nichts abends gewählt werden, da die Pflegenden in der Betreuung der Patient:innen erleben, dass dadurch die Patient:innen in der anschließenden Verarbeitungsphase alleine gelassen würden, schließlich seien die Patient:innen nachts alleine. Dieses könne auch verhindert werden, wenn die Aufklärungsgespräche den Patient:innen angekündigt würden, sodass rechtzeitig über die Anwesenheit von Bezugspersonen entschieden werden könne und diese organisiert werden könne. Diese Anwesenheit von Bezugspersonen wird von den Pflegenden auf verschiedene Weise kommentiert – so gibt es Stimmen, die sich für eine Anwesenheit aussprechen, da die Angehörigen die Patienten als zusätzliche Zuhörer, bei Nachfragen sowie in der Verarbeitung des Gesagten unterstützen könnten. Außerdem sei die gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Angehörigen wichtig, um die getroffene Entscheidung auch gemeinsam zu tragen. Gegen diese Argumente steht jedoch die Aussage einiger Pflegenden, die deutlich macht, dass durch die Anwesenheit von Angehörigen auch die Meinung der Patient:innen untergehen und so eine Übertherapie begünstigt werden könnte (vgl. S. 80). Darüber hinaus solle es den Patient:innen auch möglich sein, sich dafür zu entscheiden, das Gesagte nicht mit den Angehörigen zu teilen. In dieser Abwägung scheint es also keine allgemeingültige Empfehlung für oder wider die Anwesenheit von Angehörigen zu geben, jedoch wird deutlich, dass den Patient:innen zumindest die Möglichkeit gegeben werden sollte, über eine solche Anwesenheit zu entscheiden. Der nächste Punkt, der das Setting bestimmt, ist die Dauer der Aufklärungsgespräche. Hier fand sich eine unterschiedliche

Bewertung der Pflegenden, die die Gespräche zum Teil als zu kurz, zum Teil als ausreichend lang einstufen. Es wurde aber ersichtlich, dass eine als zu kurz empfundene Gesprächsführung aus Sicht der Pflegenden durch einen Zeitmangel der Arztpersonen ausgelöst wurde. So scheint es in diesem Punkt wichtig, wenn auch im individuellen Fall die Dauer eines solchen Gesprächs variieren kann, dass zumindest eine Arbeitspensum herrscht, in dem ein ausführliches Gespräch ermöglicht wird. Auch die Dauer zwischen Aufklärung und Therapiebeginn wird von den Pflegenden unterschiedlich eingeschätzt, wobei insbesondere bei schnell wachsenden Tumoren ein schnelles Handeln erlebt würde. In diesen Fällen, in denen dieses prompte Handeln also medizinisch begründet ist, scheint dieses nachvollziehbar. Es ergibt sich jedoch aus den Argumenten der Pflegenden kein Grund, warum auch in anderen Fällen von einem auf den anderen Tag gehandelt werden sollte. Hier stellt sich die Frage, ob es aufgrund der Tragweite der Entscheidung nicht wichtig wäre, den Patient:innen mehr Bedenkzeit einzuräumen.

Betrachtet man nun die Einbettung des Entscheidungsprozesses in den stationären Kontext, so wird klar, dass die Entscheidungsfindung nicht allein auf das ärztliche Aufklärungsgespräch reduziert werden kann. In diesem Prozess zeigten sich einige Aufgaben, die die Pflegenden vor, während und nach dem Aufklärungsgespräch übernehmen. Das Bewusstsein über diese Aufgaben wird dabei an dieser Stelle als notwendig dafür eingeschätzt, dass dieser Entscheidungsfindungsprozess im stationären Setting durch ein Ineinandergreifen der verschiedenen Aufgabenbereiche gut funktionieren kann. Es zeigte sich in dieser Analyse, dass die Pflegenden während der Aufklärungsgespräche, obwohl zum Teil gewünscht, meist nicht anwesend sind. Dies sei in einem Personalmangel begründet. Vielmehr ergebe sich die Involvierung der Pflegenden während ihrer Arbeit mit den Patient:innen, in unvorhergesehenen, spontanen Situationen. Es zeigte sich in den Interviews, dass die Pflegenden im Anschluss an Aufklärungsgespräche Informationen weitergeben und offen gebliebene Fragen klären. Darüber hinaus generieren die Pflegenden in der tagtäglichen Arbeit am Patienten Informationen über die Patient:innen, die sie im Entscheidungsprozess an die Arztpersonen weitergeben. Diese Informationen umfassen solche, die von den Patient:innen geäußert wurden und auch solche, die die Pflegenden beobachtet haben. Darüber hinaus nehmen einige der Pflegenden auch eine Position ein, in der sie die vermeintlichen Interessen der Patient:innen vertreten. Dies geschehe insbesondere dann, wenn sie im Kontakt mit den Patient:innen zu der Einschätzung gelangen, dass die Interessen der Patient:innen nicht in der Entscheidung repräsentiert seien. Eine weitere Aufgabe der Pflegenden im Entscheidungsfindungsprozess wird mit „Koordination um Kommunikation“ überschrieben und umfasst die Koordination und das Kontaktherstellen mit anderen Professionen, zum Beispiel dem Sozialdienst oder Psychoonkolog:innen. Darüber hinaus werden Informationsbedürfnisse der Patient:innen und der Angehörigen an die jeweiligen Stellen weitergeleitet. Auch das Betreuen von Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung oder auch dem Versterben einer nahe stehenden Person wird zum Teil von Pflegenden übernommen, die so auch für die Angehörigen auch den Umgang mit getroffenen Entscheidungen erleichtern. In ihrer Arbeit am Patienten übernehmen die Pflegenden auch das Management der Nebenwirkungen der Therapien, indem ein Auftreten von solchen evaluiert wird und im Umgang mit diesen geholfen wird. Als letzte Aufgabe der Pflegenden stellte sich die psychoonkologische Betreuung heraus. Obwohl für diese im stationären Setting meist vordergründig Psychoonkolog:innen zuständig sein, gäbe es doch Situationen, wie zum Beispiel nachts, in denen die Pflegenden den Patient:innen bei der Verarbeitung von Nachrichten, in Trauer und Angst usw. beistünden.

In ihrer Vorstellung eines optimalen Entscheidungsfindungsprozesses skizzierten viele der Pflegenden eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit, meist in Form von interdisziplinären Besprechungen. Diese würden den Koordinations- und Kommunikationsaufwand der Pflegenden verringern und so die Arbeitsbelastung senken. Darüber hinaus aber zeigten die Pflegenden auf, dass auch in dieser direkten Kommunikation schneller Dinge eingeleitet werden könnten und so zeitliche Verzögerungen verhindert werden könnten. Außerdem sei es in einem direkten Gespräch möglich, mehr Informationen auszutauschen, weniger ginge verloren und es könne auch, insbesondere wenn die Patient:innen einbezogen würden, besser der Handlungsbedarf evaluiert werden. Diese Argumente sprechen dafür, dass durch interdisziplinäre

Besprechungen nicht nur effektiver zusammengearbeitet werden könne, sondern auch eine umfassendere Patientenversorgung ermöglicht würde. Aus den Beschreibungen der Pflegenden ergibt sich jedoch, dass aufgrund des Personalmangels solche Besprechungen nicht, oder nicht mit Pflegenden, stattfänden. Jedoch scheint es in der Abwägung mit dem durch die Besprechungen verringerten Organisationsaufwand möglich, dass durch die Besprechungen in der Summe kein zeitlicher Verlust verursacht würde.

Insgesamt zeigte sich der beschriebene Personal- und Zeitmangel unter den Pflegenden, aber auch bei anderen Professionen, als Problem, das nach Aussage der Pflegenden das Ermöglichen eines optimalen Entscheidungsprozesses an vielen Stellen verhindere. So könne sich keine Zeit für Aufklärungsgespräche genommen werden, die Betreuung der Patient:innen mit ihren Nebenwirkungen würde von nicht-onkologisch geschulten Zeitarbeitern nicht adäquat ausgeführt und die Pflegenden könnten sich keine ausreichende Zeit für eine umfassende Betreuung der Patient:innen nehmen. Der optimale Entscheidungsfindungsprozess, der hier skizziert wurde – mit einem optimalem Setting, einem Ineinandergreifen der pflegerischen Aufgaben mit denen anderer Professionen und mit dem Durchführen interdisziplinärer Besprechungen – kann also nur dann umgesetzt werden, wenn genügend personelle und zeitliche Kapazitäten vorhanden sind.

3.2.4 Der Entscheidungsfindungsprozess in den Interviews mit Ärzt:innen

Obwohl auch in den Interviews mit Ärzt:innen die Entscheidungsfindungsprozesse bei den von den Ärzt:innen betreuten Patient:innen thematisiert wurden, ergaben sich dort wenige Stellen, die explizit das Setting, den Ablauf oder die Zusammenarbeit im Team darstellten. An dieser Stelle soll daher darauf verzichtet werden, das optimale „Setting“ auch aus Sicht der Ärzt:innen zu untersuchen, da mit diesen wenigen Darstellungen kein ausreichend fundierter Vergleich stattfinden kann.

Die Rolle, die Pflegende aus Sicht der Ärzt:innen im Entscheidungsprozess einnehmen, scheint jedoch wichtig und spannend zu vergleichen. In den Interviews wurde nicht explizit nach den Pflegenden gefragt, so dass auch hier nicht in allen Interviews verwertbare Informationen zu finden sind. Es scheint jedoch bemerkenswert, dass von sich aus in den wenigsten Interviews die Ärzt:innen die Involvierung der Pflegenden in den Entscheidungsfindungsprozess thematisierten. Dies kann natürlich durch die Fokussierung der Fragen auf Entscheidungssituationen aus Sicht der Ärzt:innen begründet werden, es könnte jedoch auch ein Hinweis darauf sein, dass die Pflegenden in der Wahrnehmung der Ärzt:innen in Entscheidungsfindungssituationen nicht präsent sind. Über die Stellen hinaus, in denen Ärzt:innen explizit die Involvierung der Pflegenden in die Entscheidungsfindung thematisierten, wurden also in dieser Analyse auch solche Punkte berücksichtigt, wo mit Blick auf die bereits gefundenen Rollen der Pflegenden eine Einbindung der Pflege vorstellbar ist.

a. Rolle von Pflegenden aus ärztlicher Sicht

Erfassung der körperlichen Verfassung der Patienten

In den Interviews sagten sechs der befragten Ärzt:innen (IÄ.1, IÄ.2, IÄ.3, IÄ.6, IÄ.8, IÄ.10), dass der Allgemeinzustand des Patienten/der Patientin bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden sollte. Die Erfassung dieses Allgemeinzustandes erfolge, laut Aussagen in vier Interviews (IÄ.1, IÄ.2, IÄ.3, IÄ.6), durch Scores wie den Karnofsky-Index oder den ECOG (beides Messinstrumente des „Performance, also der „Aktivitäten des Alltags und möglicher Pflegebedürftigkeit onkologischer oder geriatrischer Patienten“ (Psychrembel Redaktion 2019), (vgl. Karnofsky et al. 1948; Oken et al. 1982)). Ob und inwieweit die Erfassung dieses Scores von den Ärzt:innen selber geschieht, oder ob in der Praxis Pflegende diese Aufgabe übernehmen, wird meist nicht angesprochen. In einem Interview findet sich aber eine deutliche Aussage dazu:

„B: Aber es [das Pflegeassessment] ist halt-, also ich freue mich sehr darüber, dass es eine Objektivierung erfahren hat. Also dieses Frühere so, dass die irgendwie ganz emotional beteiligte Schwester kommt und sagt: 'Der ist nicht so gut.' Also so läuft das ja (zum Glück?) nicht mehr. Es läuft ja, dass sie da hingehen, gucken, ob der sich selber die Zähne putzen kann, ob er sich an die Bettkante setzen kann, ja oder nein. Was früher, sagen wir mal so, bei den erfahrenen Schwestern im Untergrund ohne Daten, Zahlen, Fakten ja abgelaufen ist. Das hat ja eine gute Schwester ausgemacht, dass sie das gesehen hat. Und das ist jetzt so, dass es einfach mal aufgeschrieben wird, und man Hoffnung haben kann, dass wenn man diese Daten irgendwann mal, die da alle akribisch gesammelt werden im pflegerischen Bereich, dass wenn man die mal zusammenträgt, man die vielleicht dann auch mal, sagen wir mal, für klarere Entscheidungspfade nutzen kann.“ (IÄ.3, Abs. 29)

Die Ärztin beschreibt in diesem Ausschnitt, dass das Pflegeassessment, also die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Patient:innen, eine Objektivierung der pflegerischen Einschätzung der Patient:innen darstelle. Sie bewertet das standardisierte Erfassen innerhalb dieses Assessments positiv. Sie zieht hier den Vergleich zu „früher“ als die pflegerische Einschätzung der Patient:innen durch die Pflege zwar geschehen sei, aber eben ohne „Daten, Zahlen, Fakten“, also eine standardisierte Dokumentation. In der Darstellung dieser früheren Erfassung kommen zwei Seiten zum Vorschein: Auf der einen Seite beschreibt sie die „ganz emotional beteiligte Schwester“, spricht dieser Pflegenden also mit diesem Ausdruck eine sachliche Beurteilungsgabe ab. Diese von ihr beschriebene Seite bewertet sie negativ, indem sie feststellt, dieses sei „zum Glück“ Vergangenheit. Auf der anderen Seite bewertet die Ärztin dieses frühere Erfassen durch die Pflegenden positiv, indem sie sagt, „das hat ja eine gute Schwester ausgemacht“. Aus dieser zweiseitigen Darstellung einer „emotional beteiligten“ und einer „guten“ Pflegenden lässt sich ableiten, die Ärztin die Einschätzung durch die Pflegenden zwar wertschätzt, aber zum Teil auch als nicht sachlich genug einschätzt. Dies erklärt, warum die Objektivierung dieser Einschätzung als Fortschritt sieht. Darüber hinaus drückt sie im obigen Zitat die Hoffnung aus, dass diese Dokumentation der Einschätzung der Patient:innen dafür genutzt werden könne, in die Entscheidungsfindung einzufließen. Dies präzisiert sie an einer anderen Stelle des Interviews:

„[Die Entscheidungsfindung] bewegt sich ja in einem, sagen wir mal, so pseudosubjektiven Raum. Und deswegen kann man sehr froh sein, dass von der Pflegeseite man viel mehr dahin gekommen-, sagen wir mal, diese Gefühltheiten irgendwie zu dokumentieren. Also man kann das ja durchaus fassbar machen mittlerweile. [...], das Problem ist, dass das noch keinen Eingang irgendwie hat. So nach dem Motto: Ich habe jetzt leitlinienmäßig die Berechtigung, eine klinische Maßnahme nicht durchzuführen.“ (IÄ.3, Abs. 24-25)

Wiederum betont sie hier ihre positive Einschätzung der Entwicklung zur Objektivierung der pflegerischen Beurteilung des Zustandes der Patient:innen. Diese objektivierten Daten sollten aus ihrer Sicht, wie bereits oben angedeutet, stärker in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Aus diesem Zitat geht hervor, dass sie dies nicht nur auf individueller Ebene wünsche, sondern dies auch in die Leitlinien einbezogen werden solle. Dies räume Ärzt:innen die Möglichkeit ein, eine Therapie aufgrund des von den Pflegenden erfassten Allgemeinzustandes der Patient:innen *nicht* durchzuführen. Dass die Ärztin sich hier diese Möglichkeit wünscht, weist darauf hin, dass sie in der aktuellen Entscheidungsfindung den Zustand der Patient:innen nicht ausreichend berücksichtigt sieht. Es zeigt sich in der von ihr erhofften „Berechtigung“ eine Therapie „*nicht durchzuführen*“, dass dieses Berücksichtigen des objektiven Patientenzustandes auch in der Leitlinie für sie eine Sicherheit darstelle, eine Therapie *nicht* zu empfehlen. Es zeigt sich also in diesem Interview, dass das Erfassen des Allgemeinzustandes der Patient:innen durchaus eine pflegerische Aufgabe ist, die die Entscheidungsfindung beeinflusst. Die Ärztin zeigt hier auf, dass diese Einschätzung auch emotional getrieben sein könne und begrüßt die Objektivierung, die eine bessere Daten- und so

Entscheidungsgrundlage liefere. In einem anderen Interview bewertet der dort befragte Arzt diese Art der „standardisierten Erfassung des Allgemeinzustandes“ anders:

„B: [...] Sondern die Frage ist ja eher: Wann Therapie empfehlen? [...] Da gibt es, glaube ich, weniger, ähm, Empfehlungen, standardisierte. Auch standardisierte Empfehlungen gibt es ja genügend. Ich glaube auch nicht, dass standardisierte Empfehlungen da die Lösung sein können. Weil so Karnofsky und ECOG und so, das bildet ja irgendwie einen Allgemeinzustand immer relativ schlecht ab. Da ist es, glaube ich, so, da muss man einfach (lachend:) individualisiert gucken. [...] Dazu muss man wirklich, glaube ich, subjektives Krankheitsgefühl, Lebenserwartung, Lebensfreude und irgendwie auch quasi, ähm, Selbstständigkeit begucken, glaube ich.“ (IÄ.4, Abs. 65-67)

In diesem Zitat tut der Arzt die Frage auf, wann eine Therapie (noch) empfohlen werden sollte und meint damit, wie aus dem Gesprächsverlauf im Interview zu schließen ist, Therapien in hohem Lebensalter. Er zweifelt dabei, im Gegensatz zu der oben zitierten Ärztin, an der Aussagekraft von standardisierten Messinstrumenten für den Allgemeinzustand, wie dem Karnofsky-Index oder den ECOG. Dies begründet er damit, dass diese Messinstrumente den wirklichen Zustand der Patient:innen nicht gut erfassen würden, sondern individuelle Faktoren berücksichtigt werden müssten. Daher seien auch standardisierte Therapieempfehlungen, die auf den genannten Scores beruhten, für die individuelle Therapieentscheidungsfindung nicht ausreichend.

Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen, wie sich in den Interviews zeigt, den Allgemeinzustand der Patient:innen in der Therapieentscheidung. Es zeigte sich, dass dabei standardisierte Erfassungsmethoden eine Hilfe darstellen können, die eine „objektivierte“ Grundlage bei der Entscheidungsfindung darstellen können, jedoch seien darüber hinaus auch weitere individuelle Faktoren zu berücksichtigen. In den Interviews mit den Ärzten wurde an wenigen Stellen berichtet, dass diese Erfassung des Zustandes auch von den Pflegenden übernommen werde. Jedoch ist es unschwer vorstellbar, dass die Pflegenden in ihrer täglichen Arbeit den Zustand des Patienten/der Patientin kennen lernen und - gegebenenfalls besser – einschätzen können als die Ärzt:innen. Diese Annahme wird durch folgendes Zitat gestützt:

„B: Die kommen da rausgeputzt zu uns in die Ambulanz und machen einen ganz fitten Eindruck. Und dann haben sie vielleicht die ganze Energie der ganzen Woche gesammelt, um da einmal reinzukommen. Dann denke ich: 'Der ist total fit.' Ähm, dass er dann irgendwie vom Nachmittag an nur noch auf dem Sofa liegt und schläft, weil er sich alle Energie da aufgespart hat, das kann ich ja fragen, aber das wird er mich nicht unbedingt sagen. Dann kann ich die Situation nicht so einschätzen.“ (IÄ.9, Abs. 85)

Hier beschreibt die Ärztin, dass sie in Aufklärungsgesprächen den tatsächlichen Zustand der Patient:innen zum Teil nicht einschätzen könne, wenn die Patient:innen sich für diese Situation zusammennhmen würden. Obwohl sich dieses Zitat auf eine ambulante Sprechstunde bezieht, kann die Aussage doch auch auf stationäre Situationen übertragen werden: So ergab sich auch in einem Interview mit einer Pflegenden eine ähnliche Beschreibung:

„B: Das was mich dann manchmal so ärgert, ist, ehm, wenn die Ärzte zur Visite rein gehen und versuchen, mit dem Patienten fokussiert zu sprechen, dann haben die Patienten tatsächlich nochmal so nen wachen Moment. Und dieser wache Moment wird als gegeben genommen und daraufhin wird aufgebaut. Das würd ich mir mehr wünschen, dass - mit uns wird ganz viel gesprochen - aber, dass man das dann auch mal dann anzweifelt. Dieser kurze Moment des Gesprächs und dass denn, wir sind ja viel drin, und häufig drin und auch in verschiedenen Situationen.“ (I.5, Abs. 50)

Die Pflegende berichtet in diesem Zitat auch von ihrer Erfahrung, dass Patient:innen in den Gesprächen mit Ärzt:innen während der Visite in einem besseren Zustand seien, als es die Pflegenden im häufigen Kontakt

erlebten. Sie drückt ihren Wunsch aus, dass in solchen Situationen der Zustand der Patient:innen stärker hinterfragt werden sollte. Sie verknüpft dies auch damit, dass dieses mit den Pflegenden besprochen werden sollte und auch schon besprochen werde. Daraus lässt sich also der Schluss ziehen, dass für die Einschätzung des Allgemeinzustandes der Patient:innen, den ja die meisten der befragten Ärzt:innen berücksichtigt sehen wollen, auch die Pflegenden eine Informationsquelle darstellen. In einem Arzt-Interview ergibt sich eine weitere Größe, die in der Entscheidungsfindung aus der Sicht des befragten Arztes berücksichtigt werden sollte:

„B: [Wenn es unterschiedliche Meinungen zu den Therapien gibt] wird schwer diskutiert und, ähm dann muss man sagen gewinnt, nicht gewinnt aber ist natürlich immer derjenige, der den Patienten kennt und sozusagen, [...] dass es im Endeffekt, ähm immer darum geht: Wie ist der Patient. Also das was wir eben besprochen haben, ne. Also wie ist der klinisch, wie ist der psychisch, was hat der für, wie lebt er, was möchte der leben? Und dass das eben auch eine ganz große Rolle dann spielt, also wenn man es möchte, sagen möchte wer gewinnt, aber dass das sozusagen in die Optionen der Therapie eben einen großen Stellenwert einnimmt.“ (IÄ.8, Abs. 67-68)

In diesem Ausschnitt beschreibt der Arzt, dass in der Entscheidungsfindung bei unterschiedlichen Meinungen, die Therapie an die Präferenzen des Patienten angepasst werde. Nicht nur aber die Wünsche des Patienten, sondern auch der physische und psychische Zustand sowie seine Vorstellungen vom Leben sollten Berücksichtigung finden. Obwohl in diesem Abschnitt der Arzt nicht ausdrücklich die Pflegenden in diesem Entscheidungsprozess darstellt, ist es doch aus den selben Gründen wie oben genannt möglich, dass diese in diesem Kontext eine Rolle spielten oder spielen könnten.

Anbindung an die ambulante Versorgung

In den Interviews mit den Ärzt:innen wurden auch solche Themen besprochen, die aus Sicht der Ärzt:innen eine Versorgungslücke bei älteren Krebspatient:innen darstellt. Dabei fielen weitere Aufgaben auf, die in der Patientenbetreuung übernommen werden müssten – was aus Sicht der Ärzt:innen zum Teil noch nicht passiert. Dazu der erste Ausschnitt:

„B: Und dann kriegt man ganz häufig mit, dass die eben gar nichts essen, weil sie gar nicht in der Lage sind mittags zu kochen. [...] das ist natürlich eigentlich so hausärztlich internistische Aufgabe, aber dass man das hier auch viel mitbekommt und dann ja auch noch so bahnen kann. [...] das muss ja auch nicht unbedingt ein Mediziner machen, ne aber das sind halt die Dinge die einfach wichtig sind. Also wie so die Sozialarbeiter in den Krankenhäusern, dass man da im Endeffekt, in der Praxis könnte man dafür auch jemanden (unverständlich). Sonst weiß ich nicht wie man das nennt, aber das sind ja alles Dinge, das ist ja nun ganz viel Organisation.“ (IÄ.8, Abs. 126)

In diesem Abschnitt weist der Arzt auf das von ihm wahrgenommene Problem hin, die Patient:innen seien zum Teil nicht in der Lage, sich zu Hause selbstständig zu versorgen. Obwohl er das Lösen dieser Problematik eigentlich eher als hausärztliche Aufgabe sehe, würde auch in der onkologisch-stationären Betreuung der Patient:innen solche Probleme offenbar, deren Lösung daher auch dort angeleitet würde. Dabei weist der Arzt darauf hin, dass dies keine rein ärztliche Aufgabe sein müsse, sondern auch beispielsweise Sozialarbeiter:innen eingebunden seien. In einem anderen Interview thematisiert die dort befragte Ärztin eine ähnliche Problematik:

„B: Für die Alten bräuchte ich eine bessere Vernetzung mit dem-, also mit dem Umfeld, mit dem häuslichen Umfeld, mit den Hausärzten, mit dem Pflegedienst. [...] also da funktioniert ja nicht die Kommunikation zwischen-. Manchmal funktioniert es. Aber längst nicht immer. Dass man da mehr so das Gefühl hat: 'Man weiß, wo er da ist. Und, äh, der ist da versorgt. [...] Und dann muss man mit allen immer irgendwie in-, mit

jedem Pflegedienst wegen jedes Patienten, ähm, immer in Kontakt stehen, mit jedem Hausarzt. Das macht man ja mal einzeln, hat man das ja, wo das richtig gefordert ist. Aber schön wäre es natürlich, das würde bei jedem so, ähm, laufen. Das wäre sicherlich schön, ja. So eine ambulante onkologische Schwester wäre [...] toll.“ (IÄ. 9, Abs. 105-107)

Auch hier spricht die Ärztin Probleme in der häuslichen Versorgung älterer Patient:innen an, wobei es insbesondere um den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung gehe, die mit einer Kommunikation zwischen den jeweils beteiligten Versorgungspersonen verbunden sei. Eine solche gute Kommunikation würde dazu führen, dass man die Patient:innen gut versorgt wisse. Diese gute Kommunikation sei jedoch zurzeit nicht immer gegeben und führe zu einem größeren Organisationsaufwand, den die Ärztin durch „mit jedem Pflegedienst wegen jedes Patienten, ... mit jedem Hausarzt“ ausdrückt. Die Problematik an dieser beschriebenen Situation besteht also einerseits in der Unsicherheit über eine gute (häusliche) Patientenversorgung und andererseits in einem erhöhten Arbeitsaufwand. Für die Ärztin könnte die Lösung dieser Problematik zum Beispiel in einer „ambulanten onkologischen Schwester“ liegen. Wie genau das aussehen würde, wird nicht beschrieben. Es zeigt sich jedoch die von ihr empfundene Notwendigkeit, die Anbindung der Patient:innen an die häusliche Pflege als eigenständige Aufgabe zu definieren, die beispielsweise von einer Pflegenden übernommen werden könnte. Insgesamt zeigt sich hier, dass in der Organisation der häuslichen Versorgung der Patient:innen, aber auch in der Kommunikation mit anderen Versorgungspersonen, wie Hausärzt:innen oder ambulanten Pflegediensten, eine Aufgabe besteht, die aus Sicht der Ärzt:innen wichtig ist für eine gute Patientenversorgung. Diese Aufgabe muss dabei keine rein ärztliche sein, sondern auch andere Professionen wie der Sozialdienst oder die Pflege könnte diese übernehmen. Aus der hier aufgezeigten Problematik ergibt sich auch, dass es sinnvoll sein könnte, Klarheit darüber zu schaffen, wer diese Aufgaben in der stationären Zusammenarbeit übernimmt.

Koordination

Eine weitere Aufgabe, die aus Sicht der hier befragten Ärztin die Patientenversorgung verbessern würde, zeigt sich im folgenden Zitat:

„B: Und das andere was wir eigentlich in der Routine nicht so haben, was aber total wichtig wäre, wäre im Endeffekt so eine spezielle Schwester, so eine Case-Managerin oder Study Nurse, die diese Patienten einfach plant. Die plant wann kommt der Patient, welche Untersuchungen braucht er, die diese Untersuchung anmeldet und dann rückspiegelt oder auch mitdenkt und die, ähm anderen Ärzte fragt "Mensch hier fehlt doch noch was", [...], ähm die das so ein bisschen vernetzen kann. Also das, die großen Zentren haben sowas auch, da läuft es dann halt auch besser.

I: Also in großen Zentren gibt es das tatsächlich, dass dann, ähm mehr Personal eingeplant wird und dann. -

B: In Ärzte oder auch in solche speziellen, ähm Schwestern, die die Termine organisieren.

I: Mmmh. Und wer übernimmt das jetzt so bei euch, die Koordination?

B: Das macht, also das machen eigentlich wir Ärzte.“ (IÄ. 6, Abs. 10-13)

Sie drückt in diesem Abschnitt ihren Wunsch nach der Unterstützung durch eine „Study nurse“ aus, die die Planung der Patient:innen übernehme. Dies beinhaltet die Organisation von nötigen Untersuchungen, aber auch das Hinterfragen des Geplanten und das Hinweisen auf mögliche Lücken. Dies zeigt, dass es der Ärztin zwar einerseits um eine Entlastung von Organisationsaufgaben geht, die ja, wie sie sagt, zurzeit von Ärzt:innen übernommen werden, andererseits dadurch aber auch die Versorgung der Patient:innen verbessert sieht, da weniger übersehen werde („da läuft es halt einfach besser“). Interessant ist hier auch, dass die Aussage dieser Ärztin, Koordinationsaufgaben würden von Ärzt:innen übernommen, im Gegensatz zu der auf Seite 61 angeführten Aussage steht, die besagte, die Koordination werde von Pflegenden übernommen. Es scheint also in beiden Berufsgruppen koordinative Aufgaben zu geben, wobei die Notwendigkeit

deutlich wird, eben diese Koordination in guter Absprache durchzuführen, um Dopplungen, Verzögerungen und Versorgungslücken zu vermeiden. Dies knüpft an die von den Pflegenden gewünschte verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit an.

Nebenwirkungsmanagement

Wie sich aus den Pflegenden-Interviews ergeben hat, ist auch das Nebenwirkungsmanagement eine Aufgabe, die im stationären Setting von Pflegenden übernommen wird. Im folgenden Zitat äußert der befragte Arzt, wiederum befragt nach einer Versorgungsverbesserung von älteren Krebspatienten, einen möglichen Gewichtsverlust unter Chemotherapie:

„I: Mmmh. Gibt es Bereiche in der medizinischen Versorgung von älteren Krebspatienten, die Sie gerne verändern würden oder die sich verbessern ließen?“

B: Also ich glaube wo auf jeden Fall noch Bedarf ist aber das liegt auch viel an den Ärzten wieder selbst, ist dass man zum Beispiel auf eine gute Ernährung achtet. Also einfach, das, es gibt immer viele, gerade ältere Patienten die einfach so viel Gewicht verlieren und wenn die beginnen mit der Chemotherapie beziehungsweise dann auch während der Chemotherapie und so Ernährungsmedizin ist glaube ich tatsächlich noch so ein bisschen wo noch Luft nach oben ist, dass man einfach gar nicht erst, ähm sozusagen so viel Gewicht verliert weil da natürlich dann die Ressourcen auch so eingeschränkt sind.“ (IÄ.8, Abs. 122)

Er führt hier aus, dass es für die Patient:innen während einer Chemotherapie wichtig sei, auf eine gute Ernährung zu achten und so den Gewichtsverlust zu verhindern. Dieses monitoren der möglichen Nebenwirkung „Gewichtsverlust“ ordnet der Arzt als ärztliche Aufgabe ein („das liegt auch viel an den Ärzten selbst“). In den Interviews mit den Pflegenden zeigte sich jedoch auch, dass einige Pflegende auf die Ernährung der Patienten achteten oder diese berieten („I: Also fragen die Patienten auch, 'Was soll ich denn jetzt machen?' B: Ja. [...] Also da geb ich schon n Statement zu, ne? Dass ich sag: Sie müssen jetzt auf Essen und Trinken aufpassen, Sie müssen Körperpflege wie sonst was machen“, I.6, Abs. 54-55). In dem Versuch der Verbesserung des von dem Arzt oben beschriebenen Problem der Ernährung der Patient:innen scheint es also wichtig, diese Betreuung unter Ärzt:innen und Pflegenden zu koordinieren, Aufgaben zu definieren und Verantwortlichkeiten zu klären, um so das Nebenwirkungsmanagement – wie hier das Ernährungsmanagement – sicherzustellen.

b. Ergebnis des Vergleichs zwischen Pflegenden und Ärzt:innen

In der Wahrnehmung von Entscheidungsfindungssituationen wurde in der Literatur lange Zeit auf die Rolle der Arztpersonen fokussiert, während die Aufgaben der Pflegenden weniger beschrieben sind. In der Analyse der Pflegenden-Interviews zeigte sich jedoch, dass auch die Perspektive der Pflegenden einen wichtigen Einblick in Entscheidungsfindungssituationen erlaubt. Insbesondere wurden hier deutlich, dass die Pflegenden in diese Situationen eingebunden sind und eigene Aufgaben übernehmen, die für die Betreuung und Information von Patient:innen wichtig sind und somit direkt auch den Aufklärungs- und Entscheidungsfindungsprozess beeinflussen. Darüber hinaus werden Aufgaben übernommen, die die Entscheidungsfindung im Team beeinflussen – wie das Erfassen von relevanten Informationen über die Patient:innen und das Weiterleiten dieser Informationen an beispielsweise Arztpersonen. In den Interviews mit den Ärzt:innen wurden diese Aufgaben der Pflegenden wenig thematisiert, wobei dies an der Art der Befragung liegen kann, aber auch ein Hinweis auf die Wahrnehmung der Entscheidungsfindung als „ärztliche Domäne“, entsprechend dem Verständnis in einem Großteil der medizinischen Literatur, sein kann. In der Perspektive der Ärzt:innen wird insbesondere die Aufgabe des „Erfassen des Zustandes der Patient:innen“ als pflegerische Aufgabe dargestellt. Darüber hinaus werden in den Interviews empfundene Versorgungslücken von den Ärzt:innen aufgetan, die durch die Darstellungen der Pflegenden-Aufgaben als mögliche Stellen identifiziert werden konnten, an denen die pflegerische Aufgaben definiert werden könnten. Ob es unter den Ärzt:innen ein Bewusstsein darüber gibt, dass die Pflegenden auch Aufgaben wie die psychologische Betreuung oder

die Information der Patient:innen übernehmen, kann in dieser Arbeit nicht beleuchtet werden, da die Ärzt:innen-Interviews zu diesem Thema zu wenig Informationen enthalten. Um also die Wahrnehmung der Pflegenden-Aufgaben durch Arztpersonen darzustellen, wären weitere, fokussierte Ärzt:innen-Interviews notwendig.

3.3 Übertherapie

3.3.1 Einleitung

Im Kapitel „Leid durch Therapie“ wurde die These aufgestellt, die Pflegenden erlebten in ihrer Arbeit mit den Patient:innen häufig eine Übertherapie – was jedoch unter dem Begriff „Übertherapie“ zu verstehen sei, ist in der Fachwelt nicht eindeutig definiert. So sei diese, laut Thöns und Sitte (2019) eine *„eine medizinische Behandlung, die voraussehbar den Patienten mehr schädigt als nützt, seinen Zielen nicht dient“*. Im bekannten Medizin-Lexikon Pschyrembel wird der Begriff hingegen folgendermaßen definiert: *„Medizinisch nicht gerechtfertigte medizinische Behandlungsmaßnahmen, die nur vordergründig indiziert und erwartbar nicht die patientenseitig gewünschte Heilung oder Besserung seiner Erkrankung oder Symptomlinderung erbringen, oder für die risikoärmere, schonendere oder preisgünstigere Alternativen verfügbar sind.“* (Pschyrembel Redaktion 2020). Die Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, auf die im folgenden Abschnitt noch detaillierter eingegangen wird, beschäftigt sich auch mit der Überversorgung von Patient:innen, die aus *„Leistungen, die erbracht werden, obwohl sie wissenschaftlich für die individuelle Situation als unwirksam erkannt wurden und deshalb nicht angewendet werden sollten“* (Hasenfuß et al. 2016) bestünde. An dieser Stelle wird von einer „Überversorgung“ gesprochen, da die Initiative sich nicht nur mit therapeutischen, sondern auch beispielsweise mit diagnostischen Maßnahmen befasst. Es werden hier also verschiedene Gründe offenbar, warum eine Therapie als „Übertherapie“ eingestuft werden könnte: Zum einen tun Thöns und Sitte eine Abwägung zwischen Nutzen und Schaden einer Therapie auf, die dann eine Übertherapie sei, wenn der Schaden den Nutzen überwiege. Darüber hinaus diene eine solche Übertherapie den Zielen des Patienten/der Patientin nicht, wobei diese nicht genauer definiert werden. In der Definition des Pschyrembel gelten auch diese nicht-erreichbaren Ziele der Therapie als Grund für eine Übertherapie, wobei diese in Heilung, Besserung oder Symptomlinderung bestünden. Beiden Definitionen ist gemein, dass dieses nicht-Erreichen der Ziele vorauszusehen sei (*„voraussehbar“, „erwartbar“*). In der Definition des Pschyrembel sei außerdem eine Therapie dann eine Übertherapie, wenn es schonendere oder auch günstigere Alternativen gäbe. Dem entgegen steht die Definition, die die „Klug-entscheiden“-Initiative ansetzt, da diese auf dem wissenschaftlichen Nachweis einer Unwirksamkeit der Therapie beruhe. Insgesamt zeigt sich also ein heterogenes Verständnis des Begriffes „Übertherapie“: So könne das Überwiegen von Schaden über den Nutzen, das erkennbar unwahrscheinliche Erreichen einer Besserung, und auch der wissenschaftliche Beleg der Unwirksamkeit dazu führen, dass eine Therapie als „Übertherapie“ eingestuft werde.

Wie im ersten Kapitel bereits beschrieben, ergibt sich in den Interviews mit den Pflegenden an einigen Stellen der Eindruck, die Pflegenden empfinden ein zu viel an Therapie, das sogar ein Leid für die Patient:innen bedeuten kann. Es wurde deutlich, dass insbesondere auch dann, wenn das Ziel der Therapie nicht ersichtlich ist und die negativen Folgen der Therapie als überwiegend empfunden werden, aus Sicht der Pflegenden ein *Leid durch die Therapie* entsteht. Diese Einschätzung kommt den oben beschriebenen Definitionen des Begriffes „Übertherapie“ sehr nah. Jedoch soll als Grundlage dieses Kapitels keine einheitliche Definition der Übertherapie angelegt werden, sondern vielmehr die Einschätzungen der Pflegenden diese Grundlage bilden. Die im Kapitel „Leid durch Therapie“ angesetzten Maßstäbe, für das Empfinden Pflegender, es handele sich um eine Übertherapie, werden zu Beginn dieses Kapitels in weiteren Beispielen

ergänzt. Im Anschluss sollen die Gründe beleuchtet werden, die aus Sicht der Pflegenden zu dieser Übertherapie führen. Die hier gewählte Perspektive erlaubt es darüber hinaus, im nächsten Schritt zu untersuchen, was die erlebte Übertherapie für die Pflegenden in ihrer Arbeit und darüber hinaus bedeutet.

3.3.2 Forschungs- und Sachstand

Dass das Thema „Übertherapie“ in der medizinischen Fachwelt längst ein gut untersuchtes und häufig besprochenes ist, zeigt sich spätestens in der Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), die 2015, inspiriert von der amerikanischen Initiative „Choosing Wisely“ der American Society of Clinical Oncology und der American Society of Hematology, ins Leben gerufen wurde. Während die amerikanische Initiative sich ausschließlich dem Aspekt der Überversorgung der Patient:innen widmet, liefert die deutsche Initiative Entscheidungsempfehlungen, die sowohl eine Über- als auch eine Unterversorgung verhindern sollen (Hasenfuß et al. 2016).

Auch Ergebnisse zur Übertherapie in der Onkologie und Palliativmedizin, die für das hier untersuchte Szenario entscheidend sind, lassen auf ein häufiges Vorkommen der Übertherapie in diesem Bereich schließen. So fanden Brownlee et al. in einer Auswertung von vier systematischen Reviews starke Hinweise dafür, dass die Übertherapie ein weltweites Problem ist, das zunimmt (Brownlee et al. 2017). Eine US-amerikanische Studie fand, dass junge Krebspatient:innen in den letzten 30 Lebenstagen in 75 Prozent der Fälle eine zu aggressive Krebstherapie erhielten – auch sei dieser Wert seit dem Start der „Choose-wisely“-Initiative nicht gesunken (Chen et al. 2016). Auch in Deutschland fand eine retrospektive Beobachtungsstudie, es erhielten noch etwa jede:r zwanzigste Krebspatient:in mit solidem Tumor und sogar jede:r fünfte Krebspatient:in mit einer Krebserkrankung des hämatopoetischen oder lymphatischen Systems eine Chemotherapie in den letzten sieben Lebenstagen. Der Kontakt zum Palliativteam des Krankenhauses wurde dort bei nur einem Drittel der verstorbenen Patient:innen hergestellt, davon in fünfzig Prozent der Fälle innerhalb der letzten Lebenswoche der Patienten (Dasch et al. 2017). Als Ursachen für diese Übertherapie wurden ökonomische Fehlanreize, eine ungleiche Arzt-Patienten-Beziehung und die Angst vor juristischen Folgen beschrieben (Thöns und Sitte 2019), sowie Unwissen und Fehlglauben von Patient:innen und Angehörigen (Weeks et al. 2012), während Hasenfuß et al. auch die Schwierigkeit, bei ständig neuen Leitlinien und Empfehlungen auf dem neusten Stand zu bleiben, als möglichen Auslöser sehen. Außerdem sehen sie in den Leitlinien, die mehr Empfehlungen pro Therapien als gegen die Durchführung dieser beinhalten sowie in dem sehr auf das „Machbare“ fokussierte medizinische Ausbildungssystem einen möglichen Grund für die Übertherapie (Hasenfuß et al. 2016).

Um der Entstehung dieser Über- und Unterversorgung entgegenzuwirken, formulierte daher die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) im Rahmen der „Klug-Entscheiden“-Initiative jeweils fünf positiv und negativ Empfehlungen, von denen an dieser Stelle die hier besonders relevanten skizziert werden sollen (vgl. Krause und Neubauer, 2017). Die positiv-Empfehlungen sind dabei solche, die zu einer Handlung raten, sodass eine Untertherapie vermieden werden kann, während in den negativ-Empfehlungen solche Handlungen aufgegriffen werden, die vermieden werden sollten, um eine Übertherapie zu vermeiden (Krause und Neubauer 2017). Die Empfehlungen beruhen dabei zum Teil auf empirischen Daten, im Falle der Palliativmedizin aber aufgrund der häufig schlechten Studienlage auch auf Expertenmeinungen. Den Empfehlungen ist gemein, dass sie innerhalb der Fachgesellschaften demokratisch diskutiert und die zugrunde liegende Über- bzw. Unterversorgung als „häufig“ eingestuft wurden (Hasenfuß et al. 2016). Die DGHO spricht sich in diesen Empfehlungen für eine frühe palliativmedizinische Anbindung von Krebspatient:innen aus, die positive Auswirkungen auf die Lebensqualität und zum Teil sogar auf das Überleben der Patient:innen habe. Diese palliativmedizinische Betreuung könne auch bereits parallel zu spezifischer antineoplastischer Therapie eingeleitet werden. Darüber hinaus beinhalten die positiv-Empfehlungen die psychoonkologische Mitbetreuung und eine adäquate Schmerztherapie von Krebspatient:innen. Der vierte Punkt empfiehlt eine individuelle Therapieplanung der Patient:innen, bei der

realistische Chancen und Risiken der Therapien mit den Patient:innen kommuniziert werden. In dieser Empfehlung wird darauf hingewiesen, dass durch unrealistische Hoffnungen der Patient:innen in die Therapien, aber auch durch unterschiedliche Standpunkte von Ärzt:innen und Patient:innen und Zeitmangel die Entscheidungsfindung erschwert werden kann und in einer belastenden Therapie am Lebensende resultieren kann. Auf der Seite der negativ-Empfehlungen, mit denen also eine Übertherapie verhindert werden soll, formuliert die DGHO die Empfehlung zu einer Therapielimitierung für Patient:innen, bei denen ein schlechter Allgemeinzustand vorliegt, die durchgeführte evidenzbasierte Therapie keine Besserung erzielte und keine weitere Therapieempfehlung mit harter Evidenz vorliegt. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Fortführung der Therapie bei solchen Patient:innen nicht durch die Wahrscheinlichkeit einer höheren Lebenserwartung durch die Therapie gerechtfertigt würde und die Lebensqualität durch die Therapie sogar verschlechtert werden könne. Die übrigen, hier nicht genannten, Empfehlungen umfassen spezifische Maßnahmen und Therapien und werden daher an dieser Stelle im Sinne der Übersichtlichkeit ausgespart (Krause und Neubauer 2017).

In einer deutschlandweiten Befragung von Ärzt:innen und Klinikgeschäftsführer:innen stimmte jeweils ein Großteil der Befragten zu, Übertherapie erlebt zu haben (Naegler et al. 2018). Was aber bedeutet eine solche Übertherapie für in der Klinik Arbeitende? Erlebte bzw. durchgeführte Übertherapie kann unter klinisch tätigen Personen, wie Ärzt:innen und Pflegenden zu einem erhöhten Vorkommen von Burnout-Erkrankungen und einer erhöhten Intention, den Arbeitsplatz zu verlassen, führen (Schwarzkopf et al. 2017; Lambden et al. 2019). Das Erleben der Übertherapie von Assistenzärzt:innen und Pflegenden wird durch ein hohes Arbeitspensum, einer schlechten Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen und einer schlechten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden gesteigert (Schwarzkopf et al. 2017).

3.3.3 „Übertherapie“ in den Interviews mit Pflegenden

a. Wie erleben Pflegende Übertherapie?

In den Interviews wurden von allen acht Pflegenden Situationen beschrieben, in denen sie Therapien anzweifelten und – unter verschiedenen Gesichtspunkten – als Übertherapie einstufen. Zunächst soll noch einmal an einigen Beispielen gezeigt werden, welche dieser Punkte unter den Pflegenden dazu führten, eine Therapie werde als „Übertherapie“ empfunden:

*„B: Ich find das ist nur manchmal, einfach dann zu viel. Also, wenn man merkt, an nem gewissen Punkt gehts nicht mehr weiter, der Patient verschlechtert sich zusehens und noch ne Therapie und noch ne Therapie, und hier noch n Antikörper und da noch irgendwas. Wird das auch nicht mehr rausholen. Und dann ist es doch eigentlich schöner, ehm, dass derjenige, wenn derjenige die Möglichkeit hat, vielleicht zu seiner Familie nach Hause zu kommen oder in ein Hospiz oder in irgendeine Pflegeeinrichtung oder auf unsere Palliativstation [...] ja bei vielen ist das dann letztendlich so, dass die dann auch wirklich manchmal vielleicht überraschend oder schneller als erwartet auch bei uns versterben. Und dann... hatten vielleicht Angehörige oder Freunde nicht so die Chance sich zu verabschieden wie als hätte man vorher schon die Reißleine gezogen.“
(I.1, Abs. 77)*

Die Pflegende beschreibt in diesem Beispiel eindrücklich eine empfundenes „zu viel“ an Therapie. Unter dieser beschriebenen Therapie beobachtete sie keine Besserung, sondern eher eine Verschlechterung des Zustandes des Patienten. In ihrer Aufzählung „noch ne Therapie [...] und hier noch [...] und da noch“ wird das Ausmaß der Therapieversuche deutlich, die sie als nicht mehr zielgerichtet bewertet. Diese zwecklosen Therapieversuche hielten darüber hinaus den Patienten von einer adäquaten palliativen Betreuung ab und verwehrten den Patient:innen und Angehörigen die Möglichkeit, Abschied zu nehmen. In diesem Szenario sei aus Sicht der Pflegenden eine palliative Betreuung und Sterbebegleitung für die Patient:innen eine

bessere Alternative. Hier wird die Therapie von der Pflegenden also als Übertherapie eingestuft, weil auf der einen Seite das Ziel für sie nicht mehr erreichbar scheint, aber auch, weil der Schaden (die nicht durchgeführte palliative Betreuung) den Nutzen übersteige, da die Besserung durch die Therapie ja nicht als realistisch eingeschätzt wird.

Ein weiteres Beispiel:

"B: Also, wir haben häufig den Eindruck, dass der, wenn er klare Momente hat, dass der schon äußert, dass der das nicht alles möchte. Und ich denke, dass der das auch in Gesprächen mit den Ärzten hatte, nur sind die ja anteilig einfach viel weniger in dem Zimmer als wir. Und, ehm, da war das Problem, dass sobald man gesagt hat: Ja, aber wir könnten ja noch ehm, die und die Operation machen, oder wir könnten ja noch das und das versuchen, das wird Ihnen ja helfen. Und dann: Ja, stimmt vielleicht haben Sie ja eigentlich recht. Also, halt der ließ sich da natürlich auch gut bearbeiten. Und, ehm, das find ich ist so ein bisschen schwierig einfach. Also, dass da halt wirklich, ehm, da nicht so der Fokus auf dem Patienten selbst liegt sondern: Ja, wir haben das schon immer so gemacht, und das könnte man jetzt machen. Und, eigentlich ist er sich nicht so richtig schlüssig, eigentlich ist er aber auch gar nicht mehr so richtig fähig, selber zu sagen, was er möchte, also machen wir es jetzt einfach so. Und versuchen das einfach, obwohl es nicht funktioniert." (I.1, Abs.59)

Auch in diesem Beispiel beschreibt die Pflegende wiederum eine Situation, in der sie die Durchführung einer Therapie anzweifelt. Zunächst beschreibt die Pflegende hier wiederum das Durchführen der Therapie gegen den ausdrücklichen Patientenwillen, das bereits im Kapitel „Leid durch Therapie“ besprochen wurde. Die Einschätzung dieses Patientenwillens sei der Pflegenden dadurch ermöglicht, dass sie in ihrer Arbeit mehr Zeit mit dem Patienten verbringt als die Arztpersonen. Daraus resultiert ihre Einschätzung, dass die Arztpersonen den Patienten nicht-patientenorientiert berieten. Es wird deutlich, dass aus ihrer Sicht auch hier die Zweckmäßigkeit der Therapie nicht mehr gegeben zu sein scheint, und diese Therapie somit als „Übertherapie“ eingestuft wird. Die Formulierung „*Wir versuchen das einfach, obwohl es nicht funktioniert*“ betont dies. In dieser Formulierung, in der wohl Arztpersonen zitiert werden, wird durch das „*einfach*“ außerdem die Unüberlegtheit dieser Entscheidung impliziert.

Eine weitere Darstellung:

*„I: Ja. Und gibts, also ihr besprecht euch im großen Team, und sprecht ihr euch auch, sag ich mal in der Pflege untereinander so ein bisschen?
B: Ja. Also man sagt ja schon so, hmh (zögernd), hab jetzt so meine Bedenken, und hmh. Aber das ist auch das, was nachher dann so an den Arzt rangetragen wird. Wie siehst denn du das? Hat das denn jetzt hier noch so viel Lebensqualität? Oder hat das noch Konsequenzen? Oder wärs nicht besser, wenn der jetzt so nach Hause geht?
I: Hmh. (bejahend) Und zuhause sterben kann?
B: Hmh. (bejahend) Genau.“ (I.4, Abs. 63-66)*

Hier führt die Pflegende Gedanken zum Umgang mit einer empfundenen Übertherapie aus. Diese Bedenken würden im Team, auch mit Arztpersonen, geteilt und diskutiert. Sie stellt auch dar, was für sie zu dieser Einschätzung führe: Zum einen die Lebensqualität der Patient:innen, die wiederum die Abwägung zwischen Schaden und Nutzen aufmacht. Die Formulierung „*jetzt hier noch so viel Lebensqualität*“ lässt darauf schließen, dass die Pflegende die aktuelle Lebensqualität unter der Therapie betrachtet. Darüber hinaus werden in ihren Überlegungen aber auch die „*Konsequenzen*“, also das Ziel der Therapie, reflektiert.

Aus den Interviews mit den Pflegenden ergeben sich also verschiedene Gründe für das Empfinden, es handle sich um eine Übertherapie: Ein erlebtes „zu viel“ an Therapie, bei dem das Ziel dieser Therapien nicht mehr sichtbar scheint oder der Schaden den Nutzen zu überwiegen scheint. Durch diese Übertherapie wird

also keine Besserung, sondern zum Teil sogar eine Verschlechterung für den Patienten/die Patientin erreicht. Auch der Zeitpunkt der Entscheidung zum Übergang in eine palliative Therapie scheint zu spät gewählt. Darüber hinaus ergibt sich eine empfundene Übertherapie durch die Einschätzung, der Wille und auch die Situation des Patienten/der Patientin werde nicht umfänglich berücksichtigt und die Entscheidung für eine Therapie unüberlegt getroffen.

b. Warum und wie entsteht Übertherapie?

Therapiewunsch der Patient:innen

In den Darstellungen der Pflegenden finden sich in allen Interviews Situationen, in denen die Pflegenden den Therapiewunsch der Patient:innen nicht nachvollziehen können und die Therapie als Übertherapie einstufen. In diesen Fällen wird die Entscheidung zu einer (Über)Therapie von den Patient:innen selbst getroffen. Warum diese Entscheidung der Patient:innen jedoch, entgegen der Einschätzung der Pflegenden zustande kommt, wird von diesen durch verschiedene Gründe erklärt: Es zeigt sich in vier Interviews (I.3, I.6, I.7, I.8) das Motiv der Hoffnung, die in die Therapien gesetzt wird. Dies wird in zwei Interviews (I.3, I.6) begründet in einer Alternativlosigkeit, in zwei Interviews (I.4, I.5) in einem ausgesprochenen Lebenswillen und in einem Interview in der Angst vor dem Tod (I.2).

Im ersten dazu zu analysierenden Szenario basiert die Entscheidung dieses Patienten auf einer Hoffnung in die Therapie. Diese Hoffnung wird von der Pflegenden im folgenden Interviewausschnitt eindrucksvoll beschrieben:

"B: Die meisten greifen ja nach jedem Strohalm, machen ja jede Therapie mit. Das ist meine Erfahrung. Wo ich manchmal das nicht versteh. Ich denk immer: Geh doch nach Hause, solange es dir gut geht und komm wieder, wenn es dann gar nicht mehr geht. Man kann dann ja auch anders noch eingreifen. Aber das macht keiner." (I.3, Abs.9) „B: Aber die haben immer diese Hoffnung, sie werden wieder gesund. Ist ganz schrecklich. Das hilft Ihnen und das wird gleich so als Gesundungsprozess gesehen. Und nicht als Linderung, dass die da besser mit leben können. Dass sie vielleicht noch ne kurze, ne längere Zeit rausgezogen haben. Und das sieht keiner. [...] und wenn sie dann im Sterben liegen: ‚Wozu hab ich das überhaupt noch gemacht?‘ (Pause) hmh, sagt man mir ganz oft. [...] Aber ich sag, ‚Sie haben nach dem Strohalm gegriffen‘. Ich sag das dann ganz ehrlich. Und dann sagen die immer: Ja, was blieb denn übrig? (Pause) Die Hoffnung hatten sie immer noch, dass es denen, dass es dann doch besser wird, ne?" (I.3, Abs. 75-79)

Die Pflegende beschreibt an dieser Stelle die Hoffnung der Patient:innen, die diese dazu leitet, sich für eine Therapie zu entscheiden und drückt ihr Unverständnis für eben diese Entscheidungen aus. Es zeigt sich, dass die Pflegende das erhoffte Outcome der Therapien anzweifelt – schließlich seien diese zwar in der Lage, die Lebensqualität zu verbessern und auch die Lebenszeit in einem gewissen Maße zu verlängern, brächten aber nicht die von den Patient:innen erhoffte Heilung. Diese Hoffnung, die die Patient:innen laut der Pflegenden dazu bewegt, Therapien zu machen, fuße auf einer Alternativlosigkeit, die die Patient:innen erlebten. So scheint es in der Konfrontation mit der Krebserkrankung und einem möglichen Versterben den Patient:innen nicht möglich zu sein, die Hoffnung *nicht* aufrecht zu erhalten. An einer anderen Stelle des Interviews beschreibt die Pflegende eine ähnliche Situation, in der der Patient sich für eine Chemotherapie entschieden hat: „B: Er wurde dadraüber aufgeklärt [dass die Chemo aussichtslos ist], aber er hats nicht wahrgenommen. Weil, sonst hätte er das nicht machen lassen. Und dann hätte er auch sich denn... das Leben nehmen können eigentlich, ne?“ (I.3, Abs. 65). Sie gibt dort selbst eine Erklärung für das Festhalten der Patient:innen an der Hoffnung: Diese Hoffnung helfe dabei, den Lebenswillen aufrecht zu erhalten. Die Pflegende in diesem Beispiel bewertet diese Hoffnung der Patient:innen jedoch sehr negativ („schrecklich“) und verknüpft sie sogar mit einem späteren Bereuen der Therapie durch die Patient:innen. In dieser

Darstellung ergibt sich der Eindruck, die Pflegende sehe die Patient:innen für die an ihnen geschehene Übertherapie selbst in der Verantwortung.

In einem anderen Interview erklärt die dort befragte Pflegende das Festhalten der Patient:innen an der Therapie wie folgt:

"B: Man weiß nicht, ob man das nicht selber ja nicht genauso machen würde [den Tod zu verdrängen]. Um zu kämpfen. Gerade jetzt unser Alter jetzt, ne? So bei Älteren... aber selbst Ältere haben halt eben diesen Wunsch, doch noch zu leben. Seis wegen Enkelkindern, seis weil die Ehefrau nicht allein sein soll, weil der Ehemann nicht alleine sein soll. Solche Dinge halt eben.

I: Und deswegen selten auch die Entscheidung gegen Therapie?

B: Ja. Glaub ich schon, dass das deswegen selten die Entscheidung ist. Es ist selten einer der sagt: Jetzt hör ich auf, jetzt (Pause). Die versuchens meistens also noch weiter." (I.4, Abs. 52)

In diesem Beispiel sieht die Pflegende das Festhalten der Patient:innen an der Therapie in einem Lebenswillen begründet. Die Pflegende liefert mit der Anwesenheit von Angehörigen auch eine Erklärung, warum selbst in hohem Alter dieser Lebenswille stark ausgeprägt sei. Es zeigt sich auch hier ein Verdrängen des Todes und somit ein Festhalten an einem positiven Outcome der Therapie – auch hier werden also die Hoffnungen der Patient:innen in die Therapie gesteckt. In diesem Beispiel jedoch bewertet die Pflegende diese Hoffnung ganz anders als die Pflegende zuvor – sie schließt sogar für sich persönlich nicht aus, in einer entsprechenden Situation genauso zu handeln. „Um zu kämpfen“ zeigt hier, dass das diese Hoffnung aus sich der Pflegenden auch dazu dienen kann, die Therapien aus- und durchzuhalten und so für das Leben zu kämpfen. Im Gegensatz zu der Bewertung der ersten Pflegenden zeigt sich also hier eine deutlich positivere Bewertung dieses Therapiewunsches und auch die Therapien werden weniger aussichtslos dargestellt.

„B: Es ist ja tatsächlich auch so, dass auch viele Patienten, die eh, betagt sind, ja hierher kommen in die Klinik, mit nem [...] ausgesprochenen Therapiewunsch. Und das muss man ja auch berücksichtigen. Das ist ja auch toll, dass das dann gemacht wird. Wenn die Sinnhaftigkeit, das erscheint mir nicht.“ (I.5, Abs. 26-27)

Auch in diesem Zitat beschreibt die Pflegende eine Therapie, die aufgrund des Patientenwunsches durchgeführt wurde, während sie selbst jedoch die Sinnhaftigkeit dieser Therapie anzweifelt. Es ergibt sich aus diesem Zitat, dass der Patientenwunsch auch in hohem Alter berücksichtigt werde und die Patient:innen eine Therapie erhielten. Dass die Pflegende dies als „toll“ bewertet, zeigt, dass sie sich von ihrer eigenen Einschätzung distanziert und den Wunsch der Patient:innen respektiert. Nichts desto Trotz scheint weist ihr eigener Zweifel an der Sinnhaftigkeit darauf hin, dass sie die Durchführung der Therapie hinterfragt.

Ärztliche Aufklärung

In sechs Interviews (I.1, I.2, I.5, I.6, I.7, I.8) brachten die Pflegenden zum Ausdruck, dass aus ihrer Sicht eine zu positive oder unklare ärztliche Aufklärung, bei der die Patient:innen nicht über den realistisch zu erwartenden Verlauf ihrer Erkrankung oder einer Therapie in Kenntnis gesetzt werden, in einer übermäßigen Hoffnung der Patient:innen in die Therapien resultierte. Ein erstes Beispiel aus den Interviews:

"B: Und es wird einfach so missverstanden, dass es alles ins Positive geht. Und das weiß ich ganz genau, dass ne Aufklärung so mit Sicherheit nicht gelaufen ist. Weil diesen Begriff Heilung nimmt jemand, der in der Onkologie tätig ist, eigentlich nicht in den Mund. [...]" (I.2, Abs. 196)

Hier beschreibt der Pflegende Situationen, in der die Patient:innen die Informationen aus der Aufklärung zum Positiven missverstehen. Die falsche Einschätzung der Patient:innen ihrer Situation sieht er jedoch nicht in der Aufklärung selbst begründet, sondern in einem Falschverstehen der Patient:innen. Ob dieses

Falschverstehen nun absichtlich geschieht oder die Patient:innen unbewusst die oben beschriebene Hoffnung dazu verleitet, ist dabei nicht klar. Jedoch zeigt die Bezeichnung dieses Missverstehens als „einfach“, dass der Pflegende den Patient:innen eine gewisse Unbedarftheit zuschreibt, vielleicht sogar vorwirft. Hingegen zeigt sich ein Vertrauen des Pflegenden in die Richtigkeit der Aufklärung, in der keine falsche Hoffnung geschürt würde. Hier wird also das Entstehen einer unrealistischen Hoffnung eher in den Patient:innen begründet.

Dem entgegen stehen in sechs Interviews Beschreibungen, in denen Pflegende eben nicht dieses Vertrauen in die Richtigkeit der Aufklärung ausdrücken und die unrealistische Hoffnung eher in der Aufklärung begründet sehen:

"B: Ne, wenn man aber auch die ganze Zeit hört, dass es noch Therapiemaßnahmen gibt und eben nie das Wort Palliativ fällt, sondern immer nur 'Ja, man kann noch ne Chemo probieren und man kann noch das machen und es gibt noch diese Möglichkeit der Operation und es gibt noch das', dann denkt man nicht daran, dass es nur noch um 3 Monate geht. [...] die Patienten wollen ja erstens immer auch das gute raus hören. Deswegen denke ich, dass so ein Aufklärungsgespräch auch immer sehr sehr schwierig ausfällt. Weil man muss ja auch über ihr-, über alle weiteren Maßnahmen nachdenken. Über jede weitere Therapiemaßnahme. Und wenn man eben aber Therapie hört, alleine das Wort, und von Möglichkeiten spricht, dann ehm, und von Operationen, dann ist das ja immer noch irgendetwas wo man: Ah, ja danach muss es mir besser gehen. Und ehm, wenn das Wort Palliativ eben nie fällt, dann ist das, oder eben nie klar, klare Worte gefunden werden, dann ist das auch für den Patienten glaub ich sehr sehr schwer, also überhaupt schwierig, aus diesem Medizinerdeutsch praktisch auch klare, ja klare Konsequenzen zu ziehen oder eben sich darüber auch klar zu werden. Also ich denk da ist großer Bedarf noch da." (I.8; Abs. 23)

Die Pflegende greift in diesem Abschnitt auch den Gedanken auf, dass die Patient:innen von sich aus „das Gute raus hören“, also die Informationen zum Positiven missverstehen wollten. Wobei dieses „wollen“, also das bewusste Missverstehen, relativiert wird: Durch eine unklare Ausdrucksweise sei es den Patient:innen erschwert, die gegebenen Informationen zu verstehen und einzuordnen. In dieser Schwierigkeit würden die Informationen also eher zu positiv eingeordnet. Die Schwierigkeit ergibt sich für die Pflegende auch daraus, dass insbesondere das Wort ‚Therapie‘ für die Patient:innen mit einer kurativen Zielsetzung verbunden sei. Ihre Forderung nach einer Aufklärung, die für den Patient:innen verständlich ist, scheint somit auch zu beinhalten, die Zielsetzung der Therapien klar auszudrücken. Den Grund für eine zu hoffungsvolle Sicht der Patient:innen sieht diese Pflegende also in einer Aufklärung, in der Prognosen zu unklar ausgedrückt würden, was ein (positives) Falschdeuten durch die Patient:innen begünstige.

Die Pflegende im folgenden Abschnitt geht in ihrer Bewertung der Aufklärungsgespräche noch weiter:

I: Und ist das den Patienten bewusst, dass die so ne schlechte Chance haben?

B: Mhm (verneinend).

I: Wird das in der Aufklärung auch nicht mit kommuniziert?

B: Mhm, mhm (verneinend).

I: Das heißt, da wir irgendwo immer noch so ne Hoffnung aufrecht erhalten?

B: Ja. Und das ist glaub ich das Problematische. Die Aufklärung ärztlicherseits einmal definitiv das zu äußern, was, was Faktist.

I: Und das wird nicht gemacht?

B: In den seltensten Fällen. Naja, es wird immer nochmal umschrieben. 'Wir machen mal...'; 'Wir gucken mal...'. Und sobald man dieses 'mal' in den Mund nimmt, haben die Patienten sofort n Hoffnungsschimmer. Es wird, ganz spät, wenn die Therapie nachher versagt, finde ich, gesagt: Wir können Ihnen nicht mehr helfen. Oder: Wir können Ihre Erkrankung nicht mehr heilen. Das wird, finde ich, erst gesagt, wenn die Komplikationen

zunehmen. Das ist so mein Eindruck. Und es sind ja auch, es sind viele, viele junge Stationsärzte, die sind manchmal allein gelassen und müssen Aufklärungsgespräche führen - gar keine Erfahrung. Und das ist natürlich." (I.7; Abs. 47-54)

Im Gegensatz zu den vorherigen Beschreibungen sieht die Pflegende hier nicht hauptsächlich das hoffnungsvolle Falschverstehen der Patient:innen als Problem, sondern bringt vielmehr fast vorwurfsvoll die Ärzt:innen mit ein. Wiederrum wird eine unklare, umschreibende Ausdrucksweise angeprangert, die aus Sicht der Pflegenden dazu führe, dass die Patient:innen Hoffnung hätten und sich auf eine Therapie einließen. Hier wird dies nicht als Missverständnis, das zwischen Arztpersonen und Patienten entsteht, bewertet, sondern die Ärzt:innen für diese „falsche“ Aufklärung verantwortlich gemacht. Zudem bringt die Pflegende einen neuen Aspekt ein: Der Punkt, an dem die Diagnose einer unheilbaren Krankheit übermittelt wird, sei zu spät. Wenn die Patient:innen, wie die Pflegende es beschreibt, erst nach einem Versagen der Therapie erfahren, dass sie an einer unheilbaren Erkrankung leiden, so ist eine Übertherapie quasi einkalkuliert. Schließlich kann die Hoffnung in das Gelingen einer Therapie durch die Patient:innen nur dann in Frage gestellt werden, wenn auch die Möglichkeit, dass die Therapie nicht gelingt, kommuniziert wird. Es scheint in dieser Bewertung also in der Aufklärung durch die Ärzt:innen begründet zu sein, dass die Hoffnung der Patient:innen zu lange aufrechterhalten wird und so eine Übertherapie entsteht.

Die Pflegende findet in ihrer Beschreibung auch selbst eine Antwort, warum die Aufklärungsgespräche durch die Ärzt:innen, wie sie es darstellt, so schlecht laufen: Die jungen Assistenzärzt:innen, auf die die Aufgabe der Aufklärung im Stationsalltag häufig zurückfalle, seien unerfahren. Dass sie diese Unerfahrenheit als „natürlich“ beschreibt, zeigt eine Empathie den Ärzt:innen gegenüber. In der Formulierung, dass diese Ärzt:innen „alleine gelassen“ seien, zeigt sich, dass sie das Entstehen dieser mangelhaften Aufklärungsgespräche nicht ausschließlich diesen jungen Ärzt:innen zuweist, sondern auch eine Verantwortung denen zuschreibt, die sie allein ließen. Dieser Aspekt wird im folgenden Zitat noch einmal deutlicher:

„B: Ich glaube, Mediziner im Gegensatz zur Pflege haben eben manchmal noch das Gefühl, oder es ist schwieriger zu sagen, ‚wir können nichts mehr machen‘. Weil man lernt so viel, was man alles machen kann und was alles möglich ist, und wie man noch weiter lebenserhaltende Maßnahmen eben weiterführen kann, dass ich glaube dass gerade junge Ärzte, die eben noch nicht so mitgekriegt haben, wie der weitere Verlauf aussieht von den Patienten, eh, vielleicht noch n ganz anderen, n ganz anderes Ideal haben und vielleicht n bisschen kurssichtiger sind. Und ich glaub das spielt alles mit rein in diese ganze Entscheidungsfindung.“ (I.8, Abs. 87)

Die hier zitierte Pflegende findet in dieser Beschreibung eine Erklärung für die von ihr empfundene, „zu positive“ Aufklärung durch die Ärzt:innen. Es sei für Arztpersonen schwieriger, von einer kurativen Intention abzuweichen oder dies zu kommunizieren als für Pflegende. Wie auch Pflegende 7 sieht sie dies insbesondere bei jungen, unerfahrenen Ärzt:innen. Sie erklärt dies mit der Ausbildung, in der aus ihrer Sicht viele kurativer Ansätze vermittelt würden und der Unerfahrenheit der Ärzt:innen was der Verlauf schwerer Erkrankungen angeht. Im gleichen Interview findet sich eine kontrastierende Beschreibung, die zeigt, wie sich aus Sicht dieser Pflegenden eine Erfahrung der Ärzt:innen auf die Aufklärung der Patient:innen auswirken kann:

„B: Also diese Oberärztin ist eine spezielle Fachärztin für palliativ und für Onkologie. Ehm, hat ein (unverständlich) also natürlich ne Erfahrung in dem Punkt, ne? Eben auch, wie sie sich ausdrückt. Ist immer erst-, also die meisten Patienten sind immer erst sehr schockiert, sehr betroffen, weil sie eben sehr sehr klare und direkte Worte findet. Ehm. Ja, also unmissverständliche Worte findet, wie es jetzt weiter gehen kann. Entweder mit einer Therapie, welche Chancen denn eben sind, das heißt also-. Oder eben ehm, dass es eben keine Möglichkeit mehr gibt und dass man wirklich jetzt irgendwie nur noch guckt eh, wie man die restliche Zeit so angenehm wie möglich gestaltet. Und ehm, sie

ist eine Person, die wirklich, also die von uns sehr gerne dazu gerufen wurde, wenn sie da war und Zeit hatte. Oder wir eben die Assistenzärzte darum gebeten hatten, sie noch einzubinden. Weil sie eben diese Erfahrung hat und eben die klarsten Worte in der Onkologie findest, die wir hatten. Deswegen war das immer für uns die bessere Wahl, weil danach ehm (Pause) war dann immer alles klar. Und die Patienten haben danach nicht mehr noch die nächsten drei Jahre geplant." (I.8, Abs. 27)

Die Pflegende beschreibt hier eine erfahrene Oberärztin, deren Handeln im Gegensatz zu den oben beschriebenen, unklaren Aufklärungsgespräche stehe. Die ihr hier zugewiesene Erfahrung führt laut der Beschreibung dazu, dass sie die oben geforderte Klarheit in die Aufklärung komme. Insbesondere betont die Pflegende das realistische Darstellen der Endpunkte einer Therapie. Das „*schockiert sein*“ der Patient:innen durch diese ehrliche Aufklärung stellt den Kontrast heraus, den eine solche Aufklärung zu anderen, vorherigen Gesprächen darstelle. Die Person der hier beschriebenen Oberärztin als jemand, die von der Pflege sehr gerne mit in die Aufklärungsszenarien eingebunden wird, zeigt, dass aus Sicht dieser Pflegenden auch ihre Arbeit durch eine realistische Aufklärung erleichtert werde.

Ein weiterer Grund, der in drei Interviews (I.2, I.3, I.8) für die Entstehung von Übertherapie angebracht wird, ist die Beeinflussung der Entscheidungen zugunsten der Therapie durch Ober-/Chefärzt:innen.

"B: Ob das noch Sinn hat... Also wir können uns noch austauschen. Und sie [die Assistenzärztin] sagt dann auch: Ja, es bringt wohl nicht mehr viel, wir versuchens nochmal und so. (Pause)

I: Das ist ja eigentlich komisch, wenn man sagt: Es bringt wohl nicht mehr viel, wir versuchens nochmal.

B: Das sagt der Oberarzt möchte das. Und das ist doch nochmal n Weg, den man gehen könnte und so weiter. Nur wir sehen den Patienten ja dauernd, ne?" (I.3, Abs. 211-213)

Die Pflegende beschreibt hier ein Gespräch mit der Assistenzärztin über die Sinnhaftigkeit einer Therapie bei einem älteren Krebspatienten. Es wird deutlich, dass sowohl nach Einschätzung der Pflegenden als auch der Assistenzärztin die Sinnhaftigkeit der Therapie angezweifelt wird. Interessant ist die zitierten Formulierungen „*wir versuchens nochmal*“ und „*nochmal n Weg*“ die eine Parallele zu dem oben zitierten Ausschnitt aus Interview 8 bildet („*Wir machen mal...; Wir gucken mal...; Und sobald man dieses 'mal' in den Mund nimmt, haben die Patienten sofort n Hoffnungsschimmer.*“, s. S. 76). Diese Formulierungen scheinen in beiden Fällen auf sprachlicher Ebene eine Unbedachtheit der Entscheidung ebenso wie eine unklare Zielsetzung eben dieser widerzuspiegeln. In diesem Beispiel jedoch wird das Therapieziel nicht nur als unklar eingestuft, sondern sogar als vermutlich nicht erreichbar („*es bringt wohl nicht mehr viel*“). Vor diesem Hintergrund steht die Entscheidung des Oberarztes, die die Pflegende hier beschreibt und nicht nachvollziehen kann. Dies verknüpft die Pflegende in ihrer Beschreibung damit, dass die Pflegenden (oder auch die Pflegende und die Assistenzärztin) den Patienten häufiger sähen. Dies könnte darauf hinweisen, dass aus Sicht der Pflegenden die Einschätzung der Personen, die den Patienten häufiger sehen, mit in die Entscheidung einfließen sollte.

Finanzielle Interessen

In fünf Interviews (I.1, I.2, I.5, I.6, I.8) thematisierten Pflegende eine finanzielle Beeinflussung der Therapieentscheidung, die aus Sicht der Pflegenden zu einer Übertherapie der Patient:innen führen kann. Eine Pflegende beschreibt im Interview Situationen, in denen die Patient:innen von einer Therapie überzeugt wurden. („*I: Aber du hast schon das Gefühl, dass der Patientenwille meistens in den Entscheidungen sich widerspiegelt? B: Fifty-fifty, würde ich sagen. Ich glaube, ganz viel ist auch Überzeugung.*" I.6, Abs. 25-26). Dies erklärt sie im Verlauf des Interviews so:

"I: Und wenn du sagst, die werden da irgendwie so n bisschen überredet oder zu überzeugt - warum ? Was, was bringt den Ärzten das?

B: [...] unsere Leitung [sagte dann]: Ja, das hat was mit Kosten zu tun. Also ist es per Abrechnung. Sie kriegen halt Geld dafür auch n Stück weit. So wirtschaftlich gedacht denk ich ist n Stück weit im Hinterkopf mit drinne. Hmh. N Stück weit. Es gibt natürlich auch sone und sone Ärzte, ne? Und ich weiß nicht, ob unsere jungen Ärzte so denken, ne? Aber ich weiß, ich hab mal in der Poliklinik n Aufklärungsgespräch mitgehört. Der wirklich krank war. Und ich dachte: Nein, machs nicht! Nein, machs nicht! Hab ich in meinem Kopfgedacht, ne? Und der Patient hat allem zugestimmt. Und ich dachte, das geht nur nach hinten los. Und als ich hier wieder auf Station kam zum arbeiten lag der hier und ist gestorben." (I.6, Abs. 33-34)

Sie erklärt diese Überzeugung der Patient:innen durch Ärzt:innen mit finanziellen Interessen. In ihrer Beschreibung geht sie nicht davon aus, dass tatsächlich vordergründig diese finanziellen Interessen in die Entscheidung einbezogen werden, jedoch diese unterbewusst beeinflussen können. Zwar macht sie klar, dass sie diese Beeinflussung nicht bei allen Ärzt:innen annehmen kann, verknüpft aber den Gedanken von einer ökonomischen Beeinflussung mit einer Aufklärungssituation, in der sie selbst sich klar – wenn auch nur gedanklich - gegen die Therapie positioniert. Durch die Darstellung dieser Situation, in der sie klar die Beratung zur Therapie angezweifelt, kann der Gedanke aufkommen, dass wohl für sie andere Gründe als das Interesse des Patienten die Arztperson bei der Aufklärung geleitet haben muss – zum Beispiel finanzielle Interessen.

Das ökonomische Interesse wird in einem anderen Interview noch deutlicher angesprochen:

"B: Also das sind, waren auch nicht nur Assistenzärzte bei uns, also bei uns gabs ehm, (Pause) ah, ich weiß gar nicht ob ich darüber reden darf (lacht), aber ehm, das ist so, es war bei uns schon, es ist eigentlich ein offenes Geheimnis bei uns in der [Klinik], durch das DRG-System wurde natürlich sehr wirtschaftlich gearbeitet. Und eh, Ärzte wie Pflege wurden darauf (Pause) ausgelegt, wirtschaftlich zu arbeiten. Das DRG-System ist leider bei chronisch Kranken Patienten oder eben bei onkologischen Patienten so, dass ehm, naja, eine Operation bringt mehr Geld, im weiteren Verlauf. Ehm, das ist natürlich nicht der, also Ärzte sind ja auch Menschen, dass die natürlich auch nicht so funktionieren und danach arbeiten ist ja vollkommen klar, aber ich glaube, ehm, also ich glaub das spielt mit rein [...] An sich, eh, nehm ich nicht an, dass ehm, die Assistenzärzte an den Umsatz des Klinikums denken, sondern ich glaube sie halten sich größtenteils an ihre Oberärzte, halten da eben Rücksprache, oder an ihre Chefärzte. Und gehen diesen grundsätzlichen Weisungen des Krankenhauses nach." (I.8, Abs. 87)

Es wird in dieser Beschreibung deutlich, dass die Pflegenden in ihrer Arbeit in der beschriebenen Klinik einen Zwang erlebt habe, wirtschaftlich zu arbeiten. Dieser Druck zeigt sich auch in ihrem Zögern, darüber offen zu reden (obwohl sie zum Zeitpunkt des Interviews nicht mehr in der beschriebenen Klinik arbeitete). Durch ihre Beschreibung wird auch klar, dass sie das finanzielle Interesse nicht bei den einzelnen Personen sieht, sondern eher im System des Krankenhauses. Sie beschreibt, dass Eingriffe bei onkologischen Patient:innen in diesem System als geldbringend angesehen würden. Die Pflegenden beschreiben wiederum Assistenzärzt:innen, die wenig palliativmedizinische Erfahrung haben und von einer kurativen Intention geleitet werden. Sie sieht diese Intention, die ja meist eine Empfehlung zur Therapie bedeutet, gepaart mit den finanziellen Interessen, die in dieser Darstellung von Ober- und Chefärzten weitergeleitet würden, als Auslöser für unnötige Eingriffe bei Patient:innen.

Es zeigt sich also, dass aus Sicht der hier befragten Pflegenden auch ökonomische Interessen zu einem gewissen Maße die Empfehlungen der Ärzt:innen zur Therapie beeinflussen können. Wenn es auch deutlich wird, dass hier keine Einzelpersonen in persönlichem wirtschaftlichen Interesse handeln, so könne doch ein auf Gewinn ausgelegtes Krankenhaussystem implizit die Beratungen zur Therapie beeinflussen.

Beeinflussung durch Angehörige

In allen Interviews beschrieben die Pflegenden, dass auch die Beeinflussung durch Angehörige zu einer Übertherapie führen könne. Die verschiedenen Facetten dieser Beeinflussung sollen hier an drei Beispielen dargestellt werden:

"B: Also gerade ältere Patienten, die ehm, sagen wir, einen sehr großen Familienschluss haben, haben öfters geäußert, wenn jetzt nicht die Familie da wäre, oder nicht so, dass sie dann eigentlich nicht mehr wollen. Also dass sie eigentlich, dass sie gar keine Kraft mehr haben." (I.8, Abs. 49)

An diesem Beispiel zeigt sich, dass die Anwesenheit von Angehörigen, vielleicht sogar das Eingebundensein in enge familiäre Strukturen, die Patient:innen zu einer Therapie zu bewegen. Diese indirekte Form der Beeinflussung ist sicherlich in der Abwägung einer Entscheidung für oder wider die Therapie durch den Patient:innen verständlich. Wenn die Anwesenheit von Angehörigen jedoch zum Durchführen der Therapien gegen den eigenen Willen führt, so kann dies auch eine Übertherapie begünstigen.

Es gibt aber auch Beispiele, in denen diese Beeinflussung viel direkter stattfindet:

"B: Angehörige [sind häufig] erst so total dabei sind und sagen: Wir wollen, dass alles gemacht wird, was geht. Und, auch wenn die Patienten selber, ich finde viele Ältere [...] sind dann auch einfach in ihrer Entscheidungsfindung gar nicht mehr so richtig klar. Die wissen nicht, was ist jetzt richtig für mich, wie soll ich mich jetzt entscheiden? Ich selber möchte vielleicht gehen, und für mich ist das jetzt gar nicht so schlimm, ich hab diese Erkrankung. Es ist okay. Ich möchte das, was mir halt noch hilft, dass es angenehm wird, aber ansonsten ist das für mich in Ordnung, auch wenn das in ne palliative Situation hinausläuft. Und, ehm, das ist okay. Aber die Angehörigen können da schwer loslassen und sagen: Ne, also, meine Mutter, mein Vater, da soll alles gemacht werden. Und sind da erst total dafür und je länger man aber miteinander kommuniziert, je länger die Patienten bei uns liegen, man sieht: Okay, die Therapien haben einfach auch ihre Symptomaten, die sie hervorrufen und Nebenwirkungen, die nicht so angenehm sind. Dass da viele dann doch so n bisschen von zurückweichen und sagen: Ja, eigentlich ... bringt das nichts. Eigentlich ist es okay. Also eigentlich wollen wir doch eher diesen Wunsch akzeptieren. Und gehen dann so Step-by-step so n bisschen weiter in den Hintergrund, ziehen sich zurück, und sagen: Okay, Mutter, Vater, entscheide du und dann ist es gut so." (I.1, Abs.63)

In dieser Beschreibung teilt die Pflegende den Entscheidungsfindungsprozess in zwei Abschnitte ein. Im ersten Abschnitt, während der primären Therapieentscheidung, seien es die Angehörigen, die diese Entscheidung aufgrund ihres Willens zur Therapie hin beeinflussten. Sie beschreibt, dass dieser Wille im Gegensatz zu dem Willen der Patient:innen stehe, die in diesem Beispiel Ihre Erkrankung und den damit verbundenen möglichen Tod akzeptierten. Diese Akzeptanz hingegen scheint aus Sicht der Pflegenden bei den Angehörigen nicht gegeben zu sein, da sie „schwer loslassen“ könnten. Wie die Pflegende hier die Angehörigen zitiert („Ne, also, meine Mutter [...] da soll alles gemacht werden“) vermittelt sie eine Bestimmtheit, mit der die Angehörigen ihren Willen einbringen. Dem entgegen stellt sie die Unsicherheit und Zögerlichkeit der Patient:innen dar, deren Wille in dieser Konstellation kein Gehör finden könne. Im zweiten Abschnitt der Therapieentscheidung werde die Entscheidung durch das Andauern der Erkrankung und die Nebenwirkungen der Therapie reevaluiert. Hier beschreibt die Pflegende ein Zurückweichen der Angehörigen von ihrer vorherigen Bestimmtheit und auch ein Akzeptieren der Entscheidung für eine palliative Therapie. In dieser zweiten Phase beschreibt die Pflegende auch, dass die Entscheidungsgewalt nun von den vorher präsenten Angehörigen in die Hände der Patient:innen gelegt werde. Es zeigt sich hier, dass die Entscheidung bei verschiedenen Meinungen von Patient:innen und Angehörigen insofern dafür anfällig ist, in eine Übertherapie zu münden, wenn den Raum, die die jeweiligen Parteien in der Entscheidungsfindung

einnehmen, ungleich verteilt ist. In diesem Beispiel stehen energische Angehörige zögernden Patient:innen gegenüber, die so vielleicht gar nicht die Möglichkeit haben ihre eigene Meinung einzubringen.

Eine weitere Facette der Beeinflussung durch Angehörige zeigt sich im folgenden Interviewausschnitt:

"B: Und das Problem ist, dass der Patient zunehmend abgebaut hat und überhaupt nicht mehr wollte. Weder das eine noch das andere. Die Familie aber entschieden hat, dass alles gemacht werden musste, um diesen Patienten-. Wir das immer schon kritisch gesehen haben und wir gesagt haben: Das bringt ja alles nichts. Der hat Novo-Seven-Präparate gekriegt im millionenstelligen Betrag im Grunde. Und wir eigentlich der Familie damit einen Gefallen getan haben." (I.7, Abs. 2) "B: Und die Familie hat ihn gedrängt. Und da stand die Pflege immer so in der Zwickmühle, weil der uns immer gesagt hat: Er möchte eigentlich gar nicht, er möchte einfach in Ruhe gelassen werden. Und sobald Tochter und Ehefrau da waren, war das n ganz anderes Bild. Und da hat er nämlich gar nichts gesagt und die beiden haben für ihn entschieden.

I: Wie lief das dann ab in den Aufklärungsgesprächen? [...]

B: Ja, ja. Das war schwierig. Weil unsere Ärzte, weil das-. Ich weiß nicht, ob das jetzt so n medizinisch interessanter Fall gewesen war. [...] Aber, dann verlieren sie glaub ich immer den Patienten ausm, aus dem Auge. Und am Anfang ist es auch schwierig, der Familie zu erklären, wir haben keine Chance." (I.7, Abs. 6-8)

Auch hier beschreibt die Pflegende eine Situation, in der sich der Wille des Patienten und der Wille der Angehörigen widersprechen. Wiederum befürworteten die Angehörigen die Therapie, während der Patient diese nicht wolle. Es zeigt sich in dieser Beschreibung deutlich, dass die Angehörigen in diesem Fall aus Sicht der Pflegenden die Entscheidungsgewalt habe. In diesem Falle ist es jedoch nicht, wie oben, ein Ungleichgewicht im Durchsetzungsvermögen, indem dies begründet ist. Vielmehr werde der Wille des Patienten den Pflegenden gegenüber ausgedrückt, während Angehörige und Ärzte von diesem Unwillen nichts erführen. Dies zeigt, dass die Aufklärungsgespräche, wenn sie ausschließlich mit Angehörigen geführt werden, dafür anfällig sind, den Patientenwillen zu übersehen.

Es ergibt sich also aus diesen Darstellungen der Pflegenden insgesamt, dass durch Angehörige eine Therapieentscheidung beeinflusst werden kann. In allen drei Beispielen tendieren die Angehörigen der Patient:innen für eine Therapie, während die Patient:innen dieser eher ablehnend gegenüber stehen. In diesem Sinne kann der Wille der Angehörigen die Therapieentscheidung auch hin zu einer Übertherapie beeinflussen. So beschrieben die Pflegenden in den ersten beiden Beispielen ein verlängertes Leiden der Patient:innen unter der Therapie und die Unmöglichkeit einer palliativen Behandlung. Während die Anwesenheit von Angehörigen auch den Willen des Patienten beeinflussen kann, entstehen auch Situationen, in denen Patient:innen ihren Willen entgegen der Angehörigen nicht energisch genug oder gar nicht einbringen können.

c. Was bedeutet die erlebte Übertherapie für die Pflegenden?

In diesem Kapitel wurde dargestellt, dass alle der befragten Pflegenden in ihrem Arbeitsalltag Situationen erleben, in denen sie eine Übertherapie an den Patienten erleben. Was bedeutet dies nun aber für diesen Arbeitsalltag der befragten Pflegenden? Im Folgenden soll analysiert werden, wie diese erlebte Übertherapie die Pflegenden beeinflusst, welche Situationen für die daraus entstehen und auch, wie sie mit diesen Situationen umgehen.

Welche Situationen entstehen durch die Übertherapie für die Pflegenden?

In sechs Interviews (I.2, I.3, I.5, I.6, I.7, I.8) beschrieben die Pflegenden Situationen, in denen sie die erlebte Übertherapie als belastend empfanden. Im folgenden Beispiel beschreibt die Pflegende eindrücklich eine von ihr erlebte Übertherapie, die über den Beginn des Sterbeprozesses hinaus durchgeführt wurde:

„B: Allerdings ehm, (Pause) hatte die Patientin schon eindeutige Sterbezeichen entwickelt. Das heißt marmorierte Haut, ehm, Fingerkuppen also Fingerspitzen schon sehr gräulich, teilweise Sauerstoffbedarf durch die Aszites. Und ehm, n Schmerzbedarf, der durch die normalen Schmerzmedikamente einfach nicht mehr abzudecken war. Und ehm, ja. Wir in der Pflege hatten schon, also in im Team, also heut abend, wie überstehen wir die nächsten drei Nächte mit ihr? So an sich. Und hatten eigentlich gehofft, dass also ein Gespräch der Nicht-Reanimation einfach stattfindet mit unserer Assistenzärztin. [...] also es war schon klar, dass gerade im Moment auch einfach schon, eigentlich so bisschen schon das Organversagen einfach eingesetzt hat, ne? Und das ist, auch noch Tage, Wochen. Also so n Sterbeprozess kann sich ja auch hinziehen leider. Aber genau, eindeutige Sterbezeichen eben schon da waren. Und das war so n Punkt, wo wir dann kurz so ne Besprechung hatten. Und wir nachgefragt haben: Ja wie siehts aus? Weil wir sind ja nachts alleine. Wir müssen noch irgendwie, ob wir ne Sitzwache noch gucken, ehm., Familie noch anrufen, ehm, wie siehts aus? Und die Assistenzärztin [...] Nein! (Laut, bestimmt) Nein, ich hab grad mit ihr die neue Therapie besprochen. [...] Aber das war auch sowas, wo wir gesagt haben, wir brauchen diese-. Also ich möchte nicht in ein Zimmer kommen und reanimieren müssen, um danach eben, also wenn jemand wirklich schon im Sterbeprozess ist, ne? Mussten wir uns dann eben auch absichern, ne?“ (I.8, Abs. 29-33)

Die Pflegende beschreibt hier eine Situation, in der bei einer Patientin trotz sichtbarer Sterbezeichen weitere Therapie geplant wurde. Laut der Pflegenden sei dieser Beginn des Sterbeprozesses von den Pflegenden registriert worden, von der Assistenzärztin aber nicht. Das daraus resultierende Problem für die Pflegende zeigt sich an zwei Stellen: Zum einen stellt die Pflegende die körperliche Verfassung der Patientin so dar, dass sie mehr Unterstützung gebraucht hätte („Schmerzbedarf, der [...] nicht mehr abzudecken war“). Um von pflegerischer Seite diese Unterstützung zu organisieren, scheint die Mithilfe der Assistenzärztin notwendig zu sein, zum Beispiel für die Information der Familie oder die Organisation einer Sitzwache. Aus dem Zitat „Ja, wie siehts aus? Weil wir sind ja nachts alleine“ lässt sich vermuten, dass sich hier aus der Übertherapie, insbesondere in Kombination mit der Verweigerung, eine palliativmedizinische Betreuung einzuleiten, für die Pflegenden eine Situation ergibt, in der sie die Patientin nicht angemessen unterstützen könnten und auch selbst keine Unterstützung bekämen.

Darüber hinaus wird ein zweites Problem angesprochen: Es ergäbe sich aus der Unklarheit des nahenden Todes für die Patientin auch eine Unklarheit für die Pflegenden. Die daraus resultierende schwierige Situation für die Pflegenden zeigt sich in der Sorge, eine solche Patientin im Sterbeprozess noch reanimieren zu müssen. Die Pflegende spricht in diesem Zusammenhang davon, „sich abzusichern“ und sie habe sich gewünscht, ein „Gespräch der Nicht-Reanimation“ hätte stattgefunden. Dies zeigt, dass eine Klarheit über die Tatsache, dass die Patientin sterben darf und nicht mehr reanimiert werden möchte, für sie diese Unklarheit beseitigt und eine Absicherung dargestellt hätte.

Im nächsten Zitat wird deutlich, dass auch für die dort befragte Pflegende diese Klarheit in ihrer Arbeit notwendig sei:

„I: Wie gehst du damit um, für dich, wenn du das Gefühl hast, du guckst dir das hier mit an, und es ist schwierig, hast du ja grad schon so beschrieben?“

B: Ehm, also bei manchen wo das wirklich gut läuft, die Familie ist involviert, du hast deine Bedarfsmedikation, du weißt keine Reha, keine [Intensivstation] und kannst so in das Zimmer rein gehen und weißt: Die dürfen sterben. Ich darf danach handeln, ist das super. Und dann habe ich auch gar kein Problem. Aber bei, wie ich dir eben, da hinten mit dem NIV-Scheiß und so [von einer Patientin, die unter NIV-Beatmung starb] erzählt habe, hab ich schon meine Probleme. Wo ich dann denke: Ich nehm dir dieses Teil dann einfach ab, und du darfst jetzt entscheiden, was du machst. Oder ich geh zu den

Ärzten und sag: Ehm, irgendwas läuft da grad bei euch nicht richtig. Wollt ihr das wirklich? Und dann muss, also in manchen Situationen ist das so, dass die Ärzte dann auch sagen: Ja, irgendwie habt ihr schon recht von der Pflege. Pass auf, wir überlegen uns jetzt was. Dann kommt die [Name] zum Beispiel, von der Palli, und auf einmal siehste: Alle Medikamente raus, und jetzt darf das so sein, dann bringt dein Reden was. Aber bei manchen, und dann kommen wir natürlich, Angehörige, Patient, Pflege, Arzt. Wenn die Angehörigen das wollen, der Patient gar nicht mehr kann, dann hast du diese Nummer mit hochpotent, 15 Liter Sauerstoff laufen lassen, jede Stunde ne BGA ziehen. Wo du denkst, das ist grade Leichenschändung, was du hier treibst. Dann kann ich damit auch nicht leben. Hmh. Das ist immer situationsgebunden.“ (I.6, Abs. 97-98)

Die Pflegende skizziert hier ein Szenario, das für sie in der Sterbebegleitung ideal wäre: In diesem Fall sei es für die Patient:innen und die Familie klar, dass der Tod kommen dürfe und somit herrsche eben diese Klarheit auch für ihr pflegerisches Handeln. Im Kontrast zu diesem Szenario stellt sie jedoch Situationen dar, in denen sie an den Patient:innen eine Therapie bis zum Lebensende durchführen müsse. Das Durchführen dieser Therapien wird von ihr sehr deutlich negativ, als „Leichenschändung“ charakterisiert. Sie macht klar, dass diese Situationen im Gegensatz zu der vorher beschriebenen Idealvorstellung für sie nicht zu ertragen seien. Es ist nach dieser Darstellung unschwer vorstellbar, dass das Durchführen einer empfundenen Übertherapie für diese Pflegende eine Belastung darstellt.

Welche Strategien werden im Umgang mit erlebter Übertherapie gewählt?

In den Interviews fanden sich verschiedene Arten der Pflegenden, mit den oben beschriebenen, für sie schwierigen Situationen umzugehen, die durch eine Übertherapie bedingt sind.

Es zeigte sich in sechs Interviews, dass Pflegende in diesem Zusammenhang die Verantwortung für die Durchführung dieser (Über)Therapie abgaben: In vier Interviews (I.3, I.4, I.5, I.6) sahen Pflegende die Verantwortung für die Durchführung der Therapie bei den Patient:innen, die sich ja für diese Therapie entschieden hätten. In vier Interviews (I.1, I.4, I.5, I.7) sahen die Pflegenden Arztpersonen in der Verantwortung oder betonten, selbst nicht die Kompetenz zu haben, diese Entscheidungen anzuzweifeln. Ein Beispiel:

„I: Wie fühlt man sich denn dann als Pflegende, wenn man, ich sag mal, jetzt die Chemo anschließen muss, und den Patienten betreuen muss und eigentlich irgendwie denkt: das ist gar nicht das [Richtige]?

B: Ich fühl ich hilflos. Und irgendwie dieser ganzen Sache so ausgesetzt. Ich weiß gar nicht so, ich, ich sag mir dann immer: Die wollen das ja, die haben das ja unterschrieben. [...] und dann ... dann geb ich die Verantwortung ab. Aber ich hab auch schon, wenn die mich fragen, ich kann einfach nicht lügen, man sieht mir das leider an. Es steht da sofort. Und dann sag ich auch immer: Ich weiß nicht ob ich, eh, ich sag: Ich glaub ich hätt's nicht gemacht. Ich sag es dann auch manchmal ganz ehrlich.“ (I.3, Abs. 70-73)

Die Pflegende in diesem Zitat beschreibt das sich für sie aus der Situation einer erlebten Übertherapie ergebende Gefühl mit Hilflosigkeit. Jedoch scheint es für sie zu ertragen zu sein, wenn sie sich in Erinnerung ruft, dass die Patienten für diese Therapie unterschrieben hätten und somit die Verantwortung für die Entscheidung zur Therapie selbst trügen. Jedoch konfrontiere sie diese Patient:innen auch mit ihrer eigenen Einschätzung, die gegen eine Therapie gesprochen hätte. In dieser Konfrontation der Patienten mit ihrer eigenen Meinung zeigt sich auch eine Strategie, dieser Hilflosigkeit zu entkommen – an einer anderen Stelle des Interviews sagt sie schließlich dazu: „Ja, wenn ich die gut kenne, und ich sag, ich hab Ihnen doch, ich hab versucht mit Ihnen darüber zu sprechen, ich hab Ihnen doch gesagt damals: packen Sie ihre Sachen, genießen Sie Ihre Zeit [...] Aber ich sag, Sie haben nach dem Strohhalm gegriffen. Ich sag das dann ganz ehrlich“ (I.3, Abs. 79). Die Ehrlichkeit dieser Pflegenden den Patient:innen gegenüber scheint für diese

Pflegende ihr Beitrag zur Beratung der Patient:innen in der Entscheidungsfindung zu sein. Durch diese Beratung während der Entscheidungsfindung brächte sie daher einen Beitrag, mit dem sie ihrer Verantwortung dem Patienten gegenüber nachkomme. Die getroffene Entscheidung der Patient:innen zur Therapie sei daher selbst gewählt, was zu ihrem Abgeben der Verantwortung in deren Hände führe.

Ein anderer Umgang mit einer erlebten Übertherapie ist das Sprechen der Pflegenden über die Situation mit den Ärzt:innen. Dieses wurde von sechs Pflegenden (I.2, I.4, I.5, I.6, I.7, I.8) beschrieben. In zwei Interviews wurde auch die Möglichkeit der Pflegenden angesprochen, solche Situationen im Rahmen von Ethikbesprechungen zu thematisieren (I.4, I.7). Bereits in den oben besprochenen Interviewausschnitten aus Interview 8 bzw. Interview 6 wird dieses Vorgehen von den Pflegenden beschrieben, indem sie auf die als schwierig erlebte Situation hinwiesen. Der folgende Abschnitt soll daher noch einmal genauer betrachtet werden:

„B: Oder ich geh zu den Ärzten und sag: Ehm, irgendwas läuft da grad bei euch nicht richtig. Wollt ihr das wirklich? Und dann muss, also in manchen Situationen ist das so, dass die Ärzte dann auch sagen: Ja, irgendwie habt ihr schon recht von der Pflege. Pass auf, wir überlegen uns jetzt was. Dann kommt die [Name] zum Beispiel, von der Palli, und auf einmal siehste: Alle Medikamente raus, und jetzt darf das so sein, dann bringst dein Reden was.“ (I.6, Abs. 98)

Die Pflegende beschreibt hier ein offensives Vorgehen, indem sie die Ärzt:innen auf den von ihr erlebten Missstand anspricht. Ihre Ansprache *„irgendwas läuft da grad bei euch nicht richtig“* wirkt dabei sehr direkt und fast so, als zweifle sie im Angesicht des von ihr erlebten Patientenleidens an der Urteilsfähigkeit der Ärzt:innen. Ihre Nachfrage (*„wollt ihr das wirklich?“*) zeigt jedoch auch eine Offenheit für die Ansichten dieser Ärzt:innen und eine Gesprächsbereitschaft. Die zitierte Antwort der Ärzt:innen zeigt auch ein Anerkennen des Blickwinkels der Pflegenden durch die Ärzt:innen. Die Pflegende berichtet, dass dieses Ansprechen der Ärzt:innen in einigen Fällen zu einem Einleiten einer Palliativtherapie führe, wobei dies jedoch nicht immer so sei.

Zwei der befragten Pflegenden brachte die erlebte Übertherapie sogar dazu, die Stelle zu wechseln (wobei dies bei einer der beiden außerhalb des Interviews besprochen wurde):

„I: [...] Würdest du, in der Übersicht so von dem, was du hier an Entscheidungen erlebst, sagen, dass du damit zufrieden bist?“

B: Oh, harte Frage. (schmunzelt) Ehm, dadrauf kann ich dir n direktes Statement geben. Ich hab gerade n Versetzungsantrag gestellt auf die Palli, wurde angenommen. [...] Damit ergibt sich deiner Frage eigentlich meine Antwort: Ne, bin ich nicht. Weil [...] ganz ehrlich, da liegen 90-Jährige, Krebspatienten oder nur COPDisten im Endstadium, denen dann eine NIV, TNI oder Airvo angebaut wird, wo du denkst: Ihr gehört in ein Einzelzimmer mit ner Schmerzabdeckung, die so gehört wie sie ist und eure Dyspnoe muss irgendwie n bisschen gemindert werden“ (I.6, Abs. 72-73)

Die Pflegende macht hier deutlich, dass die von ihr erlebte Unzufriedenheit mit getroffenen Entscheidungen in ihrer Arbeit dazu geführt habe, dass sie auf eine Palliativstation wechsele. Ihre Unzufriedenheit mit den Entscheidungen begründet sie mit der erlebten Übertherapie. In diesen Fällen stellt sie eine palliative Therapie als bessere Alternative dar, die sie ja auch in ihrer Arbeit auf der Palliativstation vermehrt wird durchführen können.

d. Exkurs: Untertherapie

Der offen-explorative Ansatz dieser Studie diene, wie eingangs besprochen, im Sinne der Versorgungsforschung auch dazu, solche Gründe auszumachen, die bedingen, dass ältere Krebspatient:innen keine leitliniengerechte Therapie erhalten. In den Interviews wurden die Pflegenden also auch dazu befragt, wann sie

erlebten, dass ein:e Krebspatient:in keine Krebstherapie mehr bekam, obwohl sie es so einschätzten, dass er/sie diese noch hätte bekommen sollen. Eine solche erlebte Untertherapie wurde im Gegensatz zu der besprochenen Übertherapie von den Pflegenden kaum beschrieben. So nannten 3 Pflegende (I.1, I.2, I.7) Beispiele, in denen sie die Untertherapie empfanden, die allerdings als Einzelfall eingestuft wurden. In zwei Interviews verneinten die Pflegenden eine erlebte Untertherapie. In drei Interviews kam das Thema nicht direkt zur Sprache, wobei dies als indirekter Hinweis darauf gewertet werden kann, dass für die Pflegenden die Untertherapie kein häufiges Problem darstellte, da in allen Interviews offen nach nicht-richtig empfundenen Therapieentscheidungssituationen gefragt wurde.

Dementiell erkrankte Patient:innen

Es zeichnete sich in der Beschreibung von Untertherapie eine Patientengruppe ab, die aus Sicht der Pflegenden keine Krebstherapie erhalten hätten (obwohl vielleicht noch als sinnvoll empfunden) – dementiell Erkrankte.

„I: Und hast du auch schonmal erlebt, dass ein Patient keine Therapie mehr bekommen hat, wo du aber irgendwie gedacht hast für dich: Der hätte schon noch Therapie bekommen können?“

B: Ne, bewusst jetzt gar nicht.

I: Also meistens wird schon noch therapiert?“

B: Ja.

I: Wie sieht das aus mit nicht-orientierten Patienten oder dementen Patienten?“

B: Da ist es schwierig. Mit die-, also da leiern wir erst ne Betreuung an. Bei nicht-orientierten oder dementen Patienten, diese Entscheidung wird dann übers Betreuungsgerecht angeregt. Manche sind aber auch gar nicht therapiefähig.

I: Inwiefern?“

B: Inwiefern. Wir hatten jetzt bei uns auf Station den Fall, ne riesen Raumforderung im Kopf frontal. Patient wesensverändert. Ist natürlich durch den Sohn betreut gewesen. Der Patient so unruhig, dass man ihn Fünfpunkt-fixieren müsste, um überhaupt n Zugang zu legen. [...] Aber er ist einfach nicht therapiefähig. Und wir haben alles versucht mit oralen Maßnahmen, es geht einfach nicht. Und das finde ich, (seufzt) es geht einfach nicht. Ich kann nicht der, selbst mit ner Sitzwache kann man da keine Infusion rein kriegen. So schnell kann man gar nicht gucken - das ist wieder raus. Und n Menschen fünfpunkt zu fixieren, nur um eine Chemotherapie zu erhalten, also das finde ich ethisch nicht vertretbar. Weil so ne Fixierung - ne. Weil da kommt man irgendwann an seine Grenzen. Tumorthherapie und Patienten (unverständlich), irgendwann sind unsere Grenzen auch erreicht.“ (I.7, Abs. 131-138)

In diesem Zitat wird deutlich, dass die Pflegende es zunächst so einschätzt, in ihrem Arbeitsumfeld keine Untertherapie zu erleben. Angesprochen jedoch auf dementiell Erkrankte (die Frage ergab sich aus den vorherigen Interviews), stellt sie eindrücklich die Schwierigkeit der Therapieausführung bei dementiell-erkrankten Patient:innen heraus: Die Unruhe des Patienten führte dazu, dass die Therapie nicht auszuführen gewesen sei, ohne den Patienten zu fixieren. Die Pflegende bewertet diese Fixierung an dieser Stelle als ethisch nicht vertretbar. Die Grenzen, die nach Aussage der Pflegenden in einem solchen Fall erreicht würden, könnten dabei einerseits die Grenzen des ethisch vertretbaren darstellen. Auf der anderen Seite beschreibt sie aber auch den Arbeitsaufwand, der bei der Therapieausführung bei einem solchen Patienten auftritt, der nicht umsetzbar sei. Ein Auszug aus einem anderen Interview zeigt auf, wie schwierig tatsächlich eine solche Situation ist:

„B: [Wir haben] Ne Lymphompatientingehabt. Die wart total verwirrt gewesen. Obs nun dement war oder, konnte man auch nicht so. Wir hatten den Eindruck, dass die nicht therapiefähig ist. So und dann haben wir... Ethikbesprechung. Naja, dann hat man angefangen mit Therapie und der hat tatsächlich gut getan. Die war nachher wieder total

fit. Vom Kopf her fit. Und man hat der echt Lebensqualität dann doch gegeben. Also man trifft sonst manchmal vielleicht auch falsche Entscheidungen.“ (I.4, Abs. 60)

Hier schildert die Pflegende wiederum eine Situation, in der eine kognitiv eingeschränkte Patientin eine Krebstherapie erhalten sollte. Auch hier wurde die Patientin als „nicht therapiefähig“ eingestuft und sogar in einer Ethikbesprechung über die Durchführung dieser Therapie beraten. Dies zeigt auf, dass Pflegende die Entscheidungsfindung in dem Fall kritisch hinterfragten. Die durchgeführte Therapie jedoch habe zu einer Besserung der Kognition der Patientin geführt.

Es ergibt sich also aus diesen beiden Einschätzungen eine Situation, die in der Entscheidungsfindung sehr problematisch sein kann: Die erste Beschreibung zeigt auf, dass eine Therapie, die unter Fixierung – also unter Einschränkung der Freiheit des Patienten – durchgeführt werden muss, schwer zu vertreten ist. In dem Falle aber, indem, wie im zweiten Beispiel, die kognitive Einschränkung durch den Krebs verursacht ist, scheint das Nicht-ermöglichen einer Therapie eher zweifelhaft zu sein. Dieses Problem zeigt der Pflegende im folgenden Zitat deutlich auf:

„I: Aber, ist es auch noch nicht vorgekommen, dass jemand keine Therapie mehr kriegt hat, wo Sie dachten: Der hätte eigentlich noch eine verdient?“

B: Doch. Hatt ich jetzt auch erlebt. Aber das ist ne ganz schwierige Sache. Also das war auch n älterer Mann, irgendwo dement aber doch nicht so richtig dement. Und, eh.. dem wollten se ne Antikörper-Therapie geben, da hat der sich dauernd die Nadeln gezogen. Da haben sie alle Therapien abgebrochen. Ich war jetzt der Meinung: normalerweise hätte man jetzt versuchen müssen, mit ner Sitzwache und so weiter, ihm seine Therapie zu geben, um einfach zu gucken, ob er wirklich was im Kopp hat. Das, wäre dann nach ein, zwei Therapien verschwunden gewesen. Und dann wäre klar gewesen. Das wurde überhaupt nicht gemacht. Warum allerdings nicht, das hab ich nicht verstanden.“ (I.3, Abs. 253-254)

Dieser Pflegende beschreibt eine Situation, in der ein dementiell erkrankter Patient keine Therapie mehr bekommen habe, da dieser unruhig war und die Therapie schwer durchzuführen war. Dass daraufhin die Therapien nicht durchgeführt wurden, wird an dieser Stelle von dem Pflegenden hinterfragt, da es nicht ersichtlich gewesen sei, ob diese kognitive Einschränkung des Patienten durch die Erkrankung verursacht und damit gegebenenfalls durch die Therapie reversibel gewesen wäre.

Die Untertherapie, die von den Pflegenden in den Interviews bei dementiell Erkrankten Personen beschrieben wird, ergibt sich also aus einer schwierigen Situation: So kann die Unruhe/Demenz zwar gegen die Durchführung einer Therapie sprechen, da sie mit großem Arbeitsaufwand und einer Freiheitseinschränkung von Patient:innen verbunden ist. Jedoch kann auch ein Nicht-Durchführen der Therapie dem Patienten die Möglichkeit verwehren, die durch die Krebserkrankung ausgelöste kognitive Einschränkung loszuwerden. Daraus ergibt sich für die Entscheidungsfindungssituation eine schwierige, notwendige Abwägung: So sollten keine Patient:innen therapiert werden, die nicht von der Therapie profitieren und zu dieser unter Freiheitseinschränkung „gezwungen“ werden müssten. Jedoch ergibt sich aus den Überlegungen der Pflegenden auch, dass solche Patient:innen, bei denen die Therapie eine Verbesserung der Kognition oder Lebensqualität herbeiführen kann, die Möglichkeit zu dieser Therapie (gegebenenfalls auch unter Zwang) bekommen sollten.

Palliative Betreuung

Wenn man nun von der reinen Krebstherapie wegschaut, so zeigte sich in drei Interviews (I.2, I.3, I.6) noch eine andere Stelle, in denen die Pflegenden eine Unterversorgung empfanden: So gäbe es zu wenige Palliativkapazitäten. Außerdem sei, wie im Kapitel Übertherapie bereits beschrieben, die Entscheidung zur

Einleitung einer palliativen Therapie häufig zu spät – dies wurde von Pflegenden in fünf Interviews beschrieben (I.1, I.2, I.3, I.6, I.8). Ein Beispiel:

„I: Und wenn du jetzt sagst, die sind hier zum Sterben - gehen die nicht irgendwann auf die Palliativstation?“

B: Puh, da sind ja nur acht Plätze vorhanden auf der Palli. Und da läuft ja alles von außen noch mit rein, von anderen Stationen noch mit rein. [...] Und du wartest ja auf zwanzig Plätze. Also wenn du drüben anrufst und fragst, Herr [Name des Patienten 1] als Beispiel, welchen Platz hat der denn? Ja, Platz 5. Aber die liegen ja bis zu sechs Wochen manchmal auch da. Und bis du da n Platz hast, bist du wahrscheinlich alt und grau. Oder schon gestorben.“ (I.6, Abs. 64-67)

Hier zeigt die Pflegende auf, dass es für Patient:innen, die eine palliative Betreuung benötigten, nicht genug Plätze auf der Palliativstation gäbe. Die Patient:innen warteten also so lange auf diese Plätze, dass sie häufig bereits auf der Normalstation sterben würden, auf der die Pflegende arbeitet. Die palliative Versorgung bis zu diesem Zeitpunkt würde also, wie die Pflegende im weiteren Verlauf der Interviews berichtet, von den Pflegenden dort übernommen.

3.3.4 „Übertherapie“ in den Interviews mit Ärzt:innen

Auch in den hier analysierten Interviews mit onkologisch tätigen Ärzt:innen wurde das Erleben von Übertherapie beschrieben. An dieser Stelle sollen die von den Pflegenden genannten Gründe für das Entstehen einer Übertherapie mit den Aussagen der Ärzt:innen in den Interviews verglichen werden.

a. Vergleich mit den von Pflegenden genannten Gründen für Übertherapie

Therapiewunsch der Patient:innen

In vier Interviews (IÄ.7, IÄ.8, IÄ.9, IÄ.10) beschreiben die Ärzt:innen, dass ein starker Therapiewunsch der Patient:innen zu der Durchführung von Therapien führe, die sie selbst anzweifeln. So auch in diesem Ausschnitt:

I: Mh, wie geht es Ihnen an sich, wenn Sie solche älteren Patienten haben, die, ähm, jetzt Therapien ablehnen oder Therapien abbrechen? Wünschen Sie sich da manchmal irgendwas, womit Sie ihn doch noch bewegen können weiterzumachen?

B: Nö. (... 3 Sek.) Kommt draufan, was die für eine Diagnose haben und wie alt sie sind und warum sie abbrechen. Aber wenn das jemand ist, wo ich sage-. Ich finde es schwieriger, jemanden weiter zu behandeln, nur weil er unbedingt will. Und ich eigentlich schon sage: 'Ehrlich gesagt, muss das jetzt sein?' Es gibt ja auch welche, wo ich einfach denke: 'Okay, wenn Sie es jetzt wirklich unbedingt wollen. Wir reduzieren nochmal und dann machen wir es nochmal, wenn Sie es unbedingt für sich-. 'Aber da habe ich, wenn solche Situationen kommen, mehr Probleme mit, als wenn jemand mir sagt: 'So, jetzt habe ich meinen Neunzigsten gehabt. Oder jetzt habe ich die goldene Hochzeit geschafft. Und jetzt, ähm, will ich das alles nicht mehr.' (IÄ9, Abs. 86-87)

Dort drückt die Ärztin aus, es sei für sie eine schwierigere Situation, eine als überflüssig empfundene Therapie durchzuführen, als eine Therapie im Alter aufgrund des Patientenwunsches zu beenden. Die hier von ihr beschriebene schwierige Situation, die eine empfundene Übertherapie darstellt, sei dabei im Willen des Patienten begründet. Sie drückt ihre Einordnung der Therapie als ‚zu viel‘ in der Frage „muss dass jetzt sein?“ aus. Auch auf ihren Umgang mit solchen Situationen lässt sich aus dieser Beschreibung schließen: Zunächst „denkt“ sie sich etwas dazu, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass sie diese Gedanken nicht offen ausspricht. In diesem Gedanken drückt sie durch die Verwendung der Worte „wir reduzieren nochmal,

machen nochmal... wenn sie es unbedingt wollen“ ihre Distanzierung von diesem Patientenwillen und ihre Abneigung gegen die Durchführung der Therapie aus. Sie beschreibt hier also eine von ihr empfundene Übertherapie, die dadurch stattfindet, dass der Patient diese wünsche. Ähnlich stellt es sich im nächsten Zitat dar:

„Dann wird die Patientin also natürlich mit der Hoffnung, vielleicht dann noch irgendwie ein, zwei Monate zu leben-, so. Und, ähm, es gibt immer welche, die sagen: 'Das ist mir, auch wenn ich so und so alt bin, das ist mir wichtig.' So. 'Also nicht die Qualität, sondern ich will so lange wie möglich leben.' Und, ähm, auch das kann man ja alles kritisch hinterfragen und dann, ich will nicht sagen, hat auch der Onkologe die Pistole auf der Brust, aber dann muss man vielleicht sagen: 'Ja, dies und jenes gibt es und das macht man.' Ähm, aber ob das am Ende so richtig ist, das, ähm, ja, würde ich schon mit so einem kleinen Fragezeichen ehrlich gesagt versehen.“ (IÄ. 10, Abs. 31)

Der Arzt beschreibt in diesem Zitat eine Therapieentscheidungssituation, in der der Patient trotz fortgeschrittenem Lebensalter einen Therapiewunsch habe, auch wenn diese mit einer schlechteren Lebensqualität einherginge. Der Arzt stellt die Sinnhaftigkeit dieser Therapie in dieser Darstellung infrage, sodass diese möglicherweise als Übertherapie eingestuft wird. Dass diese Therapie aber trotz dieser empfundenen Übertherapie stattfinden könne, sei in dem Patientenwunsch begründet, dem der Arzt nachkommen müsse. Die beschriebene „Pistole auf der Brust“ ist hier ein Symbol für den Druck, den der Arzt erlebt, eine Therapie anbieten zu müssen. Es zeigt sich also in diesem Beispiel eine Form der Übertherapie, die in einem starken Therapiewunsch des Patienten begründet sei.

Der Vergleich zwischen den Aussagen der Pflegenden und den der Ärzt:innen macht also deutlich, dass in beiden Interviewgruppen ein starker Patientenwunsch zur Begünstigung einer Übertherapie führen könne.

Aufklärung durch Ärzt:innen

In den Interviews mit den Pflegenden wurde als weiterer Grund eine zu positive, unklare Aufklärung durch die Ärzt:innen gefunden. Wie bereits im Kapitel „Leid durch Therapie“ dargestellt, so nannten alle in den Interviews befragten Ärzt:innen den Patient:innen als Entscheidungsträger. Wenn also die Ärzt:innen davon überzeugt sind, in der Entscheidungsfindung den Patientenwillen zu berücksichtigen, so widerspräche dies den Darstellungen der Pflegenden, die die Unmöglichkeit einer informierten Entscheidung der Patient:innen bei einer zu positiven bzw. unklaren Aufklärung beobachteten. An einigen Stellen beschreiben Ärzt:innen diese Entscheidungsfindung, die auf dem Patientenwillen basiert, glaubhaft. Es gibt jedoch auch Stellen, in denen sich Widersprüche finden lassen:

„B: [Wenn der Patient sagt:] 'Nee, eine akute Leukämie lasse ich jetzt auf keinen Fall behandeln', dann würde ich mich schon sehr engagieren, aber auch der hat natürlich das letzte Wort. Bei den, sage ich mal, älteren Menschen, die Sie jetzt ansprechen, ist es völlig, also was immer die Menschen entscheiden, das will ich auch immer so oder das wird auch immer gleich bei den meisten formuliert zu sagen 'Natürlich werde ich Sie trotzdem begleiten' im Sinne von best supportive care.“ (IÄ. 7, Abs. 44)

Auch die in diesem Interview befragte Ärztin betont, dass in den von ihr erlebten Entscheidungsfindungssituationen der Patient die Entscheidung trafe. Sie drückt ihre Unterstützung des Patienten in seinem Willen auch dadurch aus, dass sie dem Patienten in seiner Meinung folgt („was immer die entscheiden... das will ich auch immer so“). Vordergründig wird also hier der Patientenwille als wichtigstes Entscheidungsargument respektiert. Jedoch zeigt sich in der Formulierung „dann würde ich mich schon sehr engagieren“, dass dieses Engagement der Ärztin gegen die vorher zitierte Therapieablehnung des Patienten gerichtet sei. Die Ärztin setze sich also auch für die Durchführung einer Therapie ein, wenn sie diese als sinnvoll erachtet. Auch in dem letzten zitierten Satz „natürlich werde ich Sie trotzdem begleiten“ steckt auf der einen Seite eine starke Unterstützung des Patienten, die ausdrückt, dass sich der Patient der ärztlichen Betreuung sicher

sein könne. Auf der anderen Seite lässt sich in dem verwendeten „*trotzdem*“ aber auch eine Befürwortung der Therapie durch die Ärztin ablesen, da sie den Patienten *trotz* der Entscheidung gegen diese Therapie begleite – und nicht zum Beispiel „*in jedem Fall*“. Das hier gefundene Motiv, dass sich die Ärztin bei einer Therapieablehnung für diese Therapie einsetze, aber den Patientenwillen auch respektiere, zeigt sich auch in vier weiteren Interviews (IÄ.1, IÄ.8, IÄ.9, IÄ.10); zum Beispiel als: „*das zu diskutieren oder zu argumentieren*“ (IÄ.10, Abs.37) oder „*natürlich versuchen zu überzeugen, aber ich würde das auch respektieren, wenn er sagt „Ich möchte das nicht“*“ (IÄ.8, Abs.59).

In einem Interview beschrieb eine Ärztin, dass sie bei Ablehnen der Therapie durch den Patienten/die Patientin die möglichen negativen Konsequenzen aufzeigte:

„B: Ähm, und wenn ich wirklich mal schwierige Patienten habe, die alles ablehnen wollen, dann sage ich denen tatsächlich auch einmal klipp und klar: 'Verstehe ich auch alles. Ich muss es einmal in den Mund nehmen. Ähm, ich muss es einmal so hart sagen, wie es ist. Und wenn Sie dann sagen, Sie sind ein freier Mensch, wenn Sie das dann ablehnen, ist das alles in Ordnung.' Aber ich bin niemand-, ich habe das noch nie gemocht, der dann so rumtanzt, ne? Also ich habe wenig Patient[en], die das dann ablehnen. Es gibt ein paar, aber ich habe eben auch schon wirklich ein paar Patienten gehabt, denen ich gesagt habe: 'Wenn Sie es ablehnen, ist das in Ordnung. Aber, ähm, die Wahrscheinlichkeit, dass Sie in einem halben Jahr dann wiederkommen, es wieder da ist und es dann durchmetastasiert ist, ist einfach riesig groß. Ich will das nicht hoffen, aber so ist es.' Und mehr muss ich darüber auch dann nicht sagen. Also wie gesagt, also ich bin da einfach-, da bin ich sehr ehrlich. Ich finde das immer furchtbar, wenn man sagt: 'Ja, vielleicht. Und mh.' So. Und damit kommen in der Regel auch die meisten Patienten eigentlich sehr gut klar.“ (IÄ. 1, Abs. 63)

Die Ärztin beschreibt hier eine Ausklärungssituation von Patient:innen in der Therapieentscheidungsfindung. Wiederum gibt die Ärztin hier an, dass die Entscheidung vom Patienten getroffen werden müsse („*Wenn sie das dann ablehnen, dann ist das in Ordnung*“). Jedoch zeigt sich in ihrer Darstellung dieser Aufklärungssituation auch ein anderes Bild: Zunächst fällt auf, dass die Ärztin Patient:innen mit einer ablehnenden Haltung gegenüber der Therapie als „*schwierig*“ empfinde. Als Reaktion auf ein mögliches Ablehnen der Therapie sage sie diesen Patient:innen, wie der Krankheitsverlauf ohne die Therapie sein könnte: Diese Darstellung wirkt, durch die Verwendung von „*durchmetastasiert*“ und „*riesengroße Wahrscheinlichkeit*“, durchaus bedrohlich. Die Ärztin bewerte jedoch dieses Darstellen als ehrlich und somit richtig. Außerdem stellt sie heraus, dass die Patient:innen aufgrund dieser Darstellung die Therapie nicht mehr ablehnten.

Aus dem gleichen Interview stammt folgendes Zitat, das auch von der Aufklärungssituation handelt:

„B: Und, ähm, ich habe es natürlich bei älteren Patienten manchmal, dass die dann sagen: 'Soll ich jetzt überhaupt noch was machen lassen? Mh?' Das kommt natürlich auch immer, wo ich dann eben auch sage: 'Naja, ganz ehrlich. Also was ist denn heutzutage 'alt'?' Sie frage, ne? Ähm, das muss man mit denen einfach auch offen und ehrlich besprechen. Das sind die auch immer sehr dankbar, wenn man eben sagt: 'Hören Sie mal zu. Wir können da alles besprechen.' Oder ob man dann doch auf eine OP verzichtet, wenn die wirklich ein bisschen kränkeln. Dass man nur die Tablette dann macht oder so. Aber eigentlich, wenn die sich ernst genommen fühlen, man das mit denen offen und ehrlich bespricht und dann auch sagt: 'Das sind auch alles jetzt nicht die Dramen, das sind ja alles nicht so die dramatischen Sachen.' [...] viele haben-, denken auch, wenn sie älter sind: 'Oh Gott, die Operation!' Wo ich dann sage: 'Wissen Sie, die Operation dauert eine halbe bis Stunde und Sie sind zwei, drei Tage in der Klinik.' Das ist für die dann auch: 'Ach so!' Ja? Die denken dann immer, keine Ahnung: Eine Riesen-OP. Die sind eine Woche, zwei Wochen in der Klinik. Ich sage: 'Das ist

heutzutage ja nicht mehr so! Das sind ja kleine OPs. '[...] Und dann ehrlicherweise folgen die meisten dem schon.' (IÄ. 1, Abs.31)

In diesem Zitat beschreibt die Ärztin die Situation, wenn Patient:innen Zweifel an der Durchführung einer Therapie äußerten, insbesondere in Bezug auf damit verbundene Nebenwirkungen. In der Reaktion darauf bespreche die Ärztin diese Sorgen mit den Patient:innen, nehme jedoch auch die Ängste vor den Therapien. So seien die Nebenwirkungen „*nicht dramatisch*“, und die Operationen „*klein*“ und mit weniger Nebenwirkungen als in früherer Zeit verbunden. Daraufhin würden die Patient:innen den Empfehlungen zur Therapie in den meisten Fällen folgen. Es scheint für die Ärztin also das Alter kein Argument zu sein, vor möglichen Nebenwirkungen zurückzuschrecken und deswegen keine Therapie zu machen. Vielmehr scheint es in der Beschreibung so, als würden dieses Alter und die Nebenwirkungen kein Problem darstellen. Die Formulierung „*wenn die ein bisschen kränkeln*“ scheint (insbesondere im Vergleich mit den im „Leid durch Therapie“-Kapitel dargestellten Beobachtungen der Pflegenden) eben diese Nebenwirkungen zu beschönigen.

In den Interviews mit den Pflegenden wurden Aspekte der ärztlichen Aufklärungsgespräche gefunden, die sie als Auslöser für eine Übertherapie einstufen. Es fand sich, dass die Pflegenden empfanden, die Aufklärung durch die Ärzt:innen sei häufig zu unklar bzw. zu positiv. So würden immer neue Therapien angeboten und keine ehrliche Kommunikation über die (gegebenenfalls palliative) Zielsetzung dieser Therapien erfolgen (s. Seite 75f). In der Analyse der Ärzt:innen-Interviews zeigte sich zwar, dass die Befragten alle den Patientenwillen in der Entscheidungsfindung berücksichtigen wollten. Jedoch finden sich auch einige Beschreibungen, die auf eine engagierte Empfehlung der Therapien auch gegen den ausgedrückten Patientenwillen hinweisen. Darüber hinaus zeigte sich in den beiden vorherigen Interviewausschnitten, dass auch eine negative Darstellung der Entscheidung, keine Therapie zu machen und ein Beschönigen der Nebenwirkungen zu einem Durchführen der Therapien führen kann.

Eine Erklärung, die in den Pflegenden-Interviews für dieses empfundene, übermäßige Empfehlen der Therapien durch die Ärzt:innen, gefunden wurde, ist das auf einen kurativen Ansatz, auf eine „Machbarkeit“ ausgerichtete Selbstverständnis von Mediziner:innen. Dieses Motiv ließ sich auch in einem Arzt-Interview finden:

„B: [...] Also ich glaube das es in Deutschland eher einen, einen übermäßigen Therapieeinsatz gibt im Vergleich zu anderen Ländern. Aber überlegenswert ist es, ob man es wirklich machen soll. [...] es sieht natürlich, jeder sieht seine, sein Therapeutika als effizient an, sonst wäre es ja auch kein guter Arzt. Und, und wirksam und natürlich ist es so dass die Onkologen sicherlich die Chemotherapie auch als sehr effizient, ist sie ja auch in vielen Fällen, und wirksam einschätzen. Und aber der Therapieverzicht ist häufig eine schwierige Entscheidung, weil man das häufig subjektiv gleichsetzt mit so einer Hilflosigkeit, aber das ist ja nicht unbedingt immer. Aber die Entscheidung zum Therapieverzicht ist auch im Tumorboard häufig eine, eine sehr kontroverse und häufig eine schwierige Entscheidung. Obwohl es in vielen Fällen sowohl medizinisch als auch wahrscheinlich gesundheitsökonomisch sinnvoll wäre.“ (IÄ.2, Abs. 71-77)

Der Arzt zweifelt hier an dem empfundenen übermäßigen Einsatz von Therapien in Deutschland. Er beschreibt als einen Grund dafür, dass Ärzt:innen an die Wirksamkeit ihrer Therapien glaubten und daher der Verzicht auf diese schwierig sei. Schließlich würde diese Entscheidung gegen eine Therapie mit einer Hilflosigkeit verbunden. Aus dieser Darstellung lässt sich also ableiten, dass auch aus Sicht dieses Arztes das Selbstbild der Mediziner:innen die Entscheidung gegen eine Therapie erschweren würde.

Ein weiterer Aspekt, der zu einer Therapie trotz empfundener Übertherapie führen könnte, zeigt sich im folgenden Zitat:

„I: [...] war dann ja jetzt jemand, der wider aller Argumente sagt: 'Ja, ich möchte aber trotzdem die Operation.' Auch wenn Sie das jetzt für vielleicht nicht die beste Entscheidung einschätzen.“

B: Ja, aber ich kann ja auch nicht in die Zukunft gucken! Es könnte ja auch sein, dass obwohl der jetzt so schlecht wirkt, er sich überraschender Weise erholt. Und deswegen habe ich kein Anrecht darauf das zu verweigern.“ (IÄ.3, Abs. 30-31)

In diesem Interviewausschnitt beschreibt die Ärztin eine Situation, in der Patient:innen sich zu einer Therapie entschieden hätten, obwohl die Ärztin dies nicht für richtig hielt. Die Ärztin drückt aus, dass es ihr auch nicht möglich sei, das Outcome der Therapie in Einzelfall vorauszusagen. So sei es stets möglich, dass ein:e Patient:in trotz schlechter Aussichten von einer Therapie profitiere. Daher könne die Ärztin den Patient:innen eine Therapie, auch wenn sie sie als Übertherapie empfindet, nicht vorenthalten. Es zeigt sich in diesem Zitat, dass es auch für Arztpersonen aus dem Grund schwierig sein kann, eine Therapie nicht zu empfehlen, da das Einordnen als „Übertherapie“ zum Teil erst retrospektiv, nach der Therapie und deren Versagen geschehen kann.

Finanzielle Interessen

In allen Interviews wurde die Frage gestellt, ob die befragten Ärzt:innen eine ökonomische Beeinflussung der Therapieentscheidung zugunsten der Therapie erlebt hätten. In einem Interview (IÄ.8) wurde ein solcher Einfluss verneint. In fünf Interviews (IÄ.1, IÄ.4, IÄ.5, IÄ.6, IÄ.10) verneinten die Ärzt:innen eine solche Beeinflussung für sich persönlich, fünf (IÄ.3, IÄ.4, IÄ.5, IÄ.6, IÄ.10) konnten sich aber einen solchen Einfluss an anderen Stellen im Gesundheitssystem oder bei anderen Behandlern vorstellen. In zwei Interviews (IÄ.7, IÄ.2) kam zur Sprache, dass durch teure Krebstherapien auch eine Untertherapie entstehen könne und in der Krebstherapie an einigen Stellen langfristig eher ökonomischer gehandelt werden solle. Ein Beispiel zur ökonomischen Beeinflussung:

„B: Nein, ich meine-, sagen wir mal so, ähm, es relativ wenig Behandler gibt, die die (?) haben zu sagen: 'Ich mache das nicht. Sie haben davon keinen Vorteil.' [...], aber wenn man diesen Patienten nicht durch die Maschinerie zieht, verdient die Maschinerie nicht. [...], das große strukturelle Problem ist, dass die Krankenkasse bis heute nicht in der Lage sind, zu gucken, was für QALYs, also Lebensqualitätsjahre, rauskommen für die Patienten, wenn sie irgendwie so und so behandelt werden. Also ich meine, wenn es zum Beispiel so wäre, dass die Krankenkassen sagen: 'Wenn ein 80-Jähriger operiert wird und der ist hinterher tot, dann bezahlen wir das nicht,' dann würde dieser Wahnsinn zum Teil ein echtes Ende nehmen. (... 5 Sek.) Und dann würden auch die Krankenhäuser, die ökonomisch getrieben sind, aufhören, irgendwie so einen Indikationsdruck zu machen, weil dann das ja ein absolutes Minusgeschäft wäre.“ (IÄ. 3, Abs. 63-71)

Die Ärztin zeigt hier auf, dass wenige Behandler die Durchführung einer Therapie, von der Patient:innen nicht profitieren würde, ablehnen würden. Sie begründet dies dadurch, dass an einem Patienten/einer Patientin nur dann verdient würde, wenn dieser:r behandelt würde. Sie prangert hier an, dass Krankenkassen nur das Durchführen von Prozeduren bezahlen, nicht aber auf das Outcome eben dieser für die Patient:innen achte. Diese Bezahl-Struktur der Krankenkassen wirke sich in einem Indikationsdruck aus, der in den Krankenhäusern zu einem ökonomisch-getriebenen Handeln führe. Dass diese Art der Bezahlung zu einer Übertherapie führe zeigt sich in ihrem gewählten Beispiel, in dem ein älterer Patient nach einer Operation versterbe, und was sie als „Wahnsinn“ beschreibt. Sie zeigt hier also drastisch auf, wie ihrer Meinung nach Ökonomische Einflüsse die Therapieentscheidungen beeinflussten.

Beeinflussung durch Angehörige

In drei Interviews (IÄ.3, IÄ.5, IÄ.9) berichteten auch die Ärzte von einer Einflussnahme Angehöriger auf die Therapieentscheidung zugunsten der Therapie.

„B: Also es gibt manchmal die Situation, dass so ein ganz, ganz, ganz gebrechlicher Mensch in die Sprechstunde kommt, und man selbst entscheidet für sich, dass man das nicht für zielführend hält.[...] bei sehr gebrechlichen Patienten, dann ist es tatsächlich manchmal so, dass man dann sagt so: 'Also Sie haben das da zwar jetzt. Aber vielleicht wären Sie besser damit bedient, man würde den und den kleinen Eingriff machen.' Und da gibt es tatsächlich auch manchmal die Situation, dass insbesondere das Umfeld ein ganz geringes Einsehen hat. Also dass man sagt-, also das ist, finde ich, eigentlich in einer Sprechstunde das schwierigste-.“ (IÄ.3, Abs. 23)

Die Ärztin zeigt hier die Situation auf, in der die Angehörigen einen ausgeprägten Therapiewunsch hätten und kein Verständnis für die Empfehlung der Ärztin ausbringen könnten, keine Therapie mehr zu machen. Im weiteren Verlauf des Interviews berichtet sie, dass es in dieser Situation für die Angehörigen nicht ersichtlich sei, dass die Therapie für den Patienten mit mehr Leid einhergehen könne als das Leben mit dem Tumor. Auch in den Beschreibungen der Ärzte findet sich also der schon von den Pflegenden angebrachte Grund, Angehörige würden Patient:innen zu einer Therapie bewegen.

b. Ergebnis des Vergleichs zwischen Pflegenden und Ärzt:innen

Sowohl Pflegende als auch Ärzt:innen erleben in ihrer Arbeit mit onkologischen Patient:innen im Alter Fälle, in denen sie eine Therapie als „Übertherapie“ einstufen. Als mögliche Gründe wurden in beiden Interviewgruppen ein stark ausgeprägter Patientenwunsch, finanzielle Interessen und die Beeinflussung durch Angehörige gefunden. In der Einschätzung, eine zu positive oder zu unklare ärztliche Aufklärung könne in einer Übertherapie resultieren, wurde jedoch nur von den Pflegenden beschrieben. Unter den Ärzt:innen wurde der Patientenwille als wichtigstes Entscheidungskriterium eingestuft. Daher sind auch in den Interviews keine Hinweise darauf zu finden, dass Ärzt:innen in den von ihnen begleiteten Entscheidungssituationen solche fanden, in denen sie den Patientenwillen nicht beachtet sahen. Dies zeigt also auf, dass aus Sicht der hier befragten Ärzt:innen die Aufklärungs- und Entscheidungsfindungssituationen so gestaltet würden, dass den Patient:innen eine informierte und aufgeklärte Entscheidung möglich sei. In der Analyse der Ärzt:innen-Interviews fanden sich jedoch trotz dieser vordergründigen Einschätzung Indizien dafür, dass die von den Pflegenden beschriebenen Unklarheiten, die die Patient:innen zur Therapie bewegten, vorkommen. So könnten zum Beispiel die hier dargestellten engagierten Empfehlungen der Ärzt:innen den Patient:innen zu einer Entscheidung entgegen seinem Willen beeinflussen. Dieser Kontrast zwischen den Beobachtungen der Pflegenden und der Arztpersonen könnte bedeuten, dass die Ärzt:innen ihren Einfluss auf die Patient:innen unterschätzen. Jedoch könnte auch der Einblick der Pflegenden verklärt werden, wenn sie in den Aufklärungsgesprächen nicht anwesend sind und den tatsächlichen Gesprächsverlauf nicht mitbekommen.

4 Diskussion

4.1 Chancen und Grenzen der Studie

Die Auswahl der für diese Studie einzuschließenden Personen wurde zugunsten von Pflegenden im (onkologischen) stationären Setting getroffen. Die Entscheidung zu dieser Eingrenzung, bei der Pflegenden in ambulanten Bereichen und auch aus der häuslichen Pflege ausgeschlossen wurden, ermöglichte einen dem Umfang der Studie entsprechenden Tiefgang in der Auswertung der Interviews. So arbeiteten die Pflegenden, wenn auch in verschiedenen stationären Stationen, alle in einem ähnlich strukturierten Arbeitsumfeld. Dies bedeutet zum Beispiel, dass alle hier befragten Pflegenden die Patient:innen in der Krankenhaussituation erlebten und somit meist nicht den Krankheitsverlauf zwischen den Krankenhausaufenthalten miterlebten. Auch die häusliche Situation wird von den stationären Pflegenden, im Gegensatz zur häuslichen Pflege, nicht direkt miterlebt. Darüber hinaus arbeiteten alle hier befragten in ähnlichen Personalstrukturen. So kann der Kontakt zwischen Arztpersonen und Pflegenden im stationären Umfeld stark von dem in ambulanten oder häuslichen Pflegesituationen differieren. Da gerade auch diese Strukturen bei der Untersuchung des Entscheidungsfindungsprozesses im stationären Kontext untersucht wurden, scheint die Begrenzung der Interviewpartner auf stationär Pflegenden notwendig und sinnvoll. Jedoch sind sich die Autoren auch über die Grenzen bewusst, die mit diesem begrenzten Setting entstehen. In den Interviews berichten fünf Pflegenden (I.1, I.3, I.5, I.6, I.7), dass ein großer Teil der Therapieentscheidungen bereits in der ambulanten Patientenbetreuung stattfand (*„ist das tatsächlich so, dass die eigentlich häufig erstmal in der Poliklinik sind und da erstmal einfach schon die ganze Aufklärungsarbeit, teilweise auch Diagnostik schon abläuft und dann so dieser Fahrplan schon geschrieben ist.“* I.1, Abs.85). In Deutschland wird ein Großteil der Chemotherapien in ambulanten Einrichtungen verabreicht und dieser Anteil nimmt in den letzten Jahren zu (Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert-Koch-Institut 2016; Rübinger und Breinlinger-O'Reilly 2017). In diesen großen Anteil der Krebstherapien haben die Pflegenden im stationären Kontext keinen Einblick. Das ursprüngliche, an die DELIVER-Studie angelehnte Forschungsinteresse, Gründe für oder wider eine (leitliniengerechte) Therapie im Alter zu entschlüsseln, wurde daher nicht weiter verfolgt. Schließlich beschrieben die Pflegenden zwar Entscheidungsfindungssituationen, jedoch spiegeln diese nur einen geringen Anteil der tatsächlich getroffenen Therapieentscheidungen wider. Hier zeigt sich auch die Stärke der angewandten Analyse nach der „Grounded Theory“: Durch die ergebnisoffene Analyse ergab sich eine unvorhergesehener Einblick in die Erlebniswelt von Pflegenden, die den Entscheidungsfindungsprozess weit über die rein medizinischen Argumente hinaus beleuchtet. Anstatt also nur die Gründe für und wider eine Therapie zu beleuchten, die in den erlebten Entscheidungsfindungssituationen eine Rolle gespielt haben, wurde auch die Bewertung dieser Entscheidungsfindungsprozesse und auch der getroffenen Entscheidungen (zum Beispiel die Bewertung als Übertherapie) sowie die Auswirkungen auf die Situation der Pflegenden betrachtet.

In vielen der stationären Fälle sind wohl Komplikationen, Rezidive oder ein Versagen der ambulanten Therapien Einweisungsgründe. Dies könnte auch den Blick der Pflegenden im stationären Setting beeinflussen, da die „fitten“ ambulanten Patient:innen nicht gesehen werden. Eine Pflegenden drückt dies im Interview so aus: *„Du siehst hier eigentlich immer nur die Brecher. Du siehst nicht die n Benefit haben. I: Weil die das dann ambulant machen können? B: Ganz genau. Und die, die dann ambulant nachher versorgt werden, also werden können, die siehst du nicht. Deswegen kann ich dazu fast gar kein Statement abgeben. Weil wir sie nachher nur sehen, wenn sie ins Re-Staging kommen gegebenenfalls, weil sie so schlecht geworden sind. Und weil [...] n Rezidiv entstanden ist. So ne Leute sehen wir dann.“* (I.6, Abs.28-30). Die in dieser Arbeit dargestellte Analyse kann also nicht auf „Krebspatient:innen als Gesamtheit“ übertragen werden. Jedoch zeigten Auswertungen von krebsepidemiologischen Daten in Deutschland, dass im Verlauf einer Krebserkrankung im Durchschnitt mehrere Krankenhausaufenthalte erfolgen (Robert Koch-Institut 2016), sodass das dargestellte Setting von stationären onkologischen Aufenthalten doch für einen Großteil der

Krebspatient:innen relevant ist. Auch die Anknüpfungspunkte an aktuell diskutierte Themen wie den Personalmangel im Gesundheitssystem, Initiativen wie „Klug entscheiden“ und den „Nationalen Krebsplan“ zeigen die Relevanz der hier gewonnenen Forschungsergebnisse auf.

Wie eingangs dargestellt, wurde das Erkenntnisinteresse dieser Studie in Anlehnung an die DELIVER-Studie formuliert. Die Grundlage dieses Interesses wiederum waren Erkenntnisse, dass bei älteren Krebspatient:innen in Deutschland weniger häufig eine leitliniengerechte Therapie angewendet wird als bei jüngeren Patient:innen (Peters et al. 2015) und auch das Überleben von Krebspatient:innen im Alter schlechter ist als in anderen Ländern (Holleczek und Brenner 2012). Diese Erkenntnisse lassen eher auf eine Unterversorgung von Krebspatient:innen im Alter in Deutschland schließen, sodass in den Interviews mit den Pflegenden auch solche Gründe ermittelt werden sollten, die ältere Krebspatient:innen von einer leitliniengerechten Versorgung abhielten. Umso erstaunlicher sind die Ergebnisse aus den Interviews, die zeigten, dass die hier befragten Pflegenden selten eine empfundene Untertherapie, häufig aber eine Übertherapie erlebten. Diese Differenz zwischen den Ergebnissen der aufgezeigten Studien und dem Erleben der Pflegenden zeigt die Komplexität des untersuchten Themenfeldes „Entscheidungsfindung bei älteren Krebspatient:innen“ und macht weiteren Forschungsbedarf auf diesem Gebiet deutlich. Eine Vermutung der Autorin zum Zustandekommen dieser Differenz ist, dass es sich bei den von den Pflegenden empfundenen Übertherapien nicht immer um spezifische leitliniengerechte Krebstherapien handelt, sondern auch Antibiotika, Beatmung und palliative Chemotherapien zu diesen Übertherapien gezählt wurden.

4.2 „Leid durch Therapie“, „Übertherapie“ – ein Unterschied in der Perspektive

Im Kapitel „Leid durch Therapie“ zeigte sich, dass die Pflegenden wie auch die Ärzt:innen das gleiche Leiden der Patient:innen beobachten. Es zeigte sich lediglich eine sachlichere, distanziertere Darstellung in den Ärzt:innen-Interviews. Dennoch ergab sich, dass die Pflegenden in bestimmten Situationen – nämlich dann, wenn sie die Patientenwillen nicht ausreichend berücksichtigt sahen oder dann, wenn sie die Therapien als nicht mehr sinnvoll einschätzten – empfanden, den Patient:innen entstehe ein *Leid durch die Therapie*. Unter den Ärzt:innen ergab sich diese Ansicht nicht, da es keine Hinweise darauf gab, dass sie Situationen erlebten, in denen der Patientenwille nicht ausreichend beachtet sei. In solchen Fällen, in denen die Ärzt:innen berichteten, die Sinnhaftigkeit der Therapien anzuzweifeln, seien diese aber durch den ausgedrückten Patientenwillen gerechtfertigt.

Auch im Kapitel „Übertherapie“ zeigten sich Unterschiede in der Wahrnehmung zwischen Pflegenden und Arztpersonen: So fanden sich in beiden Gruppen Beschreibungen von erlebter Übertherapie. Auch ergaben sich in beiden Gruppen Hinweise darauf, dass eine solche Übertherapie im ausdrücklichen Patientenwunsch, in der Beeinflussung durch Angehörige und auch in finanziellen Interessen begründet sein kann. In den Pflegenden-Interviews fand sich aber darüber hinaus, dass diese auch eine zu positive beziehungsweise unklare Aufklärungsweise durch die Ärzt:innen als Grund für die Entstehung von Übertherapie sahen. In den Ärzt:innen-Interviews fanden sich keine Stellen, in denen Ärzt:innen ihre eigene Aufklärung oder die von Kolleg:innen mit der Entstehung von Übertherapie in Verbindung brachten. Hinweise darauf, dass ärztliche Aufklärung mit einer Beeinflussung der Patientenentscheidung zugunsten der Therapie einhergehen können, fanden sich lediglich implizit in den Interviews. Interessant ist in diesem Zusammenhang jedoch der Befund, dass zwei der befragten Ärzt:innen im Falle einer Krebserkrankung in der eigenen Familie als eine große Sorge angaben, ihre Familienangehörigen erhielten zu viel Therapie am Lebensende. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass auch bei Ärzt:innen Sorge vor dem Entstehen von Übertherapie aufkommt, wenn sie selbst nicht als behandelnde Ärzt:innen in die Entscheidungsfindung einwirken können.

In beiden Darstellungen zeigt sich also eine grundsätzlich andere Perspektive von Pflegenden und Ärzt:innen, die mit einer unterschiedlichen Bewertung des Erlebten einhergeht: Die Pflegenden folgen in ihrer

Arbeit den Entscheidungen (zur Therapie), die sie zum Teil als falsch einstufen und erleben so einen Konflikt zwischen ihrer Einschätzung und ihrem Handeln. Arztpersonen hingegen sehen auch solche Konflikte zwischen ihrer eigenen Einschätzung und der Entscheidung, sind aber durch ihre Position in der Entscheidungsfindung eher dazu in der Lage, die Entscheidung zu beeinflussen. Darüber hinaus sind die Pflegenden in ihrer Arbeit näher an den Patient:innen und erleben so die Auswirkungen der Therapien direkter. Dies zeigt sich zum Beispiel in den abstrakteren Beschreibungen der Ärzte, die von der „Pflegebedürftigkeit“ der Patient:innen sprechen, während die Pflegenden den Umfang dieser Bedürftigkeit direkter in der Versorgung der Patient:innen miterleben. Sauer (2015) beschäftigt sich in einer Untersuchung mit eben dieser unterschiedlichen Perspektive von Pflegenden und Ärzt:innen in Bezug auf ethische Fragestellungen wie beispielsweise Therapie(limitierungs)entscheidungen. Dabei fand er, dass ethische Konflikte – wie die oben beschriebenen Konflikte zwischen der eigenen (moralischen) Einschätzung und dem eigenen Handeln – von beiden Berufsgruppen empfunden wurden, jedoch von den Pflegenden häufiger und intensiver. Dies wurde auch in anderen Studien beschrieben (Dodek et al. 2016; Mehlis et al. 2018). In dem Versuch, dieses Phänomen zu erklären, findet er einige Punkte, die auch für die Einordnung der in unserer Studie gefundenen unterschiedlichen Perspektive von Ärzt:innen und Pflegenden helfen können. Zunächst zeigt sich in der Entscheidungsfindung und deren Umsetzung ein Unterschied in der Verantwortlichkeit zwischen Ärzt:innen und Pflegenden. Denn trotz allen in dieser Arbeit herausgestellten Aufgaben der Pflegenden im Entscheidungsfindungsprozess scheint es offenkundig, dass Arztpersonen einen größeren Einfluss auf diese ausüben können (Rütsche et al. 2014). So fanden auch Oberle und Hughes (2001) in einer qualitativen Interviewstudie zu ethischen Problemen bei Entscheidungen am Lebensende, dass Arztpersonen diese Entscheidungen trafen, während Pflegende mit den Entscheidungen leben müssten, die von anderen getroffen worden seien. Daraus resultiert, dass Ärzt:innen die Entscheidungen anzweifeln, Pflegende hingegen die Ärzt:innen. Auseinandersetzungen mit Arztpersonen aufgrund der Unmöglichkeit, Entscheidungen zu beeinflussen, habe bei allen dort befragten Pflegenden zu ‚Moral Distress‘ geführt, jedoch nicht unter den Ärzt:innen (Oberle und Hughes 2001). Obwohl die Definition von ‚Moral Distress‘ uneinheitlich ist, lässt sich darunter im Kern eine psychische und physische Belastungsreaktion auf solche Situationen verstehen, in denen eine Person zwar eigene moralisch-ethische Überzeugungen hat, aber nicht nach diesen Handeln kann (Wocial und Weaver 2013; Graeb 2019). In einer Befragung von Ärzt:innen und Pflegenden an einer deutschen Universitätsklinik zu Entscheidungen am Lebensende zeigte sich, dass unter anderem eine schlechte Lebensqualität der Patient:innen sowie Kommunikationsprobleme im medizinischen Team zu einem Anstieg des ‚Moral Distress‘ bei Pflegenden führte (Mehlis et al. 2018). Dies unterstützt die These, dass die Pflegenden eine Belastung durch das Beobachten von leidenden Patient:innen erfahren. Dass der ‚Moral Distress‘ auch durch mangelnde Kommunikationsprobleme beeinflusst wurde, könnte außerdem darauf hinweisen, dass eine fehlende Involvierung der Pflegenden in die Entscheidungsfindung eben die Spannung zwischen „eigener moralischer Einschätzung“ und „Umsetzung der Entscheidungen anderer“ vergrößert. Unter anderem fanden Mehlis et al., dass eine starke Involvierung der Pflegenden in die Entscheidungsfindung am Lebensende bei Ärzt:innen mit dem Anstieg von ‚Moral Distress‘ assoziiert war. Die Autoren erklären sich dies dadurch, dass die Arztpersonen in durch die Konfrontation mit möglicherweise anderen Meinungen der Pflegenden herausgefordert werden und sehen darin eine Betonung der Wichtigkeit verbesserter Kommunikation im Team, um das Bewusstsein für die herausfordernden Aufgaben der Arztpersonen im Entscheidungsprozess zu verbessern (Mehlis et al. 2018). Auch in der vorliegenden Arbeit ergeben sich Hinweise darauf, dass einige Pflegende in solchen Situationen ‚Moral Distress‘ erleben (beispielsweise: *„Ich fühl mich hilflos“*, s. S. 83). Wenn auch das tatsächliche Vorkommen von ‚Moral Distress‘ unter den hier befragten Pflegenden aufgrund der nicht darauf ausgelegten Interviewführung nicht evaluiert werden kann, so ist doch der beobachtete Perspektivenunterschied zwischen Ärzten und Pflegenden ein möglicher Hinweis darauf, dass auch in unserem Setting ethische Konflikte zu Belastungen führen. Zumindest aber scheint die unterschiedliche Perspektive ein Grund zu sein, warum Entscheidungsfindungssituationen von Pflegenden anders eingeschätzt werden als von Arztpersonen.

Auch im Kapitel „Übertherapie“ zeigte sich die unterschiedliche Perspektive der Pflegenden und Ärzt:innen insofern, dass die Pflegenden in der Aufklärung durch die Ärzt:innen einen Grund für die Entstehung der Übertherapie sahen, während es unter den Ärzt:innen keinen Anhaltspunkt für eine solche Einschätzung gab. In beiden Gruppen wurde aber von einem Erleben von Übertherapie berichtet. Dies könnte Oberle und Hughes' These stützen, Pflegende hinterfragten Ärzte, Ärzte hingegen die Entscheidungen (s.o., Oberle and Hughes, 2001). Es scheint, dass auch beim Erleben von Übertherapie für die Pflegenden ein Spannungsverhältnis zwischen den eigenen moralischen Überzeugungen (die Therapie sei nämlich eine Übertherapie) und der durch andere Personen getroffenen Entscheidung (wobei aus Sicht der Pflegenden die Ärzt:innen nicht ausreichend Aufklärung leisten) entsteht. Eine solche erlebte Übertherapie kann unter Pflegenden wie Ärzt:innen zu einem erhöhten Vorkommen von Burnout, Depression und der Intention, die Arbeitsstelle zu wechseln, führen (Schwarzkopf et al. 2017; Lambden et al. 2019). Unter jungen Ärzt:innen und Pflegenden wurden dabei eine schlechte Zusammenarbeit von Ärzt:innen und Pflegenden als ein Grund herausgefunden, der zu einem vermehrten Erleben von Übertherapie führte (Schwarzkopf et al. 2017).

Insgesamt lässt sich daraus schließen, dass durch die unterschiedlichen Perspektiven der Ärzt:innen und Pflegenden die Entscheidungsfindungssituationen unterschiedlich eingeschätzt werden können. Dies kann unter den Pflegenden zu Moral Distress, Depression, Burnout und Jobwechseln führen, wenn moralische Überzeugungen und die Einschätzung, die in der Arbeit mit den Patient:innen gewonnen wird, nicht ausreichend in die Entscheidungsfindung einfließen kann. Darüber hinaus können Pflegende bei einer fehlenden Involvierung und mangelnder Kommunikation nicht nachvollziehen, wie die Entscheidung gefällt wurde und welche Aspekte berücksichtigt wurden. Dieses Unverständnis wiederum kann dazu führen, dass der Einbezug von Pflegenden in die Entscheidungsfindung unter den Ärzt:innen das Vorkommen von Moral Distress erhöht. Unter Ärzt:innen wie auch unter Pflegenden zeigte sich eine mangelnde Zusammenarbeit als Grund für das Erleben von Übertherapie, das wiederum Burnout, Depression und Jobwechsel bedingen kann. Auch hier wird also die Wichtigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit klar.

4.3 Entscheidungsfindungsprozess

Obwohl die Rolle der Pflegenden während Entscheidungsfindungssituationen in der Literatur lange Zeit nicht beschrieben war, so zeigte sich in der hier vorgenommenen Analyse, dass Pflegende mit vielen verschiedenen Aufgaben in den Entscheidungsfindungsprozess involviert sind. Schildmann und Härlein, die sich in einem Artikel der Aufklärung von Krebspatient:innen im interprofessionellen Kontext widmen, berichten dort von ihren Erfahrungen während Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Thema folgendes: *„So ist es eine regelmäßig wiederkehrende Erfahrung in den von den Autoren durchgeführten Fortbildungen, dass den teilnehmenden Ärzten gar nicht bewusst ist, welche Konsequenzen ein ärztliches Aufklärungsgespräch für die pflegerische Tätigkeit haben kann. Umgekehrt haben nur wenige Vertreter der Gesundheits- und Krankenpflege einen detaillierten Einblick in die Herausforderungen, die an Gespräche gestellt werden, in denen schlechte Nachrichten überbracht werden müssen.“* (Schildmann und Härlein 2016). Dass das mangelnde Bewusstsein über die Aufgaben des jeweils anderen in der Patientenversorgung zu Problemen führen kann, zeigte sich auch in der hier vorgenommenen Analyse der Interviews. Beispielhaft sei dabei die von der Pflegenden auf Seite 54 zitierte Situation: *„dann fragen sie mich. Da wir ja so wenig Personal sind, kann ich leider nicht bei jeder Aufklärung dabei sein. Und ich muss dann immer denken: So aus Erfahrung, was kann der gesagt haben? So was... die Ärztin ist dann ja meistens abends nicht mehr da“* (I.3, Abs. 160). In dieser Beschreibung wird offensichtlich, dass es für die Pflegende problematisch ist, wenn sie nicht über die besprochenen Informationen Bescheid weiß, sodass sie den Patient:innen aufgrund von Erfahrungswissen beraten muss. Dies kann dazu führen, dass die Pflegende dem Patienten/der Patientin Informationen gibt, die nicht für ihn/sie zutreffen, solche, die den Aussagen der Ärztin widersprechen oder auch Informationen, die dem Patienten/der Patientin noch gar nicht mitgeteilt worden waren. Hier führt also die mangelnde Kommunikation zwischen Arztpersonen und Pflegenden zu einer fehleranfälligen Informationsweitergabe an die Patient:innen durch die Pflegenden. Dabei könnten solche Situationen verhindert werden,

wenn die Pflegenden in der Aufklärung anwesend oder zumindest über die Gesprächsinhalte informiert wäre. Dass aber eine solche Mitteilung durch die Ärzt:innen an die Pflegenden notwendig sei, kann nur dann verstanden werden, wenn sich die Arztpersonen über die von den Pflegenden übernommenen Aufgaben in diesem Zusammenhang bewusst sind. Ein weiteres Beispiel ist das Nebenwirkungsmanagement, das sich als Aufgabe der Pflegenden herausstellte, aber von nicht-geschulten Pflegenden nicht übernommen wurde. Gleichzeitig stellte ein Arzt in den Interviews das Aufpassen auf die Ernährung der Patient:innen unter der Chemotherapie, das auch unter dieses „Nebenwirkungsmanagement“ fällt, als ärztliche und verbesserungswürdige Aufgabe dar (s. S. 76). Auch hier wird deutlich, dass eine solche Aufgabe nur dann übernommen wird, wenn sie auch so verstanden wird – so werden ungeschulte Pflegenden diese Aufgabe nicht übernehmen können, wenn sie nicht wissen, worauf zu achten ist und dass auf etwas zu achten sei. Eine Absprache darüber, wer für das Monitoring in der Praxis verantwortlich ist, Pflegenden, Ärzt:innen oder noch eine andere Profession, könnte bewirken, dass sich jemand verantwortlich fühlt und die Aufgabe gewissenhafter erledigt wird.

Das Klären der Rollen der verschiedenen Professionen, die an der Patientenversorgung beteiligt sind, ist eine der Voraussetzungen für gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit (Orchard et al. 2010; Brault et al. 2014). Dass diese wiederum für eine gute Patientenversorgung grundlegend ist, ist keine neue Idee, sondern wurde bereits 1989 auf der Gründungssitzung der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen“ bei der Bundesärztekammer formuliert (Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen Bundesärztekammer 1989) und seitdem in verschiedenen Studien bestätigt (Petri 2010; Reeves et al. 2010). Auch für das onkologische Setting wurde die Notwendigkeit einer verbesserten interprofessionellen Kommunikation im Rahmen des Nationalen Krebsplanes festgestellt (Jünger und Doll 2016). Die hier ermittelten Aufgaben der Pflegenden im Entscheidungsfindungsprozess können also als Grundlage dazu dienen, Entscheidungsfindungsszenarien im stationären, onkologischen Setting in Deutschland neu zu strukturieren. In der Diskussion um diese Neustrukturierung der Handlungsfelder im Krankenhaus wurde dabei bereits die Notwendigkeit formuliert, komplette ärztliche Handlungsbereiche in die Pflege zu verlagern (Katholische Fachhochschule Mainz 2008). Dabei scheint es jedoch wichtig, dass dies nicht im Sinne einer Delegation passiere, bei der die Verantwortung in den Händen der Arztpersonen verbleibt, sondern eine Substitution der Aufgaben geschehe, sodass die Pflegenden eigenständig die Verantwortung tragen (Tewes 2014). Dies schließlich führe zu einem „Psychischem Empowerment“ (vgl. Spreitzer, 1995) der Pflegenden, welches aus „Kompetenz- und Bedeutsamkeitserleben, Selbstbestimmung und Einfluss“ (Felfe 2015) besteht. Das psychologische Empowerment der Pflegenden wiederum führt zu einer höheren Arbeitszufriedenheit (Cicolini et al. 2014). Die Substitution von ganzen Aufgabenbereichen führe somit nicht zu einer Erhöhung der Arbeitsbelastung bei gleichbleibender Autonomie, sondern ermögliche den Pflegenden ein eigenverantwortliches Arbeiten, das wiederum mit mehr Arbeitszufriedenheit einhergehe. Am Beispiel des Nebenwirkungsmanagements soll diese Substitution der Aufgaben einmal durchgespielt werden: Wie der Arzt im Zitat auf Seite 73 bemerkt, sei das Achten auf die Ernährung bzw. Gewichtsabnahme der Patient:innen unter Chemotherapie eine Aufgabe, die er zurzeit als verbesserungswürdig einstuft. Er geht davon aus, dass dies viel „an den Ärzten selbst“ (IÄ.8) liege. In der stationären Betreuung der Patient:innen sind es aber sicherlich die Pflegenden (wenn auch an vielen Stellen unterstützt durch Servicekräfte), die die Mahlzeiten der Patient:innen anreichen, zubereiten und abräumen und auch in der Versorgung von etwaigen Nebenwirkungen wie Erbrechen und Durchfall den Patient:innen begleiten. Daher ist die Betreuung der Ernährung in der onkologischen Pflege auch seit langem verankert (Imoberdorf et al. 2017), jedoch stets in der Zusammenarbeit mit Diätassistent:innen und Ernährungsmediziner:innen (Valentini et al. 2013). In der Leitlinie zur Klinischen Ernährung in der Onkologie wird auch empfohlen, im Ernährungsmonitoring und der Ernährungstherapie in den einzelnen Kliniken „verbindliche Regeln und personelle Zuständigkeiten“ festzulegen, wobei nicht empfohlen wird, welche Berufsgruppe dabei was übernehmen sollte (Arends et al. 2015). Es wird an diesem Beispiel also deutlich, dass eine Festlegung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten notwendig ist, wobei Erkenntnisse zur größeren Arbeitszufriedenheit unter Pflegenden bei größerer Autonomie dafür

sprächen, Zuständigkeiten in den Bereich der Pflegenden zu legen. Ein Problem jedoch, das auch die Pflegenden zum Nebenwirkungsmanagement bemerkt, bleibt bestehen: „*Wenn ich da nicht drauf achte: och ja das hab ich ja schon ne Woche. Ja, aber dann ist schon zu spät, dann haben wir viel viel mehr Arbeit. Also das würde ich mir wünschen, dass man da, also ich, das Personal schule. Das ich viel viel mehr Zeit habe.*“ (I.7, Abs. 160). Ungeschultes Personal sowie der vorherrschende Personal- und Zeitmangel erschweren ein solches eigenverantwortliches Arbeiten. Der Personalmangel im Gesundheitswesen, und insbesondere unter den Pflegenden, wird in den kommenden Jahren ein zentrales Problem bleiben (Afentakis und Maier 2010; Zander und Busse 2017). Jedoch zeigen verschiedene Untersuchungen, dass durch das Schaffen von Strukturen und einem sozialen Arbeitsklima, das das psychische Empowerment von Pflegenden fördert, die Innovationsfähigkeit, die Arbeitszufriedenheit und -motivation (vgl. Akca and Kugler, 2016) verbessert sowie die Intention, die Arbeit zu kündigen, verringert wird (Cicolini et al. 2014). Dies scheint somit eine zentrale Strategie im Umgang mit vorherrschendem Personalmangel. In der Übertragung auf die hier gewonnenen Erkenntnisse über die Aufgaben der Pflegenden im Entscheidungsfindungsprozess unterstreicht dies also die Notwendigkeit einer klaren Aufgabendefinition, der Anerkennung und Wertschätzung dieser Aufgaben. So können Pflegenden zu einer Ausführung dieser Aufgaben, die von Selbstbestimmtheit, Bedeutsamerleben und Einflussmöglichkeiten geprägt sind, befähigt werden. Dazu beitragen würde möglicherweise das Einfließen-Lassen der hier gewonnenen Erkenntnisse in interdisziplinäre Lehrveranstaltungen, wie sie von Schildmann und Härlein (2016) oben beschrieben werden.

Zu einer verbesserten interdisziplinären Zusammenarbeit gehört aber nicht nur die Klarheit über die Aufgaben der verschiedenen Beteiligten, sondern auch die Schnittstellen in der Patientenversorgung müssen koordiniert werden. Insbesondere wurden dabei von den Pflegenden solche Settings angesprochen, bei denen Angehörige verschiedener Professionen zusammenkommen, um patientenzentriert die Versorgung der Patient:innen zu besprechen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass für die Zertifizierung von Onkologischen Zentren im Bereich der Palliativversorgung bereits wöchentliche, multidisziplinäre Besprechungen gefordert werden (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie 2010). Vor dem Hintergrund auch in dieser Arbeit dargestellter überlappender Versorgungsbereiche von Onkologie und Palliativmedizin scheint es sinnvoll, eine solche Forderung auch auf (hauptsächlich) onkologisch arbeitende Stationen zu übertragen. Obwohl sich in der Literatur bereits verschiedene Modelle finden lassen, wie solche Besprechungen aussehen könnten (Marckmann und Mayer 2009; Dumont 2011), zeigt sich in den Interviews mit den Pflegenden, dass die Umsetzung, wiederum aufgrund von Personal- und Zeitmangel, erschwert wird. Es sei aber hier die Möglichkeit erwogen, dass durch koordinierte Besprechungen unter möglichst vielen beteiligten Professionen die Koordinationsaufgaben verringert würden und so insgesamt eine Zeiterparnis ermöglicht würde. Darüber hinaus wurde die fehlerhafte Kommunikation zwischen beteiligten Berufsgruppen als einer der Hauptgründe für Behandlungsfehler beschrieben (Tewes 2014), sodass auch von einer Reduktion der Kosten in der Patientenbetreuung durch das Vermeiden dieser Fehler ausgegangen werden kann. Der Effekt einer Kostensparnis durch interprofessionelle Zusammenarbeit wurde in anderen Studien bestätigt (Cowan et al. 2006). Im Sinne der sicheren Patientenversorgung, aber auch mit Blick auf die Behandlungskosten und die verbesserte Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden, scheint also der Wunsch der Pflegenden nach einer Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit wichtig und sinnvoll.

5 Danksagungen

Mein herzlicher Dank geht an

alle Pflegenden, die sich die Zeit genommen haben, mit mir offene und ausführliche Interviews zu führen, die die wichtige Grundlage dieser Arbeit bilden

Prof. Dr. phil., dipl. biol. Christoph Rehmann-Sutter für die freundliche und zuverlässige Betreuung, für interessierte Nachfragen, Gedankenaustausch und zahlreiche Denkanstöße, die mich für diese Arbeit begeistert und mir ein selbstständiges Arbeiten ermöglicht haben

alle Beteiligten und Mitarbeitenden an der DELIVER-Studie am Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung sowie am Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck für die Möglichkeit, meine Arbeit an dieses Projekt anzugliedern, insbesondere an

Dr. Susanne Elsner, für das freundliche und unkomplizierte Bereitstellen sowie die Hilfe bei der Vorauswahl der Ärzt:innen-Interviews

und Dr. Frank Wörler, der mir insbesondere beim Finden der Fragestellung eine große Hilfe war.

Außerdem danke ich von Herzen allen Mitarbeitenden am Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung und allen Doktorand:innen, die mir in zahlreichen Doktorandenkolloquien und Methodenwerkstätten ihre Rückmeldung gaben und durch fachliche und persönliche Anregungen weiter geholfen haben und

meiner Familie und meinen Freunden für die Unterstützung während dieser Arbeit und während meines gesamten Studiums, für das Mitdenken, das Korrekturlesen und die Motivation.

6 Lebenslauf



Persönliche Daten

Clara Friese | geb. 06.05.1994 in Kleve

Ausbildung

2013 Abitur *Jan-Joest-Gymnasium der Stadt Kalkar*

Seit 2014 Studium der Humanmedizin *Universität zu Lübeck*,
vrsl. Abschluss Ende 2021

09/2018 - 01/2019 Erasmus-Semester *Université de Lyon, Frankreich*

Zeitraum der Dissertation

ab 01/2018 Entwicklung der Fragestellung und des Ethikantrags

03/2019 Ethikvotum

04/2019 - 04/2020 Interviewführung und -auswertung studienbegleitend

05-10/2020 Promotionssemester

Berufliche Erfahrung

09/2013 - 04/2014 Internationaler Jugendfreiwilligendienst *CompagnonsBâtisseurs
Provence*

2014 30-tägiges Pflegepraktikum *St. Antonius Hospital Kleve*

2015 30-tägiges Pflegepraktikum *Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
Berlin*

12/2016 - 08/2018 Aushilfskraft in der Pflege *Sana Kliniken Lübeck*

02/2019 Pflegende in einer neurologischen Wohngemeinschaft *Balance
Pflagedienst Berlin*

05/2019-11/2020 Studentische Hilfskraft in der gynäkologischen/interdisziplinären
Notaufnahme *Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Lübeck*

2017-2019 Famulaturen in der Inneren Medizin, Kinder- und Jugendpsychi-
atrie, Geburtshilfe, Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Pädiatrie

Weitere Qualifikationen

10/2018 Teilnahme am Seminar „Methoden der Medizin- und Wissen-
schaftsgeschichte“ am IMGWF der Universität zu Lübeck

09/2019 Teilnahme am Methodentag „Grounded Theory mit MAXQDA“
der Verbi Software GmbH

05/2012 Erfolgreiche Teilnahme am Facharbeitenwettbewerb „Religion und
Gewalt“ der Akademie im Franz-Hitze-Haus

7 Literaturverzeichnis

- Afentakis A, Maier T: Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* 2010, 990–1002
- Akca S, Kugler C: Empowerment von Pflegenden in Akutkrankenhäusern. In: Becke G (Hrsg.): *Zusammen - Arbeit - Gestalten: soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*. Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2016
- Akremlı L: Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden 2014
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2013): *AWMF-Regelwerk „Leitlinien“*. 1. Auflage 2012.
- Arends J, Bertz H, Bischoff S, Fietkau R, Herrmann H, Holm E, Horneber M, Hütterer E, Körber J, Schmid I, und das DGEM Steering Committee (2015): S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO), der Arbeitsgemeinschaft „Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin“ der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS) und der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE). *Aktuelle Ernährungsmedizin* 40, e1–e74
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP (2000): SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 5, 302–311
- Bartens W (2018): Für Schwerkranke ist es manchmal besser, sie mit Therapien zu verschonen. *Süddeutsche Zeitung*, 09.03.2018
- Boehmerle W, Huehnchen P, Endres M (2014): Neurologische Nebenwirkungen von Zytostatika. *Aktuelle Neurologie* 41, 21–34
- Brault I, Kilpatrick K, D'Amour D, Contandriopoulos D, Chouinard V, Dubois C-A, Perroux M, Beaulieu M-D (2014): Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: A multiple-case study. *Nursing Research and Practice* 2014, 1–9
- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D (2017): Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet* 390, 156–168
- Buckman R, Kason Y: *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Johns Hopkins University Press, Baltimore 1992
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): *Nationaler Krebsplan - Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse*.
- Cassel EJ (1982): The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *New England Journal of Medicine* 306, 639–645
- Charmaz K: Interpretative phenomenological analysis. In: Smith JA (Hrsg.): *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. SAGE Publications, London 2003, 51–80
- Chen RC, Falchook AD, Tian F, Basak R, Hanson L, Selvam N, Dusetzina S (2016): Aggressive care at the end-of-life for younger patients with cancer: Impact of ASCO's Choosing Wisely campaign. *Journal of Clinical Oncology* 34, LBA10033–LBA10033
- Cicolini G, Comparcini D, Simonetti V (2014): Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management* 22, 855–871
- Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, Ettner SL (2006): The Effect of a Multidisciplinary Hospitalist/Physician and Advanced Practice Nurse Collaboration on Hospital Costs: *The Journal of Nursing Administration* 36, 79–85

- Dasch B, Kalies H, Feddersen B, Ruderer C, Hiddemann W, Bausewein C (2017): Care of cancer patients at the end of life in a German university hospital: A retrospective observational study from 2014. *PLoS ONE* 12, e0175124
- de Veer AJE, Francke AL, Poortvliet E-P (2008): Nurses' Involvement in End-of-life Decisions: *Cancer Nursing* 31, 222–228
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (2010): Grundsatzpapier „Onkologische Zentren“ Version 2.4 vom 31.3.2010.
- Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2017a): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.0, AWMF Registernummer: 032-045OL.
- Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2017b): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.0, AWMF Registernummer: 032-045OL.
- Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, Hamric A, Rodney P, Stewart M, Alden L (2016): Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of Critical Care* 31, 178–182
- Donovan K, World Health Organisation: Communicating bad news. In: Division of Mental Health. Genf 1993
- Dudenredaktion (2018a): „leid“ auf Duden online. URL: <https://www.duden.de/node/150922/revision/150958>, zugegriffen am: 18.5.2020
- Dudenredaktion (2018b): „leiden“ auf Duden online URL: <https://www.duden.de/node/150924/revision/150960>, zugegriffen am: 18.5.2020.
- Dudenredaktion (2018c): „Therapie“ auf Duden online URL: <https://www.duden.de/node/182044/revision/182080>, zugegriffen am: 20.5.2020.
- Dumont M (2011): Teambesprechungen planen und durchführen. *Best Practice Onkologie* 6, 56–56
- Felfe J: Trends der psychologischen Führungsforschung: neue Konzepte, Methoden und Erkenntnisse. Hogrefe, Göttingen 2015
- Franck G, Sitte T: Wahrnehmung und Kommunikation. In: Thöns M, Sitte T (Hrsg.): *Repetitorium Palliativmedizin*. Springer, Berlin, Heidelberg 2019, 263–279
- Freud S: Das Unbehagen in der Kultur. Band GW XIV; 1930
- Girgis A, Sanson-Fisher RW (1995): Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *Journal of Clinical Oncology* 13, 2449–2456
- Girgis A, Sanson-Fisher RW (1998): Breaking Bad News 1: Current Best Advice for Clinicians. *Behavioral Medicine* 24, 53–59
- Gironés R, Torregrosa D, Gómez-Codina J, Maestu I, Tenias JM, Rosell R (2012): Lung cancer chemotherapy decisions in older patients: the role of patient preference and interactions with physicians. *Clinical and Translational Oncology* 14, 183–189
- Godolphin W (2009): Shared Decision-Making. *Healthcare Quarterly* 12, e186–e190
- Graeb F: Ethische Konflikte und Moral Distress auf Intensivstationen eine quantitative Befragung von Pflegekräften (Best of Pflege); Springer Fachmedien, Wiesbaden 2019
- Guest G, Bunce A, Johnson L (2006): How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods* 18, 59–82
- Günther A (2017): Schüler rasieren sich Glatzen aus Solidarität. *Süddeutsche Zeitung*, 30.03.2017
- GVOBl. 2015 280: Landesverordnung über die Weiterbildung und Prüfung von Pflegefachkräften für Onkologie und Palliativpflege (WBOuPVO). 2015
- Hasenfuß G, Märker-Hermann E, Hallek M, Fölsch UR (2016): Initiative „Klug entscheiden“. *Deutsches Ärzteblatt* 113, 13
- Hauer K, Maisch P, Retz M (2017): Nebenwirkungen der Chemotherapie. *Der Urologe* 56, 472–479

- Heath H, Phair L (2009): The concept of frailty and its significance in the consequences of care or neglect for older people: an analysis. *International Journal of Older People Nursing* 4, 120–131
- Heinrich B, Brudler O, Bangerter M (2015): Chemotherapie: besser als ihr Ruf. *MMW - Fortschritte der Medizin* 157, 39–44
- Helfferich C: Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (Lehrbuch). 4. Auflage; Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2011
- Hoffmann L, Kolbe N (2020): Was hilft bei oraler Mukositis in Folge einer Chemotherapie? *Pflegezeitschrift* 73, 51–54
- Holleczek B, Brenner H (2012): Trends of population-based breast cancer survival in Germany and the US: Decreasing discrepancies, but persistent survival gap of elderly patients in Germany. *BioMed Central Cancer* 12
- Holzhäuser-Zeller JM: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen depressiver Symptomatik und somatischen Beschwerden bei Patienten mit hämatologischen Neoplasien während der initialen Chemotherapie. Universität Magdeburg 2018
- Huber P <https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-aerztliches-handeln-1561/a/krebsdiagnosen-menschlich-vermitteln-24836.htm?p=all>; Zugriff am 10.06.2020
- Imoberdorf R, Rühlin M, Ballmer PE: Ernährung. In: Margulies A, Kroner T (Hrsg.): *Onkologische Krankenpflege*. Springer, Berlin, Heidelberg 2017
- International Council of Nurses (2006): ICN Ethikkodex für Pflegende.
- Jünger J, Doll A (2016): Nationaler Krebsplan: Umsetzungsempfehlungen zu Ziel 12a „Kommunikative Kompetenzen im ärztlichen und pflegerischen Beruf“.
- Kappauf HW (2004): Kommunikation in der Onkologie. *Der Onkologe* 10, 1251–1260
- Karagiannakis D: PONS Kompaktwörterbuch Griechisch: Griechisch-Deutsch, Deutsch-Griechisch ; [110000 Stichwörter und Wendungen ; für Alltag und Beruf]. PONS-GmbH, Stuttgart 2015
- Karnofsky D, Abelman W, Craver L, Burchenal J (1948): The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer* 1, 4 634–656
- Katholische Fachhochschule Mainz (2008): Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenpflege.
- Kelly SE: Qualitative Interviewing Techniques and Styles. In: Bourgeault IL, Dingwall R, De Vries R (Hrsg.): *The SAGE handbook of qualitative methods in health research*. Sage Publications, Los Angeles 2010
- Knötken G (2018): Teilnahme der Pflege am Tumorboard muss verpflichtend werden. *Heilberufe* 70, 40
- Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen Bundesärztekammer (1989): Thesen zur Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen.
- Köpke S, Meyer G (2010): Evidenzbasierte Patienteninformation und informierte, geteilte Entscheidungsfindung. Eine Aufgabe für die Pflege? *Pflege Zeitschrift* 63, 12–15
- Krause SW, Neubauer A (2017): Klug-entscheiden-Empfehlungen in der Hämatologie und Onkologie. *Der Internist* 58, 545–549
- Krumholz HM (2013): Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *New England Journal of Medicine* 368, 100–102
- Kuckartz U: Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten (Lehrbuch). 3. aktualisierte Auflage; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010
- Lambden JP, Chamberlin P, Kozlov E, Lief L, Berlin DA, Pelissier LA, Yshuvayev E, Pan CX, Prigerson HG (2019): Association of Perceived Futile or Potentially Inappropriate Care With Burnout and Thoughts of Quitting Among Health-Care Providers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 36, 200–206
- Langewitz W, Conen D, Nübling M, Weber H (2002): Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung

- im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 52, 348–354
- Marckmann G, Mayer F (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie: Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. *Der Onkologe* 15, 980–988
- Matolycz E: *Pflege von alten Menschen*. 2. Auflage; Springer, Berlin Heidelberg 2016
- Mccullough L, Mckinlay E, Barthow C, Moss C, Wise D (2009): A model of treatment decision making when patients have advanced cancer: how do cancer treatment doctors and nurses contribute to the process?: Treatment decision making in advanced cancer. *European Journal of Cancer Care* 19, 482–491
- Mehlis K, Bierwirth E, Laryionava K, Mumm FHA, Hiddemann W, Heußner P, Winkler EC (2018): High prevalence of moral distress reported by oncologists and oncology nurses in end-of-life decision making. *Psycho-Oncology* 27, 2733–2739
- Mey G, Mruck K: *Grounded Theory Reader*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2011
- Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, Craven O, Wardley A, Farrell C, Swindell R, Todd C, Luker K (2009): Effectiveness of a Home Care Nursing Program in the Symptom Management of Patients With Colorectal and Breast Cancer Receiving Oral Chemotherapy: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 27, 6191–6198
- Müller R-P, Seegenschmiedt MH, Höffken K, Junginger T, Sauer H (1999): Common Toxicity Criteria (CTC): Dokumentation von Nebenwirkungen in der Onkologie. *Deutsches Ärzteblatt International* 96, A-489
- Naegler H, Wehkamp K-H, Marckmann G: *Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung: Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018
- Oberle K, Hughes D (2001): Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing* 33, 707–715
- Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C (2014): Intentions in wishes to die: analysis and a typology – A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *Psycho-Oncology* 23, 1021–1026
- Ohnsorge K, Rehmann-Sutter C, Streeck N, Gudat H (2019): Wishes to die at the end of life and subjective experience of four different typical dying trajectories. A qualitative interview study. *PLoS ONE* 14, e0210784
- Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP (1982): Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology* 5, 649–655
- Orchad C, Bainbridge L, Bassendowski S, Stevenson K, Wagner SJ, Weinberg L, Curran V, Di Loreto L, Sawatsky-Girling B: *A national interprofessional competency framework*. The Collaborative, Vancouver 2010
- Peters E, Anzeneder T, Jackisch C, Dimpfl T, Kunz G, Katalinic A, Waldmann A (2015): The Treatment of Primary Breast Cancer in Older Women With Adjuvant Therapy. *Deutsches Ärzteblatt Online*
- Petri L (2010): Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration: Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum* 45, 73–82
- Pinquart M, Duberstein PR (2004): Information needs and decision-making processes in older cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 51, 69–80
- Przyborski A, Wohlrab-Sahr M: *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch (Lehr- und Handbücher der Soziologie)*. 4., erweiterte Auflage; Oldenbourg Verlag, München 2014
- Pschyrembel Redaktion (2016): „Therapie“ auf Pschyrembel online URL: <https://www.pschyrembel.de/The->

- rapie/KOMEH, zugegriffen am: 27.11.2020.
- Pschyrembel Redaktion (2018): „Leiden“ auf Pschyrembel online URL: <https://www.pschyrembel.de/leiden/T02HK/doc/>, zugegriffen am: 17.7.1010.
- Pschyrembel Redaktion (2019): „Performance Status“ auf Pschyrembel online. URL: <https://www.pschyrembel.de/Performance%20Status/A0VLR>, zugegriffen am; 2.10.2020
- Pschyrembel Redaktion (2020): „Übertherapie“ auf Pschyrembel online. URL: <https://www.pschyrembel.de/%C3%BCbertherapie/A0TJE/doc/>, zugegriffen am: 15.9.2020
- Ptacek JT, Eberhardt TL (1996): Breaking bad news. A review of the literature. *Journal of the American Medical Association* 276, 496–502
- Puts MTE, Tapscott B, Fitch M, Howell D, Monette J, Wan-Chow-Wah D, Krzyzanowska M, Leighl NB, Springall E, Alibhai SM (2015): A systematic review of factors influencing older adults' decision to accept or decline cancer treatment. *Cancer Treatment Reviews* 41, 197–215
- Räbinger J, Breinlinger-O'Reilly J: Therapiebedingte Versorgungsbedarfe onkologischer Patienten und Patientinnen im häuslichen Milieu. Alice Salomon Hochschule Berlin 2017
- Rädiker S, Kuckartz U: Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video (Lehrbuch). Springer VS, Wiesbaden 2019
- Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M: Interprofessional teamwork for health and social care. Wiley-Blackwell, Chichester 2010
- Rehmann-Sutter C (1998): Toward an Ethical Concept of Risk. *Risk: Health, Safety and Environment* 9, 119–136
- Reiner R: Das Beste kommt zum Schluss (Originaltitel: The Bucket List). Warner Bros. GmbH 2007
- Riesenbeck D, Reimann P, Adamietz IA (2013): Prophylaxe und Behandlung von Nebenwirkungen der Strahlentherapie: Verschiedene onkologische Therapiekonzepte. *Der Onkologe* 19, 267–78
- Robert Koch-Institut (2016): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016.
- Rütsche B, Kiener R, Aebi-Müller R, Gerber AU (2014): NFP 67 „Lebensende“.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.
- Sauer T (2015): Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen: Empirische Daten und theoretische Überlegungen. *Ethik in der Medizin* 27, 123–140
- Schildmann J, Härlein J (2016): Aufklärung von an Krebs erkrankten Patienten im interprofessionellen Kontext: Ethische und kommunikative Herausforderungen. *Der Onkologe* 22, 665–672
- Schulte A: Einfluss des Alters auf die Therapieentscheidung bei Gynäko-onkologischen Patienten. Philipps-Universität Marburg 2012
- Schwarzkopf D, Rüddel H, Thomas-Rüddel DO, Felfe J, Poidinger B, Matthäus-Krämer CT, Hartog CS, Bloos F (2017): Perceived Nonbeneficial Treatment of Patients, Burnout, and Intention to Leave the Job Among ICU Nurses and Junior and Senior Physicians: *Critical Care Medicine* 45, e265–e273
- Seegenschmiedt MH: Nebenwirkungen in der Onkologie: Internationale Systematik und Dokumentation. Springer, Berlin, Heidelberg 1998
- Seeling S (2015): Beratung von Patienten zur Symptomlinderung bei Nebenwirkungen von Chemotherapie. *Leidfaden* 4, 81–83
- Seidl M (2016): Antiemese unter Chemotherapie: Das Ziel ist Prävention statt Symptomkontrolle. *Im Focus Onkologie* 19, 76–76
- Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W (2014): Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Annals of Oncology* 25, 707–711

- So WKW, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JCK, Yeung M, Li GKH (2010): Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing* 14, 17–22
- Spreitzer GM (1995): Psychological, Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement and Validation. *Academy of Management Journal* 38, 1442–1465
- Stienstra D, Chochinov HM (2012): Palliative care for vulnerable populations. *Palliative and Supportive Care* 10, 37–42
- Strübing J: Grounded Theory und Theoretical Sampling. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer Fachmedien, Wiesbaden 2014, 457–472
- Tariman J, Szubski K (2015a): The Evolving Role of the Nurse During the Cancer Treatment Decision-Making Process: A Literature Review. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 19, 548–556
- Tewes R: Zukunft der Personalentwicklung in der Pflege. In: Tewes R, Stockinger A (Hrsg.): *Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen*. Springer, Berlin, Heidelberg 2014, 215–240
- Thöns M, Sitte T: Übertherapie am Lebensende. In: Thöns M, Sitte T (Hrsg.): *Repetitorium Palliativmedizin*. Springer, Berlin, Heidelberg 2019, 331–338
- Valentini L, Volkert D, Schütz T, Ockenga J, Pirlich M, Druml W, Schindler K, Ballmer P, Bischoff S, Weimann A, Lochs H (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38, 97–111
- von Kieseritzky K (2019): Kombi von Chemotherapie und Immuncheckpointblockade: Mehr Nebenwirkungen. *Im Fokus Onkologie* 22, 30–30
- Waldenfels B: *Der Stachel des Fremden* (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 868). 1. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt am Main 1990
- Warnock C (2014): Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard* 28, 51–58
- Weber M, Müller M, Ewald H (2005): Kommunikation in der Palliativmedizin: Dimensionen existenzieller Begegnung. *Der Onkologe* 11, 384–391
- Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, Schrag D (2012): Patients' Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer. *New England Journal of Medicine* 367, 1616–1625
- Wertgen T: Sichtweisen zu Leid und Kranksein. In: Büssing A, Surzykiewicz J, Zimowski HAZ (Hrsg.): *Dem Gutes tun, der leidet*. Springer, Berlin, Heidelberg 2015, 49–54
- Wiswede D, Münte T: Überbringen schlechter Nachrichten. In: Lehnert H, Schellong SM, Mössner J, Sieber CC, Swoboda W, Neubauer A, Kemkes-Matthes B, Manns MP, Rupp J, Hasenfuß G, et al. (Hrsg.): *SpringerReference Innere Medizin*. Springer, Berlin, Heidelberg 2015, 1–4
- Wittenberg K, Will U: *Patientenzentrierte Information in der onkologischen Versorgung: Evidenz und mehr*. Springer, Berlin, Heidelberg 2020
- Wocial LD, Weaver MT (2013): Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer: *MDT*. *Journal of Advanced Nursing* 69, 167–174
- Wollenberg A, Staehler M, Eames T (2010): Kutane Nebenwirkungen der Multikinaseinhibitoren Sorafenib und Sunitinib. *Hautarzt* 61, 662–667
- Zander B, Busse R: Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. In: Bechtel P, Smerdka-Arhelger I, Lipp K (Hrsg.): *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chancen*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg 2017, 125–137
- Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert-Koch-Institut: *Versorgung von Menschen mit Krebs*. In: *Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016*. Berlin 2016

8 Anhang

Votum der Ethikkommission



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn
Prof. Dr. phil. Rehmann-Sutter
Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung
Königstraße 42

23552 Lübeck

nachrichtlich:
Herrn Prof. Dr. Borck
Direktor des Institutes für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 19-064

Datum: 12. März 2019

Sitzung der Ethik-Kommission am 07. März 2019

Antragsteller: Herr Prof. Dr. Rehmann-Sutter

Titel: Entscheidungsfindung bei älteren Krebspatienten – Die Perspektive von Pflegenden

Sehr geehrter Herr Prof. Rehmann-Sutter,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Die Kommission hat **keine Bedenken**. Anmerkungen zur Studiendurchführung werden dem Antragsteller separat übermittelt.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.
Ober alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen.
Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.clinks.de).
Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.
Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethikkommission grundsätzlich nur kursorisch geprüft. Dieses Votum / diese Bewertung ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen Datenschutzbeauftragten.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

Herr Prof. Dr. Katalinic (Soz.med. u. Epidemiologie, Vorsitzender)
 Hr. Prof. Dr. Gieseler (Medizinische Klinik I, Stellv. Vorsitzender)
 Hr. Prof. Habermann (Chirurgie, Biobank)
 Hr. PD Dr. Bausch (Chirurgie)
 Hr. Prof. Dr. Borck (Medizingeschichte u. Wissenschaftsforschung)
 Fr. Farries (Amtsgericht Eutin)
 Herr Prof. Dr. Köpke (Pflegeforschung)
 Hr. Prof. Dr. Lauten (Kinder- u. Jugendmedizin)

Frau Martini (Caritas)
 Hr. Prof. Dr. Moser (Neurologie)

Hr. Prof. Dr. Raesch (Pharmakologie)
 Hr. Prof. Dr. Rehmann-Sutter (MGWF)
 Hr. Schneider (Landgericht Lübeck)

Fr. Prof. em. Dr. Schrader (Plastische Chirurgie)
 Hr. PD Dr. Vonthein (Med. Biometrie u. Statistik)

Informationsmaterial für Studienteilnehmende

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

auf diesem Informationsblatt möchten wir Ihnen zur Interviewstudie nähere Informationen geben.

Thema, Ziele und Nutzen der Studie

Für diese Interviewstudie suchen wir Pflegende, die Erfahrung in der Betreuung von älteren Krebspatienten haben. Es sollen zu diesen Erfahrungen und den sie begleitenden Überlegungen qualitative Interviews geführt werden.

Bei Krebserkrankungen im fortgeschrittenen Alter kann die Frage auftauchen, welches die richtige Entscheidung ist: für oder gegen eine Therapie oder auch die Wahl zwischen verschiedenen Therapieoptionen. Die Entscheidungen zur Therapiewahl können gerade in höherem Alter (70+) durch den Allgemeinzustand und Komorbiditäten beeinflusst werden. Aber auch die Wünsche der Patientin oder des Patienten spielen eine Rolle. Wir möchten besser verstehen, wie solche Entscheidungen getroffen werden. Am Entscheidungsprozess sind neben Arztpersonen auch der Patient/die Patientin, sowie oft auch Angehörige beteiligt. Welches ist aber die Rolle und die Perspektive von Pflegenden in diesen Entscheidungsprozessen? Insbesondere interessiert uns, welche Gesichtspunkte aus der Sicht von Pflegenden für Entscheidungen relevant sein können und wie die Pflegenden diese Entscheidungsfindung erleben und daran teilhaben. Die Interviews sollen Gedanken Pflegender dazu zur Sprache bringen, und Erfahrungen aus dem Stationsalltag thematisieren.

Es handelt sich um die medizinische Dissertation von Clara Friese, die neben ihrem Studium als Pflegende arbeitet.

Ablauf des Interviews

Vor dem eigentlichen Interview wird Clara Friese, die auch die Interviews führen wird, ein Vorgespräch führen. Hier können wir uns persönlich kennenlernen, den Ablauf des Interviews besprechen, einige Vorab-Informationen austauschen und noch offene Fragen klären.

Im eigentlichen Interview wird Clara Friese Ihnen einige Fragen stellen, die zu einem offenen Gespräch führen sollen, bei denen für Sie relevante Aspekte zur Sprache kommen. Den Ort bestimmen wir im Vorfeld zusammen (das kann zu Hause, in einem ruhigen Raum im Krankenhaus oder woanders sein). Wichtig ist eine angenehme und ruhige Atmosphäre, in der das Gespräch möglichst ungestört bleibt. Das Gespräch wird ca. dreißig bis sechzig Minuten dauern. Wir bitten Sie aber darum, sich etwas mehr Zeit frei zu nehmen, um im Gespräch keinen zeitlichen Druck aufkommen zu lassen.

Wir werden das Interview digital aufzeichnen und anschließend zur Auswertung wortwörtlich aufschreiben. Wenn Sie möchten, können Sie das fertige Transkript einsehen, korrigieren und ergänzen. Das Transkript soll aber den Charakter der spontan gesprochenen Sprache behalten, d.h. es muss sprachlich nicht geschliffen sein.

Ihre Teilnahme daran ist selbstverständlich freiwillig. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen und auch ein begonnenes Interview zu jedem Zeitpunkt unterbrechen oder ganz beenden.

Datenschutz

Ihre persönlichen Daten werden pseudonymisiert, d.h. Ihrem Namen wird auf einer Liste eine Nummer zugeordnet. Zugriff auf diese Liste, Ihre persönlichen Daten und die Audio-Aufzeichnungen hat ausschließlich Clara Friese.

Das fertige Transkript wird (in pseudonymisierter Form) nur innerhalb unseres Forschungsteams weitergereicht mit dem Gedanken, einen breiteren Deutungshorizont zu erlangen. Die Liste mit den Pseudonymen sowie die Audio-Aufzeichnungen werden nach Abschluss der Dissertation vernichtet, das Transkript an einem sicheren Ort aufbewahrt.

Verwendung der Informationen und Transkripte

Ausschnitte aus dem Transkript werden (unter Verwendung Ihres Pseudonyms) in der Dissertation und evtl. daraus hervorgehenden Veröffentlichungen zitiert.

Falls Sie dies wünschen, werden im Rahmen von Veröffentlichungen zusätzliche Details, die zu Ihrer Identifikation führen könnten, verändert.

Falls Sie Ihre Einwilligung in die Studienteilnahme widerrufen oder ein begonnenes Interview abbrechen, werden die bereits aufgezeichneten Daten vernichtet.

Unterzeichnende

Clara Friese (Doktorandin der Medizin an der Universität zu Lübeck)

Christoph Rehmann-Sutter (Professor für Theorie und Ethik der Biowissenschaften an der Universität zu Lübeck und Betreuer des Dissertationsvorhabens)

Kontakt

Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung

Clara Friese: Telefonnummer – Emailadresse

Transkripte der Interviews

Interview 1

1-9	I: Eehm.. fällt dir so spontan irgendwie n Fall ein, kannst du mir von einem Fall erzählen, wo beim älteren Krebspatienten ne Entscheidungsoption im Raum stand, wo irgendwie entschieden werden musste zwischen kurativ, palliativ oder Therapie, nicht Therapie irgendwie?
10	I: Und dann, ehm, hab ich häufig auch das Gefühl, dass oft natürlich auch der finanzielle Aspekt ne Rolle spielt. Also man kann daran ja einfach ne Menge Geld verdienen. Dann ist es natürlich auhc wichtig, dass die Patienten auf unserer Station bleiben.
11	B: Okay.
12	I: Und,ehm,ja dann werden da noch irgenwelche Antikörper gegeben oder so, also einfach was, was finanziell echt ehm, in die Kasse haut so. Und ich hab das Gefühl, manchmal, dass da einfach sehr viel ja, noch rein investiert wird und noch weiter gemacht wird, obwohl das vielleicht gar nicht mehr so den Zweck erfüllt, den es eigentlich erfüllen sollte.
13	I: Hmh.
14	B: Also, ich finde gerade bei den Jüngeren wird natürlich engagiert da viel noch getan, da wird viel Aufklärungsarbeit geleistet, da wird einfach auch viel noch in die Zukunft natürlich geschaut. Die Leute erwarten sich ja auch einfach noch ne längere Lebenszeit, haben, vielleicht auch noch Familie, oder Familie in Planung. Hatten wir jetzt auch gerade ne Patientin, die war siebenundzwanzig ungefähr, und wollte eigentlich gerade ja, Familienplanung da so los, ja so an den Start gehen, heiraten, ja und das hat natürlich so erstmal alles so über den Haufen geworfen. Also, dahingehend wird da schon viel gemacht, ich ehm, würde glaub ich, ja doch, also ich find schon das bei den jüngeren mehr gemacht, also noch intensiver da einfach rangegangen wird als bei den älteren Patienten. Generell kann man das aber nicht verallgemeinern. Das kommt immer so n bisschen auf den individuellen Fall an.
15	B: Ja.
16	I: Hmh.
17	I: Und, ehm, (Pause) wie, wie wird dann, in so nem Fall, wird das dann offen irgendwie ausgesprochen: Ok, der ist jetzt so alt, der hat ja auch eh nicht mehr lange zu leben,
18	B: hmh,
19	I: oder ist das eher so n implizites , ehm, rangehen ?
20	B: Eh, ich glaub echt so oft, hm, das kommt wahrscheinlich auch wieder drauf an, wer den betreut. In welchem Zusammenspiel dann welche Konstellation ist. Aber grundsätzlich würde ich sagen, dass da , ehm, eingentlich, ehm, das nicht so, dass das relativ wertfrei abläuft.
21	I: ja
22	B: Also schon, das man sagt: Okay, natürlich ist das, gewisses Alter erreicht, das muss man einfach mit einbeziehen, und viele Patienten, finde ich, sind mittlerweile auch so reflektiert, und wissen so sehr Bescheid, dass sie auch von selbst sagen: Also, ich möchte aber zum Beispiel nicht mehr auf ne Intensivstation, ich möchte nicht mehr reanimiert werden, wenn das so weit ist. Ich wünsche mir eigentlich nur noch das, was mir wirklich hilft und nichts anderes. Ich möchte jetzt keine weitergehenden Operationen mehr oder so. Die sagen: Okay, ich möchte vielleicht noch n Port implantiert bekommen oder möchte vielleicht noch n bisschen Chemo bekommen oder ne Bestrahlung wens irgendwie hilft gegen Schmerzen oder ähnliches, aber sonst möchte ich nichts mehr.
23	B: hmh
24	I: Und , ehm, ob sie das dann immer alles so verstehen, was die Ärzte dann erzählen: Und, ja die und die Behandlungsoptionen gibt es, dass wird ja dann häufig auf die Pflege son bisschen zurückgeführt, aber , ehm, aber, dafür sind wir dann glaub ich da und fangen das, versuchen das so ein bisschen aufzufangen und nochmal zu reflektieren und ja.
25	I: Was sind das für Situationen, die da entstehen, wenn du sagst: Die Pflege fängt das so ein bisschen auf ?
26	B: hmh, hmh, , ehm, ich würd sagen, häufig ist das so, gerade wenn die dann so ne Erstdiagnose haben und dann erstmal viele diagnostische Sachen ablaufen, und dann die Ärzte mit denen sprechen, dann sind da häufig noch viele Fragen im Raum. Einfach, weil da gar nicht die Zeit dazu da ist, den Leuten das so detailliert zu erklären glaub ich - häufig. Und, dadurch, dass die Pflege ja einfach 24/7 immer da ist, dann ist das natürlich so: Ja, der Arzt war gerade drin, und hat , ehm, erzählt: die und die Behandlungsoptionen gibt es,oder das wäre vielleicht nochmal sinnvoll oder das könnte man nochmal ausprobieren. Jetzt weiß ich aber gar nicht was der damit meint. Oder: Jetzt habe ich das gar nicht so richtig verstanden. Oder die Angehörigen kommen wieder und sagen: Ja, also meine Mutter oder mein Vater sollte jetzt das und das bekommen - was heißt das denn

	überhaupt?
27	I: Ja.
28	B: Ne? Und dann versucht man natürlich als Pflegender da irgendwie dann, ja gut ne, wir können gerne nochmal verweisen, vielleicht können sie nochmal n Termin machen mit dem ärztlichen Kollegen, aber: Im Grunde heißt es das und das. Oder das und das wäre möglich, oder das bekommen hier viele Patienten und versucht das so ein bisschen aufzuklären zumindest.
29	I: Ja.
30	B: Und, ja besser zu verständigen irgendwie zwischen den Parteien.
31	I: Und, gibts da auch, von den Ärzten aus, werdet ihr als Pflege auch informiert? Also sagen die euch auch: Bei dem wird jetzt das gemacht oder das gemacht? Oder so, dass man..
32	B: hmh, ehm, also ich würde mir wünschen, dass das mehr kommen würde.
33	I: hmh.
34	B: Das muss man schon sagen. Aber das kommt dann auch wieder drauf an. Wenn man jetzt im Frühdienst arbeitet, hat man ja sowieso immer die ärztliche Übergabe. Und da ist es schon so, dass man, einfach in der Übergabe selbst die Ärzte wie die Pflegenden auch fragen: So, okay, Frau XY eh, liegt jetzt schon seit zehn Tagen hier, das und das wurde gemacht. Was ist der Plan? Wie gehen wir weiter vor? Was kriegt sie vielleicht noch oder wird sie entlassen? Wohin gehts, wenn sie nach Hause kommt und so. Und so, dass man das halt so untereinander n bisschen abspricht. Und dann sind ja auch noch andere Parteien mit involviert wie der Sozialdienst oder das palliative, hier Konsildienst, oder ähnliche Sachen. Und, genau..
35	B: Das heißt, da wird sich schon regelmäßig zusammengesetzt...
36	I: Ja, hmh,
37	B: und auch so unter den Professionen irgendwie gesprochen?
38	[...]
39	I: Ja, also ich würd sagen, einmal täglich auf jeden Fall, genau, in der Übergabe. So, wenn du dann im Spätdienst bist, dann ist das ja quasi alles schon gelaufen, und im Nachtdienst ja sowieso. Aber dafür gibts dann ja ne, dann immer noch die, ja, interne Übergaben sozusagen. Dass man, okay, im Frühdienst erzählt, ja das und das wurde heute morgen besprochen, nur, dass du das auch mal gehört hast, und so kann man das dann immer weiterleiten,ne? Genau.
40	I: Okay. (Pause) ehm, und, wenn die Patienten so, ehm, dann sagen: Was heißt denn das eigentlich und was bedeutet das? Fragen die dann auch mal so nach Rat? Sagen die: Was würden Sie denn jetzt machen als Pflege? Oder, schon, dass man da auch irgendwie beratend...
41	B: Hmh. Ja, doch. Ziemlich häufig, hmh, würde ich schon sagen ja.
42	I: Wie,wie,..
43	B: Das kommt häufig vor.
44	B: Wie läuft das so ab? Positionierst du dich dann? Oder ehm...
45	I: Ich find das ist immer schwierig. Also ich find das ist generell immer ne schwierige Frage. Einfach ehm, man will ja keine Entscheidung für jemanden treffen.
46	B: Ja.
47	I: Weil das steht mir ja eigentlich gar nicht zu. Und ehm, dann ist, kommts natürlich auch immer drauf an, wieviel Erfahrung hat man vielleicht selber damit? Wir sind ja quasi, also [nennt Namen der Kollegin] ja auch, wir sind ja quasi noch Berufsanfänger, wenn man so will (schmunzelt). Und ehm, inwieweit kann man das überhaupt beurteilen schon? ehm, wenn ich merk, das geht einfach über meine Erfahrung hinaus, und über das, was ich irgendwie dazu beitragen kann, dann kann ich nur darauf verweisen: Sprechen Sie nochmal mit dem Arzt oder ich kann nochmal schauen, wenn er gerade da ist. Möchten Sie nochmal mit nem Arzt oder Ärztin sprechen? Und das man einfach dann weiter verweist. Wenn das jetzt irgendwelche, vielleicht auch, familiäre Situationen sind, dass zum Beispiel, ein Angehöriger sagt: Ne wir müssen das und das und das jetzt auf jeden Fall alles noch versuchen. Und der Patient das aber eigentlich gar nicht mehr will, dass man da versucht so n bisschen zu vermitteln. Oder, wenn da so generell ehm, zu irgendwelchen Symptomen vielleicht fragen sind, das kommt ja auch ganz oft. Wieso hab ich Übelkeit oder Mukositis oder ähnliches? Da können wir dann natürlich viel mehr zu erzählen als zu irgendwelchen Behandlungsstrategien. Ich würde aber sagen, also wenn.. Fragen kommen, also die kommen ja durchaus. Ob man Chemotherapie weitermachen soll oder ob man ne Bestrahlung machen soll oder eben irgendeine andere Krebstherapie, dann, finde ich, ist das immer ganz schwierig (zögernd). Also, ich würde sagen, ich versuche so objektiv wie möglich zu bleiben. Und einfach dann die Wege offen zu halten und einfach, dass die vielleicht nochmal drüber nachdenken : Was wünschen sie sich für ihren weiteren Verlauf? Was wäre sinnvoll? Einfach nochmal n Arztgespräch suchen, da nochmal ne Beratung suchen und dann schaut man weiter.
48	I: Hmh.
49	B: Hmh, ja..(Pause)

50	I: Und, wie sieht für dich so ne Entscheidung, die ... also, optimalerweise, wie sieht so ne Entscheidung aus? So ne, diese Entscheidungsfindung, wie läuft die optimalerweise ab?
51	B: Hmh,ehm, also, ich finde das steht und fällt ja eigentlich schon mit der, generell mit der Erstdiagnose, also ehm, das kann ich auch aus persönlichem Umfeld, aber auch durch die Arbeit sagen, dass das häufig nicht so abläuft, wie es sein sollte. Also, ich finde das, würde das schön finden, dass wenn die Patienten kommen und klar ist: Okay, derjenige hat ne Krebserkrankung, dass man da einfach schon mal sensibel mit der Aufklärung allein anfängt. Dass vielleicht ehm, auch der Patient nicht alleine ist, sondern die Angehörigen mit dabei, weil man ist auch einfach selber glaube ich in so einem... ja, in so nem Schockmoment auch, dass man das garnicht alles richtig aufnehmen kann. Also, das merken wir ja immer wieder. Dass dann einfach, soviel, ja, jetzt hab ich ne Stunde mit dem Arzt gesprochen, oder mit der Ärztin, und es ist gar nichts angekommen. Und, ja ich glaub es ist ganz schön, wenn da auf jeden Fall auch die Angehörigen von Anfang an mit einbezogen werden. ehm, und das man auch einfach wirklich in Ruhe erklärt: Was ist überhaupt die Erkrankung, womit hat das zu tun, was kann man jetzt im Moment dagegen tun, welche Behandlungsoptionen gibt es ? Und dass man aber schaut, dass eben wirklich das ganze Team mit einbezogen ist. Also, dass sowohl die Pflege mit einbezogen ist, also halt auch vielleicht der Sozialdienst, oder palliative Geschichten, je nachdem , in welche Richtung das dann geht, ehm, das wäre ganz schön. Also ich glaube dass viele Mißverständnisse und so zeitliche Verzögerungen dadurch auch behoben werden könnten. Und dem Patienten dann auch in dem Moment vielleicht n sichereres Gefühl geben würde. Ja. Also, dass das wirklich optimalerweise dann eben von Anfang an eigentlich alle mit einbezieht od da einfach ne offenerere Kommunikation ist letztendlich.
52	I: Wie funktioniert das, wie wird jetzt Pflege im Moment mit einbezogen?
53	B: hmh, also ich würd sagen, dass ist auch, wahrscheinlich wieder unterschiedlich. Also viele Krebspatienten, also zumindest bei uns auf Station, kommen ja geplant, das heißt, die haben ja wahrscheinlich ihre Aufklärung schon beim Hausarzt bekommen, oder in der Poliklinik oder waren schon mal irgendwann da und das ist schon ne längere Erkrankung ehm. Somit sind die dann ja schon darüber aufgeklärt, dass sie diese Erkrankung haben. Haben vielleicht auch schonmal Chemotherapie erhalten, oder ne Bestrahlung oder ähnliches. Und von daher ist das quasi gar nicht mehr so das primäre Problem sag ich jetzt mal. Aber die kommen dann eben und haben einfach allerlei andere Fragen und ich find dann immer das ist dann immer.. (zögert) total unterschiedlich eigentlich. Ja. Manche sind da schon total drin, und sind da total aufgeklärt. Wollen aber auch viel Wissen bekommen und sind da froh, dass wir als Pflgende dann auch da stehen und ehm, da unterstützend sein können. Aber grundsätzlich, ja, kommen die, werden aufgenommen, und dann ehm, ist eigentlich schon festgesetzt: Okay, das und das wird gemacht, die Therapie starten dann und dann. Und ehm, als Pflgender hast du eigentlich nur die Aufgabe, das dann auch durchzuführen. Natürlich ist man für Fragen da, aber letztendlich weiß man: Okay, der kommt jetzt ehm, weiß ich nicht, mit nem Zungengrundkarzinom, und bekommt jetzt Cisplatin. Und das jetzt irgendwie jeden dritten Tag und das und das muss man dann dazu geben als Prämedikation oder ähnliches und das ist dann halt unsere Aufgabe.
54	I: Hast du schon Situationen erlebt, wo du das quasi ausführen musstest, und da aber eigentlich nicht hinterstandest? Oder eigentlich dachtest: Hm..
55	B: Ja, doch ja eigentlich schon .. hmh..
56	I: Hast du da irgendwie ein Beispiel, was dir einfällt?
57	B: Hmmm.. ich muss halt mal überlegen. Also wir hatten schon. Also ein, zwei, drei Patienten hab ich jetzt so n bisschen im Kopf, die ehm, über n sehr langen Zeitraum bei uns waren. Und... teilweise aber gar nicht therapiefähig waren. Einfach durch, ehm , vielleicht auch psychische Komponenten, die einfach nicht, eh.. Also jetzt grad aktuell, ich glaub auch letztens, also du jetzt bei uns warst und auch gefragt hattest wegen der Studie, hatten wir auch zwei Patienten, die... der eine war dementiell erkrankt und ehm, hatte aber zwischendurch immer so n bisschen orientierte Momente noch, und hatte eigentlich immer gesagt, er möchte das gar nicht. Aber da waren die Angehörigen eben hinter und haben gesagt: Ne, das ist doch gut. Und, wir möchten, dass unser Vater noch n bisschen mehr Lebenszeit bekommt. Und ja, und ne.. Und dann hatte man auch den Eindruck, dass die Ärzte natürlich dann auch: Und ne, und man könnte da noch das und das machen und das würde ihm ja ne Erleichterung geben. Und das wäre so n bisschen Symptomkontrolle und so weiter. Und irgendwie hatte man das Gefühl, das verstrickt sich immer weiter und der Patient selber hat aber gar nicht so die Chance, wirklich ernst genommen zu werden. So, und bei dem speziellen Patienten war das auch so, dass der auch keinen Port hatte sondern das über ne PVK laufen sollte, die Chemotherapie, war ne Infusion. Und ehm, das war, einfach gar nicht möglich. Also der hat sich nach, weiß ich nicht, fünf Minuten Laufzeit die PVK wieder rausgezogen. Letztendlich musste die Chemotherapie verworfen werden, was auch viel Geld kostet natürlich und für den Patienten ja auch nicht unbedingt ohne Risiko darstellt. Weil einfach, wenn das ins Gewebe läuft oder irgendwo hin, das ist ja nun mal, gewebetoxisch. Und ehm, allein schon einfach die Situation dass er das halt eigentlich nicht möchte, und man das nicht toleriert und nicht akzeptiert, sondern das einfach gemacht wird. Fich ich halt schwierig.

58	I: Und diese klaren Momente, die der Patient hatte, ehm, wer hat das so mitbekommen? Haben die Ärzte das auch mitbekommen und die Angehörigen? Oder...
59	B: Also ich finde wir stehen da ja auch viel im Austausch und, hm, haben ja auch immer gesagt: Also, wir haben häufig den Eindruck, dass der, wenn er klare Momente hat, dass der schon äußert, dass der das nicht alles möchte. Und ich denke, dass der das auch in Gesprächen mit den Ärzten hatte, nur sind die ja anteilig einfach viel weniger in dem Zimmer als wir. Und, ehm, da war das Problem, dass sobald man gesagt hat: Ja, aber wir könnten ja noch ehm, die und die Operation machen, oder wir könnten ja noch das und das versuchen, das wird Ihnen ja helfen. Und dann: Ja, stimmt vielleicht haben Sie ja eigentlich recht. Also, halt der ließ sich da natürlich auch gut bearbeiten. Und, ehm, das find ich ist so ein bisschen schwierig einfach. Also, dass da halt wirklich, ehm, da nicht so der Fokus auf dem Patienten selbst liegt sondern: Ja, wir haben das schon immer so gemacht, und das könnte man jetzt machen. Und, eigentlich ist er sich nicht so richtig schlüssig, eigentlich ist er aber auch gar nicht mehr so richtig fähig, selber zu sagen, was er möchte, also machen wir es jetzt einfach so. Und versuchen das einfach, obwohl es nicht funktioniert. Und dann, im Endeffekt waren, also. Der hatte zwei Söhne, die so n bisschen... Der eine hatte glaub ich nachher auch die Vormundschaft für ihn, also der war auch betreut nachher. Und die haben dann auch gesagt: Ne, das bringt nichts mehr, wir machen hier jetzt n Cut. Und ehm, wir gucken dass der jetzt in ne Einrichtung kommt. Der hat vorher wohl auch noch alleine zuhause gelebt. Und dann ehm, ja, war er noch so lange bei uns, bis er dann in eine Pflegeeinrichtung gehen konnte. Genau. Joa.
60	I: Also waren das letztendlich die Angehörigen, die irgendwie die ... (Pause)
61	B: hmh, Ja.
62	I: ... irgendwie die Not..
63	B:Ja. Das finde ich erlebt man auch tatsächlich immer häufiger, dass ehm, Angehörige erst so total dabei sind und sagen: Wir wollen, dass alles gemacht wird, was geht. Und, auch wenn die Patienten selber, ich finde viele Ältere, da kommt man auch wieder auf das Thema ältere Patienten, sind dann auch einfach in ihrer Entscheidungsfindung gar nicht mehr so richtig klar. Die wissen nicht, was ist jetzt richtig für mich, wie soll ich mich jetzt entscheiden? Ich selber möchte vielleicht gehen, und für mich ist das jetzt gar nicht so schlimm, ich hab diese Erkrankung. Es ist okay. Ich möchte das, was mir halt noch hilft, das es angenehm wird, aber ansonsten ist das für mich in Ordnung, auch wenn das in ne palliative Situation hinausläuft. Und, ehm, das ist okay. Aber die Angehörigen können da schwer loslassen und sagen: Ne, also, meine Mutter, mein Vater, da soll alles gemacht werden. Und sind da erst total dafür und je länger man aber miteinander kommuniziert, je länger die Patienten bei uns liegen, man sieht: Okay, die Therapien haben einfach auch ihre Symptomaten, die sie her- vorrufen und Nebenwirkungen, die nicht so angenehm sind. Dass da viele dann doch so n bisschen von zu- rückweichen und sagen: Ja, eigentlich ... bringt das nichts. Eigentlich ist es okay. Also eigentlich wollen wir doch eher diesen Wunsch akzeptieren. Und gehen dann so Step-by-step so n bisschen weiter in den Hintergrund, ziehen sich zurück, und sagen: Okay, Mutter, Vater, entscheide du und dann ist es gut so.
64	I: Und dann, wird oft die Entscheidung getroffen, dass man dann irgendwie aufhört?
65	B: Hmh.
66	I: Und wie wird das dann, den Ärzten oder wie (unverständlich) wie läuft das ab, dass man dan sagt: Okay, jetzt aber heute wird keine Chemo mehr abgelaufen? Sagen die dann irgendwann: Okay, ich muss nochmal den Arzt sprechen, oder ?
67	B: Ja, genau. Hmh.
68	I: Läuft das dann meistens über die ärztliche Visite oder wird da schon auch mit der Pflege viel drüber geredet?
69	B: Ich würd schon sagen , dass da auch mit der Pflege viel drüber geredet wird. Also, das ist natürlich auch immer unterschiedlich, aber es ja Patienten, die durchaus wirklich jeden Tag Besuch von Ihren Angehörigen haben und wo man viel Kontakt zu den Angehörigen auch hat und manche einfach auch besser kennenlernt auch mit der Zeit. Und gerade wann man da einfach, webst wenn das nur so alltägliche Gespräche sind, oder generell über den Betroffenen alltägliche Gespräche sind. Ach, gehts ihm heute besser? Oder: Wie gehts ihm heute so ? Lernt man sich einfach besser kennen, die schaffen glaub ich n anderes Vertrauen und ehm. Ja ich glaub irgendwann kommt so n Punkt wo denen bewusst wird: Okay, ja das war jetzt das richtige was wir gemacht haben, die Therapien funktionieren und wir sind Ihnen total dankbar und es ist klasse wies läuft, und daran halten wir fest. Oder doch eher so der Scheideweg und man sieht: Ne. Hm, ihm oder ihr gehts deutlich schlechter, und sie baut immer mehr ab oder er und eigentlich wollen wir nur, dass er oder sie nach hause kommt. Oder besser versorgt ist, in ner Pflegeeinrichtung oder ähnlichem. Oder sich erstmal wieder erholt. Es gibt ja auch durchaus Momente, wo man einfach Chemo, oder generell Therapien, pausiert, und dann vielleicht in ein paar Wochen wieder aufnimmt. Und ehm, ich finde, durch so diese gemeinsame Kommunikation und das tägliche Erleben desjenigen, der betroffen ist, kommt das häufig dazu, dass die sagen: Können wir nicht nochmal n Arzt sprechen, oder: Wann ist die Visite? Dann ist die Visite. Und das man dann echt nochmal gemeinsam spricht. Und, häufig sehen das dann die ärztlichen Kollegen in so einem Fall ... dann eigentlich

	irgendwann auch so. Und man sagt: Ja, das wär ganz gut, man pausiert, gehen Sie erstmal nach Hause, gehen Sie erstmal in die Kurzzeitpflege. Oder, ja wir lassens ganz und gehen jetzt doch die palliative, den palliativen Weg letztendlich, hmh.
70	I: Gibt es auch Situationen, wo die Ärzte dann euch als Pflege fragen: Sagt mal, habt ihr von dem mal was gehört oder so? Wenn das vielleicht.. (Pause)
71	B: Hmm.. ja, doch das gibt's auch.
72	I: Also eure Meinung so eingeholt wird? Also auch jetzt zum körperlichen Zustand?
73	B: Hmh, ja doch, das schon. Also das würde ich auch sagen, viel in den Übergaben, die wir ja haben. Da wird ja generell erstmal so von der Pflegeseite, also wir gehen ja Patient für Patient durch und ehm, besprechen das dann. Und doch, also da würde ich schon sagen, dass man da in die Entscheidungsfindung eingebunden wird.
74	I: (Pause) Hmh. Ich guck mal kurz, was ich mir hier alles noch so fragen wollte. Hast du das Gefühl, oder, bist du mit den meisten Therapieentscheidungen, die getroffen werden, hast du das Gefühl die sind irgendwie richtig, die sind gut?
75	B: (Pause) (seufzt) Das ist schwierig. (Beide Lachen) ehm,
76	I: Jetzt gerade bei so älteren Patienten.
77	B: Hmh, ja. Also wenn ich jetzt so über die älteren... (Pause) Ich finde, grundsätzlich schon, also man sieht bei vielen Patienten auch Erfolge, und ich find das ist auch schön, wenn man die dann vielleicht auch irgendwann mal wiedersieht. Manche kommen ja auch zu Besuch oder so und dass man sieht, dass denen das wirklich geholfen hat und, dass die einfach mehr Lebensqualität haben oder ehm, oder gerade wenn die dann so mehrere Zyklen von Chemotherapie erhalten und dann ja wirklich wochenlang zu Hause sind, wiederkommen zum nächsten Zyklus. Oder nochmal zu ner Bestrahlung oder sowas. ehm, ist das schon. Viele sind ja auch sehr dankbar dafür und nehmen das wirklich dankend an. Und sind froh, dass es diese Option überhaupt gibt. ehm, allerdings hab ich eben den Eindruck, dass es häufig - wie vorhin schon erwähnt- so ist, dass da nicht losgelassen werden kann. Ob das jetzt durch die Angehörigen ist, manchmal sinds ja auch die Patienten tatsächlich selber, die das bis zum bitteren Ende wollen. Oder doch durch die ärztlichen Kollegen, oder generell vielleicht durchs ganze Team, dass man dann sagt. Gut, die Pflege hat da nicht so viel Entscheidungsgewalt letztendlich aber natürlich sind da ja auch die Meinungen verschieden. ehm, ich find das ist nur manchmal, einfach dann zu viel. Also, wenn man merkt, an nem gewissen Punkt gehts nicht mehr weiter, der Patient verschlechtert sich zusehens und noch ne Therapie und noch ne Therapie, und hier noch n Antikörper und da noch irgendwas. Wird das auch nicht mehr rausholen. Und dann ist es doch eigentlich schöner, ehm, dass derjenige, wenn derjenige die Möglichkeit hat, vielleicht zu seiner Familie nach Hause zu kommen oder in ein Hospiz oder in irgendne Pflegeeinrichtung oder auf unsere Palliativstation oder ähnliches. Und da einfach noch diese Zeit hat, Abschied zu nehmen und das vielleicht ohne diese ganzen Infusionen und was die eben alles bekommen. ehm, würde ich persönlich schöner finden oder würde ich mir wünschen für meine Angehörigen oder auch für mich selbst. Und ehm, ja bei vielen ist das dann letztendlich so, dass die dann auch wirklich manchmal vielleicht überraschend oder schneller als erwartet auch bei uns versterben. Und dann ... hatten vielleicht Angehörige oder Freunde nicht so die Chance sich zu verabschieden wie als hätte man vorher schon die Reißleine gezogen.
78	I: Als hätte man vorher schon gesagt: Der Tod ist jetzt einfach das (Pause), was passieren wird so.
79	B: genau, genau.
80	I: Das zu akzeptieren.
81	B: Ja, genau. Also es gibt natürlich Fälle, wo mans nicht vorhersehen kann. Die sterben dann einfach so schnell, ehm, dass niemand damit gerechnet hat, das ist klar. Aber ehm, in anderen Fällen ist das schon, da hätte man einfach viel früher sagen können: Okay, also jetzt reicht. Keine von den Parteien möchte das mehr so richtig und dann muss man das einfach akzeptieren, dass das so nicht funktioniert hat. Und, einfach weiter gucken.
82	I: Das heißt, es ist schon manchmal so, dass die Therapie irgendwie n bisschen, so im Sinne der Übertherapie, da noch ganz viel gemacht wird aber - hast du es auch schon erlebt, dass Therapien aus irgendwelchen Gründen nicht mehr gemacht werden konnten oder wollten? Weil der Patient irgendwie zu viele andere Erkrankungen hatte oder, weil der Patient ehm, (Pause) , zum Beispiel ne ambulante Chemo nicht mehr gemacht werden konnte oder so? Das dann gesagt wurde, ne irgendwie ist das zu kompliziert alles (lacht) ? Oder auch soziale Probleme irgendwie es gibt, dass das nicht mehr gemacht wird?
83	B: Jaa, hm, also ich glaube so der Hauptgrund, dass irgendwas dann nicht mehr durchgeführt wird, sind tatsächlich so psychische Komponenten. Das denkt man immer gar nicht, aber wenn die Leute wirklich aggressiv werden und dann fremd- und eigenaggressiv werden, weil sie das wirklich komplett ablehnen, ne Weglauftendenz auch haben. Also, das erlebt man tatsächlich auch viel bei Demenzerkrankten, oder so Menschen mit Psychosen oder so. Haben wir auch öfter mal. Wir hatten auch jemanden, der ist mittlerweile in der Forensik in [nennt Namen der Stadt], ehm, der war eigentlich auch ein ambulanter Patient der Chemotherapie erhalten hat, und das war aber ambulant eben auch nicht zu machen. Und da haben wir, ich weiß nicht, der war Wochenlang bei uns auf Station mit ner Sitzwache, musste teilweise fixiert werden und ehm, der hat, das war

	irgendwann, das war nicht mehr möglich, weil der sich permanent natürlich die Nadeln gezogen hat und aggressiv geworden ist, mit Leu..also auf Leute losgegangen ist und solche Sachen. Also, dass man da dann irgendwann sagt so okay, das ist einfach nicht möglich, kann man hier nicht auffangen. Das funktioniert nicht, Also ehm, wird auch der Wunsch vielleicht des Patienten vielleicht dann respektiert und gesagt: Ne, das geht einfach nicht. Ja, also das ist häufig und ansonsten (Pause) . ehm, kommen Patienten manchmal, und sind dann vielleicht sogar noch geplant für so n Chemotherapieprogramm sag ich jetzt mal, und dann merkt man aber, ne, der Zustand allgemein durch die ganzen Diagnostiken, die laufen, ist ehm, schon soweit fortgeschritten, was wir vielleicht gar nicht erwartet hätten, also gerade so die ärztlichen Kollegen, und sagen dann, also statt der Chemotherapie gibts jetzt noch ne palliative Bestrahlung zum Beispiel oder so. Sodass dann die Therapie einfach anders abläuft, als man das vielleicht vorher gedacht hätte. Manchmal ehm, greifen ja gewissen Therapien auch gar nicht, dass man dann nochmal umschwenken muss, das haben wir auhc öfter mal. Oder das die Patienten tatsächlich so schlecht werden, dass ehm, ne Therapie pausiert werden muss. Ja, das kommt auch vor
84 -137	[...]
138	I: Das heißt, irgendwie, zumindest n Grundsatz an Aufklärung muss da irgendwie erfolgen?
139	B: Ja. Hmh. Genau.
140	I: Hast du meistens das Gefühl, dass allen Parteien, die irgendwie beteiligt sind, (Pause) bewusst ist, dass jetzt ne Entscheidung ansteht?
141	B: Ne. Das glaub ich nicht M-m. Also ich, hm, das kommt natürlich auch wieder auf den individuellen Fall an. Manche sind da ja einfach so n bisschen aufgeklärter als andere. ehm, (Pause) das ist total unterschiedlich. Aber es gibt schon einige, wo die noch total in der Schwebel sind. Und dann: Ach, das ist jetzt Chemo, was ich bekomme? Achso. Je, eh,ja dann ne, also wens hilft, also so ne.
142	I: (lacht) ja.
143	B: Aber ,ne. Also da schon. Oder, oder wo man auch als Pflegende vielleicht auch gar nicht so viel weiß, weil untereinander vielleicht auch noch gar nicht so viel ausgetauscht wurde oder so. Und dann hat man hier: Achja, okay das ist jetzt ne Neuaufnahme. Das ist jetzt Frau Soundso. Und, eh, Ja was macht die denn hier? Ja, wissen wir, weiß jetzt irgendwie keiner so richtig. Ja was hat die denn? Ja, vielleicht das und das. Achso. Okay. Und dann, ist das aber auch häufig so, dass man einfach selber erstmal hinget und fragt: So, okay, Sie sind jetzt Frau Soundso, ja was haben Sie denn? Wieso sind sie denn hier und so? Wenn die einem das selber beantworten können, ist natürlich gut. Wenn nicht, dann, ja dann wirts natürlich schwierig. (schmunzelt)
144	(Beide lachen)
145	B: Dann fragt man natürlich im besten Fall nochmal den Arzt. Und dann: Ja, der kommt, oder die kommt grad aus der Poliklinik, und die soll jetzt das und das kriegen. Also, da ist schon manchmal so n ganz schönes hin und her, dass man erstmal gucken muss, (unverständlich)
146	I: Aber irgendjemand weiß dann schon meistens Bescheid?
147	B: (lacht) Ja, im besten Falle. Ja.
148	I: Okay, jetzt kommen wir so n bisschen zum Abschluss. ehm, (Pause), eigentlich würd ich nur nochmal... Du hast schon so n bisschen drüber geredet, aber... ehm, fragen, wie du dir wünschen würdest, was für die Zukunft noch verändert werden müsste?
149	B: Hmh, Hmh. ehm, ja. Also ich glaub, Kommunikation ist immer so n Thema, was ausbaufähig ist. Es kann nicht immer glatt laufen, es kann nicht immer super funktionieren. Aber ich würde mir wünschen, dass das noch so n bisschen konstanter und besser ist. Dass man einfach noch, ehm, noch mehr im Austausch einfach ist. Also sowohl Arzt und Pflege, als auch mit den Angehörigen, mit den Patienten, Das da einfach nochmal, das alles so ein bisschen transparenter macht. Also das würde ich mir wünschen. Für mich ist das völlig in Ordnung, dann nochmal so derjenige zu sein, der so n bisschen was auffängt, und sagt: Ja, okay, sie hatten gerade ein Arztgespräch von über ner Stunden und da ist nicht alles hängen geblieben. Vielleicht kann ich irgendwie helfen und was beantworten, vielleicht kann ich nochmal den Arzt dazu holen oder so. Das ist für mich alles völlig in Ordnung. Und ich glaube, das ist auch nicht anders machbar. Und das ist auch okay. Aber doch. Ich würde mir da noch n bisschen intensivere Visiten teilweise wünschen vielleicht. Und auch wünschen dass - auf manchen Stationen gibts das, aber bei uns ist das nicht so - ehm, dass es einfach so ne Art Sozialvisite auch wieder gibt. Dass der Sozialdienst, und Konsildienst vom Palliativteam und so, dass das einfach schon alles dabei ist.
150	I: hmh.
151	B: Vielleicht auch Physiotherapie oder so. Und ehm, das man gemeinsam dann schonmal die Patienten alle visitiert. Und einfach mal schaut: Okay, das und das ist da. Und: da ist das Potential, was man irgendwie nutzen kann. Die Kompetenzen sind da, die Probleme sind da. Und, dass man das so ein bisschen erfasst. Und, ja zu den Therapien natürlich: Das man da vielleicht doch noch so n bisschen ganzheitlicher wird. Und einfach guckt, was es noch für Optionen gibt. Und, ehm, ja. Nicht nur dieses Standardverfahren leitliniengerecht, ehm,

	vollzieht. Was natürlich gut ist und seine Daseinsberechtigung hat, auf jeden Fall. Aber, dass man da halt einfach noch so n bisschen weitgreifender schaut. Und, eh, dazu muss man auch sagen: Wir hatten jetzt letztens ne Patientin, die war sehr, auf Naturheilkunde und Homöopathie bedacht. Und ehm, war auch, was so ihre Ernährung angeht, da total drauf fixiert. Hatte eben ihren eigenen Ernährungsplan,ne. Ohne Zucker, mit nur noch Obst und Gemüse gegessen, und so weiter. Das ist extrem, klar. Und auch durch Studien bewiesen, dass das nicht immer unbedingt der richtige Weg ist vielleicht um eh.. (Pause), ne Heilung zu erlangen. Das war aber auch klar, dass das ne palliative Situation ist, das war ihr selber auch klar. Und, ich finde, das wurd halt häufig sehr belächelt und nicht so richtig ernstgenommen. Und das fand ich so ein bisschen schade, weil (Pause) , ich meine wenn ihr das selber klar ist, dann, kann man doch einfach gucken ob man da n guten Kompromissweg findet anstatt das irgendwie so runter zu machen.
152	I: ja.
153	B: Ja, also das würde ich mir wünschen.
154	I: Sind die Sachen, die jetzt in der Sozialvisite, also in der gewünschten Sozialvisite, ehm, gemacht werden würden... Wie läu.. also, wer fängt das im Moment auf, diese ganze Koordination?
155	B: Hmh. (Pause) ja, da ist ne gute Frage. Wahrscheinlich die Pflege (lacht). Ja, also die Visite läuft ja momentan nur zwischen Arzt und Pflege ab, sozusagen. Und das ist ja jetzt auch keine Visite am Bett. sondern das ist ja wirklich, dass wir dann im Raum sitzen und uns ne Übergabe machen. Und ehm, vermutlich, also das war ja auch immer mal geplant, das dann am Bett zu machen, ich würde vermuten, dass es am Bett, natürlich dauert das alles viel viel länger. Man bräuchte viel mehr Zeit dafür, das ist n Problem. Aber, dann fallen dir natürlich mehr Sachen ein. So gerade in diesem Gespräch. Und man sagt: Ah, der hat jetzt so Beinödeme entwickelt, oder so. Ah ja, kann man sich das gleich mal angucken. Ja, das ist jetzt behandlungswürdig oder: Ne, das können wir so lassen, das hat der schon vorher gehabt. Oder so. Also, dass da einfach sich noch mehr Sachen ergeben, natürlich in diesem Gespräch mit dem Patienten selber. Man kann ihn selber dazu befragen. Also das wäre eigentlich ganz schön. Und,ehm, wenn das jetzt nicht umsetzbar ist, dass aber zumindest der Sozialdienst und eben die anderen Professionen auch noch mit einbezogen sind. Weil ich glaube, gerade in so nem Gespräch, in so ner Diskussion, da ergibt sich einfach viel. Und ehm, so ist es ja aber so, dass man das alles erstmal alles einzeln beantragen muss, also dass man Anforderungen stellt im Orbis. Oder dass man den Ärzten sagt: So, also der braucht auf jeden Fall ne häusliche Versorgung irgendwie. Der braucht vielleicht Heimsauerstoff oder so, das haben wir ja auch öfter mal. Organisiert das! (lacht) Und dann: Habt ihr das schon gemacht? Ne, haben wir noch nicht gemacht. Also da sind dann immer so, die Wege sind einfach länger, als nötig.
156	I: ja.
157	B: sag ich mal so. Genau. Doch, das wird von der Pflege eher aufgefangen wahrscheinlich. (lacht)

Interview 2

1	I: Dann fangen wir jetzt mal an. (Geraschel). Ich würde eigentlich gerne mit so ein bisschen ner ehm.. offeneren Frage anfangen. Nämlich ob Ihnen einfällt vielleicht ein Fall, wo ne Entscheidung getroffen werden musste beim älteren Krebspatienten... Sei's jetzt ehm, palliativ ehm, kurativ, oder wo zwischen irgendwelchen Therapien entschieden werden musste oder on entschieden werden musste, zum Beispiel ne Therapie noch weiter zu machen oder nicht. Hm, fällt Ihnen vielleicht irgendwie n Fall ein, der zum Beispiel gerade jetzt aktuell auf Station ist oder irgendwie im Gedächtnis geblieben ist ?
2	B: Eh, aktuell im Moment. Ja, eh es ist, es ist ansich ständig. Die Situation, auf die treffen wir ständig. N Aktueller Fall, der mir jetzt gerade durch n Kopf geht, ist ne 75-Jährige Frau, die ne Akute Leukämie hatte, nach relativ kurzer Zeit mit uns allen und ihren Angehörigen beschlossen hat, dass ihr Leben so toll war, dass sie nichts mehr machen lässt. Sondern dieses halbe Jahr, das sie etwa noch hat, lebt.
3	I: Und keine Therapie mehr macht?
4	B: Und keine Therapie mehr gemacht hat. Ehh.. da ich nichts Negatives hörte, denke ich, das ist sehr gut gelaufen.
5	I: Die ist dann auch nicht nochmal wieder auf Station gekommen, oder?
6	B: Die ist nicht mehr wieder gekommen. Das war also ne ganz ganz toughe alte Dame gewesen, die einfach genau wusste, was sie wollte.
7	I: Wie läuft dann so'n, ... also Sie haben jetzt grad gesagt ne Beratung, 'mit uns allen' - wie läuft das ab? Wer ist da involviert?
8	B: Also es ist da involviert. Es ist natürlich erstmal ist es diese klassische ärztliche Aufklärung, also Diagnosestellung. Dann wird die, diese Diagnose kommuniziert. Wir Pflegekräfte sind eigentlich eher so involviert, dass wir dann so bei unseren Tätigkeiten einfach drüber sprechen. Also (Pause) so diese berühmte Frage: Was würden Sie machen, wenn ich Ihre Mutter werde. (seufzt)
9	I: hmh. Die kommt häufig ?
10	B: Die kommt sehr häufig. Ist aber auch n Argument, das ich oft in meiner Arbeit einsetze, wenn ich meinen Patienten

	immer wieder klar mach, dass ich mir bei allen meinen Tätigkeiten, die ich verrichte, immer wieder drüber,ehm, immer wieder hinterfrage, würde ich das mir meiner Frau, Tochter oder Mutter machen?
11	I: hmh.
12	B: Wenn ich das verneinen muss, wie kann ich es dann mit nem Fremden machen?
13	I: Passiert das häufig, solche Situationen?
14	B: Ständig. Das ist ehm, die onkologische Pflege ist eigentlich eine Pfl egetätigkeit, die permanent Grenzen überschreitet. (Pause)
15	I: Inwiefern?
16	B: Inwiefern? Allein schon immer die Frage mit Tod und Sterben konfrontiert zu sein ist schon sehr speziell. Man muss sich irgendwann selbst damit auseinandersetzen, das bleibt gar nicht aus. Und... das Interessante ist daran, dadurch, dass wir unsere Patienten meistens über einen längeren Zeitraum betreuen, bauen wir natürlich auch Kontakte auf. Manchmal sehr schnell, manchmal dauert es Wochen. Und, eeeh, für viele auch insbesondere einsame Menschen sind wir ja oft noch die einzigen Ansprechpartner.
17 -24	[...]
25	I: Das heißt, Sie nehmen sich schon... auch die Zeit, dann auf diese Bedürfnisse der Menschen einzugehen und zuzuhören, und zu beraten?
26	B: Ja. (bestimmt) (Pause) Also, weil jeder (Pause) Gesprächsimpuls hat ja irgend n Sinn. Auch Agressionen, sind ja auch of eine Ausdrucksweise für irgendetwas, was ich anderwältig nicht artikulieren kann. Und so allein schon, die Sache, eh, wenn jemand weiß, ich werd stinkig agressiv und so weit, is, eben daran zu kommen, warum er oder sie so ist. Das ist einfach (Pause) vielleicht ist der so unter diesem Helfersyndrom-Aspekt auch s n Stückchen Suchtpotential. (schmunzelt)
27 -45	[...]
46	I: Und Sie haben da dann immer Empathie?
47	B: Ja, das ist eh, vielleicht ist das auch Mitleid manchmal. Oder vielleicht auch, (unverständlich) vielleicht auch diese Situation: Wie möchte ich selbst behandelt werden?
48	I: Hmh. Ja.
49	B: Das spielt hier wahrscheinlich auch mit rein.
50	I: Diese, ehm, Dinge, die Sie dann von den Patienten erfahren, kommunizieren Sie die im Team? Werden die mit angesprochen, berücksichtigt?
51	B: (seufzt) Also wenn unsere Psychologen ein offeneres Ohr hätten, würde ich das manchmal ganz gerne mit denen bequatschen, aber die haben keine Zeit. (lacht)
52	I: (lacht) Okay.
53	B: Ja. Also wir haben einen sehr engen Kontakt zur Krankenhausesseelsorge, das schon seit Jahrzehnten. Das ist, sind auch für uns, immer wieder, oder waren immer wieder, auch in der Zeit, in der kein psychologischer Dienst zur Verfügung stand, die Ansprechpartner gewesen. Für uns und auch für unsere Patienten, die wir zumindest involvieren konnten. Es sind einige kollegen, mit denen ich drüber sprech, das ist im Team von dreißig Leuten illusorisch. Wobei ich auch sagen muss, das sind meistens etwas ältere Kollegen.
54	I: Hmh. Die da irgendwie mehr n Blick für haben ?
55	B: Ja, also die einfach, hmh, die Sache auch aufgrund ihrer Berufserfahrung auch anders überschauen können. (Pause) Oder weil sie so ähnlich sind wie ich wahrscheinlich.
56	(Beide lachen)
57	I: Ja, ehm (Pause) Sie haben ja vorhin gesagt, man fragt sich immer: Würde ich das für mich auch so wollen? Oder für meine Oma? Oder meine Mutter? Ehm, wie sieht denn für Sie so ne optimale Entscheidung, so ne Therapieentscheidung aus? Was sind so die Ansprüche, die Sie daran haben?
58	B: Also einmal natürlich ganz stark die medizinischen, nehmen wir mal (Pause) jetzt so, weiß ich, diese Kopf-Hals-Tumore, Larynxtumore, wos ums Ersticken geht, das ist für mich gar keine Diskussion, dass man da intervenieren muss. Weil, Ersticken stell ich mir mit so das Schlimmste vor. Habs auch oft genug begleitet und, weiß nicht, also das ist glaub ich ne Todesart die weder schön noch spannend noch sonst was ist, sondern einfach nur schrecklich. Eh, das ist wie bei Leukämien, das hab ich allerdings bei meinem Vater auch selbst erlebt, der ist am Hodgkin verstorben. Eh, wo man so ne Sterbesituation eigentlich recht angenehm gestalten kann. Das sind also diese Faktoren, die da mit Sicherheit ne Rolle spielen. Das andere ist, dass ich aber auch, eh, respektiere, wenn jemand einfach noch Zeit braucht um irgendetwas zu erledigen, dann, denke ich, ist das auch n ganz berechtigter Grund,eh, sich auf n Therapeutisches Konzept, auf ne Reanimation oder so etwas einzulassen.
59	(Pause)
60	I:Und, sonst eher nicht?
61	B: (Pause) (seufzt). Also wenn ich mir... eh... (unverständlich) das ist genauso dieses Zwischending, eeh, (Pause), (unverständlich) zwischen menschlich und ehh (Pause) Ich hab ja nicht das Recht, irgendwelchen Menschen mehr oder weniger vorzuschreiben, eh, was sie mit ihrem Leben anstellen wollen. Wenn ich aber dieses Leiden sehe, das oft mit vielen Therapiekonzepten verbunden ist, und auch nichts desto trotz die Perspektivlosigkeit, die eigentlich dahinter steckt, wäre ich da sehr vorsichtig. Aber ich also hatte aber auch bei meinem Vater dann bewusst entschieden, Hodgkin ist normalerweise ne gut behandelbare Erkrankung, bei ihm wars das halt nicht. Dass wir jetzt alles abbrechen und dass er jetzt sterben darf mit 69.

62	I: Hmh. War das ne Entscheidung mit Ihrem Vater zusammen?
63	B: Auch. Wobei er da schon so leichte Demenzzüge zeigte. Aber ich hab mehrere Nächte mit ihm verbracht auch. Also wir, wir hatten keinen guten Kontakt, das muss man dazu sagen. (lacht)
64	I: hmh,
65	B: (Räuspert sich) Hab das dann aber auch bewusst mit meinen Geschwistern, meiner Mutter alles kommuniziert und eh, die Entscheidung wurde dann schon so gemeinsam getroffen. (Pause)
66	I: Hatten Sie da damals das Gefühl, dass, wenn Sie das da aus Angehörigen-Sicht erlebt haben,ehm, die Pflege und die Ärzte und andere Mitarbeiter vom medizinischen Team, ehm, da auf Ihrer Seite standen?
67	B: Ne. (Pause) Aber, das eh, das ist auch wieder, eh. Das war ne Klinik eh (lacht) , in der ich vorher gearbeitet hatte und diese Station hatte ich auch noch mit aufgebaut. (lacht)
68	I: (lacht)
69	B: Eh, ne das wars definitiv nicht, eh, die hätten therapiert auf Teufel komm raus. Und, eh, das (Pause) Wurde dann mehr oder weniger so akzeptiert aber, (Pause) ich glaube nicht gutgeheißen.
70	I: Okay. Und hat das so n bisschen, den, die, diese Erfahrung den Blick dann im Arbeiten später verändert?
71	(Pause)
72	B: Im Hinblick darauf, dass ich das so mit als Hauptkriterium für meine Arbeit nehme, ja. Diese Mentalität hatte ich vorher schon.
73	I: Okay. Das heißt, zu sagen: Wenn der Tod kommt, dann darf er auch kommen und man muss nicht auf Teufel komm raus ...
74	B: Ja, also..
75	I: ... ne Therapie machen? (Pause)
76	B: Eh, ich denk, eh, man sollte Menschen einfach (Pause) die Möglichkeit geben, alles für und wider abzuwägen. Und wenn wir ehrlich sind, machen wir das hier in unser deutschen Medizin auf jeden Fall nicht. Ich denk, Niederlande ist da etwas weiter (lacht)
77	I: Was machen die anders?
78	B: Eh, es ist ne ganz andere Kommunikationsebene, wie man über (Pause) eh Krebserkrankungen und so Therapien sp..., also was ich mitbekommen habe. N Freund von mir ist dort auch Arzt. Und, eh, was ich da so mitbekommen habe, und auch so von Kongressen und so, den Kollegen, die ich da kennenlernte. Eh (Pause) man gibt (Pause) den Menschen mehr in die Hand. Und zwar für und wider.
79	I: Hmh.
80	B: In Deutschland gibts immer nur pro Therapie.
81	I: Wirklich?
82	B: Ja. Haben Sie's schon mal anders erlebt ? (lacht)
83	I: Ne, das ist, (lacht) das ist ja genau das, was ich hier versuche rauszufinden. (lacht)
84	B: (lacht) Ja. Es ist ganz eindeutig. Normalerweise, eh, also, wird, werden Patienten eigentlich in ne Therapie gedrängt. Auch, wenn sie das oft selbst schon gar nicht mehr verstehen. Das ist jetzt relativ aktuell so n Fall, den ich vor Augen habe. Und, eh, diese Alternative eh, Hospiz ist erst, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist. Sie werden also kaum - in der Strahlentherapie bei uns erleben wirs manchmal, dass man durch diese palliative Radioonkologie-Geschichte, dass man die Sache Hospiz schon mal andenkst zu nem frühen Zeitpunkt. In der Inneren, also in der Hämatologie überhaupt nicht. Also in der Hämatologie stirbt man nicht an Krebs. Was ja zum Teil wirklich auch stimmt, aber.. (lacht)
85	I:(lacht) Man stirbt eher an den Therapien?
86	B: Genau. Man stirbt an den Folgen der Therapien. Also der Krebs ist geheilt, es haut ja schon hin oft. Also, wenn ich das jetzt rein pathologisch betrachte (schmunzelt).
87	I: (lacht) Hmh. (Pause) Und, was sind da so die für und wider? Oder, sie sagen ja jetzt eigentlich nur für, also es eigentlich gibt gar keinen richtigen Entscheidungsprozess?
88	B:Ne, das ist. (unverständlich) Ich versuche immer wieder, wenn ichs irgendwie kann, bei bestimmten Erkrankungen, Leute mit ins Boot zu nehmen, die diese Erkrankung oder diese Therapie durchgestanden haben.
89-92	[...]
93	I: Hmh. Das ist ja eigentlich schon wichtig irgendwie, um über die Therapie aufzuklären.
94	B: Ja das ist, das ist mir, wenn ich aber der ganzen Psychoonkologie nicht nur eh (Pause) so n Krankheitsaspekt aufdrücken will. Das ist es eigentlich. Also hier in [Name der Stadt] ist es ganz ausgeprägt, ich hatte es in [Name einer anderen deutschen Stadt], im [Name des Krankenhauses], anders erlebt. Das war allerdings [Name des Psychoonkologen], war ein Psychologe der, n Psychoonkologe, der aus den Vereinigten Staaten nach Deutschland kam. Und eben wirklich Psychoonkologie auf dem Niveau praktizierte, wie ich es hier nur einmal erlebt habe. (lacht) Die Frau ist verstorben, also (lacht)
95	I: Was heißt Niveau? Was heißt das? Was kann der?
96	B: Eh, das ist, das ist genau das, was der konnte. Eh, der eben wirklich, eh auch in diesen Gesprächen einfach Alternativen aufzeigte. Oder, nicht nur diesen einen Weg Richtung Therapie sondern wirklich es gibt ganz ganz viele Wege, die man bestreiten kann. Oder: Was hatten Sie n? Woran liegt's? Oder auch dieses, eh, zum Teil dieses rauskitzeln: Was, welche Leichen sind noch im Keller? Diese Dinge. Ganz viele Menschen können ja nur deshalb nicht loslassen, weil sie noch irgendwas regeln müssen.
97	I: Ja.

98	B: Und das fällt verdammt schwer eben (lacht) da mal Klartext zu reden.
99	I: Wird mir Ihnen als Pfleger dann (Pause) auch häufig Klartext geredet ?
100	B: Eh, ich glaub, eh, unsere Rolle ist, eh. Wir sind ja keine Mediziner, das ist schonmal das. Eh, fürn bestimmten Typ ist immer so n bisschen die Gefahr, Kumpel zu werden. Das spielt ne Rolle, also gerade auch als männlicher Pfleger oft. Ehh. Und ich denk aber, wenn sie mit mir drüber reden, warum sie das machen, ist erstmal egal. Das ist genauso wie ich das siezen und duzen halt auch einsetz natürlich. Wenn jemand besser reden kann, wenn er mich duzt, soll er mich doch duzen. Da bricht mir keiner ab und (lacht)
101-108	[...]
109	I: (Pause) ja. Wie, ehm, gehen Sie denn damit um, Sie haben vorhin gesagt: Eigentlich kommt das häufig vor, dass Sie nicht so richtig hinter den Therapien stehen, die Sie aber ausführen (Pause) müssen? Wenn ich das richtig verstanden habe. Das ist man dann als Pfleger ja schon in nem gewissen Konflikt?
110	B: Ja, also, eh... ich, ich hab hier erstmal eh, sagen wir mal: Formaljuristisch sowieso nix zu melden. Eh, stell das schon mal in Frage. Also auch in Gesprächen mit unseren Chefärzten. Das ist aus alter Gewohnheit, also (schmunzelt).
111	I: (lacht)
112	B: Und, eh, (Pause)
113	I: Wie reagieren die dann dadrauf?
114	B: Also, entweder sind die Argumente echt gut. Die meisten Argumente, also, ah, auch die können nicht aus ihrer Haut, das ist es eigentlich. Also, ich glaub, wenn man sich da einfach mal die Zeit nehmen könnte, eh, sich wirklich einmal intensiv mit der Situation auseinander zu setzen, käme er auch zu ganz anderen Schlüssen. Das ham sie nicht. Unsere Assistenzärzte können es einfach nicht, weil sie sich damit mit ihrem Chef anlegen oder ihren Oberärzten, und das ist einfach im Moment, das ist in dem System, in dem wir uns hier befinden, einfach illusorisch.
115	I: Ja.
116	B: Also die Größe haben... Das ist für mich ja immer interessant, weil ich ja jetzt Generationen von Ärzten an dieser Klinik erlebt hab. Wirklich, ich kann ja sagen vom PJler bis sie heut Oberärzte und Chefärzte sind. (lacht) Und, eh, (lacht) es ist immer wieder interessant, wenn sie dann ihren, ihre Karriere gemacht haben, wie dann so, diese eh, Verhaltensänderungen dann so, sich so manifestieren. Und meistens nicht im positiven Sinne.(schmunzelt) .
117	I: Das heißt, alte Muster werden übernommen oder?
118	B: Ja, genau, so ungefähr. Das ist wirklich so das, was immer ist. Eh, (Pause) zuerst wird man getreten, und dann tritt man. (Pause) Das auf niedrigstem Niveau
119	I: Hmh, (Pause) ja.
120	B: Aber das ist, das ist eigentlich auch nicht Ziel der Sache. Ziel ist eh, bei der ganzen Geschichte, ist, immer irgendwie, eh, für mich auch, dass sich die Patienten irgendwie in ihrer Haut einigermaßen gut fühlen.
121	I: Dass die Patienten, mit der Entscheidung...
122	B: Mit der Entscheidung klar kommen können und, ehm, da, das andere, dazu müssten wir interdisziplinärer Arbeit haben, die ma, definitiv eigentlich nicht haben. Außer in dieser PRO-Geschichte, da funktioniert. Das ist das komischerweise manifestiert, schon.
123	I: Was ist das?
124	B: Das ist, hmh, wir haben also auf der [Name der Station], der Strahlentherapie, sind drei Betten für die palliative Radioonkologie ausgewiesen. Also das ist ein eigenes radioonkologisches Konzept, das der [Name], der Chef, mit entwickelt hat. Und, komischerweise da sitzen dann Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger, Pflegekräfte zusammen, treffen sich jeden Dienstag einmal, da wird das alles durchgequatscht. Und da wird auch n ziemlich klares palliatives Konzept entwickelt, für Leute die da reinkommen. Das ist so n bisschen Brutalo-Selektion. Wir hätten an sich viel mehr, die man da reinnehmen könnte. Davon haben wir nur drei Stück. Sind aber nichts desto trotz, denk ich, was Palliativpflege, Palliativmedizin, betrifft, wesentlich weiter als der Rest [des Krankenhauses].
125-130	[...]
131	I:(lacht) das stimmt. Ja. Und, ich hör ja schon so n bisschen raus, dass es irgendwie, eigentlich sie nicht zufrieden sind mit den meisten Therapieentscheidungen, die so getroffen werden?
132	B: (unverständlich) ne ich, eh, ja. das kann man glaub ich schon so raushören. Die andere Sache ist die, das ist die, das ist einfach, wie sie getroffen werden.
133	I: hmh ?
134	B: Also wenn wirklich, eh, das so auf so m, int , eh, interdisziplinären Level ablaufen würd, denke ich, wärs wirklich leichter und besser mitzutragen, als einfach nur so ausführendes Organ zu sein für irgendwas. Was man selbst nicht versteht.
135	I: Also passiert es nicht, dass der Arzt vor der Therapie kommt und sagt:
136	B: Also es, es ist ...
137	I: Was haben Sie denn gesehen, was...
138	B: Es gibt Ausnahmen. Es gibt ab und zu mal Ausnahmen, dass wir uns einfach mal beim Kaffee oder so zusammensetzen. Also normalerweise klappt die Kommunikation zwischen Ärzten und uns schon ganz gut. Nur in, in den Fragestellungen ist, eh, ist es in der Onkologie im Prinzip immer ne Oberarzt/Chefarzt-Entscheidung.
139	I: Okay.
140	B: Kann man ganz klar sagen. Also auch zum Teil wegen der Medikamente, die eingesetzt werden, die wirklich ja irre

	teuer sin. (Pause) Und eh, (Pause) das eh, das ist eh, das ist ne Kultur, die hier einfach nicht herrscht. Also ich hatte in [Name einer deutschen Stadt] wie gesagt, eh, so Ansätze dazu mitbekommen Anfang der neunziger Jahre. Was aber auch damit zusammen hing, dass der damalige Chef eh, in den USA auch seine Ausbildung machte, und eh, verrückterweise hat eh, der [Name] damals von der Army nurses geholt en masse.
141-176	[...]
177	I: Haben Sie das Gefühl, dass, ehm, diese Gedanken zu Tod und Sterben, die die Patienten Ihnen gegenüber äußern, dass die auch den Ärzten gegenüber geäußert werden und in die Entscheidung mit einbezogen werden?
178	B: Ne. (Pause)
179	I: Das ?
180	B: Ehh, ich glaub mittlerweile, eh, Ärzte werden nicht mehr als Menschen wahrgenommen, sondern als Roboter.
181	I: Von den Patienten?
182	B: Ja. Das ist (Pause) Also uns gegenüber wird dann wieder beschrieben, werden dann wieder so menschliche Aspekte beschrieben. Oder so, was da auffiel. Aber es merkt man auch, eh, dass mit den Ärzten fast über überhaupt nichts geredet wird. Außer über die Erkrankung und die Therapie.
183	I: Hmh. Und was, was kommt dann nachher, im Nachhinein sag ich jetzt mal, auf mit den Pflegern?
184	B: Das ist dies alte Visitenprinzip, eh, das ist die frühere Visite ist, die Chefvisite ist gelaufen, danach kamen die Fragen. Und so ist es auch oft. Also, die wollen auch, mit Ärzten wollen se ansich nur über Erkrankung, Therapie und vor allem über Prognose sprechen. Also, die, unsere armen Ärzte müssen auch noch diese hellseherischen Fähigkeiten haben.
185	I: (lacht)
186	B: Die sie definitiv nicht haben (lacht).
187	I: Ja. (lacht) Und der Rest wird dann an Sie gestellt nachher, die Fragen?
188	B: Genau
189	I: Können Sie dann da häufig, geben Sie da selber Antworten oder wie gehen Sie damit um?
190	B: Also, was ist nicht mache ist permanent sagen: Da müssen Sie n Arzt fragen. Weil ich erstens genau weiß sie würden den Arzt sowieso net fragen, sonst hätten se grade gefragt. Haben sie aber nicht, also ist es Quatsch, also erzähl ich eben aus meinem Erfahrungsschatz (lacht).
191	I: Ja. Und positionieren sich auch?
192	B: Das ja ansich immer, weil es geht gar nicht anders. (Pause) möglichst auch so, dass es dem- oder derjenigen auch irgendwie, sagen wir mal, n St- (Pause), ja so n Stückchen Weg zeigen kann auch. (Pause) Also das Feedback, das ich bekomme, ist größtenteils positiv. Ganz so schlimm kanns nicht sein, was ich da veranstalte. (lacht)
193	I: Hmh. (lacht) Haben Sie denn häufig das Gefühl, ehm, dass allen Akteuren oder allen Beteiligten bei so ner Entscheidung, ehm bewusst ist, dass jetzt gerade ne Entscheidung geführ, gefällt wird?
194	B: Ja. Das schon, aber die Medizin versteckt sich hinter ihrer Sprache. Die Patienten verstecken sich hinter ihrer Angst. Und die Angehörigen genauso.
195	I: Die Angehörigen haben wir ja jetzt noch gar nicht thematisiert. Wie, ehm, sind die denn da irgendwie noch mit eingebunden in diesen Prozess?
196	B: Ja, das ist ja jetzt erstmal schon, eh, überhaupt erstmal rauszubekommen, welche Beziehungen da überhaupt wie laufen. Das heißt ja, wenn jemand jetzt Sohn oder Tochter ist sagt das ja erstmal überhaupt net viel aus. Das da biologisch was passiert ist, aber (schmunzelt) eh. Auch da eh, hängt's wahrscheinlich wieder damit zusammen, eh, dass die deutschen Ärzte es einfach nicht lernen, Leute sprachlich da abzuholen, wo sie sind. Also. ehm. Selbst wenn sie sich noch so bemühen. Ich weiß selbst, wie schwer das ist, sich in normaldeutsch auszudrücken. Ich versuch nämlich jetzt momentan grad, eh, wie heißt das? Medizin in einfacher Sprache zu entwickeln. (lacht) Und, eh, das fängt schon damit an. Und, eh, entweder sind se agressiv, weil sies nicht verstehen. Und das runterholen ist halt auch nicht gerade das praktischste. Oder aber, es wird zu allem Ja und Amen gesagt. Und es wird einfach so missverstanden, dass es alles ins Positive geht. Und das weiß ich ganz genau, dass ne Aufklärung so mit Sicherheit nicht gelaufen ist. Weil diesen Begriff Heilung nimmt jemand, der in der Onkologie tätig ist, eigentlich nicht in den Mund. Aber, wenn ich das rezitiert dann höre, eh (schmunzelt)
197	I: Was die Patienten dann gehört haben?
198	B: Hat der arme Mensch also, eh, wurde ihm Heilung versprochen und alles. Und die Besten hundert Prozent, was ich mit Sicherheit glaube. (lacht) ja also. Aber das ist, das A und O an der Geschichte ist immer wieder, die Angehörigen irgendwie mit ins Boot zu nehmen. Und, auch da ist es natürlich auch wieder n Prozess, der sich oft über eh, Tage, Wochen hinzieht, bis man des auch so hat. Also ich denk, den Vorteil, den wir eigentlich als Pflegekräfte in der Onkologie haben, ist eigentlich dieser Zeitfaktor. Den wir definitiv zur Verfügung haben gegenüber von anderen Abteilungen. Aber eh, (Pause) aber es besteht einfach auch eh, in der deutschen Medizin auch viel zu wenig Interesse, das wirklich gemeinsam anzugehen. Also, das ist, wie gesagt ich mach das jetzt bald vierzig Jahre mit. (lacht)
199-204	[...]
205	I: Ja. (lacht) Ehm, was wollte ich noch fragen? Haben Sie das Gefühl, dass solche Sachen, bei älteren Patienten anders angegangen werden, Therapien anders angegangen werden als bei Jüngeren?
206	B: Eh, (seufzt) ich würds nicht ausschließen. Also, wünschenswert wäre ja auf jeden Fall. Oder es gibt ja ganz viele Therapieprotokolle, die also extra für elderly people vorgesehen sind. Also, wenn Sie sich die Berechnungen der Dosierungen angucken, ist es wirklich so minimal, dass das also (lacht) vom altersgerecht dann doch äußerst fragwürdig wird. Eh.

	(Pause) Das (Pause) Bewusst wird erstmal alles therapiert, was geht.
207	I: Hmh.
208	B: Um dann zu merken, das was nicht geht, das dauert dann schon gewaltig lang. Bis dahin ist dann ganz viel Schlimmes meist auch passiert. Bis man dann mal die überhaupt die Notbremse wenn überhaupt zieht. Ne, ich glaub (Pause) Also ältere Menschen sind, haben glaube ich in diesem ganzen System nur ne einigermaßen faire Chance, wenn ihre Angehörigen fit sind. (unverständlich) Aber ganz schlimm ist es für die, die wirklich alleine sind. Das ist genau der Punkt, wo ich sag: Da hast du nämlich jetzt aufzupassen. Und die die wirklich alleine sind.
209	I: Da sind Sies dann, die quasi die...
210	B: Da auch wieder, da n Stückchen so ne Anwaltsposition zu übernehmen. Aber das ist, eh, fängt aber schon damit an, dass eh, das fängt ja schon an, wenn jemand dement ist und so weiter. Demente fallen in unserem Gesundheitssystem hinten runter. Oder haben Sie schonmal ne Demenzstation im [Name des Krankenhauses] erlebt? (lacht)
211	I: Es sind immer überall Demente, aber es gibt keine Demenzstation.
212	B: Nein, und das ist. Man sieht einfach welche Zeit man einfach braucht, mit Dementen umzugehen. Oder, wie mit Dementen umgegangen wird. Das ist, selbst wenn sich die Kinder noch so um sie kümmern, fallen sie noch hinten runter.
213	I: Weil sie nicht für sich selbst einstehen können, ja...
214	B: Weil sie nicht für sich selbst einstehen können, genau. Und, eh, wir machens auch nicht. Weil es ist nämlich so wunderschön einfach. N Dementen überreden Sie zu jedem Scheiß.
215	I: Hmh. Auch zu jeder Therapie?
216	B: In der Richtung auch. Gut, da muss ja dann, eh, wenn das feststeht muss ja da n Betreuer unterschrieben, gut. Aber das ist, das sind momentan für mich die eigentlichen Opfer in dem System. (Pause) Und. Es ist, fängt schon damit an, eh. Sie haben ne Demente an ein Zimmer gewöhnt. Wos jetzt klappt, wo sie sich zurechtfinden und so weiter, jetzt keine Probleme hat. Eh, ich kam wieder, da ham sie sie in ein anderes Zimmer verlegt, die Frau war total durch den Wind. Wir fingen wieder gleich bei Null an. Es ging nämlich gar nichts mehr. Die war wieder inkontinent, es war alles wunderschön. Wenn man der Frau sagt, ob sie ne anderes will sagt die: Ja, klar.
217	I: (lacht) Also ist auch so ne Demenz kein Grund zu sagen: Okay, da machen wir jetzt keine Therapie mehr?
218	B: Wärs für mich nicht, eh. Die andere Sache ist aber: Ich muss aber auch mit den Menschen zumindest fair umgehen. Und das geschieht ja nicht. Und wenn ich aber jetzt Demenz plötzlich den Krebs in Vordergrund stelle, und die Demenz so irgendwo dahinten, das ist es nicht.
219	I: hmh.
220	B: Das heißt, wenn ich schon Demente Patienten aufnehme, muss ich auch für ne adäquate Betreuung sorgen. Nicht so, wie ich grad mal Lust hab.
221-234	[...]
235	I: Ja, aber so, ich finde in so nem Sprachgebrauch, wenn man dann sagt Omi, das drückt ja dann irgendwie schon so ne Art Disrespekt so ner Person gegenüber aus.
236	B: Ist es auch, Ist es auch. Das ist genau das. Und das ist, komischerweise ist es immer so, wenn ich jemanden nicht kenne, bin ich so respektlos. Wenn ich jemand kenne, mach ich das schon nicht. Dann ist es was anderes. Also wenn es meine Mutter betrifft ist es was anderes, als wenn es jetzt die Mutter eines andern betrifft.
237	I: Ja. Das ist schwierig, Ja. Haben sie das schon häufiger erlebt, dass die Patienten dann auch Ihnen gegenüber irgendwie ausgedrückt haben, dass das eigentlich die Therapie ist, die sie wollen?
238	B: Ja. Nur das ist mittlerweile. Das ist sehr genau so schon dieses Betreuungsrecht mittlerweile greift. Das heißt, sie werden in dem Sinne entmündigt. Und diese Profibetreuer, die unterschreiben eigentlich alles.
239	I: Und das sind dann aber ja Patienten, die auch irgendwie ne dementielle Erkrankung zum Beispiel haben oder so ? Oder
240	B: Hmm, manchmal ist es ganz schwierig, also, eh, Sie erleben immer wieder Betreuungssituationen, wo sie jetzt, wo man sich wirklich fragt, eh, was an der Person betreuungswürdig ist. Was das jetzt nur mal n Blackout? Was das n Druchgangssymptomatik? Und wenn man sieht, wie schnell aber jemand in der Schiene drin ist, aufgrund von ganz kurzfristigen Dingen, ist das schon seltsam.
241	I: Ja.
242	B: Oder sonstigen Interessen die bestehen. Da steckt man ja auch nicht drin. Aber eh, das (Pause) und eh, dazu kenn ich mich jetzt juristisch nicht genug aus, muss ich sagen. Was da wirklich machbar ist, was Angehörige da konstruieren. Also sei es Bruder, Tochter, Schwester, die jetzt auf keinen Fall sterben darf. Auch wenn Tochter, Bruder, Schwester schon längst entschieden hat, dass sie die Schnauze voll hat. und sobald, eh, im Prinzip mit nem Anwalt oder Rechtsstreit gedroht wird, knickt hier alles ein.
243	I: Dem Krankenhaus gegenüber oder?
244	B: Ja.
245	I: Das heißt, dann wird gemacht, was die Angehörigen wollen?
246	B: Im Prinzip.
247	I: Das heißt, dann wird noch alles therapiert, was therapiert werden will, oder halt auch n Therapieangebot abgebrochen oder?
248	B: Ja im Prinzip meistens wird auf Teufel komm raus therapiert. Abgebrochen ist weniger. Das ist ja das gewisse menschliche. Wobei es bei einigen Therapien, das ist aber das, was man den Patienten auch immer wieder erklären muss, ist: Ich kann net ne bestimmte Therapie anfangen und dann sagen, jetzt hab ich keine Lust mehr. Weil dann stirbt man

	definitiv.
249-252	[...]
253	I: Also gibt es, haben Sie nicht das schonmal irgendwie gehabt, dass... Sie sagen jetzt: Menschlich ist das, wenn man keine Therapie mehr machen muss. Aber, ist es auch noch nicht vorgekommen, dass jemand keine Therapie mehr gekriegt hat, wo Sie dachten: Der hätte eigentlich noch eine verdient?
254	B: Doch. Hatt ich jetzt auch erlebt. Aber das ist ne ganz schwierige Sache. Also das war auch n älterer Mann, irgendwo dement aber doch nicht so richtig dement. Und, eh.. dem wollten se ne Antikörper-Therapie geben, da hat der sich dauernd die Nadeln gezogen. Da haben sie alle Therapien abgebrochen. Ich war jetzt der Meinung: normalerweise hätte man jetzt versuchen müssen, mit ner Sitzwache und so weiter, ihm seine Therapie zu geben, um einfach zu gucken, ob er wirklich was im Kopp hat. Das, wäre dann nach ein, zwei Therapien verschwunden gewesen. Und dann wäre klar gewesen. Das wurde überhaupt nicht gemacht. Warum allerdings nicht, das hab ich nicht verstanden.
255	I: Ja. Und da wurde auch nicht das mal besprochen im Team?
256	B: Ich hab des, ich hab das n paar mal angesprochen. Das wurde von allen Seiten, sei es Pflege, sei es Medizin, allen abgeblockt. Ich mochte den Typ auch nicht, ich war auch froh, als er weg war, aber (schmunzelt). Ja der hatte, wenn jemand Sie 24 Stunden am Tag nur nervt.
257-264	[...]
265	I: Okay, dann ehm, würde ich jetzt so n bisschen zum Abschluss kommen. Das wurde jetzt auch schon thematisiert, immer zwischendurch, aber: Wie würden Sie sich die Zukunft vorstellen optimalerweise? Was soll sich ändern ? Wie soll das laufen?
266	B: Das Optimale, ich (Pause) das sind im Prinzip diese eh, multiprofessionellen Teambesprechungen, das wär glaub ich n ganz ganz wichtiger Aspekt. Ob man das jetzt in ne Visitsituation mit reinnimmt, oder ob, wie wir das in der PRO halten, uns da einmal die Woche im Raum treffen und zusammensetzen, ich denk das wär schon ganz gewaltiger Schritt. Und das andere ist, eh, (Pause) mit Sicherheit, einfach die Alterspyramide mal leider akzeptieren lernen. Ob sie uns gefällt oder nicht, darüber lässt sich streiten, sie ist da.
267	I: Der Patienten, meinen Sie?
268	B: genau.
269	I: Akzeptieren lernen, dass es mehr..
270	B: Das heißt eigentlich auch, ich seh es ganz klar auch , wenn ich solche Studien mache, solche Fragen mit berücksichtigen: Hats denn überhaupt noch n Sinn, ne 90-Jährige damit noch zu beschießen? Ist so ne ganz einfache Sache. Oder: Was erreiche ich damit? Es gibt mit Sicher-, wie gesagt, mit diesen Luftgeschichten und so weiter, da ist es für mich gar keine Frage. Da kann jemand hundertzwanzig sein, ich würds noch machen. Aber es gibt halt ganz viele Sachen, wo man sich wirklich fragt, oder wo, wenn ich halt genau eh, schon die blöde Ahnung hab, und es trifft ja leider immer wieder zu, dass die Therapie jemanden rumbringt, was hab ich davon? Wenn jemand sich frei dafür entscheidet, kann ich auch nichts dran ändern, also jeder darf sich umbringen, wie er will, aber (schmunzelt). Aber das sind halt auch so Dinge. Aber ich glaub, eh.., die Hauptsache, die passieren muss, ist in diesem Medizinsystem erstmal miteinander.
271	I: Hmh, und, Miteinander heißt auch mehr mit dem Patienten?
272	B: (Pause) eh, wenn, die Profis schonmal miteinander reden würden, werden ganz schnell auch Patienten mit einbezogen. Und dann wirds, ist nämlich der logische Schluss daraus. Aber so reden doch immer nur Profi 1,2,3,4,5, alle reden mit dem Patienten. Im Prinzip weiß keiner, was der einzelne mit dem redet. Das ist doch schonmal sowas von in dem Sinn, unökonomisch. (lacht)
273	I: (lacht) Das stimmt, da müssen fünf Leute rein gehen.
274	B: Ja. Und wie gesagt, dass hatte ich halt da, mit diesem Amerikaner, diesem Psychologen oder auch hier mit [Name], ganz anders erlebt. Also, Psychologen, mit denen ich mich an sich immer kurz geschlossen hatte. Und wir eigentlich immer so aufm gleichen Level an sich anfangen. Aber das ist halt, das ist ne Utop-, also ich werds hier nich mehr erleben. Aber ich denke weiter zu machen. (lacht)
275	I: Vielleicht werde ich das noch erleben. (lacht)
276	B: Genau. (lacht)

Interview 3

1-4	[...]
5	B: Ja. Und dann hatt' ich den Nachbarn ein Eingang weiter, siebzig Jahre, auch auf einmal bei mir auf Station voll Krebs von Kopf bis Fuß. Die sind beide innerhalb von ein paar Stunden gestorben im Oktober. Er vor Mitternacht, sie nach Mitternacht.
6	I: War auch nicht mehr möglich, da noch irgendwie was zu machen an Therapie?
7	B: Bei dem alten Herren haben wir, die haben beide Chemo und Bestrahlung (Pause) Ich fands von Anfang an sinnlos. Das war zu weit fortgeschritten. Ich weiß aber nicht, inwiefern das dann gelindert hat, ja.
8	I: Ja. Kriegt man das nicht mit, inwiefern dass dann irgendwie besser wird nochmal, die Symptome, oder?
9	B: Vielleicht ist das dann ein bisschen aufgehalten oder so? Ich weiß es nicht, wie das sonst fortgeschritten wäre. Die meisten greifen ja nach jedem Strohalm, machen ja jede Therapie mit. Das ist meine Erfahrung. Wo ich manchmal das

	nicht versteh. Ich denk immer: Geh doch nach Hause, solange es dir gut geht und komm wieder, wenn es dann gar nicht mehr geht. Man kann dann ja auch anders noch eingreifen. Aber das macht keiner. Ganz selten, dass du son, n fast 100-Jähriger hat das mal gemacht, ne. Nö, sacht der, nu sowieso Schluss, und ist nach Haus gegangen. An irgendwas muss man ja sterben, hat er gesagt.
10	I: (lacht) ja.
11	B: Also der hatte n ganz, also der hatte auch mit dem Leben, so, sagt der: Ich hab gelebt. Was erwartet mich noch, sagt der und so ne. Bei mir in der Familie ist keiner so alt geworden und so. Der hatte n ganz gutes Verhältnis zu sich. Und dann hab ich auch gedacht: Bevor er noch da Übelkeit kriegt, und weiß ich für Nebenwirkungen. In der Umkehr-Iso liegen muss und weiß ich was. Und so ist das ja auch ganz gut so, die Entscheidung. Den hab ich auch nie wieder gesehen.
12	I: Aber das treffen nicht häufig Leute die Entscheidung, für sich, keine Therapie mehr zu machen?
13	B: Nein, nein. (Pause)
14-33	[...]
34	I: Spielt denn da oft die, spielen die Angehörigen da oft ne Rolle bei der Entscheidung irgendwie? Wobei du ja jetzt grad so b bisschen gesagt hast, das wird eigentlich gar keine Entscheidung getroffen, aber ?
35	B: Also er hat die Entscheidung alleine getroffen und dann ist seine Frau wieder gekommen. Aber ich denke, er hat schon an seine Tochter gedacht und so weiter, hmh. Ich glaube, er hätte gerne gesehen, dass er noch Großvater wird.
36	I: hmh. (Pause) Und wenn jetzt jemand auf der Station liegt, der, sag ich mal, 75 ist, also schon älter. Und man stellt jetzt irgendwie Krebs fest, und es muss entschieden werden: Machen wir jetzt noch was, oder nicht? Wie läuft das so ab?
37	B: Geht die Ärztin hin und erklärt das erstmal, was wir gefunden haben. An dem Tag, oder in dem Moment braucht man nichts weiter erzählen. Die hören nur: Karzinom, bösartig, und dann ist dicht. Leider erzählen die Ärzte dann immer weiter, und dann fragen sie mich. Da wir ja so wenig Personal sind, kann ich leider nicht bei jeder Aufklärung dabei sein. Und ich muss dann immer denken: Ja aus Erfahrung, was kann die gesagt haben? So was... Die Ärztin ist dann ja meist abends nicht mehr da. Ich sag Ärztin, weil ich so viele Ärztinnen habe. Und dann hab ich schon gebeten: Ich sag, melde dich doch bei mir vorher an und dann machen wir das, sag ich. Ne? Ich sag, ich kann auch die Hand halten. Oder ich sag, bestell die Angehörigen dazu.
38	I: Ja.
39	B: Wenn die sowieso immer kommen. Dass die nicht alleine sind und dass die Anghörigen dann die Fragen stellen können. So, das würde ich besser finden zum Beispiel. Die kriegen in dem Moment mehr mit. Ja, und dann nächsten Tag gibts schon meistens Chemo, ne.
40	I: So schnell geht das.
41	B: Ja.
42	I: Das heißt...
43	B: Also ich finde das ganz schon hart manch-, für manchen.
44	I: Ja. Wenn da auch gar nicht mal drüber gesprochen wurde, oder da mal nachgefragt wurde oder so.
45	B: Nein, nein. Ja, am nächsten Tag dann nochmal, alles nochmal von vorne erzählt. Weil die machen ja zu. Bis zum Wort Karzinom, dann ist Schluss, das Gefühl hab ich immer. Ich weiß aber, ich denk immer: Ich wär vielleicht genauso, ne? Das würd mir erstmal reichen als Information.
46	I: Geschockt ist man ja wahrscheinlich in jedem Fall .
47	B: Aber was ich schon toll finde, dass sie sich richtig Zeit nehmen, und nicht das im Rahmen der Visite machen. Das find ich schon toll.
48	I: Das heißt, dass ist dann immer n Vier-Augen-Gespräch (unverständlich) ?
49	B: Ja. Ja. das Finde ich schon gut, hmh.
50	I: Ja. Und das mit den Angehörigen, dass die dazu gerufen würden, wird das jetzt auch teilweise umgesetzt?
51	B: Ja, sehr. Hmh, wir sind froh über jeden, der mitmacht. Aber ich finde, dass auch die Angehörigen besser betreut werden müssen. Die ganze Familie hat ja Krebs dann, ne? Nicht nur der eine. Man sagt dann immer: Ja und der ist ja gut betreut und so. Aber die Angehörigen fallen in ein Loch. Wo ich eben erzählt hab, dieser 60-Jährige, da hab ich die Frau zum Psychiater geschickt. Und das war gut so. Ich sag, such dir was. Nun kannst ich sie so. Ich sag, such dir was, du brauchst Hilfe. Ich sag, wie gehst du damit um? Wo bleibst du damit, mit deine Ängsten und so? Und die ist auch n Vierteljahr gleich aus dem Verkehr gezogen worden. Die war völlig fertig. Die hat auch so über zehn Kilo abgenommen. Die leidet auch.
52	I: Kriegt ihr da als Pflegende viel von mit, was die Angehörigen so beschäftigt?
53	B: Ja. Ich kriegt das mit. Leider. Ich weiß nicht, ich hab so ne müttlerliche Ausstrahlung wohl oder so. Mir erzählt jeder alles. Ja - alles, was ich auch gar nicht hören will manchmal.
54	I: Was sind da so für Themen die da aufkommen, in dem Moment ?
55	B: Bei Männern manchmal, ob man noch Geschlechtsverkehr haben kann und ob man noch Kinder zeugen kann. Ganz... die fragen mich das, nicht den Arzt. Weil sie mich kennen. Ja. Seh ich grade einen Patienten vor mir, der ist auch Anfang dreißig nur geworden. Und... montags festgestellt und sonntags gestorben. Und dazwischen war Chemo. Notfallmäßig. (Pause) Ich hab gedacht: Oh Gott, oh Gott, oh Gott. Und dann ist es so schlimm gekommen, wie ich gesacht hab.
56	I: Inwiefern?
57	B: Er ist gestorben. Ich wusste, dass der das nicht überlebt. Der war so voll. (Pause) Ich hätte ihm lieber einen Morphin-perfusor (unverständlich) und Tavor. Ich hätte das als viel menschlicher gehalten. Der war so voller Angst. Der ist vor Luftnot aus dem Bett gesprungen, hat sich ans Fenster gesetzt, hat unter sich gemacht. Und ich konnte ihn dann mal zurückhieven und sauber machen. Hmh, mir tat der leid. Aber er hat mir erzählt, er hätte gerne noch ein Kind gehabt. Das

	war sein, das woran er sich festgehalten hat. Diese Urinstinkte, ich weiß nicht, ob das in der Not so hoch kommt oder so, ich hab da keine Ahnung von. Aber ich denke, dass das damit zusammenhängt.
58	I: Das heißt der wollte eigentlich, hatte mit dem Leben noch nicht abgeschlossen?
59	I: Nein!
60	B: Deswegen hat der sich an die Chemo geklammert so.
61	I: Ja,
62	B: Aber dann... das müssten doch die Ärzte dann einschätzen können, dass das wahrscheinlich nicht mehr dazukommt, dass..
63	B: ja.
64	I: Wurde er nicht darüber aufgeklärt? Oder hat er verdrängt?
65	B: Er wurde darüber aufgeklärt, aber er hats nicht wahrgenommen. Weil, sonst hätte er das nicht machen lassen. Und dann hätte er auch sich denn... das Leben nehmen können eigentlich, ne?
66	I: Ja.
67	B: Wie kann man da sonst mit Leben? Das stell ich mir dann immer vor. So, jetzt hast du nicht mehr lange zu Leben, das ist auch nicht mehr n Monat, das ist nur noch kurze Zeit, wie willst du das durchhalten? Und wie gesagt: Montags festgestellt und sonntags tot. (Pause) Also ich fand das schon hart.
68	I: Aber da hätte ja so ne palliative Betreuung ja vielleicht wirklich mehr Sinn gemacht. Oder ... weniger Leid zumindest gebracht?
69	B: Hmh, ja. Das ist meine Meinung. Das ist ganz oft so meine Meinung.
70	I: Wie fühlt man sich denn dann als Pflegende, wenn man, ich sag mal, jetzt die Chemo anschließen muss, und den Patienten betreuen muss und eigentlich irgendwie denkt: das ist gar nicht das ?
71	B: Ich fühl ich hilflos. Und irgendwie dieser ganzen Sache so ausgesetzt. Ich weiß gar nicht so, ich, ich sag mir dann immer: Die wollen das ja, die haben das ja unterschrieben.
72	I: Hmh, das heißt für Chemo muss man unterschreiben, dass man das will?
73	B: Ja. Und so, und dann ... dann geb ich die Verantwortung ab. Aber ich hab auch schon, wenn die mich fragen, ich kann einfach nicht lügen, man sieht mir das leider an. Es steht da sofort. Und dann sag ich auch immer: Ich weiß nicht ob ich, eh, ich sag: Ich glaub ich hätt's nicht gemacht. Ich sag es dann auch manchmal ganz ehrlich.
74	I: Wenn die Patienten fragen?
75	B: Ja. Ich kann das nicht mehr sagen. Und auch wenn die mir sagen: Ach, das hilft mir doch und Zeug. Ja, sach ich. Aber sie werden ja nie wieder gesund sag ich dann immer, ne. Ist Ihnen schon bewusst? Ist nur lindernd. Das können die ganz schlecht mit umgehen. Aber die haben immer diese Hoffnung, sie werden wieder gesund. Ist ganz schrecklich. Das hilft Ihnen und das wird gleich so als Gesundungsprozess gesehen. Und nicht als Linderung, dass die da besser mit leben können. Das sie vielleicht noch ne kurze, ne längere Zeit rausgezogen haben. Und das sieht keiner.
76	I: Die wollen einfach dann überleben irgendwie?
77	B: Hmh, hmh. Wozu hab ich das, und wenn sie dann im sterben liegen: Wozu hab ich das überhaupt noch gemacht? (Pause) hmh, sagt man mir ganz oft.
78	I: (Pause) Was sagt man dann so? Wie geht man damit um ?
79	B: Ja, wenn ich die gut kenne, und ich sag, ich hab Ihnen doch, ich hab versucht mit Ihnen darüber zu sprechen, ich hab Ihnen doch gesagt damals: packen Sie ihre Sachen, genießen Sie Ihre Zeit, machen Sie nochmal das, was Sie immer machen wollten, was Sie immer rausgeschoben haben. Und dann kommen Sie wieder, wenn Sies nicht mit sich aushalten. Aber ich sag, Sie haben nach dem Strohhalm gegriffen. Ich sag das dann ganz ehrlich. Und dann sagen die immer: Ja, was blieb mir denn übrig? (Pause) Die Hoffnung hatten sie immer noch, das es denen, dass es dann doch besser wird, ne?
80	I: Und dieses...
81	B: Ich glaube der Mensch hängt am Leben. Ich hab mit meinem Vater ganz tolle Gespräche gehabt, vor seinem Tod. Und dann sagt der. Oh, sag ich, dass muss doch schrecklich sein, wenn man nur noch mit Luftnot aufstehen kann. Mein Vater war schwer herzkrank. Och, sagt er, Kind, man gewöhnt sich an so vieles, sagt er. Du glaubst gar nicht, das geht ja so langsam. Da sagt der: Jeder Mensch will leben, ich auch. Also man kann mit ganz vielen Einschränkungen leben, man gewöhnt sich an alles. hmh.
82	I: Und hat man nicht dann die Patienten die irgendwann sagen, also wie der 100-Jährige jetzt: Ich hab gelebt, irgendwie?
83	B: Ja, das der, einer der wenigen.
84-99	[...]
100	I: Wie war das denn bei dir am Anfang deiner Berufsausbildung?
101	B: Ja, ich hab, durchs Altersheim konnte ich das einfach schon. Ich hatte große Vorteile. Ich glaube, meine Gelassenheit, oder dieser Umgang mit Tod, es war gut dass ich schon Altenpflegerin war.
102	I: Was heißt Gelassenheit im Umgang mit Tod für dich?
103	B: Ich kann den Tod so annehmen, als Ende des Lebens. Auch manchmal als Erlösung. Den meisten Wünsche ich den Tod. Hört sich immer schrecklich an, aber ich seh keinen anderen Ausweg mehr, denen noch was schönes zu bieten. Dann denk ich immer: Lieber Gott, lass Abend werden. Weil, denen es so schlecht geht, die sind ja auch in der Klinik. Denen es gut geht, die kriegen ambulant ihr Chemo, die seh ich ja nicht. Ich seh ja nur die, die nichts können. Die anderen seh ich ja nicht. Die seh ich erst zum Sterben. Die meisten jedenfalls davon, ne. Ich lerne die eigentlich kennen, wenn die gesatged werden am Anfang, so ganz viele gebe ich dann in die ambulante Chemo. Die können auch ambulant zur Bestrahlung und so weiter. Die kriegen das alle geregelt. Und die seh ich dann ja nur wieder nach 1,2,3 Jahren, wenn nichts mehr geht. Und

	sonst seh ich die ja nicht.
104	I: Und, wird dann nach zwei, drei Jahren, wenn sie wiederkommen, so diese Entscheidung vom Anfang, jetzt die Chemo noch zu machen, nochmal hinterfragt von den Patienten?
105	B: Ja, manche sagen dass, so warum hab ich das gemacht? Es ist mir doch schwer gefallen, ich hatte ganz schöne Reaktionen drauf. Aber denn, manche sind auch ganz kopfgesteuert und sagen ich wollte das ja so und das war ne Chance. Andere sagen, ich hatte noch ne schöne Zeit, also ich konnte noch viel erledigen, und auf den Weg bringen. Ja und ander sind total verzweifelt, dass das jetzt zuende gehen soll. Die haben sich in der zwischenzeit auch keine dadrüber Gedanken gemacht, wie das mal, wie sie leben wollen, ob sie in ein Hospiz wollen, auf eine Palliativstation oder ob sie zu Hause das irgendwie mit den Angehörigen eeh, fertig kriegen wollen. Da haben die sich nie drüber nachgedacht. Das ist alles, also ne ganz schreckliche, es ist ja so plötzlich gekommen. Und die sprechen auch mit den Angehörigen manchmal nicht über Tod. Das finde ich das ganz Schlimme. Man muss das doch nur einmal machen. Und wenn man sich dann in den Arm nimmt und gemeinsam weint oder so. Man muss das ja nicht jeden Tag zum Thema machen, find ich jedenfalls. Aber das man einmal sagt: So möchte ich sterben, wenn es soweit ist. Und hier ist meine Patientenverfügung, meine Vollmacht. Hier, das hab ich dir aufgeschrieben, so möcht ich das. Und dann ist doch gut. Damit der Angehörige auch nicht so n schlechtes Gewissen hat, wie soll ich jetzt entscheiden? Zum Beispiel mein Vater hat mir das Gott sei dank auf seinem letzten Geburtstag erzählt: Und so n Blödsinn lässt du nicht mit mir machen, das und das will ich nicht und so. Konnt ich auch sagen, ich hab ihn die letzten Tage zu mir auf Station geholt: Da wird nichts mehr gemacht. Ich wusste, dass er das nicht möchte, die letzte Tavor hab ich ihm gegeben abends, und dann war gut. Ich wusste das so, und ich konnte da auch gut zu stehen. Weil ich wusste, er wollte das so. Ich fand das in Ordnung. Ich wusste sogar auf dem Friedhof, wo er beigesetzt werden möchte. Unten auf dem Friedhof in Travemünde will ich nicht, da unten ersaufen die nochmal. Weil da steht immer das Wasser, sagt er (schmunzelt). Und in die Ostsee will ich auch nicht. Obwohl er da groß geworden ist, ich fand, aber, sagt er, da möcht ich dann so. Und das fand ich gut. Dann kann man das organisieren.
106	I: Dann ist das irgendwie klar.
107	B: Da hat man so einen Leitfaden mitbekommen. Und ich fand das gut so. So n bisschen kann man doch mal. Ich hab mit meinem Mann ganz klipp und klar drüber gesprochen, wie ich das möchte. Mein Mann kann das nicht so gut. Der hat seine Lebensgefährtin mal tot in der Wohnung gefunden. Aber so, ich sag, du musst dir das mal überlegen, hab ich dann gesagt, ne. Es geht jetzt um dein Leben und so. Auch uns kann auch jeden Tag was passieren. Und mein Sohn weiß auch bescheid. Ich sag, sowas möchte ich niemals. Wenn ich mal, weiß ich, n Autounfall, man kann ja sonst was haben, ich sag, und das möchte ich nicht, sag ich.
108	I: Zu viel Therapie, oder ?
109	B: Ja. Nein, wenn man da, ich möchte nicht an Maschinen sterben. Tut mir leid, ich möchte das nicht. Nicht auf ner Intensivstation. Und alle versuchen da noch, mit tausend Mittelchen, da noch n bisschen Leben rauszuholen. Ich möchte das nicht.
110-131	[...]
132	I: Und wenn du sagst: 'Man unterhält sich mal', was kommen, also, was sind da so für Überlegungen, die am Ende getroffen werden? Was spricht dafür, jetzt doch noch zu sagen: Okay, ich möchte den letzten Strohalm, oder ich, sag vielleicht doch: Okay, jetzt nicht mehr.
133	I: (Pause) Ja, warum nicht? Ich kanns schlecht sagen. Ich glaube, oft Kinder.
134	B: Kinder sind n Grund noch was zu machen?
135	I: hmh, Kinder. Kinder, die noch in die Schule gehen. Ist ja oft so. Ja. Die erzählen auch ihren Kindern nicht, was sie haben. Nur immer halb, halbe sachen. Die Kinder sind geschockt, dass die Mutter jetzt im Sterben liegt. Ich wollte euch doch nur schützen hat die letzte neulich gerade gesagt. [...]
136-137	[...]
138	I: Aber kommen die Angehörigen, jetzt zum Beispiel in dem Fall, die Kinder auch mal zu dir uns sagen: Hat meine Mutter dir mal was erzählt? Wie will sie das denn eigentlich.
139	B: Ja. Erzählen sie, eh fragen sie.
140	I: Dann ist man da so ein bisschen der Vermittler?
141	B: Ja. Hmh. Manchmal sagen sie auch gar nichts, und dann stups ich sie. Das ist so offensichtlich: Ich sag, guck mal, was die gemacht hat, ne?
142	I: Zum Beispiel?
143	B: Zum Beispiel (räuspert sich), für ne Beerdigung: Ich sag, guck mal, die hat immer solche Blumen geliebt. Das sehen die ja nicht mal. Da ist ja ne Wand irgendwo. Das würd ich zum Beispiel machen. Ich sag, die hat dies und dies, hier jenes, immer gehört. Da würd ich was von spielen lassen. Da gucken die mich immer an, als würd ich die Person besser kenn als sie selber. Wie kann man so blind sein?
144-153	[...]
154	I: (Pause) Das man dann irgendwie auch sagt: Okay. Also: Spielt das dann auch ne Rolle zu sagen, okay, die ist jetzt eh schon alleine und keiner kümmert sich mehr, dann müssen wir auch nicht mehr so viel Therapie machen?
155	B: Nein. Das spielt keine Rolle. Ich kann nur von meiner Nachbarin sagen, der Sohn war ja uach schon aus dem Haus, es hat hier vom Palliativ, hier eh.. Travebogen, war Tag und Nacht jemand hier. Sie war nie alleine. Das fand ich gut. Und sie ist die letzten Tage ins Hospiz gekommen. Da war immer jemand da. Hmh. Das fand ich gut.
156	I: Ja, also dann ist es schon möglich. Das ist doch schön.

157	B: Ja, man muss dafür aber offen sein. Und man muss an die richtigen Leute geraten,ne?
158	I: Hmh, das heißt, man muss sich schon auch immer selber n bisschen drum kümmern?
159	B: Ja, leider. Man kann, hat die Kraft nicht mehr, wenn man krank ist, sich noch um irgendwas zu kümmern. Und wir machen das ja schon, wir haben ja so ne, onkologische Visite. Ich glaub heute ist das wieder bei uns, auf Station. Und alle Leute die ein Karzinom haben kriegen von uns einen Bogen, wo alles erfasst wird, was sie haben, nicht haben, wünschen und nicht wünschen. Und, das wird dann heute besprochen und dann geht der Palliativdienst der Klinik, die von der Palliativstation auch kommen, gehen dort vorbei. Zu diesen Patienten. Und dann wird besprochen, was man machen kann. Und die geben uns auch manchmal noch Tips, was wir noch machen könnten. Und die leiten auch alles andere mit noch ein. Die unterstützen uns kräftig. Und das finde ich schon einen Weg in die richtige Richtung.
160	I: Klingt sehr gut, ja.
161	B: Aber nicht alle nehmen das leider dankbar an. Genauso wie ich immer den Seelsorger gerne überall hinschicke. Manchmal, das sind ja nicht so Pastoren, das sind ja nur Leute, die da gelernt haben, mit Krankheit und Tod umzugehen. Und manchmal hilft das ja den Patienten, in die richtige Richtung zu denken. Ne, also. Anders mit sich zu leben. Ja, auch achtsamer mit sich zu sein, oder so. Ich weiß nicht, mit [Name des Seelsorgers] konnte ich immer sehr gut darüber reden. Der ist ja leider in die [Name der Klinik] gewechselt. Also, wenn, wir beide waren ien tolles Team. Mit dem habe ich immer schon gesagt: Da musst du mal reingehen, der, die gefällt mir nicht und so, der braucht mal n Gespräch. Und manchmal ist das gut, wenn das jemand ganz fremdes ist. Wenn man Abstand hat, lässt man mal andere Sachen raus. Zu viel Nähe - deshalb auch mit Angehörigen dieses Problem - bringt oft Probleme für die Leute. Hmh. Das ist so.
162	I: Ja, das die sich dann besser öffnen können?
163-165	[...]
166	I: Ja. Was für Disziplinen sind da bei dieser onkologischen Visite dabei? Also Onkologen oder Schwestern
167	B: Schwestern,... der,die. na wie heißt die? Psychologin. Die onkologische Psychologin ist dabei. Diese [Name der Frau vom PIZ] ist auch dabei. Von Station bei uns sind welche bei und Ärzte sind dabei auch.
168	I: Und das wird einmal die Woche und dann wird sich auch ausgetauscht?
169	B: Hmh, ja.
170	I: klingt doch eigentlich nach ner sehr guten Situation so.
171	B: Also ich finde das schon sehr gut. Ich bin froh, dass es das inzwischen gibt.
172	I: Was heißt inzwischen? Wie lange gibt es das schon?
173	B: Drei Jahre? Kann mich auch vertun, aber so ungefähr mein ich das. hmh.
174	I: Und dann werden die Entscheidungen, oder was da besprochen wird, dann auch noch im Team diskutiert?
175	B: Ja, machen wir. Ehm, manches werd ich auch dann gefragt dann mal. Ne,so. Aber es kommt schon vieles dann aus dem Kreis, und mir wird viel abgenommen. Also, mir gibt das mehr Freiraum.
176	I: Was, was wird da abgenommen?
177	B: Ich muss dann nicht mehr dauernd...
178	I: genau
179	B: eh, Zum Besipiel, ob ein Pflegedienst kommen muss, ob ne Patientenvorsorgevollmacht, die bringen das schon. Und da, die Psychologin da, die [Name], ist schon richtig toll. die kommt dann auch und macht regelmäßige Besuche und so. Das find ich schon gut, dass mir das weggenommen wird. Also, das ist... ist gut. Ich glaub, dass ist auch besser, wenn das manchmal jemand macht, der nicht so nah dran ist.
180	I: Und ihr habt ja auch so, schätze ich mal, genug zu tun, auf Station.
181	B: Leider. Weil wir zu wenig Personal haben. Ist so. Leider.
182	I: Das heißt, man hätte eigentlich gerne mehr Zeit für alles.
183	B: ja, zwei haben jetzt gekündigt. Die nächste zum Jahresende hat gekündigt. Leider ne onkologisch ausgebildete auch noch. Und die andere onkologische hat n Versetzungsantrag laufen, die will auf die Palliativstation. Ja dann hab ich nicht mehr viel da. (Pause) Und ich halt ja manche nicht für fähig. Die setzen sich manchmal in die Ecke und weinen. Die muss ich auch retten. Ich weiß auch gar nicht so, wie soll man damit umgehen? Man wird ja in der Ausbildung auch nicht richtig drauf vorbereitet. Die einen werden dann eben, die blocken ab 'bäbäbäb', kurz angebunden. Und die anderen, ja die gehen da drin auf. Und machen und tun alles, und sehen trotzdem, dass das keinen Erfolg bringt. Die gehen mir vor die Hunde.
184-185	[...] B: Nein. Hmh, deswegen haben auch schon viele die Station verlassen. Weil sie diese Nähe nicht ertragen können. [...] Tolle Kräfte. Alle verloren gegangen in den letzten Jahren. Und wir sind jetzt wirklich mehr als am Limit angekommen auf unserer Station. Bei uns geht gar nichts mehr. Ohne Zeitarbeiter, ohne Hilfskräfte geht nichts mehr. Gar nichts.
186	I: Dann wird ja anscheinend ja, für euch das auch nicht attraktiv genug gestaltet, da zu arbeiten, oder?
187	B: Ich hätte ja gut gefunden, das haben wir mal einmal gemacht, Supervision regelmäßig. Würde ich gut finden. Gerade für - für mich nicht mehr. Ich hab meine Supervision für mich alleine gefunden. Für mich kommt das zu spät. Aber so für diese jüngeren Anfänger würde ich das für ganz wichtig halten, dass die anders lernen damit umzugehen, um aus diesem Kreislauf rauszu-, auszubrechen und rauszukommen. Ich glaub, das würd ganz vielen helfen. Und hm, es gibt ja schon diese Ausbildungsschwerpunkte bis jetzt, so onkologische Schwester, die haben ja schon einiges ge-, aber die arbeiten ja nicht immer unbedingt anschließend bei uns. Das ist ja das Problem. Weil es auch zu wenige sind, ne? Und wir sind eben eine Station, wo sehr viel gemacht werden muss. Und das ist auch abschreckend für sämtliche Schüler ne. (Pause) Das ist abschreckend. Wenn man nie fertig wird. Nie pünktlich Feierabend hat. Nie den Dienst so gestalten kann, wie man das selber haben möchte. Also, das ist schon schwierig.

188-205	[...]
206	I: Ich wollt nochmal kurz sprechen über die, das Verhältnis mit den Ärzten, wenn so ne Entscheidung getroffen wird. Tauscht ihr euch da irgendwie aus? Du hast ja vorhin gesagt: Ein Tag ist Aufklärung, nächsten Tag ist Chemo, ist dann in der Nacht zwischendurch noch eine Besprechung mit der Pflege oder ?
207	B: Nein. Da ist nicht so viel Gespräch. Und zwar gibt es dann manchmal auch einfach, wenn ich frage: Ja, warum macht ihr das noch? Ja der Oberarzt wünscht das. Das ist mehr als einmal, das ich das gehört habe. Das find ich nicht so gut, der Chef will das. Find ich nicht so toll, muss ich ganz ehrlich sagen. Weil ich nicht weiß warum, dann. Das ist für mich kein Argument.
208	I: Ja. Und der Oberarzt selber lässt sich auch nochmal blicken?
209	B: Ja, der ist ja immer nur mal zur Visite da oder so. Und dann, das schaff ich gar nicht, mir den dann nochmal zu knüpfen und zu sagen warum und wieso. Aber ich hab zu allen ein gutes Verhältnis. Ich duze sogar unseren obersten Chef. Als er unser Chef wurde sag ich: Muss ich dich ab heute siezen? Er sagt: Also das käme mir jetzt sehr merkwürdig vor, sagt er jetzt (lacht). Also das Verhältnis bei uns ist eigentlich ziemlich locker. Wir duzen uns alle auf Station. Zuerst fand ich das ganz komisch, als ich dort anfang. Inzwischen find ich das ganz komisch, wenn mal einer Sie zu mir sagt. Wenn so jemand neu ist, oder so bei uns da seine Zeit verbringt, n Praktikum macht, oder weiß ich PJler oder so. Da sag ich, oh da komm ich mir hier vor wie aussätzig, nu sag endlich du zu mir, das ist ja ganz komisch hier. Und ich find dann, wir arbeiten ja ganz eng zusammen oft. Und wir haben ja, teilen ja auch ganz oft unsere Gefühle, und das geht ganz schlecht per Sie.
210	I: Wie, wie teilt ihr so die Gefühle, was heißt das ?
211	B: Also ich sitze doch mit meiner Ärztin manchmal zusammen, meine Ärztin ist ganz süß und ganz jung, die ich zurzeit habe. Ich liebe sie, die ist so niedlich. [Ihr Name], was macht man da? so ungefähr. Ich sag, ich kenn das aus Erfahrung so und so, das kannst du ja beim Oberarzt mal fragen, bei der Visite, wenn der nachher kommt. Und dann: Hast recht und so, das war richtig, und ich konnte das auch schon sagen, warum. (schmunzelt). Die ist so süß, ich könnt die knutschen. Das könnte ja auch schon fast, ja könnte auch mehrfach schon mein Enkelkind sein, sag ich dann immer fast, ne. Die ist noch nicht so alt. Aber ich find das süß irgendwie. Und die gibt sich auch sehr viel Mühe. Aber wir sprechen ja auch über unsere Gefühle, wie wir uns dabei fühlen. Ob das noch Sinn hat... Also wir können uns noch austauschen. Und sie sagt dann auch: Ja, es bringt wohl nicht mehr viel, wir versuchens nochmal und so. (Pause)
212	I: Das ist ja eigentlich komisch, wenn man sagt: Es bringt wohl nicht mehr viel, wir versuchens nochmal.
213	B: Das sagt der Oberarzt möchte das. Und das ist doch nochmal n Weg, den man gehen könnte und so weiter. Nur wir sehen den Patienten ja dauernd, ne?
214	I: Im Gegensatz zum ...
215	B: Oberarzt. Hmh. Kommt einmal in der Woche denn dann zum Patienten.
216	I: Hmh. Und der entscheidet dann.
217	B: Ja.
218	I: Wie sehr ist denn die Entscheidungsgewalt bei dem Patienten?
219	B: Das ist schon..
220	I: Ist dem Patienten bewusst, das da ne Entscheidung ansteht?
221	B: Ja, also das wird dem auch schon so gesagt. Also das und das können wir. Sie müssen das nicht. Also, aus dem und dem Grunde würden wir Ihnen das empfehlen. (Pause)
222	I: hmh.
223	B: (Pause) was soll man machen...
224	I: Und dann meinstest du ja, dann kommen die Fragen an dich nachher?
225	B: Ja.
226	I: Was kommen da so für Fragen?
227	B: Eehm, was hat das für Nebenwirkungen zum Beispiel. Ich sag im Großen und Ganzen hat das überhaupt keine Nebenwirkungen. Sie kriegen mit der Chemo ja alle möglichen Sachen. Gegen Übelkeit, gegen Erbrechen und sowas. Ich sag, vor zwanzig Jahren hätte ich Ihnen das sagen können, Sie kriegen das und das. Die waren ja wirklich verrückt die Leute. Das gibt es alles nicht mehr. Das ist so toll heute, ne Chemo. Ganz wenige haben nach, sagen wir, 5,6 Tagen, dass sie sich matschig, angeschlagen fühlen, wo das dann richtig wirkt. Und dann haben auch manche Inappetenz und, weiß ich was sie alles haben. Auch n bisschen zur Übelkeit, aber nicht während der Chemo, das sag ich schon immer gleich. Ich sag, das wird nicht sein. Aber ganz wenige haben, ich weiß nicht ob das n psychisches Problem ist. Das ist jetzt Chemo (Geste zur Infusion) und wie auf Bestellung Übelkeit. Ich denke mal, das ist so psychisch eher. (schmunzelt)
228-229	[...]
230	I: Was Fragen die noch so, außer, was es für Nebenwirkungen gibt?
231	B: Wie lange das dauert, wie lange werde ich noch leben.
232	I: Wie lange werde ich noch leben ist natürlich schwierig, zu beantworten.
233	B: Ja, hmh. (Pause) Das ist das Schlimmste für die.
234	I: Sagst du dann irgendwas oder?
235	B: (Pause) Ich sag: Das kann ich nicht sagen. Aber ich sag: Fragen Sie den Arzt. Im Endeffekt wissen wir das ja ungefähr. Und die sagen das auch inzwischen knallhart, und das find ich gut.
236	I: Wenn man sich drauf einstellen kann ?
237	B: Ja, ich find das wichtig. Und ich würde das auch wissen wollen. Ich hab mir das hundert mal überlegt. Nicht zu wissen

	und zu dneken, es kann jetzt jede Woche vorbei sein find ich glaub ich schlimmer, als wenn ich weiß: Ein halbes Jahr, eher länger. Nagut. Mach ich n paar Abstriche, 5 Monate, gut. Bis dahin kann ich alles regeln.
238	I: Und wens dann doch nur zwei Wochen sind?
239	B: Denn... ja dann ist das eben, das ist der liebe Gott, da kann man nichts mehr machen. Dann ist das eben so. Aber die meisten leben länger als gedacht. Hat mich schon manchmal gewundert. Auch aus dem Bekanntenkreis, auch ganz witzig: Fünf Jahre hat sie mit ihrem Krebs gelebt. Die war auch ganz einsam, die ist so alt wie ich gewesen. Nur sie hatte immer wieder Lungenentzündungen. Weil, wo der Krebs saß, dahinter hat sich dann immer alles gesammelt, floß nicht mehr gut ab. Und im Endeffekt ist sie dann daran gestorben, nicht am Krebs. Aber sie hat noch ihr Enkelkind gesehen.
240	I: Das ist ja immer sehr schön, wenn man da noch so ein Ziel hat
241	B: Hmh, sie lag immer da und hat immer gestrickt und gehäkelt für ihr Enkelkind.
242	I: Okay.. wie ist denn für dich, wie würde das optimalerweise aussehen, so ne Therapieentscheidung zu fällen?
243	B: Wenn man die Zeit hätte, würde ich da gerne sehen, dass man einen Tag ausmacht, wo es dem Patienten gut geht. Man merkt das ja an der Stimmung. Dann würde ich ihm das morgens sagen. Wollen wir uns heut Nachmittag um drei im Arztzimmer zum Kaffeetrinken, und wir haben alle Befunde heute zusammen, dass wir uns damit mal auseinandersetzen. Möchten sie jemanden dabei haben? Ihren Mann, Frau, Lebensgefährten, weiß ich was. Und dann überlegen wir uns mal, oder wir gucken uns mal an, was darauf resultiert, ne? Die sind ja ganz hellhörig, die hören ja jede Nuance. Und dann würde man sagen: So, das und das haben wir gefunden, so. Und wir haben uns hier auf unserer Seite schon, eh, haben Überlegungen gemacht, und haben gestatet schonmal, was man noch machen könnte oder nicht machen kann. Das und das hätten wir im Angebot für Sie, auf Sie individuell zugeschnitten. Wir lassen sie nicht alleine, der Palliativdienst kommt gleich zu Ihnen. Das würden wir machen, ob Sie diese Therapie machen oder nicht. Damit Sie sich nicht allein gelassen fühlen, damit Sie eine Anlaufstelle haben, wo Sie fragen können. Wir sind natürlich auch jederzeit für Sie da, aber es kommen ja auch noch andere Fragen dazu außer medizinische. Und das und das. Und das lassen Sie jetzt mal sacken, ich würde denen auch schriftlich irgendwas zukommen lassen, wo drauf steht: Hier, Therapie, was das für Nebenwirkungen hat, was das bringen könnte. Ich würde da auch vielleicht ne Lunge oder irgendwie n Körper haben, damit man sich das hier besser vorstellen kann, wo das alles sitzt. Das können wir therapieren, zum Beispiel ne ossäre Metastase, die können wir individuell bestrahlen. Das hat gute Heilungschancen. DAs und das ist dieses, das können wir leider nicht so gut behandeln. Müssen wir Ihnen ganz ehrlich sagen. Das und das. Und Sie hätten dann eine Therapiezeit von so und so lange, dann würden wir wieder einmal ein Staging durchführen, von Kopf bis Fuß. Das würde ich alles auf diesen Therapieplan raufschreiben, so gestaffelt. Das nehmen Sie jetzt alles, und wenn Sie soweit das durchgearbeitet haben, dann kommen Sie so auf uns zu, und dann überlegen wir, was Sie möchten. Und dann trifft man sich irgendwo wieder. Dass das nicht nur von der Seite kommt, Sie müssen das jetzt so ungefähr machen. Sondern Ihn mit ins Boot holt, dass sie auch nochmal ein Tag, zwei Tage Zeit haben, das sacken zu lassen. Ehm, ja, wo man nochmal nachfragen kann, und nicht nur denkt: Ich nerve hier rum. Sowas würde ich mir wünschen. Ich weiß, dass das im Krankenhausalltag sehr schwer ist. Weil wir sind ja wie gesagt auch noch ne Akutstation, wo jeden Tag Leute kommen, unsere ganzen COPDisten mit Atemnot, wo ich mich auch noch drum kümmern muss, da kann ich nicht nur immer Händchen halten. Das ist das Problem. Das würde ich mir wünschen so, dass die besser aufgeklärt sind. Und auch was in der Hand haben.
244	I: Das nochmal nachlesen zu können...
245	B: Dann kann ich nochmal nachlesen. Vielleicht brauch ich dann gar kein Gespräch. Das sollte dabei stehen. Ruhig sagen, also bei Ihnen hilft dieses Mittel, das hat die Nebenwirkungen, dieses hat das. Wir fangen das damit auf. Dass das da wirklich stehen würde. Das würde ganz viel, Ängste nehmen glaub ich.
246	I: Ja, hmh. Okay, dann haben wir glaub isch schon ganz viel hiervon besprochen (Zettel). Und ich hab nur noch die Frage, ehm (Pause) Eigentlich nur noch als Abschluss, wie das für die Zukunft gewünscht ist, aber ich glaube, das hast du ja schon gerade ganz gut gesagt.
247	B: Ja, das ist so. Das würde ich mir wünschen.
248	I: Und noch, um das einmal so ein bisschen globaler zu fassen, wie ...
249	B: Und ich würde mir eine größere Palliativstation wünschen.
250	I: Das hab ich tatsächlich auch schon gehört, dass es da zu wenig Plätze gibt.
251-255	[...]

Interview 4

1	I: Nehmen wir mal an, ehm, es ist ein Patient, der ist 75 Jahre alt, also schon ein bisschen betagter, kommt hier auf Station mit seiner Krebserkrankung. Und bei dem soll jetzt entschieden werden: Machen wir Therapie? Was für ne Therapie ? Was für ne Therapie wird da gemacht? Wie läuft sowas hier ab?
2	B: Also Patient wird ja ärztlicherseits aufgenommen, Befunde werden angefordert, falls schon welche gibt, oder Diagnostik läuft noch. Und dann ist das ja immer je nach ehm, Grad was die haben, dann wird ja Therapie oder palliative Chemotherapie eingeleitet. Mit vorher Aufklärung, ob der Patient das will, was er will, wie weit er das möchte, wie sein AZ ist. Wie weit das, eh.. naja, ehm also jetzt, wenn du jetzt n reduzierten AZ hast, kannst ja jetzt nicht mit Therapie da oben, da drauf. Die passen das dem quasi an.
3	I: Okay. Und das ist, jetzt sagst du ärztlicherseits aufgenommen, ehm, läuft da quasi nur n Gespräch mit den Ärzten oder werdet ihr auch irgendwie eingebunden?

4	B: Wir werden selten eigentlich mit eingebunden. Also wir sprechen schon einmal die Woche über die ganzen Patienten, oder auch täglich mit ner kleinen Übergabe, wo sie uns fragen: Wie ist der Patient drauf ? Also gibt es das irgendeine Besonderheiten? Das schon. Aber also in der Therapiefindungsphase, das machen die Ärzte tatsächlich. Da werden wir nicht mit eingebunden.
5	I: Da kommt auch nicht mal so ne Rückfrage: Hat der Patient dir gegenüber was geäußert ?
6	B: Nein. Wenn was ist, sagen wirs meistens eigentlich immer schon, weil wir unsere Bedenken haben. Dann wird auch drüber gesprochen. Aber dass die jetzt explizit auf uns zukommen, das nicht.
7	I: Hm, was heißt das, wenn ihr eure Bedenken habt? Was ist das für dich so für ne Situation, wenn du irgendwie Bedenken hast?
8	B: Naja, gut, 75 Jahre, ist ja noch relativ jung. Gibt ja auch Ältere. Aber es hängt wirklich so vom AZ ab. Hat der Demenz? Ist er Schwerstpflegefall schon? Find ich immer schon so bisschen, mit n Argument, möchte man da jetzt noch Therapie drauf donnern? Ich geh mal jetzt von mir aus, ich würds nicht mehr wollen. Das sind dann immer so Anhaltspunkte. Obwohl wir es ja tatsächlich auch schon gehabt haben, dass Patienten dann nach Therapie wieder besser geworden sind. Das hat etwas gebracht.
9	I: Wo dann die Demenz eher vom Krebs kam?
10	B: Hmh, genau.
11	I: Und, äußern die Patienten euch gegenüber auch irgendwie manchmal ihre Wünsche oder drücken aus, was sie wollen?
12	B: Ja. Einige machen das tatsächlich.
13	I: Und ist das dann auch meistens mit dem was gemacht wird, tatsächlich vereinbar?
14	B: Ehm... naja. Ja, eigentlich schon. Eigentlich lassen die Ärzte sich schon drauf ein, aber eh, die versuchen schon, dass ein Versuch läuft. Also man startet halt eben, man guckt. Ist der AZ in Ordnung, stabil? Bleibt der stabil? Hat der Lebensqualität? Sowas versuchen die schon. Wenn der jetzt von vorne herein nein sagt, dann eh, lassen die Ärzte das auch tatsächlich dabei. Also das wird akzeptiert, das nein. Weil... ist ja Patientenwille.
15	I: Hast du das Gefühl, dass den Patienten das denn immer bewusst ist, das so ne Entscheidung da jetzt ansteht?
16	B: Ehm, nein. Ich glaub nicht, dass denen das wirklich bewusst ist teilweise. Einigen schon. Aber Einigen glaub ich nicht wirklich. Weil einige sagen auch zu allem 'Ja und Amen'. Und, wir sehen das so als Pflege ganz anders quasi. Das (Pause) man vielleicht doch keine Therapie mehr machen sollte (lacht)
17	I: Ja. Ehm, ist das für dich schwierig, wenn du eigentlich denkst: Okay die Therapie würde ich dem Patienten jetzt nicht mehr 'antun', sag ich jetzt mal in Anführungsstrichen? Und du musst dann aber hingehen und die Chemo anhängen oder den Patienten...
18	B: Therapien hängen wir Gott sei Dank nicht an. Das machen tatsächlich die Ärzte. Aber man hat mittlerweile, auch schon aus Erfahrung, manchen hats ja eben gutgetan, dass sies gekriegt haben. Und dadurch, dass man weiß, dass die Ärzte auch wirklich aufhören, wenns wirklich krieselig wird, oder wenn der AZ es nicht zulässt, ist das immer noch in Ordnung. Weil das, der Patient hat ja eingewilligt, dass er das haben will. Und hier zählt ja nicht unsere Meinung, wie wir das finden. Sondern es ist ja auch Patientenwille und Arztwille denn in dem Sinne.
19	I: Okay. Und, ehm.. und hast du das Gefühl, das Alter spielt da eine Rolle? Wird da bei älteren Patienten mehr oder weniger gemacht?
20	B: Nein. (bestimmt) Alles genau das Gleiche.
21	I: Das ist genau das Gleiche?
22	B: Genau das Gleiche.
23	I: Findest du, das Alter sollte da manchmal ne Rolle spielen ?
24	B: Ich glaub manchmal schon, tatsächlich. Weil, wenn man jetzt so, gerade so über achzig-Jährige haben, so mit Lymphom-Erkrankungen, klar haben die ne Chance auf Heilung. Aber was da so an Therapie draufgedonnert wird, und wie die abbauen vom AZ her, da weiß man manchmal nicht, mein Gott, die haben ihr Leben gelebt, ne? Man kann ja n bisschen Therapie machen, aber so, dass sie wenigstens Lebensqualität erhalten. Manchmal kommen die denn, da sieht man das so von Mal zu Mal, vom Aufenthalt, umso länger die Therapie geht, umso mehr bauen sie auch ab. Aber es gibt uahc welche, die bleiben total fit dabei. Also das ist echt immer schwierig tatsächlich.
25-42	[...]
43	I: Und, diese Angst vorm Tod, ist die auch, hier auf Station (Pause) ich sag mal präsent? Kriegt ihr das mit?
44	B: Meistens kurz vorher tatsächlich eher. Vorher noch mehr so Verdrängung. Also wer Therapie machen möchte, der möchte ja auch Leben tatsächlich. Aber wenn es dann nachher so in die Finalphase geht, dann kommen auch die Ängste, vor dem Tod. Wie sterbe ich ? Ich möcht keine Schmerzen haben, ich möcht keine Luftnot haben. Ich möcht halt eben friedlich einschlafen. So ne Dinge kommen dann halt eben, ne? Das keine Symptomlast da ist.
45	I: (Pause) Ja. Und, diese, diese Möglichkeit, dass man sterben könnte, ist das den Patienten auch schon in dem Moment, wo sie die Krebserkrankung haben bewusst ? Oder kommt das dann erst später, wenn man irgendwie...
46	B: später. tatsächlich.
47	I: ... sieht, dass die Therapie nicht anspricht?
48	B: Tatsächlich später.
49	I: Das heißt, ganz lange wird das irgendwie verdrängt?
50	B: Ja. Genau. (Pause)
51	I: Ja.
52	B: Man weiß nicht, ob man das nicht selber ja nicht genauso machen würde. Um zu kämpfen. Gerade jetzt unser Alter jetzt, ne? So bei Älteren... aber selbst Ältere haben halt eben diesen Wunsch, doch noch zu leben. Seis wegen

	Enkelkindern, seis weil die Ehefrau nicht alleine sein soll, weil der Ehemann nicht alleine sein soll. Solche Dinge halt eben.
53	I: Und deswegen selten auch die Entscheidung gegen Therapie?
54	B: Ja. Glaub ich schon, dass das deswegen selten die Entscheidung ist. Es ist selten einer der sagt: Jetzt hör ich auf, jetzt (Pause) Die versuchens meistens also noch weiter.
55	I: Was sind das so für Gründe, oder: Welche Patienten sagen dann eher: Boa, jetzt mach ich doch keine Therapie mehr?
56	B: Meistens tatsächlich, wenn dann Ältere. Oder tatsächlich wenn die Ärzte sagen: Jetzt haben wir hier alles ausgeschöpft, was in unserem Angebot steht. Und da ist jetzt nichts mehr, oder wir können jetzt nichts mehr machen, wir hören jetzt auch auf. Und dann meistens, dann sehen die das dann meistens auch ein. Das ist selten, dass einer mal vorher schon von alleine sagt: Ich möchte jetzt hier aufhören.
57	I: Ja. (Pause) Okay. Ehmm. Wenn ich das so raushöre, dann bist du schon mit den Entscheidungen, die hier getroffen werden, grundsätzlich zufrieden?
58	B: Ja. Dadurch, dass die Ärzte sich halt auch drauf einlassen, so mit. Oder wirklich gucken, wie der AZ ist, so der Allgemeinzustand. Was ist noch für Lebensqualität? Ehm (Pause) Stimmt das eigentlich. also kann man mit leben. Ethisch damit leben. Und wenn sowas halt eben nicht ist, dann gibt es auch tatsächlich ethische Besprechungen, Ethikbesprechungen. Wo man sich halt im großen Team zusammensetzt: Macht man jetzt noch so ne Therapie oder nicht?
59	I: Okay.
60	B: Wir haben zum Beispiel, obwohl die war noch nicht so alt, die war n bisschen über sechzig. Ne Lymphompatientin gehabt. Die war total verwirrt gewesen. Obs nun dement war oder, konnte man auch nicht so. Wir hatten den Eindruck, dass die nicht therapiefähig ist. So und dann haben wir... Ethikbesprechung. Naja, dann hat man angefangen mit Therapie und der hats tatsächlich gut getan. Die war nacher wieder total fit. Vom Kopf her fit. Und man hat der echt Lebensqualität dann doch gegeben. Also man trifft sonst manchmal vielleicht auch falsche Entscheidungen.
61	I: Also lieber immer versuchen, bevor man nachher irgendwie die Hoffnung zu früh aufgegeben hat ?
62	B: Ja, ich glaub ja.
63	I: Ja. Und gibts, also ihr besprecht euch im großen Team, und sprecht ihr euch auch, sag ich mal in der Pflege untereinander so ein bisschen?
64	B: Ja. Also man sagt ja schon so, hmh (zögernd), hab jetzt so meine Bedenken, und hmh. Aber das ist auch das, was nacher dann so an den Arzt rangetragen wird. Wie siehst denn du das? Hat das denn jetzt hier noch so viel Lebensqualität? Oder hat das noch Konsequenzen? Oder wärs nicht besser, wenn der jetzt so nach Hause geht?
65	I: Hmh. Und zuhause sterben kann ?
66	B: hmh. Genau.
67	I: Ja. (Pause) Hm, wie sind die Angehörigen mit in diese ganze Entscheidungsfindung eingebunden?
68	B: Ehm, eher glaub ich weniger. Außer, es sind so Patienten, die halt eben das möchten, dass die Angehörigen dabei sind. Aber eigentlich wird das wirklich Patient-Arzt-Gespräch, meistens. Schon, dass Angehörige dabei sind. Es gibt auch, dass Patienten sagen, das will ich nicht, oder so. Gibts ja doch manchmal, und die Angehörigen wollen das aber.
69	I: Hmh. und dann wirts gemacht, oder ?
70	B: Wenn die jetzt zum Beispiel Betreuung oder so haben, dann wirts gemacht, ja.
71	I: Und wenn die nicht betreut sind, dann?
72	B: Dann wirts nicht gemacht.
73	I: Dann wirts nicht gemacht. Dann wird der Patientenwille berücksichtigte.
74	B: Ja genau.
75	I: Okay, ehm. Wie würde denn für dich, in einer idealen Welt, so die Entscheidungsfindung aussehen?
76	B: In einer idealen Welt, da das ist ne gute Frage. Ich glaub, wenn man wirklich alle zusammen an einen Tisch holt. Die Angehörigen, dies betrifft, den Patienten selber, Arzt, Pflege vielleicht sogar mit zuzieht und so Gesprächsrunde macht vielleicht, dass jeder so vielleicht auch seine Ansichten hat. Obwohl wir ja hier jetzt sagen müssen, wir sind ja eigentlich zufrieden mit dem. Bis auf paar einzelne Ausnahmen hier halt eben. Aber ansonsten ist die hier in Ordnung (Pause) die Therapiefindung.
77	I: Und wird sich auch Zeit genommen für die Therapiefindung oder wie - wie schnell läuft sowas ab ?
78	B: Na, es kommt ja immer drauf an, was es ist. Es läuft ja immer Diagnostik. Dann fehlenden die Befunde dann ja. Also wenn die Histobefunde dann nachher da sind, dann gehts na auch ziemlich schnell, dass mit Patienten gesprochen wird, dass die aufgeklärt werden. Und dann wird Therapie (unverständlich)
79	I: Nächsten Tag Therapie oder, ja okay...
80	B: Ja, genau. Wird eingeleitet.
81-84	[...]
85	I: Ehm. (Pause) Ja, dūdūdūdūm. (Pause) Ich glaub wir haben schon ganz schon viel davon besprochen. (Pause) Hmmm, wenn ein Patient, oder kommt es vor, dass ein Patienten dich fragen: Würdest du noch Therapie machen? Dich nach deiner Meinung fragen?
86	B: Selten. Tatsächlich machen die das eher mit dem Arzt, solche Gespräche.
87	I: Ja. Und.. ehm.
88	B: Also, ich habs bisher selten gehabt. Ich weiß nicht, wie oft Kollegen das so hatten, aber das ist wirklich selten. Es kommt mal vor, dass die fragen: Was würdest du jetzt machen in der Situation? Aber eher ist das wirklich, dass die den Arzt darüber ansprechen.

89	I: Positionierst du dich dann, wenn du gefragt wirst ?
90	B: (seufzt) Es ist schwierig tatsächlich. Muss man ganz ehrlich sagen. Wenn man jetzt so seine Meinung sagt und (seufzt) und ja, man versucht es durch die Blume hinweg (schmunzelt) tatsächlich zu sagen, ja. Man ist ja auch ehrlich. Und das ist ja das, was die Patienten auch wertschätzen. Dass man ehrlich und offen mit ihnen umgeht.
91	I: Hmh. Und ehm, und wenn die Patienten jetzt so, nach den Aufklärungsgesprächen durch die Ärzte. Ehm, hab ich jetzt schon häufiger gehört, dass dann Patienten nochmal sagen, nochmal die Pflege danach fragen quasi, ich mein. Kommt das bei euch auch vor, dass noch Fragen offen bleiben nach dem Gespräch?
92	B: DAs ja. Aber die können wir, meistens sinds auch sone Fragen, die wir tatsächlich beantworten können. Also, diejenigen, die schon länger arbeiten dann halt die beantworten können. Ansonsten haben wir ja auch unsere Physical Assistentin, [Name], und die regelt den Rest dann meistens immer. Und meistens wird, es sind selten meistens noch Fragen. Wenn dann kommen die meistens dann immer erst später nochmal, die Fragen.
93	I: Ja. Ehm, hast du das Gefühl, es macht in der Entscheidung für oder gegen ne Therapie n Unterschied, ob die Patienten jetzt zu Beispiel alleine sind, oder Angehörige haben?
94	B: Nein, ich glaub nicht. Hab ich jedenfalls jetzt noch nicht so den Eindruck gehabt. Ich glaub die meisten hängen tatsächlich am Leben.
95	I: Und die Versorgungssituation, spielt die irgendwie mit rein?
96	B: Hm, ne. Die meisten, die alleine sind, die ... sind schon immer irgendwie Jahrelang alleine. Es sind, ist selten einer mal da, wo keiner mehr übrig geblieben ist. Und die leben dann ja auch schon Jahre so alleine. Und denen wird dann eben auch ganz viel Angeboten. So Hospiz-Begleitung oder... wenns palliative Situationen sind, ne? Ansonsten, wenn die so alleine sind, beißen die sich auch so alleine wieder durch. Tatsächlich. Bis es dann zum extremen kommt.
97	I: Hmh. Okay, gut (Pause) Dann. Hab ich glaub ich schon alle meine Fragen gestellt. Wenn du nicht jetzt noch irgendwie ne relevante hast. Achso, ne. Das haben wir vergessen. (schmunzelt) Ehm, weiß du, oder das kriegt ihr hier wahrscheinlich gar nicht so mit, aber: Ob die Therapien, die hier gemacht werden, meistens der Leitlinie entsprechen?
98	B: Ja. Entsprechen den Leitlinien.
99	I: Sollten sie denn immer den Leitlinien entsprechen?
100	B: Ja, eigentlich ja. Soviel ich weiß, jedenfalls.
101-107	[...]

Interview 5

1	I: Fällt dir vielleicht spontan jetzt so ein Fall ein, vielleicht einer, der jetzt auch aktuell auf Station ist oder so, wo bei einem älteren Krebspatienten entschieden werden musste: Therapie, ja oder nein? Was wird jetzt gemacht?
2	B: Ja. Also kürzlich gerade. Was ich nicht verstanden hab. Warum die Patientin Therapie bekommen hat, aus pflegerischer Sicht.
3	I: Wie, was war das für ne Patientin?
4	B: Das war ne hochbetagte Patientin, Ü-80 auf jeden Fall. Dement. Oder, nicht dement, aber nicht mehr klar orientiert. Die mit nem reduzierten Allgemeinzustand aus der, aus dem Pflegeheim hierher kam. Dort wurd der Tumor festgestellt und weil der Tumor ansich n kurativer Ansatz hatte, wurde therapiert. Aus meiner, oder aus pflegerischer Sicht war die Frau gar nicht adäquat, das so zu besprechen. Ihr wurde, oder sie wurde aufgeklärt, und der Therapiewunsch, meiner Meinung nach kam mehr von den Angehörigen. Das war aber ne palliative Therapie, das war jetzt nicht ne große Therapie. sondern im Rahmen der Palliativmedizin ne Therapie, um sie zu entlasten. Womit ich n Problem hatte, weil die Patientin, meiner Meinung nach, nicht adäquat war. Und man hat die Patientin aber aufgeklärt.
5	I: Und. Ehm, das heißt: Die hatte keine Betreuung oder so. Die hat also quasi doch selbst entschieden, aber du findest, die hätte eigentlich nicht mehr entscheiden können?
6	B: Ja, ja.
7	I: Wie ist das denn abgelaufen? Die ist hier her gekommen und hatte n Gespräch mit den Ärzten, oder?
8	B: Genau, genau. Also die war ja hier, kam her, ehm. Dann wurd ja festgestellt, welche Therapie sie hat, eh, welchen Tumor sie hat, also dieses Lymphom wars. Ehm, wie gesagt, das ist ja kurativ behandelbar. Ehm, und weil die Patientin, ehm, Symptomatik hatte, oder ehm, Leidensdruck hatte, wurde therapiert. Danach gings ihr tatsächlich besser, das haben die Angehörigen gesehen und haben denn den nächsten Zyklus auch gewollt. Und daraufhin wurde die Patientin aufgeklärt. Auf Seiten der, aus Sicht der Ärzte, und da haben wirs ja, eh, wars ja, war das Lymphom ja therapierbar. Und aber der Patientin, so rein aus der Pflege... Die Patientin, wie gesagt, war nicht adäquat, und sie hat auch unter den Nebenwirkungen sehr gelitten.
9	I: Und, hat sie dir gegenüber, oder euch gegenüber, auch dann mal was geäußert bezüglich ihrer Wünsche oder?
10	B: Ob sie jetzt die Therapie wirklich noch macht? (unverständlich) Nein, das nein. Das, ehm. Nein, das kann ich jetzt. Also sie hat nicht gesagt, sie wills nicht. Das hat sie nicht gesagt. Aber, sie hat auch nicht explizit gesagt: Ja, ich möchte wieder gesund werden. Sie hat nur gesagt, sie möchte gerne wieder nach Hause. Ins Pflegeheim. Und es (Pause)
11	I: Okay, und die Angehörigen, hast du jetzt gerade gesagt, waren noch da irgendwie mit involviert ? Die wollten die Therapie, oder?
12	B: Genau, die haben den Therapiewunsch geäußert.
13	I: Und die wollten da auch mit, wurden da auch mit einbezogen?

14	B: Ja,ja. Ja, das ja.
15	I: Okay.
16	B: Also, Betreuung glaube ich hatte sie nicht, aber die Vorsorgevollmacht, ne? Hatten die Angehörigen.
17	I: Das heißt, der Grund war erstmal so, der kurative Ansatz war noch da und deswegen wird es nochmal versucht ?
18	B: Genau.
19	I: Und das Alter wurde nicht so berücksichtigt.
20	B: Naja, weil ne Symptomlast da war, und dann war eben im Rahmen. Wie gesagt, aber da gehn wir jetzt in den medizinischen Teil, wie gesagt, ne Symptomlast war da. Und, ehm, aus palliativer Sicht, weil das ne Palliativpatientin war, war diese Möglichkeit auch noch gegeben. Und es ging ihr ja tatsächlich auch besser danach. Aber ob man das jetzt unterm Strich. Man hat ihr jetzt vier, fünf Wochen, genommen - sie wär vielleicht in dieser Zeit im Heim verstorben, gut. Ehm, aber diese vier, fünf Wochen die sie jetzt hier war, fand ich (betont) für die Patientin, keine Lebensqualität. Und die ist dann nachher auch wieder ins Heim, ich weiß nicht, wann sie dort verstorben ist, das weiß ich nicht.
21	I: Okay, kommt jetzt nicht nochmal wieder?
22	B: Nein.
23	I: Okay (Pause) Ehm, ist das denn häufiger so, ehm, wenn Therapieentscheidungen getroffen werden müssen, du eher das Gefühl hast, da wird noch mehr gemacht, oder?
24	B: (Pause) Es ist ja. Man muss das ja aus mehrerer Sicht sehen. Also das kann ich nicht mit ja und nein beantworten. Es ist ja tatsächlich auch so, dass auch viele Patienten, die eh, betagt sind, ja hierher kommen in die Klinik, mit nem
25	Unterbrechung, zwei Kolleginnen gucken rein.
26	B: Mit nem ausgesprochenen Therapiewunsch. Und das muss man ja auch berücksichtigen. Das ist ja auch toll, dass das dann gemacht wird. Wenn die Sinnhaftigkeit, das erscheint mir nicht. Also es gibts schon Patienten, wo ich hinterfrage, ob die, ehm, von Seiten des niedergelassenen Onkologen, die kommen ja hierher. Und, ob der niedergelassene Onkologe mit denen so ehrlich war. Das weiß ich nicht. Und dann kommen die hierher, haben nen Therapiewunsch und wenn dann von Seiten, aus medizinische Sicht, gesagt wird, dass das nen Sinn hat, dann wirds gemacht. Wo wir dann aber manchmal den Sinn nicht sehen. Weil, unter der Chemotherapie, Patienten ja noch häufiger werden. Und manchmal sich davon auch nicht erholen.
27	I: Was, was heißt das für dich so? Wann würdest du ne Therapie als noch sinnvoll oder nicht mehr sinnvoll erachten?
28	B: (Pause) Wenn meine Lebensqualität für die nächste Zeit besser wird, als das, was ich jetzt habe. Es geht mir nicht um Lebenszeitgewinn, dass ich jetzt hier noch drei Jahre lebe, aber mit ner ganz schlechten Lebensqualität - oder der Patient. Sondern, dass die Lebensqualität für die nächste Zeit absehbar ist. Dass ich vielleicht - Oder: So, so gut ist, dass ich auch noch, noch Lust am Leben habe. Oder auch Sachen noch regeln kann.
29	I: Hmh.
30	B: Klar und orientiert.
31	I: Sachen regeln heißt?
32	B: Na, das haben wir, also des, eh das mein Lebensende. Ob das jetzt die Beisetzung ist. Ob das jetzt, vielleicht ist noch keine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung oder so. Bei manchen ist das ja auch ne Erstdiagnose. Und vielleicht sollte man dann noch die Zeit bekommen. Das wäre für mich sinnvoll.
33	I: Machen die Patienten das, sich da frühzeitig mir beschäftigen ?
34	B: Das ist unterschiedlich. Es gibt Patienten die wochenlang auf der Palliativstation liegen. Wo auch früh gesagt wird, dass eine Verlegung in eine, in ein Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung gar nicht mehr möglich ist, aufgrund dessen, weil die Symptomlast zu groß ist. Und, ehm, dann sind die Patienten verstorben und dann fragen die Angehörigen: Und jetzt? Was macht man jetzt? Also, das kennen wir. Aber wir kennen auch ganz klare, ganz selbstbestimmte Patienten. Die herkommen und sagen: Sie möchten das nicht mehr. Dann sagen sie das, sie möchten noch n bisschen Lebenszeitgewinn haben, aber nur, ausschließlich mit einer guten Lebensqualität. Und dann, dann entscheiden die Ärzte ja schon, wie hoch die Chemotherapie ist oder... weniger so. Im Verlauf jetzt, innerhalb dieser 25 Jahre, hat sich auch vieles geändert. Wir bekommen ja, ich möchte fast sagen, ausschließlich, oder naja 98 Prozent Patienten, die ja schon niedergelassen vorbereitet sind. Und denn, entweder sind sie ja schon im Progress, oder eh sie sind, können zu hause nicht mehr, oder ambulant geht es nicht mehr. Dann gibt es ja auch viele Chemotherapien, die gar nicht stationär gegeben werden dürfen. Und eh...
35	I: Die nicht stationär gegeben werden dürfen?
36	B: Ne, genau. Das hat n, ist n Kostenfaktor. Die sind ja zu teuer oder die kann man nicht abrechnen, weil die zu kurzzeitig... also das weiß ich jetzt nicht genau, aber wir haben ja wirklich viele Patienten, die denn entlassen werden und damit die Chemotherapie ambulant weiter gegeben werden kann.
37	I: Okay, und die schaffen das dann auch? Weil wenn es einem unter Therapie so schlecht geht, stell ich mir vor, ist das schwierig.
38	B: Ja, es wird auch, ist auch schwierig. Die kommen denn, kriegen denn die Chemotherapie, fahren dann nach Hause. Und, ehm, manchmal kommen sie dann über die Notaufnahme abends wieder, oder nächsten Tag, weil sie halt die Chemotherapie nicht vertragen haben. Aber dann hat das ja n anderen Ansatz, dann wird ja die Therapie nicht bezahlt.
39	I: Von der Abrechnung her? (schmunzelt) Ist eigentlich schwierig, ne?
40	B: Ja, hmh.
41	I: Ehm, wie ist das denn, wenn jetzt sone Entscheidung getroffen wird. Da ist n Gespräch mit den Ärzten, hast du grad schon gesagt, die Angehörigen werden irgendwie mit eingebunden. Und an welcher Stelle seid ihr da involviert? Was kriegt ihr so davon mit?
42	B: Wenn der Patient auf die Station kommt, eh, wie gesagt, ist ja unterschiedlich, ob die jetzt von zu Hause kommen oder

	jetzt aus der Einrichtung eh, mit nem schlechten Allgemeinzustand, eh, so machen wir das jetzt mal. Dann, eh, wird ja diagnostisch geguckt warum ist das so. Und, eh, ja, wenn dann feststeht, was es ist, und was man machen kann, das entscheiden wir ja nicht. Dann werden wir informiert.
43	I: Okay. Und... Dass mal vorher euer Rat eingeholt wird, oder, von den Ärzten, sag ich jetzt mal, passiert das?
44	B: Ne, ob ne Chemotherapie gegeben wird, ne das nicht. Aber das seh ich auch nicht, dass das in unserer Kompetenz liegt. Also es ist schon so, dass eh, wir rege mit den Ärzten im Austausch sind und, dass wir jeder Zeit, wenn wir der Meinung sind, dass es dem Patienten so schlecht geht, dass die Therapie, die angeordnet war für den heutigen Tag oder für morgen vielleicht, wenn der sich so doll verschlechtert hat, dann geben wir schon Rücksprache. Und dann wird das auch ernst genommen. Doch das wird. Und dann, wird halt nochmal geguckt, inwieweit man das dem Patienten denn zumuten kann. Doch, das wird schon gemacht. Aber in der Entscheidung, ob der Patient überhaupt ne Therapie bekommt oder nicht, das ist nicht so. Manchmal ist das ja auch so, wenn der Patient kommt, geht es dem manchmal viel viel schlechter als drei Tage später. Das ist ja auch ein Grund, warum sie ins Krankenhaus kommen.
45	I: Hmh, ja. Und von den Patienten aus? Fragen die euch manchmal nach Rat?
46	B: Joa, aber gar nicht so, ob das jetzt Sinn oder Unsinn ist, diese Therapie zu geben. Das denk ich nicht. Da sind sie schon sehr fokussiert. Und das ist auch gut so, das soll auch so sein. Sie fragen dann eher den Verlauf. Und, hinterfragen die Therapiepläne nochmal. Weil das ist ja dann in dem Moment doch zu viel und zu schnell. Und, ehm, wissen dann auch manchmal nicht, was das ist und dann fragen sie. Aber das sind dann ja fitte, adäquate Patienten, die die Therapie tatsächlich mal hinterfragen. Also viele wissen gar nicht, die wurden aufgeklärt, und alles ist also richtig gelaufen. Auch, ehm, die Kollegin geht dann auch hin und hängt die Therapie an, wird ja alles abgeglichen, ne? Das ist ja nichts, was nicht besprochen werden muss. Also das läuft ja alles richtig. Fragen die trotzdem, was das jetzt gerade ist, und wofür und so. Aber das ist dann glaub ich, ja wie gesagt, dann nicht ganz so wache Patienten, oder, ehm, das ist auch einfach manchmal zu viel.
47	I: Und dann, wie reagierst du dann?
48	B: Ja, dann erzähl ich das, dass wir ja hier sind, auf einer Station mit Tumorerkrankungen, und damit sie hier Lebensqualität bekommen und noch n bisschen mehr Zeit haben, ehm, dass das dann ja Chemotherapie ist. Dann erklär ich denen die Chemotherapie oder den Therapieplan nochmal.
49	I: Ja, okay. Ehm (Pause) Habt ihr, wenn du sagst, manchmal zweifelt man auch so ein bisschen die Entscheidungen auch an, die so getroffen werden, diskutiert ihr das innerhalb der Pflege auch manchmal?
50	B: Ja. Also wir machen das jetzt nicht im Teamgespräch, so. Sondern das ist dann tatsächlich so, wenn wir pflegerische dann den Patienten einschätzen, dann wird natürlich in diesem Zusammenhang, wenn das jetzt wirklich n Patient ist, der n schlechten Allgemeinzustand hat und sehr.. von uns aus komplett versorgt wird, und eh, auch, sag ich mal, jetzt wirklich es doof läuft und nicht zu, nicht zusehens ist, und dann vielleicht noch n sehr alter Patient, dass man sich fragt, ehm. Das hinterfragen wir (unverständlich) oder hinterfragen wir die Sache schon. Was das für den Patienten noch für einen Sinn hat. Aber- da kommen wir wieder nach vorne- dann wird sicherlich mit der Familie oder mit dem Patienten gesprochen, und dann ist das auch außer Diskussion. Ob er 92 oder 86 ist. Wenn der Wunsch da ist, dann wird wird, gesprochen. Und. Das was mich dann manchmal so ärgert, ist, ehm, wenn die Ärzte zur Visite rein gehen und versuche, mit dem Patienten fokussiert zu sprechen, dann haben die Patienten tatsächlich nochmal so nen wachen Moment. Und dieser wache Moment wird als gegeben genommen und daraufhin wird aufgebaut. Das würd ich mir mehr wünschen, dass - mit uns wird ganz viel gesprochen - aber, dass man das dann auch mal dann anzweifelt. Dieser kurze Moment des Gesprächs und dass denn, wir sind ja viel drin, und häufig drin und auch in verschiedenen Situationen. Und, dass, wenn wir dann sagen, der ist nicht so klar, nicht so wach und nicht so orientiert, ehm, da hinterfrag ich das dann manchmal. Wo hört ne adäquate Reaktion auf und wo fängt sie an?
51	I: Ja, ist das denn für dich eher n Grund, keine Therapie mehr zu geben, wenn jemand dement ist?
52	B: Ne, nicht weil er dement ist. Ehm, es ist nur so, was wenn der Patient dement ist, aber er trotzdem eine hohe Lebensqualität hat. Es gibt, alle dementen Patienten sind ja nicht, haben ja keine schlechte Lebensqualität. Und, da muss man sowieso vorsichtig sein. Für uns, was wir entscheiden, was ne gute oder was ne schlechte Lebensqualität ist. Es heißt ja nicht, weil das nicht meine Lebensqualität ist, heißt das ja nicht, dass das für ihn keine ist. Eh, das würd ich nicht sagen. Aber, ich find, sofern der Patient durch die Chemotherapie leidet. Also, durch die ganzen Nebenwirkungen, und mit, mit auch mit der Hinfälligkeit. Weil er ja auch, so ne Chemotherapie nimmt ja auch Kraft. Das ist ja nicht mehr diese Lebensqualität, die er vorher gehabt hatte. Und damit kommen Demenz-erkrankte Patienten noch weniger zurecht als sowieso schon. Demenz ist ja schon schlimm. Und da muss man ja ne gewisse Stabilität reinbringen. Und wenn man jetzt, wenn die Patienten dann noch hier zur Therapie kommen. Und man gibt ihnen jetzt Therapie und alles ist jetzt auf einmal anders. Und man selber fühlt sich anders. Dann kriegen die ja Angst. Und da muss man halt gucken. Ob das n Sinn hat. Ob er in diese Lebensqualität wieder kommt. Würde ich (unverständlich).
53	I: Wenn du, ehm, so n Patienten betreust, wo du eigentlich irgendwie für dich das Gefühl hast, die Therapie hat keinen Sinn mehr, ist das schwierig für dich?
54	B: Ja. Doch, das find ich schon. Wie gesagt, bei der Patientin hab ich schon gedacht, warum, warum macht man das jetzt noch? Da hab ich auch so für mich das hinterfragt mit den Kindern. Was sehen die Kinder da jetzt für ein Ziel ? Ehm. Oder was für, ja was erwarten sie da? Die Patientin war ja auch, ich kannte die tatsächlich auch privat. Die Patientin war lange zu Hause, lebte lange alleine zu Hause. Wurde komplett vom Pflegedienst versorgt und ist dann in die Einrichtung. Was ja gut ist, dafür gibt es die ja. Und da hat sie wohl n bisschen, war sie wohl wacher und hat auch Lebensqualität gehabt. Und dann wurde es ja dadurch schlimmer. Aber, da frag ich mich, ehm, was erwarten sie denn jetzt noch? Weil die Situation ist ja nunmal so, dass sie ja schon ganz viel Hilfe brauchen, ganz viel Unterstützung brauchen, das alles nicht mehr alleine schafft. Und unter der Therapie, wie gesagt, hat sie ja gelitten. Warum man dann beim zweiten Mal, jetzt beim Zyklus

	fortschreiten, jetzt nicht sagt, so, jetzt ist Schluss. Da hab ich das so hinterfragt, was die Angehörigen auch so... Weil letztlich, haben sie ja auch losgelassen, weil die Patientin ja in ner Einrichtung war, und da auch nur sporadisch besucht wurde. Das wusste ich ja nun, weil ich sie privat kannte. Vielleicht war das dann auch nochmal sowas, wenn man sich privat kennt, dass ehm. Also das da, das fand ich schon doof, doch.
55-62	[...]
63	I: Und ehm, hast du das schonmal erlebt, dass n Patient dir gegenüber offen die Therapie angezweifelt hat oder Unmut ausgedrückt hat?
64	B: Nein, nein. Also, dass er die Therapie angezweifelt hätte, dass das jetzt, ob das jetzt sinnig oder unsinnig ist, ne. Wenn sie läuft, dann läuft sie. Dann sind die Gespräche vorher gelaufen. Denn, ja, dann wird ja die Möglichkeit vorher gesagt. Und dann müssen sie ja. Die kriegen ja, werden ja aufgeklärt. Und dann, mit ihrer Unterschrift stimmen sie dem ja zu. Ehm. Was war, dass die gesagt haben. Aufgrund dessen, dass sie unter den Nebenwirkungen so leiden, dass sie keine Lust mehr haben fürs nächste Mal. Wo man da in so nem Therapiezyklus ist. Das hab ich gerade vorgestern gehabt. Dass, ehm, aber das ist, steht ja auch nicht in meiner Entscheidung, ob das nächste Mal die Therapie nicht so hoch ist. oder dass man ne Pause macht. Das entscheide ich ja nicht.
65	I: Gibst du dann sowas weiter, wenn das an dich getragen wird ?
66	B: Ja, genau das mach ich. Gibt ja Übergaben, ne? Das mach ich denn. Oder wenn wir mit den Ärzten sprechen, dann sag ich schon, dass der Patient drunter leidet. Doch, das schon.
67	I: Was für, ehm, Ängst oder Sorgen beschäftigen die Patienten so, in dem Moment wo sie irgendwie mit so ner Therapieentscheidung oder so ner Krebserkrankung konfrontiert sind?
68	B: Das, also das Hauptproblem ist tatsächlich bei den Frauen, eh, der Haarverlust. Ehm, das ist weniger bei den Männern. Das ist dann nur bei den sehr, ja sehr drauf fixierten Männern. Dann natürlich die Übelkeit. Die Appetitlosigkeit. Und ehm, die Schwäche. Also, dass sie, die wundern sich immer, dann im Nachgang - also das ist dann im Nachgang - warum man so schwach wird. Und dann, erklärt man denen das halt, ne. Aber vorwiegend ist das hauptsächlich bei den Frauen, ist das wirklich der Haarverlust.
69	I: Und das Thema Tod, ist ja irgendwie mit so ner Krebserkrankung auch schon verknüpft. Kommt das frühzeitig auf?
70	B: Also, das ist mit der Aufklärung... Also, wie gesagt, viele Patienten kommen ja, oder 98 Prozent der Patienten kommen ja aus den Praxen. Und da sind sie ja aufgeklärt. Da haben sie ja meistens schon ihre ersten Chemotherapien gehabt. Und, ehm, schlimm ist es, wenn die Patienten ambulant betreut werden, und dann wars ne gewisse Zeit gut, und dann kommen sie, ehm, mit nem Progress zurück auf die Station. Und das, also das ist dann eher mal so. Dass sie sagen: Oh Gott, und jetzt wieder. Und eh, ob ich das denn schaffe. Und eh, weil das ist ja auch so, und das wissen sie ja auch, dass beim zewiten Mal das ja nicht so einfach geht. Und dann ist ne andere Therapie ja meistens. In dem Falle, ja. Dann fragen sie ja schon.
71-82	[...]
83	I: Was sind für die Patienten so Gründe, zu sagen, sie wollen auf jeden Fall noch jede Therapie versuchen?
84	B: Ja das ist ja schon dieses Lebensbejahende. Das ist schon dieses nicht-akzeptieren, dass es jetzt vorbei sein soll. Das, ehm, dieses offen sein für alles. Ja, eigentlich dieses Lebensbejahende, bis zum Schluss machen. Also, aber dieser Schluss halt wird immer weiter nach hinten geschoben. Und das gibt es auch, dass die Therapie, eh, der Therapie so groß ist, oder der Wunsch danach so groß ist, dass man die Lebensqualität darunter nach hinten setzt. Dass man dann eher sagt lebensverlängernd, aber nicht ne qualitative Lebensqualität.
85	I: Und welche Gründe, sind so für Patienten da, die sagen: Ja ich muss jetzt eigentlich nicht, oder ich schließ damit jetzt ab und mach keine Therapie mehr?
86	B: Weil sie Angst haben vor dem, was jetzt kommt. So sind ja auch ganz klar die Patientenverfügungen, viele, ausgefüllt. Dass sie kein Pflegepatient sein wollen, dass sie bis zum Schluss autonom sein wollen. Und das, eh, und da sie wissen, voher auch immer - die haben sich ja auch belesen und man hört ja auch viel -, dass eben mit ner entsprechenden Therapie die Lebensqualität sinkt, und somit auch zum Pflegefall werden kann, wird abgebrochen. Oder wenn sie merken, ehm, nachdem die Therapie gegeben wurde, wir schlecht es ihnen geht. Dann haben sie natürlich Angst vor der zweiten. Dann denken sie: Ne, das ist, ist die Reise jetzt vorbei.
87	I: Okay. Gut. Hmm. Um das mal so zusammen zu fassen, würdest du sagen, du bist mit den Therapieentscheidungen, die hier getroffen werden, eher zufrieden, oder eher nicht?
88	B: Oh (seufzt). Das kann ich mir nicht anmaßen. Das kann ich mir nich anmaßen zu ehm, beurteilen. Es gab auch schon Patienten, wo ich mir gedacht habe: Was soll der Mist denn? Warum kann man das jetzt hier nicht nett beenden? Warum kann man das nicht nett machen? Und dann sind sie nacher zu Fuß glücklich von der Station gegangen. Das gab es schon. Dann gab es natürlich das entgegengesetzte. Und dann hat man sich ausgetauscht, und hat gefragt: Warum hat man denn nicht n Monat vorher noch ausgetauscht? Warum hat man ihm die Lebensqualität nicht gegeben und hat ihn hier vernünftig dann sterben lassen oder im Hospiz sterben lassen? Eh, aber. Da fehlt mir auch dieses medizinische Know-how, das eine vom anderen unterscheiden zu können. Warum der eine was kriegt und der andere nicht. Und dann merkt man ja auch manchmal erst während der Therapie, jeder reagiert ja anders auf, das es, es, bei dem einen klappts, bei dem anderen nicht. Also das maße ich mir nicht an. Ob es, ob das eine jetzt gut und das andere schlecht ist.
89	I: Wie würde denn für dich so ne optimale Entscheidungsfindung ablaufen?
90	B: Ja, wie gesagt. Also, ich würde mir wünschen, dass Patienten, also, dass wir zusammen auch ne Therapie, nicht welche Therapie, sondern, wenn wir wirklich sagen, der Patient ist echt nicht adäquat, also der kann sich überhaupt nicht, also der kann nicht greifen, was das jetzt bedeutet, wenn er die Therapie bekommt. Der nickt natürlich ab, wenn man ihm sagt, ja die Chemotherapie hilft ihm, noch n bisschen Lebensqualität zu haben, ja. Aber, dass das auch öfter damit verbunden ist,

	dass man Begleiterkrankungen hat, dass... Wird sicherlich gesagt, ja. Steht ja in der Aufklärung mit drin. Aber ich glaube nicht, dass die Patienten das so erfassen. So Patienten, die eh, nicht mehr adäquat sind. Und da würde ich mir einfach wünschen, dass wir da, dass sie mehr zuhören, was das angeht. Was das Adäquate angeht. Das würd ich mir mehr wünschen. Weil das hab ich schon ein zwei Mal mitgekriegt, wo ich gedacht hab: Das ...
91	I: Und sonst wird dem aber schon genug Zeit eingeräumt, und sich Zeit genommen, mit dem Patienten zu sprechen?
92	B: Joa, also Zeit. Zeit ist ja hier im Gesundheitswesen immer sehr. Es ist schon so, sagen wir mal so: Es geht den rechtlichen Gang. Also der Patient wird, nehmen wir mal an, der Patient kommt hier auf Station, der wird untersucht, der wird wirklich gut untersucht. Und dann wird festgestellt: Das und das ist. Je nach Wichtigkeit oder nach Größe des Tumores wird dann auch schnell, muss man dann auch schnell entscheiden. Ganz klar. Und dann läuft das ja. Dann wird der aufgeklärt, ne? Dann, eh, und dann werden die Nebenwirkungen und ja alles besprochen. Dafür haben wir ja auch ne Kollegin hier, die das explizit macht. Doch, das denk ich schon, hier wird keiner überredet. Also das, das nicht.
93	I: Wenn du sagst, Zeit ist im Gesundheitswesen so ein bisschen knapp - ist das für euch auch schwierig in der Pflege, dass ihr nicht genug Zeit habt ?
94	B: Ja, ja. Weil das ist, das ist. Zeit ist ja nur dann knapp, weil wenig Personal ist. Wenn man jetzt ne bessere Stellenbesetzung hat, und das glaub ich ist völlig egal, in welche Berufsgruppe man hier geht. Wenn man mehr Zeit hat für den Patienten hat man ja auch mehr Zeit. Acht Stunden sind acht Stunden. Aber wenn ich jetzt hier nur zwei Patienten oder vier Patienten hab am Tag anstatt acht, ja, ist es halt. Und dann sind, so geht es den Ärzten ja auch, kann ich halt keine halbe Stunde ne Aufklärung machen, für eine elementare Entscheidung. Und dann wird ganz schnell gesprochen. Und dann kommt man ja in dieses medizinische Floskel. Verstehen viele gar nicht. Und dann nicken die ab, okay, weiter. Sicherlich ist das rechtlich alles richtig gewesen, aber was der Patient dann so verstanden hat, da bin ich mir manchmal nicht so sicher. Gerade bei dem Altersdurchschnitt unserer Patienten. Das ist ja zwischen siebzig und 85 ist das ja. Ne so.
95	I: Schon älter eher. Und hast du das Gefühl, dass hat sich in den letzten 25 Jahren verändert?
96	B: Ja, ja. Aufgrund dessen, weil ja ambulant. Es ja viel mehr onkologische Praxen gibt, wie gesagt viel mehr Therapiemöglichkeiten gibt, die man ambulant eher machen kann als stationär. Früher waren viel mehr Patienten da, die mit der Diagnostik hier angefangen haben und eh, dann entweder mit der Beendigung der Therapie oder leider auch verstorben sind. Doch, doch, das ist, wir haben einen viel viel höheren Pflegeaufwand jetzt als vor 25 Jahren.
97-101	[...]

Interview 6

1	I: Ehm, vielleicht fällt dir irgendein Fall ein, der dir so im Gedächtnis geblieben ist, oder vielleicht jemand, der jetzt gerade auf Station liegt, so n Krebspatient im Alter der, wo irgendwie ne Entscheidung getroffen werden musste. Hast du was im Kopf ?
2	B: Ich hab schon drüber nachgedacht.
3	I: Ja?
4	B: Ich hab da drüben grad tatsächlich einen liegen. Der irgendwie Zustand nach Kehlkopfkrebs ist. Da therapiert wurde mit Bestrahlung, Chemo und Resektion n Teil, aber nicht ganz, und PEG-Versorgung. Rezidiv, Metastasen Lunge. Jetzt Hirnmetastasen, fraglich, soweit sind sie noch nicht im Staging, aber die sind schon dabei. Jetzt haben sie schonmal Chemo gefahren zwei mal. Und jetzt überlegen sie noch, ob sie bestrahlen. Der ist glaub ich 83 Jahre alt. Ehm, n bisschen teildement schon möchte ich sagen. Aber noch so, dass er das gut alles verkaufen kann, ne? Und das ist so n Fall, wodrüber ich nachgedacht hab. Und den wir eben auch gerade als Gespräch hatten. Der lief ja sonst immer noch zum Rauchen raus. Und ich hab ihn jeden Tag gesehen, wenn ich zum Dienst komme, dass er unten sitzt ne, mit seinem Rollator. Sitzt der jetzt nicht mehr. Chemo ist ungefähr jetzt drei vier Tage her.
5	I: Der kann nicht mehr?
6	B: Ehm, nein .
7	I: Und ehm, wie hast du das Gefühl dass er die Entscheidung so vertritt? Dass er das alles noch möchte ?
8	B: Ehm, ich war ja mit drin wo der Chef drin war und die ganzen kleineren Ärzte mit drinne. Und das ist halt n Kleinzeller der eigentlich ganz gut reagiert auf Chemo. Natürlich wollen die Ärzte Chemo, ne? Er hat aber gleich gesagt: Nein, ich möchte nur Bestrahlung, weil mir gings so schlecht, wo er den Kehlkopfkrebs hatte, mit der Chemo. Und er hat gesagt: Eigentlich nur Bestrahlung, eigentlich. Ne, das war auch so seine Aussage. Und dann haben die Ärzte natürlich mit ihm gesprochen. Ne, aber das passt gut und ihr Tumor reagiert gut drauf, blablabla, ne so? Und dann hat der doch eingewilligt.
9	I: Okay, warst du bei dem Gespräch dabei?
10	B: Ja. und du hast richtig so gesehen: Hach, jetzt klappt das grad. Weil der ja auch nur Sondenkost kriegt, und jetzt hat der wieder angefangen auch oral wieder was zu sich zu nehmen. Und ist eigentlich ganz stolz, dass das (macht Geste vom Mund zum Bauch) wieder funktioniert. Und ich warte gerade drauf, dass das orale nicht mehr funktioniert eigentlich, ne? Bis er ganz durchs Nadir da durch ist.
11	I: Spricht der da auch mit dir jetzt mal so drüber, wie der das so findet, dass der die Chemo kriegt?
12	B: Der spricht nicht viel, muss man sagen. Also der läuft jetzt nicht umher und sagt: Oh, alles doof, oder so. Der läuft halt nur irgendwo rum oder schläft die meiste Zeit halt einfach im Bett. Das ist jetzt kein redseliger Patient irgendwie. Ich glaub gut findet er das nicht, aber natürlich, denke ich, das ist so ein alter Patient der sagt: Der Arzt hadt immer recht. So hab ich das Gefühl gehabt, ne? Drüber gesprochen hat der darüber nicht.

13	I: Und jetzt macht ders so.
14	B: Jetzt macht ers so. Jetzt hat der Chemo fertig und jetzt fangen die an zu bestrahlen dann. Ja, hmh.
15	I: Und bei diesem Gespräch, wo der gesagt hat, ja ich will nur Bestrahlung, hat der schon auch deutlich so ausgesprochen?
16	B: Ja. Das war ziemlich deutlich eigentlich, ne? Aber dieses Wort 'eigentlich' war halt mit dabei. Und dann hat, da lag er halt in seinem Bett. Halt ziemlich platt auch noch. Eigentlich wollten die ihn nochmal operieren. Ist aber vom OP-Plan runter gefallen, weil sein AZ so schlecht war. Und dann haben sie sich für Chemo entschieden. Und dann lag er halt in diesem Gespräch im Bett, alle drumherum. Und er sagte: Ja, eigentlich möchte ich nur Bestrahlung. Das war ja seine Aussage dazu. Und dann haben sie ihm das nochmal erklärt mit Chemo und gut ansprechen und dies und das und jenes. Ehm, und dann hat er gesagt: Nagut, dann probieren wirs.
17	I: Sprichst du dann mit den Ärzten da, oder sprecht ihr im Team darüber, wenn du das Gefühl hast, es ist eigentlich irgendwie nicht richtig?
18	B: Also, was sollst du dazu sagen, wenn der Patient dann ja sagt? Also, ich weiß bei manchen Leuten ist das so, ich hatte hier drüben mal einen Herr [Name des Patienten 2] liegen, das weiß ich noch, der konnte nicht mehr aufstehen, war auch schon Ü-80 gewesen. Und bei dem wusste ich, der hat zugestimmt mit Chemo, der wollte das. Der hat wissentlich ja gesagt dazu. Und da wusste ich, wenn ihr heute Chemo da rein drückt, dann ist der morgen tot. Das habe ich auch den Ärzten gesagt, ich sag: Ihr seht den schon, wie der aussieht, ne? Ich sag, ich glaube da haben sie Carbo-Etho rein gehauen ne? Also schon hochpotent. Und, ehm. Der war nächsten Tag tot. Also, ich mein, du hast ja so ein Gefühl, was klappt und was nicht klappt so. Und, ja. War so gewesen tatsächlich. Weil das mit der ei-, also die Niere hat nicht mehr richtig funktioniert. Da hatten sie das, eh, Schema schon so ein bisschen runter gesetzt und angepasst. Aber, das hat nicht funktioniert.
19	I: Also auch wirklich durch die Therapie dann quasi verstorben?
20	B: Ja, weil, dann hat der Lungenödem gekriegt. Also zu voll gefahren mit Flüssigkeit. Und dann mit Lasix-Gabe und so wurde noch antherapiert. Aber du hast gesehen: Das hat nicht mehr funktioniert.
21	I: Glaubst du, dem Patienten war das bewusst, dass, ehm, das passieren könnte durch die Chemo?
22	B: Puh, ich denke schon. Also, ich weiß, mein Opa hatte damals Pankreas-Karzinom gehabt. Und der war 85 Jahre alt gewesen. Und ich, als Enkeltochter, die jeden Tag sieht, was mit der Chemo passiert, hab zu ihm gesagt: Ey Opa, willst du das wirklich? Und mein Opa hat gesagt: Ja, ich will das ausprobieren. Der hatte je nichts mehr zu verlieren. So hat der das auch geäußert. Und, dann bin ich hier, [Name onkologische Praxis], jeden Donnerstag mit ihm hingefahren. Und jeden Donnerstag hast du eigentlich so 4-5 Tage danach gesehen: Nicht mehr gegessen, noch dünner geworden, nur noch Erbrechen und Durchfall. Und jeden Donnerstag, als dann wieder dieser Tag kam, du musst jetzt wieder zur Chemo, war er ja wieder gut von den Blutwerten, also ist er wieder hingefahren. Die wollten das. Und ich glaube, ganz viele Leute in dem Alter sagen sich: Ich hab nichts mehr zu verlieren, Hau mal drauf. Und ich weiß bei dem Herr [Name des Patienten 1] hier drüben, der hier lag, der nachher gestorben ist, den hatte ich gefragt gehabt: Haben Sie sich das wirklich gut überlegt und wollen das? Und der hat ja gesagt. Aber der hat, fragte auch: Wie meinen Sie das, Schwester? Na, ich sag, das ist schon ganz schönes Zeug, was sie da jetzt kriegen. Ja, aber ich hab ja nichts mehr zu verlieren. Das ist eigentlich der Uso-Spruch der da eigentlich immer kommt, ne?
23	I: Und wir das dann auch nicht mit einbezogen, dass man vielleicht sonst noch ne andere Lebensqualität haben könnte oder?
24	B: Also, dadurch, dass du ja jetzt diese ganzen Immuntherapien und so noch dazu hast, die ja nicht ganz so hart sind, möchte ich sagen, wird schon ein bisschen auf Lebensqualität geguckt. Also ich glaube das ist besser geworden. Das mit der Geschichte, der Herr [Name des Patienten 2] da drüben, das ist glaube ich schon 4-5 Jahre her. Und jetzt haste ja die Immuntherapien, und schon noch angepasst auf Niereninsuffizienz. Die haben ja lange nicht mehr so viele Nebenwirkungen wie damals. Irgendwie (Pause) ist die Lebensqualität schon besser geworden, das muss man schon sagen. Oder die ganze oralen Chemotherapeutika. Das ist auch schon besser geworden. Ich denke die nehmen da schon Rücksicht drauf. Aber die schießen auch noch ordentlich. Das muss man sagen. So und so. Schwierig zu sagen. Wenn die vom Allgemeinzustand so schlecht sind wie der [Name des Patienten 1], drüben irgendwie, ich weiß nicht, warum die das alle noch mitmachen, die Omas und Opas da, ne?
25	I: Aber du hast schon das Gefühl, dass der Patientenwille meistens in den Entscheidungen sich widerspiegelt?
26	B: Fifty-fifty, würde ich sagen. Ich glaube, ganz viel ist auch Überzeugung. [Kollegin kommt rein, zu ihr: Setz dich ruhig dazu]. Und wenn die, ehm, überzeugt sind dann. Ich mein, ihr Ärzte wisst ja ganz viel und erzählt, was sein könnte, und dann nehmen wir Ihnen die Schmerzen, oder die Luftnot und machen die ganzen Nebenwirkungen, die passieren können durch Ihre Erkrankung, minimieren wir dadurch, ne? Das wird natürlich erzählt. Aber was wir von der Pflege dann halt sehen, dass du irgendwann nur noch im Bett liegst, dass du dann Durchfall kriegst, dass du Erbrechen kriegst, hab ich immer so das Gefühl, das wird hinten weg gedrückt. Auch vom Kopf her. Das erzählen die schon, ne? Aber das wird hinten weggedrückt, was durch die Chemo passiert. Ne? Und, dass du hier jeden Tag, zum Beispiel fünf Tage, ehm, ich weiß jetzt nicht wie die heißt, die Chemo, Hycamtin, kriegst, zum Beispiel, und fünf Tage hier sein musst. Dafür kannst du zum Beispiel jetzt, wo die Sonne scheint, nicht draußen sein. Sowas wird weg ignoriert. Ist schwierig, ne? Also ich weiß aus eigener Sicht, mit meinem Opa, ich hab immer gesagt: Opa, du, es wär viel netter, wenn ich dich jeden Donnerstag abhole und wir ein Eis essen fahren. Anstatt das ich dich, dass ich fünf Stunden mit dir bei [Name der onkologischen Praxis], sitze und ehm, mit dir da Chemo durchlaufen lasse. Und ich weiß, dass du fünf Tage danach halb-tot im Bett liegst. 'Nein ich möchte das aber'. Ja. Also wir sehen das anders. und ich glaub, wenn du aus der Pflege kommst, und das in deinem privaten Kreis noch ist, das ganz anders noch ist. Hier auf Arbeit, weiß ich nicht. Die werden überzeugt, und stimmen dann zu. Und gucken, was kommt. Und gar, entweder, sie ziehen es bis zum Schluss durch und liegen dann wie Zimmer 21 dann halb-tot da, und wir pflegen die dann zu Tode. Oder, die brechen das Ganz ab. Das gibts auch tatsächlich. Dass die dann sagen, so wir wollen

	das jetzt nicht mehr. Aber dann haben sie wirklich schon gelitten unter der Chemotherapie, ne?
27	I: Und dass man durch son, durch die schwere Chemo durchgeht, und dann auch nachher den Benefit hat, das das was gebracht hat, ist das nicht auch so?
28	B: Hmm (Pause) es gibt n paar. Aber das Problem ist ja, wir leben ja hier, oder arbeiten auf ner Akutstation. Du siehst hier eigentlich immer nur die Brecher. Du siehst nicht die n Benefit haben.
29	I: Weil die das dann ambulant machen können?
30	B: Ganz genau. Und die, die dann ambulant nachher versorgt werden, also werden können, die siehst du nicht. Deswegen kann ich dazu fast gar kein Statement abgeben. Weil wir sie nacher nur sehen, wenn sie ins Re-Staging kommen gegebenenfalls, weil sie so schlecht geworden sind. Und weil nach nem halben n Rezidiv entstanden ist. So ne Leute sehen wir dann. Also kann ich dir da nicht zu hundert Prozent ne Antwort drauf geben eigentlich. Ich hatte mal ne Frau, drüben in der Poliklinik, wo ich da n bisschen Einsatz hatte, die Chemo gekriegt hat, operiert wurde, wo ich mich immer gefragt hab, was wohl aus der geworden ist. Das war auch ne ältere Frau. Hab ich aber hier auch nie wieder gesehen. Also muss die noch leben.
31	I: Oder ist direkt auf Palliativstation oder sowas gekommen.
32	B: Oder so. Aber ich hab die mal im Computer gesucht und nicht gefunden. (unverständlich) Also das Erfolgsgeheimnis dann, wenns wirklich gut läuft, die sehen wir nicht. Wir sehen nur, wenns schief gelaufen ist und sie dann zum sterben kommen.
33	I: Und wenn du sagst, die werden da irgendwie so n bisschen überredet oder zu überzeugt - warum? Was, was bringt den Ärzten das?
34	B: (unverständlich) Saß eben neben mir, wir hatten das eben schon mit [Name der Kollegin] hier schon besprochen. Ich sag: Ach, warum muss man... Also, weil wir eben über dich schon gesprochen hatten. Und dann hatten wir drüber geredet, und [Name der Kollegin] kam dann, unsere Leitung: Ja, das hat was mit Kosten zu tun. Also ist es per Abrechnung. Sie kriegen halt Geld dafür auch n Stück weit. So wirtschaftlich gedacht denk ich ist n Stück weit im Hinterkopf mit drinne. Hmh. N Stück weit. Es gibt natürlich auch sone und sone Ärzte, ne? Und ich weiß nicht, ob unsere jungen Ärzte so denken, ne? Aber ich weiß, ich hab mal in der Poliklinik n Aufklärungsgespräch mitgehört. Der wirklich krank war. Und ich dachte: Nein, machs nicht! Nein, machs nicht! Hab ich in meinem Kopf gedacht, ne? Und der Patient hat allem zugestimmt. Und ich dachte, das geht nur nach hinten los. Und als ich hier wieder auf Station kam zum arbeiten lag der hier und ist gestorben.
35	I: Seid ihr denn regelmäßig bei den Aufklärungsgesprächen dabei?
36	B: Mhm. (verneinend). Durch Zufall nur. Wenn wir mal doch mit der Visite mitlaufen. Aber wir haben gar keine Zeit mit dabei zu sein. Eigentlich soll, ist das so gewünscht, dass wir eigentlich auch mit bei sind. Ärztlich, pflegerisch, wie der Patient dann und Ängehörige gegebenenfalls dann. Aber das kriegst du zeitlich hier durch das Personal gar nicht gesourced.
37	I: Hmh, ja. Und wie ist das dann, wie läuft das so ab? Also, der Patient kommt, kriegt irgendwie die Diagnose, und hat dann n Äufklärungsgespräch ärztlicherseits?
38	B: Ehm, also eigentlich läuft das so. Manche sagen uns schon Bescheid: Pass auf, [ihr Name], ich geh jetzt rein und klär den über seine Diagnose auf. Das ist der beste Fall, der eintritt. Entweder es interessiert mich, wie der reagiert, weil ich den schon so lange kenne. Dann geh ich mit rein, wenn ich das alles mitkriege. Oder ich krieg das halt so mit, dass der irgendwie verändert ist. Und ich mach meine Runde: Hi (fröhlich)! Einmal Vitalzeichenkontrolle, und dann liegt der da un heult. Und dann fragst du, warum, was ist denn los heute? Ja, ich wurde gerade aufgeklärt. Das ist meistens der Fall muss man ehrlich sagen.
39	I: Ja.
40	B: Also es ist so, fifty-fifty immer, ne? Manchmal kriegst du mit. Aber meistens (Pause) eher nicht.
41	B2 (Kollegin): Ist leider oft vorm schlafen gehen. Bevor die zur Ruhe kommen. Dann klären die meistens abends auf, ja. Und dann sind die mit sich alleine gelassen. Dann liegen die da, nachts hast du Ruhe, du grübelst, das find ich nicht so gut. Das läuft hier nicht so schön.
42	I: Hmh. Und dann wird auch nicht regelmäßig irgendwie n psychoonkologischer Dienst mit eingeschaltet oder?
43	B: Ehm, doch. Also das funktioniert tatsächlich ganz gut. Wir haben ja die Onko-Pflege-Visite hier. Wo ja alle zusammen kommen. Und der Onko-Psychologe, oder sie, die sind eigentlich ganz gut dabei tatsächlich. Die kriegen wir manchmal nicht mit, weil die ja in der Onko-Visite schon ganz viel gleich mit anmelden und so. Aber der ist ganz gut dabei tatsächlich.
44	I: Seid ihr bei dieser Visite auch dabei?
45	B: Eh, auch jein. Eigentlich ist es gewünscht, ich bin ja Fachkraft. Und eigentlich sollte immer einer da sein. Aber wir sprechen über Personalmangel. Das ist nicht leistbar. Ja also die perfekte Umsetzung (Pause) hapert.
46	I: Und passiert das schonmal, dass die Ärzte vor der Aufklärung zu euch kommen, oder euch so um das fragen, wie ihr so den Patienten seht, dass das mit einbezogen wird?
47	B: Ja machen die schon. Also, kommt immer ganz drauf an, welchen Arzt du da hast, aber ich weiß die ganzen jungen Ärzte, die jetzt gerade wieder hier sind, viele machen das schon. Und sagen: Hey, [ihr Name], ich geh jetzt rein, oder: Ehm, hast du die Frau schon gesehen, weil ich will die aufklären. Also, läuft schon. Muss man sagen.
48	I: Und nach so nem Aufklärungsgespräch, wenn dann der Patient, wie dus grad gesagt hast, im Bett liegt und heult, was macht ihr dann, oder was machst du dann?
49	B: Also, entweder ich setz mich mit zu. Oder die Familie nimmt ihn gleich mit raus und die gehen irgendwo spazieren. Ehm, ja oder du kriegst es manchmal gar nicht mit oder nur durch Zufall. Und wenn ich das mitkriege, und die aber nicht mit mir reden wollen, dass erstmal sacken lassen müssen, dann Bedarfsmed. Tavor zumindest zur Nacht. Dass ich mir das mit ansetzen lasse. Das sind so... Oder, die kommen selber zu dir, dass sie offen sind und sagen: Ich wurd gerade aufgeklärt, ich hab da drei Fragen noch. Das ist auch n guter Fall.

50	I: Und dann, sind das medizinische Fragen oder was sind da so für Sorgen, die da aufkommen?
51	B: Na, meistens ist die Frage: Was meinen sie, wie lange ich noch zu leben habe? Oder: Erzählen sies meiner Familie noch nicht, ich muss das selber erstmal realisieren. Ja. Oder: Warum ich? Das ist auch ne Grundsatzfrage. Das sind so die drei häufigsten, würde ich sagen. Oder: Lassen sie mich in Ruh.
52	I: Und sagst du dann, positionierst du dich dann? Also, sagst du, gibst du Antworten, wenn der jetzt sagt: Wie lang lebe ich noch?
53	B: Ja, das kommt ganz drauf an, wie weit ich drinne bin in dem Thema, ne? Wenn ich wirklich weiß, weil ich den die ganze Zeit mitbetreut habe und Frau Doktor oder Herr Doktor mir das schon erzählt hat, wie lange wir ungefähr noch n Zeitraum haben, dann gehe ich drauf ein. Wenn ich aber nur weiß, der wurde gerade aufgeklärt und die haben jetzt das, das und das vor. Geb ich gar kein Statement dazu. Also das ist situationsgebunden. Aber, das ist ganz ganz selten, dass ich ein Statement zu 'Wie lange lebst du?' annehme. Also ganz ganz selten wirklich.
54	I: Und ein Statement zu 'Was soll ich denn jetzt machen?' Also fragen die Patienten auch, 'Was soll ich denn jetzt machen?'
55	B: Ja. Aber das kommt später erst. Also dann machen die ja noch PET-CT und dieses und das und jenes. Also da geb ich schon n Statement zu,ne ? Dass ich sag: Sie müssen jetzt auf Essen und Trinken aufpassen, Sie müssen Körperpflege wie sonst was machen, und Sie müssen aufpassen, dass Sie zu Hause nichts mehr großes machen und die anderen mal machen lassen. Also das geb ich denen schon mit. Und ich geb denen auch Broschüren mit, wen die mit einschalten können. Wenn die jetzt noch nicht so alt sind, dass ich denen auch Aufenthaltsbescheinigungen und von PIZ und so die Nummer mitgebe, wo die auch wegen Arbeitgeber und so mit reinkönnen. Oder Sozialdienst gleich mit einschalten oder so. Ganz viele kommen auch: Oh, ich muss jetzt ne Patientenverfügung machen und so. Da haben wir ja auch das PIZ für. Da kann man gut kommunizieren dann, ne? Aber so Lebensdauer und so, da bin ich eher raus. Das ist selten, dass ich dazu was sage. Also fast nie tatsächlich.
56-63	[...]
64	I: Und wenn du jetzt sagst, die sind hier zum Sterben - gehen die nicht irgendwann auf die Palliativstation?
65	B: Puh, da sind ja nur acht Plätze vorhanden auf der Palli. Und da läuft ja alles von außen noch mit rein, von anderen Stationen noch mit rein. Ich mein, wir sind schon ein Hauptlieferant für die Palli.das muss man, Hört sich scheiße an, aber halt einfach so.
66	I: Ja (lacht)
67	B: Und du wartest ja auf zwanzig Plätze. Also wenn du drüben anrufst und fragst, Herr [Name des Patienten 1] als Beispiel, welchen Platz hat der denn? Ja, Platz 5. Aber die liegen ja bis zu sechs Wochen manchmal auch da. Und bis du da n Platz hast, bist du wahrscheinlich alt und grau. Oder schon gestorben. Ja? Und, ehm. Manchmal läuft es gut, aber meistens kriegst du keinen Platz bevor die sich verabschiedet haben. Du hast, manchmal hast du Glück, aber meistens eher nicht. Weil da zu wenig Platz ist. Eher vergeben wir die Leute dann Eutin, Schwartau, auf so- oder eh hier Behrendorf, klappt manchmal auch. Die haben mehr Ressourcen manchmal. Aber das was wir hier sehen: Bevor die auf die Palli verlegt werden, sterben die eher hier. Und wenn die schon nen Mo- und Tavor-Perfusor bei uns laufen haben, dann verlegen wir meistens auch nicht mehr. Weil das dann absehbar ist. Und nen halb toten Menschen über [Name des Krankenhauses] zu fahren, ist auch blöd. Deswegen behalten wir die dann eher hier.
68	I: Ja. Stell ich mir auch schwierig vor vom Arbeitsaufwand her.
69	B: Ja, ich mein der Weg ist nicht so weit hier zur Palli runter tatsächlich, aber (Pause)
70	I: Ne, ich mein, ich mein die zu versorgen hier. Für euch.
71	B: Das, ah das kriegen wir eigentlich hin. Also dadruch, dass wir das ja jeden Tag eigentlich haben. Also, mal hast du ne Phase was ruhig ist und mal hast du ne Phase, wo wirklich du die dreier Kombi hast. Also 1,2,3 Ruhe ist. und dann 1,2,3 weiter geht. Und das kommt immer hin, ne? Und eigentlich in der Versorgung, finde ich, sind wir so: Ich begleite dich beim Sterben ganz gut tatsächlich. Hmh.
72	I: Wie (Pause) oder, anders gefragt: Würdest du, in der Übersicht so von dem, was du hier an Entscheidungen erlebst, sagen, dass du damit zufrieden bist?
73	B: Oh, harte Frage. (schmunzelt) Ehm, darauf kann ich dir n direktes Statement geben. Ich hab gerade n Versetzungsantrag gestellt auf die Palli, wurde angenommen. Und irgendwann Anfang nächsten Jahres geh ich auf die Palli. Damit ergibt sich deiner Frage eigentlich meine Antwort: Ne, bin ich nicht. Weil, ehm, wir hatten ja den Teil hinten [Name der Station] noch mit gehabt. Ehm, was ja jetzt erst, ich glaube zwei Jahre ausgesourced ist, also mit eigenem Personal. Müssen wir nicht mehr mit betreuen. Und ganz ehrlich, da liegen 90-Jährige, Krebspatienten oder nur COPDisten im Endstadium, denen dann eine NIV, TNI oder Airvo angebaut wird, wo du denkst: Ihr gehört in ein Einzelzimmer mit ner Schmerzabdeckung, die so gehört wie sie ist und eure Dyspnoe muss irgendwie n bisschen gemindert werden. Eure Familie gehört drum herum und mit neunzig, oder auch achzig, gehört ihr vernünftig verabschiedet. Oder nach hause und da. Ne? Ich konnte das nicht mehr ertragen hinten. Und es ist heute immer noch genauso. Wir hatten letztes mal ne fast 100-Jährige liegen, die sie mit ner NIV noch weiter beatmet haben. Und die ist unter NIV gestorben. Das ist das schrecklichste, was du dir überhaupt angucken konntest. Und dann hast du vorne, wo wir Nachtdienst hatten ist ja der Zentralmonitor, durftest du dir mit an- gucken, wie pfüüü(langer Piepston) die Linie dann gezeigt wurde. Aber noch ne Atemfrequenz natürlich gewährleistet wurde von der NIV. Ganz schrecklich. Und davon kann ich tausend verschiedene Beispiele jetzt sagen. Wo ich denke, ihr gehört mit nem guten Personal abgedeckelt, mit ner Körperpflege, jemand der deine Hand hält, jemand der dir Essen und Trinken gegebenenfalls anreicht und das alles in Ruhe und schön abläuft. Das kannst du hier nicht gewährleisten, weil die hauen noch dreifach-Antibiose rein, bei manch einem, wo du, also wo ich persönlich denke: Ist es das wirklich wert, oder gehörst du einfach nur nach Hause zum Sterben? Und meistens ist das so. Manche kriegst du noch. Wo du so denkst: Okay,

	ich bescher dir jetzt noch drei gute Monate. Wo du dann konform fährst mit dieser Entscheidung. Aber bei manchen denkst du auch: Boa, ich kann mir das hier nicht mit angucken. Und das passiert häufig tatsächlich, dass du denkst: Das kann ich mir nicht mit angucken. Aber die liegen hier wochenlang. Wir hatten einen dahinten hier gerade, der lag hier ewig. Die Frau war die Betreuerin. Beide schon knapp achtzig, ein bisschen unter achtzig. Der lag hier dement, Tumor, keine Therapie. Aber, der hat nicht mehr gegessen und nicht mehr getrunken. Weil ers verweigert hat. Dann haben die Ärzte gefragt: PEG oder nicht PEG? Die Frau hat zwei Wochen dazu gebraucht um sich dann zu überlegen: Ach, wir machen doch noch ne PEG. Ja? In diesen zwei Wochen hätte der schon nach Hause gekonnt und hätte da so sein Lebensende. Dann hat der ne PEG gekriegt, wir haben zwei Tage Kostaufbau gemacht. Und was ist dann passiert? Gestorben.
74	I: Hmh, ja (Pause)
75	B: Ja, richtig. Und die Frau ist aus allen Wolken gefallen. Wo du so dachtest: Die hat das gar nicht, gar nicht gesehen, was da eigentlich passiert.
76	I: Die hat gar nicht gesehen, dass ihr Mann dem Tod sehr nahe ist, oder?
77	B: Richtig, richtig. Die hat das glaub ich gar nicht wahrgenommen. Weil der sah, muss man sagen, auch nicht so ganz so aus. Aber da kam halt nichts mehr. Der lag halt nur. Der wurde alle zwei Stunden gelagert, gewaschen, alles was so dazu gehört. Und da haben wir schon gesagt: Ob der nochmal aus dem Krankenhaus rauskommt? Kam er nicht. Aber hat noch PEG, Dauerkatheterwechsel und all sowas gekriegt.
78	I: Ihm war das auch nicht bewusst?
79	B: Nein, der ist dement gewesen. Der hat davon gar nichts mehr mitgekriegt. Die Frau hat die Entscheidungen getroffen. Aber emotional wieder. Die Frau hat Angst gehabt, ihren Mann zu verlieren. Das hast du gesehn bei dieser Nummer irgendwie ne? Und dachtest nur: Oh Mensch, der arme Mann. Lasst ihn doch zufrieden. Und in seiner Patientenverfügung stand aber: Keine künstliche Ernährung. Da drüber hat die Frau sich hinweg gesetzt und hat gesagt: Ich möchte das doch.
80	I: Das heißt, dieses Nicht-loslassen können ist schon irgendwie n Thema?
81	B: Ja, ist großes Thema hier. Also Aufklärung versus nicht-loslassen-können. Hast du hier ganz häufig. Und ich glaube schon auch, dass Ärzte hier an ihre Grenzen kommen. Sie müssens erzählen. Was Chemo macht und kann und Nebenwirkungen. Aber ich glaube, ein Stück Hoffnung, und das hat meine Oberärztin mal zu mir gesagt, wo ich sie mal gefragt hab, wo sie drüben aufgeklärt hat. Ehm, ich sag: Sag mal, [Name der Ärztin], und unterstützt du das? Sie sagt zu mir: [Ihr Name], ich würde nie was negatives sagen, weil die Hoffnung stirbt zuletzt. Und da ist was dran. Die denken, also die haben alle noch so viel Hoffnung, dass es tatsächlich hilft. Versus mein Opa, der muss das auch gedacht haben. Und vielleicht sind wir dann nacher genauso, dass wir all so n Dreck mit uns machen lassen tatsächlich. Wenn ich das jetzt aber in meiner Perspektive sehe, sag ich jetzt zu diesem Zeitpunkt: So n Scheiß würd ich nicht mit mir machen lassen. Wenn ich wahrscheinlich an dieser Stelle dann selber bin, würde ich wahrscheinlich all so n Dreck mit mir machen lassen. Hmh.
82	I: Die haben einfach Angst vorm Tod, oder ?
83	B: Ja. Ja. Und die sprechen. Also, ich hab immer kein Problem, über den Tod selbst zu reden, weil irgendwie das dazu gehört für mich. Und: Machen Sie sich doch Gedanken, wie sie ihre Beerdigung machen wollen. Machen Sie sich Gedanken, wie sie ihren Tod verbringen wollen und so ne. Ich sprech das mit denen auch. Weil ich das irgendwie, wenn ich das klar und deutlich und so äußere, dass das auch ernst gemeint rüber kommt, dann find ich das auch nicht schlimm irgendwie. Aber die meisten Leute können dadrüber nicht reden. Die haben nie über den Tod nachgedacht.
84-96	[...]
97	I: Okay. Ich sammel mich mal kurz wieder. Hm (Pause). Wie gehst du damit um, für dich, wenn du das Gefühl hast, du guckst dir das hier mit an, und es ist schwierig, hast du ja grad schon so beschrieben?
98	B: Ehm, also bei manchen wo das wirklich gut läuft, die Familie ist involviert, du hast deine Bedarfsmedikation, du weißt keine Reha, keine [Intensivstation] und kannst so in das Zimmer rein gehen und weißt: Die dürfen sterben. Ich darf danach handeln, ist das super. Und dann habe ich auch gar kein Problem. Aber bei, wie ich dir eben, da hinten mit dem NIV-Scheiß und so erzählt habe, hab ich schon meine Probleme. Wo ich dann denke: Ich nehm dir dieses Teil dann einfach ab, und du darfst jetzt entscheiden, was du machst. Oder ich geh zu den Ärzten und sag: Ehm, irgendwas läuft da grad bei euch nicht richtig. Wollt ihr das wirklich? Und dann muss, also in manchen Situationen ist das so, dass die Ärzte dann auch sagen: Ja, irgendwie habt ihr schon recht von der Pflege. Pass auf, wir überlegen uns jetzt was. Dann kommt die [Name] zum Beispiel, von der Palli, und auf einmal siehste: Alle Medikamente raus, und jetzt darf das so sein, dann bringt dein reden was. Aber bei manchen, und dann kommen wir natürlich, Angehörige, Patient, Pflege, Arzt. Wenn die Angehörigen das wollen, der Patient gar nicht mehr kann, dann hast du diese Nummer mit hochpotent, 15 Liter Sauerstoff laufen lassen, jede Stunde ne BGA ziehen. Wo du denkst, das ist grade Leichenschändung, was du hier treibst. Dann kann ich damit auch nicht leben. Hmh. Das ist immer situationsgebunden.
99	I: Nimmst du das dann mit nach Hause?
100	B: Hmm. Die meisten Fälle nein. Es sind n paar, die ich mit nach Hause nehme. Wenn ich die schon so lange kenne. Herr [Name des Patienten] hier zum Beispiel, der lag hier ja Wochen und war ganz großartig, also so vom Menschlichen her. Auch sone nimmst du mal mit nach Hause. Aber ich hab früher glaub ich viele mit nach Hause genommen, aber ich nehm heute nicht mehr viele mit nach Hause. Nur die die nett sind, tatsächlich. Oder die die ne Verbindung zu mir haben, ne? Aber so, die die jetzt zum Beispiel da sind, du hast zu manchen gar keine Verbindung. Weil die kommen, sterben, und gehen. Und dann kommt der nächste wieder, da hast du keine Verbindung. [...]
101	[...]
102	B: [...]Das war so unsere jüngste, die wir hier eigentlich mir begleitet haben. Und die in allen Köpfen drin ist. Und als sie gestorben ist, da war hier riesen Aufgebot. Sowas nimmst du mit nach Hause. Aber sonst? Deine ersten Toten nimmst du

	mit nach Hause. Ja. Und die krassen Fälle nimmst du mit nach Hause. Also die, die n BC haben und dann anfangen, hier ne Massenblutung zu kriegen. Wo du dann doch noch reanimieren muss und das aus dem Tubus rausspringt. So ne Sachen nimmst du auch mit nach Hause. Aber so das normale: Krank, Chemo, schlecht, Tod. Die nimmst du nicht mit. Also ich nehm die nicht mit. Ne? Hmh.
103	I: Wie würde das für dich optimaler Weise in einer idealen Welt aussehen, ein- die Therapieentscheidung?
104	B: Die Therapieentscheidung? Arzt, Angehörige, Pflege, Patient. Ein schöner, gemütlicher Raum, wo man sich hinsetzt und darüber aufgeklärt wird, wie die Situation ist. Dass alle mit zuhören können. Dass Fragen gestellt werden können und einmal alle Broschüren und Telefonnummern mitgegeben werden, die man selber nacher braucht, dass man perfekt aufgeklärt ist. Pflegerischer, ärztlicher und auch für die Angehörigen, wo die sich melden können, falls Probleme sind. Das wär für mich perfekt, in einem einzelnen Raum. Ne?
105	I: Wieviel Zeit ist eigentlich im Moment bei euch so zwischen Aufklärung und 'wir fangen jetzt ne Therapie an'?
106	B: Das kommt ganz drauf an. Morgens Aufklärung, nachmittags Chemo. Oder, morgens Aufklärung, eine Stunde später Portanlage, dann Chemo. Oder: Abends aufgeklärt, morgens Portanlage, dann Chemo. Also es kommt ganz drauf an. Oder: Aufklärung, der Patient ist so gut, braucht aber noch seine anderen PET-CT Termine, Portanlage und so weiter. Aufklärung, nach Hause. Wiederkommen für die anderen Untersuchungen. Gibt's auch, also n paar. Aber eigentlich so ist: Aufklärung, nächsten Tag Intervention. Schnelles Handeln.
107	I: Das heißt, so richtig die Zeit, das mal sacken zu lassen und sich das zu überlegen bleibt nicht?
108	B: Nein. (Pause) BC, ne? Schnell wachsender Tumor, musst du handeln, ne? Und so wird das auch verkauft.
109	I: (Pause) Okay, ich schau mal was ich noch so (Pause) Glaubst du, dass den Patienten das in dem Moment bewusst ist, dass die ne Entscheidung treffen?
110	B: Da sind wir wieder beim Fifty-fifty-Joker. Manchen ist das glaub ich sehr bewusst. Aber, ne, ich glaube dreißig Prozent ist denen bewusst. Und die, glaube ich, der Rest kann das schön verleugnen und nicken. Und nach paar Tagen kommt die Phase: Jetzt realisier ich. Ne? Wir hatten auch schon-. Also das ist eher so dreißig Prozent realisieren, sagen: Okay, lass uns angehen. Der Rest ignoriert und nickt. Und ein Teil gibt es noch vollkommene Ignoranz. Gabs in 24 schon. Die hat, wurde aufgeklärt, und danach ist die Pflegefall gewesen und hat nicht mehr reagiert. Hatte aber keine Schäden innerlich. Das war auch doll. Die gibts auch, aber das sind so Mini-Prozente. Aber eher ist so Ignoranz für zwei, drei, vier Tage.
111	I: Und was passiert dann nach den vier Tagen?
112	B: Ehm, entweder die sind so gut drauf und sagen: Komm, ich leb nur einmal. Und wir packen das jetzt. Also das ist die beste Nummer. Oder die sitzen da, vollkommen depressiv. Heulen nur die ganze Zeit, lassen dich erstmal nicht rankommen. Und wollen auch nicht mit dir sprechen, sone. Oder, die heulen und wollen mit dir sprechen, sone Nummer gibts auch. Oder die sprechen nur mit ihren Angehörigen. Ist unterschiedlich. Aber eher so drei Tage lang durchheulen, ist eher so. Oder (zur Kollegin)?
113	B2: Hmh, das ist so.
114	B: Ja.
115	I: Und wenn die Patienten sich, jetzt sag ich mal, bewusst dagegen entscheiden, keine Therapie mehr zu machen, was sind da für Gründe, die die so anführen? Erzählen die da was von?
116	B: Multimorbide. Das sind meistens also die-. Obwohl hier, das ist ein gutes Beispiel (deutet auf Bild an der Wand). Ich hab die nicht kennen gelernt tatsächlich, aber die hat alles abgelehnt. Ne? Was bei ihr die Gründe waren, kann ich dir nicht sagen. Ehm, ich hätte gerne die Gründe von der Frau da drüben. Die wurde ja, die junge Frau mit den Zwillingen, 2017 Erstdiagnose, keine Therapie. Ehm, wollte sie nicht. Junge Frau. Da hätte ich gerne den Grund gewusst. Und meistens ist das eher, dass die so multimorbide sind und so krank schon sind, dass die dann das ablehnen.
117	I: Weils auch eigentlich gar nicht mehr geht.
118	B: Ja, richtig. Weil der Zustand das schon gar nicht mehr hergibt. Und meistens hast du auch, dass dann aufgeklärt wird, dass die vielleicht nur noch drei Monate zu leben haben, und dann sagen die: Ne, will ich nicht mehr. Da geh ich doch lieber nach hause.
119	B2: Die hats entschieden, die hatte 30 Hirnmetastasen, und sie hat entschieden für sich, dass man da nichts mehr machen kann. Keine Kinder und nichts zu Hause. Und hat für sich entschieden, sie lässt das sein. Und nimmt das letzte, die letzte Zeit, die sie hat, die genießt sie. Und will nach hause gehen, ja.
120	I: Und will nach hause gehen, ja. Aber das ist eher selten?
121	B: Hmh, ja. Das ist eher selten. Meistens passiert hier ganz viel Therapie, ne?
122	I: Okay, ehm (Pause) dann bin ich glaub ich schon durch.
123	B: Hört sich gut an (lacht).

Interview 7

1	I: Also, nehmen wir mal an, ... Also es geht ja um Therapieentscheidungen bei Krebspatienten im Alter, fällt dir spontan ein Patient an, bei dem eine Entscheidung getroffen werden musste, für oder gegen die Therapie, der dir irgendwie in Erinnerung geblieben ist ?
2	B: Ja. Das ist ein Patient, da haben wir eine, das war ein hämatologisch-onkologisch-, also ein hämatologischer Patient. Er hatte ein Lymphom mit einer Blutungsneigung. Hatte nachher auch noch so ne idiopathisch-, also ne ITP. Der nur geblutet hat und nebenbei noch n Faktor 8 Mangel, eh n Faktor 7 Mangel hatte. Und da wusste man anfangs gar nicht, welches,

	was man zuerst behandeln sollte, also das Lymphom oder den Faktor-7-Mangel. Und das Problem ist, dass der Patient zunehmend abgebaut hat und überhaupt nicht mehr wollte. Weder das eine noch das andere. Die Familie aber entschieden hat, dass alles gemacht werden musste, um diesen Patienten -. Wir das immer schon kritisch gesehen haben und wir gesagt haben: Das bringt ja alles nichts. Der hat Novo-Seven-Präparate gekriegt im Millionenstelligen Betrag im Grunde. Und wir eigentlich der Familie damit einen Gefallen getan haben.
3	I: Und wie lief das dann ab?
4	B: Und, der hat die Chemotherapie überhaupt nicht mehr-, also die konnte gar nicht gestartet werden, weil die Blutwerte einfach zu schlecht waren.
5	I: Und es wurde aber Therapie gestartet?
6	B: Es sollte Therapie gestartet werden, das war der Ursrungsplan. Er hatte auch schon Vorphase mit Prednisolon. Das passt ja manchmal auch. Aber er war von der Gerinnung so schlecht. Und die Familie hat ihn gedrängt. Und da stand die Pflege immer so in der Zwickmühle, weil der uns immer gesagt hat: Er möchte eigentlich gar nicht, er möchte einfach in Ruhe gelassen werden. Und sobald Tochter und Ehefrau da waren, war das n ganz anderes Bild. Und da hat er nämlich gar nichts gesagt und die beiden haben für ihn entschieden.
7	I: Wie lief das dann ab in den Aufklärungsgesprächen? Ich wollt dich jetzt nicht unterbrechen, aber ... wer kam da zu Wort?
8	B: Ja, ja. Das war schwierig. Weil unsere Ärzte, weil das-. Ich weiß nicht, ob das jetzt so n medizinisch interessanter Fall gewesen war. Lymphom in Kombination mit Faktor-7-Mangel. Die Gerinnungsstörung und das Lymphom, das ist natürlich auch, das ist natürlich interessant, wenn du Laborchemisch irgendwas hast. Aber, dann verlieren sie glaub ich immer den Patienten ausm, aus dem Auge. Und am Anfang ist es auch schwierig, der Familie zu erklären, wir haben keine Chance. Oder wir gucken jetzt erstmal und starten jetzt erstmal und sehen, wohin das läuft. Man kanns am Anfang ja auch überhaupt nicht einschätzen. Wie verträgt man irgendwas? Aber nichtsdestotrotz haben wir die Gerinnungsstörung nicht in den Griff gekriegt und der Patient hat wochenlang noch gelitten, bis endlich die Entscheidung getroffen wurde, dass wir die Therapie nicht weiter fahren. Und gar nicht die Lymphomtherapie überhaupt anfangen. Aber das war ein Prozess von Wochen. Wo man schon im Vorfeld gesehen hat: Das kann nicht gut gehen.
9	I: Das heißt, euch gegenüber hat der Patient gesagt: Ich will das eigentlich nicht. Hat der das auch seinen Angehörigen geäußert?
10	B: Ne.
11	I: Die wussten das nicht.
12	B: Die wussten das nicht. Aber die Pflege geht ja dann auch irgendwann ins Gespräch mit der Ehefrau. Die hat natürlich auch-, der stand noch, trotz des Alters, der war 79 Jahre alt, stand der, wurd der so praktisch ausm Leben gerissen. weil der hatte n gutes biologisches Alter, war eigentlich für das Alter noch relativ fit. Hat seinen Garten gemacht, Und dann wurd der einfach aus der Mitte gerissen. Und wenn man sich im Vorfeld irgendwie nie richtig Gedanken macht, was passiert, wenn ich mal erkrankte, dann steht die Familie auch da erstmal so vor einer Schockdiagnose finde ich.
13	I: Und eh, haben die Ärzte das gewusst, dass er das nicht wollte eigentlich?
14	B: Den Ärzten haben wir das mitgeteilt und er konnte nachher gar nicht mehr. Und war auch immer-, dann sind die Gespräche immer gelaufen zwischen den Ärzten und den Angehörigen. Also in dieser Dreier-Kombination und wenig mit ihm alleine.
15	I: Dreier-Kombination: Patient, Angehörige, Ärzte?
16	B: Mit Patient, genau. Wenn man das dann so ein bisschen zusammenfasst. Man hat nachher immer schon drauf hingearbeitet, dass wir vielleicht keine Chance haben. Aber so da sind Wochen vergangen.
17	I: Was heißt: Man hat darauf hingearbeitet?
18	B: Na, immer wieder Gespräche geführt.
19	I: Mit den Angehörigen?
20	B: Mit den Angehörigen.
21	I: Um denen quasi zu sagen... ?
22	B: Dass wirs vielleicht gar nicht schaffen.
23	I: Hmh, war das von Anfang an, du meinst gerade schon ist schwierig einzusetzen, eh einzuschätzen, irgendwie absehbar, dass da keine Chance ist eigentlich?
24	B: Ne. Weil die Gerinnungsstörung nachher so Überhand genommen hat, dass wir da keine Chance hatten, den Tumor überhaupt erstmal zu therapieren.
25	I: Wie lief da in dem Fall die Kommunikation zwischen den Ärzten und euch ab? Du hast ja grad schon gesagt, wir haben denen das dann mitgeteilt, aber kommen die auch mal von sich und fragen euch?
26	B: Also auf der [Name der Station] war das eigentlich ne gute Kombination und ne Kommunikation. Wir haben jeden Morgen ne Übergabe gemacht, haben unser Empfinden dargelegt, und wir hatten auch in dem Falls schonmal angeregt, die Ethikkommission einzuschalten. Also das schwebte immer so-. Das war auch manchmal echt n Streitthema, aber da sind wir offen mit umgegangen und das war eigentlich gut. Man konnte das gut aufarbeiten. Aber jeden Mal, wenn ein anderer Oberarzt Dienst hatte, das war die Schwierigkeit. Die Stationsärzte haben das, manch-, dann nachher im Verlauf, ganz realistisch gesehen. Aber die Oberärzte wechselten dann manchmal vom Wochenende zu-, also Wochenenddienst und dann in der Woche Dienst. Und dann wechselten sich manchmal so die Entscheidungen. Der eine hat die Entscheidung getroffen. Und der andere stand überhaupt nicht auf dem Standpunkt. Und dann gabs da natürlich wieder so n Streitthema. Wo wir nachher als Pflege gesagt haben: Wir müssen jetzt hier auch mal irgendwie tätig werden. Und auch mal nicht, als Pflege auch mal die Ethikkommission mit einschalten.
27	I: Hmh. Wie läuft das ab, wenn so ne Ethikkommission eingeschaltet wird?

28	B: Also die macht, ich-. Wir haben das noch nie machen müssen. Also in den zwanzig Jahren, wo ich jetzt hier bin hab ich das auch noch nie mitgemacht. Ich weiß bloß, dass man als Pflege auch an der Ethikkommission teilnehmen kann. Normalerweise, es gibt den Doktor [Name der Arztes], der ist hier im Haus glaub ich für die Ethikkommission zuständig. Und den kann man dann kontaktieren. Von beiden Seiten, von Pflege, sowohl ärztlicherseits als auch Pflege.
29	I: Und das heißt, man beruft dass ein, wenn man das Gefühl hat, diese Entscheidung ist nicht ethisch, oder ?
30	B: Die, genau. Also wenn ich n ethischen Zweifel habe, kann man die Ethikkommission einmal einberufen. Das hat sich nachher so ein bisschen erübrigt, weil der Patient verstorben ist.
31	I: Okay. Aber unter dem Versuch, Therapie zu machen?
32	B: Unter dem Versuch, Novo-Seven zu geben. Also ne Lymphomtherapie ist niemals gestartet. Außer mit der Vorphase.
33	I: Das heißt-. Du meinstest gerade, er hat da wochenlang gelegen und irgendwie gelitten. Wie, wie sieht das aus?
34	B: Also er war anfänglich mobil und wurde dann zunehmend schwächer durch, natürlich durch das Lymphom. Und er hat geblutet und geblutet. Aus, egal welchen Zugang man ihm gelegt hat. Anfänglich hatte er alle vier Stunden Novo-Seven-Gabe. Und ich-. Er brauchte nacher, weil wir keine peripheren Zugänge mehr reingekriegt haben n ZVK. Hat dann auch n ZVK erhalten. Und, ich weiß nicht wieviel Liter Blut er über Nacht, wir haben einfach die Blutungen nicht gestillt gekriegt nach der ZVK-Anlage. Und das war, der hat, hat Hämatome gebildet, hat überall eingeblutet. Der konnte sich nacher überhaupt nicht mehr bewegen. Und das,- fand, also (stockend), es war, für ihn unerträglich. Der lag nur in einer Blutlache, egal was wir gemacht haben, mit Druckverband und allem möglichen Zeug. Und das war für ihn total horormäßig.
35	I: Und wir war das für euch oder für dich?
36	B: Für mich ganz persönlich war das gruselig mit anzugucken. Also ich hatte Nachtdienst wie der so geblutet hat. Wie der von [der Intensivstation] kam. Du hast da stündlich das Bett bezogen, weil da Koagel waren, die du jedes mal-, Also es war wirklich gruselig. Und du konntest ihm nicht helfen. Du hast ihm Medikamente im Wert von nem Kleinwagen gegeben und du konntest ihm nicht helfen. (Pause)
37	I: Und dann lag er da nach dem immernoch wochenlang und es wurd immernoch weiter versucht?
38	B: Es wurd immer noch weiter versucht, also die Gerinnung aufrecht zu erhalten. Und im Nachhin-. Er ist nacher verstorben.
39	I: Hast du das Gefühl, der Patient war von Anfang an, nach dieser Diagnose, als er bei euch ankam, ehm eher auf der Schiene, dass er keine Therapie machen möchte oder kam das erst durch diese ganzen Komplikationen?
40	B: Ich glaub es kam durch die Komplikationen. Also das kann ich jetzt nicht so genau sagen. Also am Anfang, er war ja wirklich n fitter, mobiler Rentner. Das denkt man manchmal gar nicht so. Also mit 79 denkt man, och. Aber ich glaube, er hat, also vom biologischen Alter war er wirklich noch n guter, fitter, älterer Herr. Ne, das hat man ja manchmal so?
41	I: Ja, jaja.
42	B: Ne, dass die so fit sind, wenn die sich gut halten, wenn die noch Aktivitäten machen. Aber ich glaube, so im Verlauf der Liegezeit (Pause) hat, hat er einfach die Hoffnung aufgegeben. Und man merkte es. er hat es glaub ich selber gemerkt. So in meinen ganzen Berufsjahren glaube ich, die Patienten merken einfach, wenn es zuende geht. Die äußern das auch. Das sind so bestimmte Worte, wo man das; ich habe keine Lust mehr, ich hab keine Lust mehr zu kämpfen. Und die merken, ganz komisch: Ich komm hier nicht mehr raus. Das sagen sie so oft. Und das war auch so.
43	I: Und hast du das weiter gegeben, als der dir das gegenüber geäußert hat?
44	B: Ja, das gebe, das kommunizieren wir aber auch. Also, das, die onkologischen Ärzte sin da auch offen. Und man muss einfach mit den Patienten und den Ärzten ne gute Lösung irgendwo finden. Wenn natürlich auch, es ist ja auch manchmal der Therapiewunsch, der da ist. Viele Patienten haben einen ausgeprägten Therapiewunsch. Die möchten das. Ob wir das verstehen, oder ob wir das gut finden, ist manchmal ne zweite Sache.
45	I: Ja. Und wann, wann hast du das Gefühl, der Patient will das aber du findest das nicht gut? Was sind das für Fälle?
46	B: In so Fällen, wenn wir die Befunde alle zusammen getragen haben. Als wenn das Staging komplett ist. Und wir gehen mal jetzt, wenn Pankreaskarzinom ist, oder irgendwie n solider Tumor mit Peritonealkarzinose, Verwachsungen, irgendwas. Die haben eigentlich keine Chance. Und sobald wir die therapieren, sind sie eigentlich mehr in der Klinik, als wenn wir sie einfach nicht therapieren und sie einfach die Zeit, die sie haben noch zu hause genießen.
47	I: Und ist das den Patienten bewusst, dass die so ne schlechte Chance haben?
48	B: Mhm (verneinend).
49	I: Wird das in der Aufklärung auch nicht mit kommuniziert?
50	B: Mhm, mhm (verneinend).
51	I: Das heißt, da wir irgendwo immer noch so ne Hoffnung aufrecht erhalten?
52	B: Ja. Und das ist glaub ich das problematische. Die Aufklärung ärztlicherseits einmal definitiv das zu äußern, was, was Fakt ist.
53	I: Und das wird nicht gemacht ?
54	B: In den seltensten Fällen. Naja, es wird immer nochmal umschrieben. 'Wir machen mal...', 'Wir gucken mal...'. Und sobald man dieses 'mal' in den Mund nimmt, haben die Patienten sofort n Hoffnungsschimmer. Es wird, ganz spät, wenn die Therapie nacher versagt, finde ich, gesagt: Wir können Ihnen nicht mehr helfen. Oder: Wir können Ihre Erkrankung nicht mehr heilen. Das wird, find ich, erst gesagt, wenn die Komplikationen zunehmen. Das ist so mein Eindruck. Und es sind ja auch, es sind viele, viele junge Stationsärzte, die sind manchmal allein gelassen und müssen Aufklärungsgespräche führen - gar keine Erfahrung. Und das ist natürlich.
55	I: Wenn jetzt so ein Aufklärungsgespräch läuft, seid ihr da manchmal bei?
56	B: Nein.
57	I: Ist das so gewünscht, oder ?

58	B: Ne.
59	I: Ne, ist auch gar nicht..
60	B: Ne, aber es ist auch nicht umsetzbar. Normalerweise, aus meiner Sicht, gehört auch n Psychoonkologe da mit bei. Es muss ja nicht immer nur-, es muss ja nicht die Pflege sein. Ich find n Psychoonkologe gehört bei so einem Aufklärungsgespräch da mit zu. Weil die Patienten hören Krebs und schalten dann ab. Alles weitere, glaube ich, kriegen sie nicht mit. Aber die Pflege muss es nacher auffangen, das ist das Problem.
61	I: Inwiefern?
62	B: Na, der Arzt macht n Aufklärungsgespräch. Mit nem Patienten. Vielleicht, optimal noch im Zweibettzimmer. Ja, das noch n anderer Patient mithört. Das läuf-, man schafft gar nicht diesen Raum, dass ich das alleine irgendwo verarbeiten kann oder vielleicht mit meiner Familie. Also es wird im Patientenzimmer aufgeklärt. Ohne irgendwen, der noch mit dabei ist. Es ist ja eine Konfrontation Patient-Arzt. Dann kriegen sie die Diagnose. Vielleicht auch schonmal, wenn ne Therapieentscheidung gefallen ist, vielleicht auch das schonmal. Man sagt vielleicht noch, was in den Befunden war, und dann verlässt der Arzt ja das Zimmer. Und die Pflegekraft, die als nächstes kommt, weiß vielleicht gar nicht, ob das Aufklärungsgespräch gelaufen ist. Optimalerweise wissen wirs, manchmal wissen wirs nicht. Und dann erzählt der Patient erstmal: Was hab ich überhaupt mitgekriegt? Der Doktor hat gesagt, ich brauch ne Chemotherapie. Ich sag: Aber-. Und dann wissen wir machmal gar nicht: Was wurden jetzt für Worte gesprochen?
63	I: Und ihr wisst dann manchmal auch selber noch gar nicht über die Befunde Bescheid?
64	B: Ne. Oder sie liegen manchmal weinend im Bett. Auch das kommt vor, dass du sie erstmal auffangen musst. Was ist überhaupt passiert? Das läuft, finde ich, nicht (betont) gut.
65	I: Hmh. Was beschäftigt die Patienten dann so, in dem Moment?
66	B: Na, die setzen sich dann das erste Mal mit Tod und sterben auseinander. Die haben ne unheilbare Diagnose und das beschäftigt sie. Und das beschäftigt sie meistens in der Nacht. Weil sie können nicht schlafen. Es grübelt, es kreisen die Gedanken. Was passiert, was passiert mit meiner Familie? Und das ist unabhängig finde ich vom Alter. Das betrifft n jungen Patienten, und das betrifft n berenteten Patienten genauso.
67	I: Hast du nicht das Gefühl, dass n Patient, ich sag jetzt mal 85, sich schon mal vorher eher mit dem Thema Tod und sterben auseinander gesetzt hat?
68	B: Das glaube ich schon. Die werden-. Aber nicht, dass die von heute auf morgen sterben können. Also ich glaub im Alter, die meisten haben eine Vorstellung, sie gehen ins Bett und wachen nicht mehr auf. Dass sie aber jetzt mit einer Krankheit konfrontiert sind, das ist den wenigsten bewusst. Und, dass ihre Lebenszeit, wenn sie eine Tumorerkrankung haben begrenzt ist, und jetzt auch auch radikal begrenzt ist, das ist denen nicht bewusst. Türlich setzen die sich mit Tod und Sterben, vielleicht haben manche auch, manche haben ja auch schon ihre Beerdigung geregelt. Aber das hat nichts damit zu tun, dass die auf einmal mit dem Tod konfrontiert sind. Und, dass die vielleicht jetzt irgendwas noch sofort regeln müssen für die Familie.
69	I: Und dann wird das auch mit euch besprochen, was den Patienten so im Kopf umgeht?
70	B: Die Patienten sind zur Pflege eigentlich offen, die sprechen da rüber. Manche sagen aber auch 'ich möchte darüber nicht reden, ich klär das'. Manche klären das auch wirklich gut mit ihrer Familie, die können da besser sprechen. Manche können wirklich - wir sind ja neutral - die, natürlich. Wenn die nachts, sind die so unruhig, und dann sind wir der erste Ansprechpartner. Das ist ja ne Akutsituation, ist ne akute Krise und dann helfen wir auch.
71	I: Was kommen da so für Fragen oder Gedanken, worüber wollen die sich dann austauschen?
72	B: Wo, also-. Wie passiert das? Wie läuft die Therapie? Was ist ne Therapie? Was hab ich eh, also Nebenwirkungen noch gar nicht aber, so, die sehen immer find ich so n Bild, so gerade die ältere Generation. Keine Haare, gerade die Frauen, ich krieg jetzt ne Glatze. Wie reagieren die Menschen auf mich? Was muss ich überhaupt durch-. Und die meisten haben Angst vor Erbrechen. Die haben so ne Horrorvorstellung, dass ihnen noch übel, dass ihnen so übel wird, dass sie das Haus nicht verlassen können, weil sie sich ununterbrochen übergeben.
73	I: Ist da bei älteren Patienten, ehm, wird da auch schonmal darüber gesprochen, ob man die Therapie jetzt überhaupt noch machen soll?
74	B: Ja (zögernd). Wird gesprochen. Und man lässt, aber da lässt man den Patienten den Raum, um das mit der Familie auch zu besprechen.
75	I: Hmh. Das heißt, du äusserst dich dann nicht dazu, wenn die dich das fragen?
76	B: Ne (bestimmt). Und das werde ich auch nicht tun. Sonst prangern sie mich nachher an. Und die Schwester hat ja gesagt, ich soll die Therapie nicht machen. Also, da werde ich mich, da werd ich mich niemals zu äußern. Also, man man sieht schon manchmal, zweifelt man so n bisschen Therapieentscheidungen, die getroffen werden in so hohem Alter. Aber manchmal hat man auch gar keine andere Chance. Ich glaub, ich finde bei den soliden Tumoren sind wir auch schon gut davor. Dass man dem Patienten auch rät, er soll nach Hause, seine Zeit genießen. Aber bei ner Leukämie oder Lymphom hab ich auch im hohen Alter keine Chance, die muss ich sofort behandeln. Sonst sind die innerhalb von vierzehn Tagen nicht mehr auf der Erde. Und dann entscheiden sich auch die Patienten in hohem Alter, dass sie noch ne Chemotherapie machen möchten.
77	I: Und dieses, hast du grad gesagt: 'Gehen Sie nach hause und genießen Sie ihr Leben', wer spricht das aus ?
78	B: Das machen die Ärzte.
79	I: Die Ärzte. Also das kommt schon auch von denen?
80	B: Das kommt schon auch von denen, ja. Also, und man versucht dann ja auch, wenn das so en hohes Alter ist, so ne milde Therapie zu geben. Zum Beispiel, aber-. Mild hört sich auch an, es gibt Zytostase in Tablettenform, und es bleibt aber nach wie vor eine Zytostase mit seinen Nebenwirkungen. Also ich find man kann da nicht, auch nicht immer von Milde sprechen.

	Entweder entscheide ich mich für eine Therapie oder nicht. Obwohl die Tablettenform ist natürlich ne leichte Variante.
81	(Pause)
82	I: Aber es ist trotzdem noch ne Therapie.
83	B: Es ist ja ne, trotzdem noch ne Therapie. Und ich glaube, so ganz ne Therapie einzustellen ist schwierig. Von dem ärztlichen Verständnis und vom Patientenverständnis. Weil, Hoffnung ist immer da, egal was für ne Erkrankung ich hab.
84-100	[...]
101	I: Und hast du das Gefühl, dass der, die Entscheidung, die da dann letztendlich getroffen wird, auch den Patientenwillen meistens widerspiegelt?
102	B: Manchmal schon. Aber manche lassen sich therapieren-, aber das ist nicht, das ist eher bei jungen Patienten. Bei den älteren glaub ich, entscheidet, trifft die Familie und der Patient eine gute Lösung. Also das ist in den meisten Fällen so. Also das wird auch klar besprochen. Ich finde bei den jünger-, bei der jungen Generation, wenn das jetzt n 18-Jähriger ist, da kann man manchmal gar keine andere Entscheidung finden, als das vollt Programm zu fahren. Das würde ich selber, wenn das mein Kind wär, würd ich sagen: Das ist mir egal. Aber so, die älteren Leute und Herrschaften finde ich treffen eine gute Entscheidung manchmal. Nicht immer, aber-, für sie ja.
103	I: Das heißt, grundsätzlich bist du mit den Entscheidungen, die du erlebst in deinem Arbeitsumfeld schon zufrieden?
104	B: Ja.
105	I: Und du kannst dahinter stehen und das, ehm-
106	B: Weil ich glaube, wenn man das jetzt so betrachtet. Natürlich bieten wir alles an, und wir bieten auch in jedem Alter alles an. Ich finde auch die Grenze zu setzen, wo, wo macht man ne Grenze? Dänemark zum Beispiel bestrahlt ein Mamma-Karzinom ab 65 nicht mehr nach. Die kommen dann alle hierher zur Nachbestrahlung. Aber da finde ich 65, wenn ich jetzt überlege, ich soll bis 65 noch arbeiten. Ich stehe mitten im Leben. Warum wird mir die Nachbestrahlung verwehrt, nur weil ich ein Land weiter lebe? Und ich finde die Grenze zu setzen, wann hör ich auf, wann mach ich was? Ist schwierig. Ich kann ne 90-Jährige Dame haben, die mitten im Leben steht, die noch biologisch gut ist, wo ich sach: Okay, man kann ja nochmal was versuchen. Ob das immer sinnvoll ist, ist die zweite Frage. Ich kann aber auch ne 50-Jährige Dame haben, die multimorbide ist, das ist-. Und da ne Grenze zu finden, finde ich schwierig.
107-126	[...]
127	I: Okay, gut. Und dann, dass der Patient sich bewusst gegen die Therapie entscheidet, kommt ja schon auch mal vor, hast du gesagt. Wenn ich das richtig verstanden hab?
128	B: Ja.
129	I: Was bringen die so für Gründe an?
130	B: Die wollen einfach nicht im Krankenhaus liegen. Die wissen um die Tumorerkrankung, haben ein anderes, also die haben ja ein Bild vor Augen. Das haben sie noch nie geäußert, aber sie entscheiden sich dagegen und wollen einfach die restliche Zeit genießen. Sie sagen, sie kommen wenn sie nicht mehr können. Aber ich glaub das sind auch Menschen, die haben sich damit zu Hause da schon irgendwie, oder im Hinterkopf damit auseinander gesetzt. Die m-, d-, das kann ich sonst nicht nachvollziehen. Also, das weiß ich nicht, ob man, jetzt diese Entscheidung zu treffen, ich mache überhaupt nichts, das hat man auch wenig und selten. Ich habs zweimal erlebt in meinen Berufs Jahren. Die haben ganz klar für sich gesagt: Ich gehe nach Hause, ich hab dann vielleicht noch ein Jahr, aber das bin ich zuhause. Aber so rein gar nichts zu machen ist, fällt den meisten Menschen schwer.
131	I: Und hast du auch schonmal erlebt, dass ein Patient keine Therapie mehr bekommen hat, wo du aber irgendwie gedacht hast für dich: Der hätte schon noch Therapie bekommen können?
132	B: Ne, bewusst jetzt gar nicht.
133	I: Also meistens wird schon noch therapiert?
134	B: Ja.
135	I: Wie sieht das aus mit nicht-orientierten Patienten oder dementen Patienten?
136	B: Da ist es schwierig. Mit die-, also da leiern wir erst ne Betreuung an. Bei nicht-orientierten oder dementen Patienten, diese Entscheidung wird dann übers Betreuungsgericht angeregt. Manche sind aber auch gar nicht therapiefähig.
137	I: Inwiefern?
138	B: Inwiefern. Wir hatten jetzt bei uns auf Station den Fall, ne riesen Raumforderung im Kopf frontal. Patient wesensverändert. Ist natürlich durch den Sohn betreut gewesen. Der Patient so unruhig, dass man ihn Fünfpunkt-fixieren müsste, um überhaupt n Zugang zu legen. Nestelt rum, zieht sich alle Nase lang den, alle Zugänge. Und da kann man, würde man niemals ne Therapie rein kriegen. Also es war jetzt sogar ne Bestrahlung angedacht, die nicht möglich ist. Wir mussten ein MRT in Vollnarkose fahren. Und da ist es natürlich, die kann man nicht therapieren. Der ist nicht orientiert, der hat ne Betreuung. Aber er ist einfach nicht therapiefähig. Und wir haben alles versucht mit oralen Maßnahmen, es geht einfach nicht. Und das finde ich, (seufzt) es geht einfach nicht. Ich kann nicht der, selbst mit ner Sitzwache kann man da keine Infusion rein kriegen. So schnell kann man gar nicht gucken - das ist wieder raus. Und n Menschen fünfpunkt zu fixieren, nur um eine Chemotherapie zu erhalten, also das finde ich ethisch nicht vertretbar. Weil so ne Fixierung - ne. Weil da kommt man irgendwann an seine Grenzen. Tumorthherapie und Patienten(unverständlich), irgendwann sind unsere Grenzen auch erreicht.
139	I: Und dann darf der Patient auch gehen?
140	B: Der Patient wurde auf die Palliativ, ist da angemeldet, und, und (Pause)
141	I: Ja.

142	B: Ich glaub da ist er dann auch gut aufgehoben. Da kann man die, auf ner Palliativ kann man einfach die Familie besser auffangen. Ja? Also, manchmal kümmert sich, muss man sich meistens mehr um die Angehörigen kümmern als um die Patienten. Weil die haben ne Entscheidung getroffen und die leben dann mit der Entscheidung. Die Familie sieht dann aber die Komplikationen und, und das ganze Drumherum. Es bricht n Familienmitglied weg. Manchmal muss man da, muss man die viel mehr auffangen. Oder gerade so, wenns die Eltern sind, Mutter, Vater.
143	I: Und das macht ihr dann noch mit?
144	B: Ja. Wenn die Zeit es erlaubt. Manchmal muss man sich einfach die Zeit nehmen.
145	I: Okay, ehm (unverständlich) Wie sehr hast du das Gefühl, dass du in die Entscheidung mit eingebunden wirst?
146	B: In die Entscheidung ob Therapie ge-,?
147	I: Hmh (bejahend).
148	B: Ich glaube wir äußern das. Aber die erste Therapieentscheidung haben wir gar keinen Einfluss.
149	I: Hmh. Und dann später im Verlauf?
150	B: Später im Verlauf natürlich sehen wir die Komplikationen, wenn wir, wenn ne Therapieentscheidung gefallen ist. Und wir die, das Nebenwirkungsmanagement machen müssen. Also ich glaube da treten wir dann das erste mal so richtig in, in Erscheinung für den Arzt.
151	I: Also das heißt vorm Aufklärungsgespräch kommt der Arzt nicht vorher und sat: Wie schätzt du denn den Patienten ein, du hast den ja jetzt schon kennen gelernt?
152	B: Mhm (verneinend). Ne, also ich glaube nicht, dass wir in der Entscheidungsfindung da überhaupt ne Rolle spielen als Pflegekraft. Wir, wir,
153	I: Würdest du dir wünschen dass du das würdest?
154	B: Wir äußern das. Ne, ich würde mir wünschen, dass man einfach so, einmal das, oah, ich würde mir wünschen, dass man von Anfang an dabei ist. Aufklärungsgespräch, Therapieentscheidung, nochmal überhaupt n Setting zu haben. Ich muss es nicht im Patientenzimmer. Ja, dass ich einfach nur n Raum hab, wo ich sowas machen kann. Wo sich auch der Patient vielleicht nochmal ne halbe Stunde selber zu sich finden kann. So diese ganze En-, dieser Prozess, dass man da die Pflege bisschen mehr mit einbezieht. Nicht erst, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist. Wenn, wenn die mit AZ-Verschlechterung wiederkommen. Viele Patienten sehen wir gar nicht, die kommen aus der Poliklinik. Da haben wir noch nie in die Entscheidungsfindung einwirken können, die haben wir aber dann auf Station, wenns ihnen richtig schlecht geht.
155	I: Und die-, ja okay, die kommen dann erst mit Komplikationen, weil die-.
156	B: Das meist, viele werden ja auch ambulant anbehandelt. Also es sind ja die wenigsten Therapien, die jetzt noch stationär anfangen. Wir kriegen ja jetzt mittlerweile die Patienten, die ambulant betreut werden. Es gibt zig onkologische Praxen. Die fahren Therapien, wir kriegen sie dann aber mit den Komplikationen. Also da sind wir völlig raus an der Entscheidungsfindung. Und das was erst Therapie bei uns auf Station ist, wird immer weniger. Also man bekommt ja erst, vieles wird außerhalb behandelt oder in der Poliklinik.
157	I: Ja. Okay. Hm (unverständlich) das hatten wir schon besprochen (leise). Wie, ehm, zeichnet sich denn für dich ein guter Entscheidungsprozess aus? Also wie sollte er optimalerweise ablaufen und was sollte berücksichtigt werden?
158	B: Also ganz optimal, wenn ich ne Diagnose habe, und die, die Entscheidung bis zur Therapie?
159	I: Hmh.
160	B: Also ganz optimal würde ich finden, dass man einen Patienten niemals alleine aufklärt. Also Psychoonkologen und vielleicht auch jemanden von der Familie mit dabei. Egal, Kinder, Vater, ich glaub das ist schonmal der optimale Start. Dass ich das, das ich ganz klar und offen sag: Das sind die Fakten, weil damit können unsere Patienten gut umgehen. Und das sind die Möglichkeiten einer Therapie, und das wird aber auch aufgezeigt. Ich glaub Möglichkeiten machen sie schon. Aber auch die Nebenwirkungen. Selbst eine, ne Strahlentherapie wird manchmal so verkauft, als: 'Das sind ja nur, ist ne Strahlentherapie.' Aber auch die hat Nebenwirkungen und kostet Zeit und ist ne langwierige Geschichte. Dass der, dass man die Aufklärung ein bisschen gezielter macht und ausführlicher. Was passiert mit mir ? Was passiert mit meinem Körper? Worauf muss ich achten? Und nicht, dass man das einfach so hin-, ja, wenn man an ne falsche Schwester kommt zum Beispiel, die noch nie damit-. Wir haben so viele Zeitarbeitsfirmen. Die sind nicht ausgebildet. Die hängen irgendwas an, und machen kein Nebenwirkungs-, also: Mundspülung, wenn ich nur das mal, Mundspülung, Hautpflege, beobachten sie sich. Gucken sie, was mit ihrem Körper passiert. Wenn ich da nicht drauf achte: och ja das hab ich ja schon ne Woche. Ja, aber dann ist schon zu spät, dann haben wir viel viel mehr Arbeit. Also das würde ich mir wünschen, dass man da, also ich, das Personal schule. Das ich viel viel mehr Zeit habe. Das man auch vielleicht eine Pflegesprechstunde wieder wahrnehmen kann. Ich hab dies und das. Und das die Familie muss mit eingebunden werden.
161	I: Auch wenn die Meinung des Patienten nicht mit der der Familie übereinstimmt?
162	B: Ja. Damit die Familie auch versteht, warum hat mein Angehöriger diese Entscheidung getroffen? Weil sie arbeiten, wir haben sie ja nur in der Klinik, aber die Familie arbeitet ja dann immer vielleicht zu Hause gegen an. Und das ist ja, also dann ist der Patient doppelt belastet. Einmal mit der Therapie, mit den ganzen Terminen, sind ja auch Termine, die müssen zu den Terminen gebracht werden. Und die Familie würde dann ja immer diese Entscheidung anzweifeln.
163	I: Das heißt, du findest schon, dass der Patient am Ende die Entscheidungshoheit hat?
164	B: Ja. Das ist ja sein Körper. Ob wir immer diese Entscheidung richtig finden, das steht außer Frage. Aber er ein-, hat sich dafür entschieden, und dann muss man ihn da unterstützen, was wir für Möglichkeiten haben.
165	I: Wie gehst du damit um, wenn du nicht hinter der Entscheidung des Patienten quasi stehst?
166	B: Also da bin. Da, dafür bin ich professionell. Das muss ich nicht gutheißen. Aber ich heiß ja auch vieles im Alltag nicht gut. Und, na also da muss man, ich glaub da muss man professionell sein, freundlich, nett, und, und einfach den Patienten dann auch da unterstützen. Es ist seine Entscheidung, es ist sein Körper. Und auch da gibt es ja Möglichkeiten, ne? Und

	ich glaube, darum arbeitet man ja auch im Team, wenn man jetzt so ne Entscheidung oder mit dem Patienten dann vielleicht ein Tag nicht arbeiten kann, dann kann ich sagen zu meiner Kollegin: Bist du so nett, kannst du heute den Patienten betreuen? Ich muss da vielleicht nochmal ne Nacht drüber schlafen. Und nächsten Tag-. Dann grübelt man ja auch zuhause vielleicht nochmal nach.
167	I: Das heißt, du nimmst das schon mit nach hause ?
168	B: Manches nimmt man mit nach Hause. Aber vieles kann ich auch sagen: Abgeschlossen und gut. Eigentlich wenn ich hier die Haustür zu mach, ist vorbei. Aber grade wenn das so Miss-, das sind ja keine Missverständnisse. (Pause) Natürlich nimmt man einiges mit nach Hause und denkt da nochmal drüber nach. Aber es ist auch gut so, weil nächsten Tag hat man ja vielleicht auch mal noch n anderen Blick drauf. Vieles besprechen wir auch im Team, ne? Oder wenn das bespricht man auch nochmal mit dem Arzt, dann geht man nochmal hin: Mensch, ist das wirklich richtig oder nicht oder gibts noch ne andere Möglichkeit?
169	I: Und was sagen die Ärzte da?
170	B: Die machen sich auch Gedanken. Weil die treffen ja irgendwann auch ne Entscheidung. Und es fällt denen manchmal nicht leicht, die Patienten gehen zu lassen. Ne, das ist ja auch, sie sind, sie sind mediziner geworden, um Leben zu retten und um Krankheiten zu heilen. Und wir wollen die Patienten ja gesund pflegen. Und diese Entscheidung zu treffen, wir könnns da nicht mehr. Ich glaub das fällt denen genauso schwer wie uns. Bloß da muss man drüber reden.
171	I: Ja, und das tut ihr auch?
172	B: Ja.
173	I: Gut, ich glaub ich hab hier von meiner langen Liste schon fast alles angesprochen. Hast du noch irgendwas, was du gerne loswerden möchtest?
174	B: Ich bin gespannt, was da nachher rauskommt.

Interview 8

1	I: Dann kannst du dich vielleicht noch bei einem älteren Krebspatienten an einen Fall erinnern, wo irgendwie ne Entscheidung getroffen werden musste, irgendwie jemand, der noch Therapie, oder Operation in deinem Fall, oder vielleicht auch nicht mehr, ist die da irgendwie n spezieller Fall in Gedächtnis geblieben?
2	B: Mehrere.
3	I: Hast du einen, von dem du mir gerne erzählen möchtest ?(lacht)
4	B: Hm (Pause) Ich muss kurz grad mal drüber nachdenken, damit ich auch alles wieder hinkrieg. Aber, genau. Ehm, es war eine ehm, 73 Jahre alte Patientin, hatte ursprünglich ein Mamma-Ca, aber war metastasiert. Ehm, das eigentliche Problem war jetzt nicht mehr die Mamma, die waren schon beide Weg, sondern eben die darauf folgenden Metastasen und Chemotherapien. Genau, die Frau war mehrfach metastasiert, war eben bei uns, weil bei uns natürlich die Chemotherapie lief und die davorigen Operationen eben auch. Ja. Ja, was möchtest du darüber wissen? (lacht)
5	I: Was ehm, standen da für Optionen im Raum?
6	B: Ehm, eigentlich keine mehr. Also eigentlich war nur noch ne Palliativbetreuung wäre, oder ist nur noch in Frage gekommen. Hm, allerdings (Pause) war das ein, also, die Frau war drei Tage insgesamt erstmal bei uns, bis überhaupt eine Entscheidung gefallen ist, oder bis überhaupt die ersten Gespräche stattfanden. Ehm, wie es weitergeht. Bei uns war das so, dass die Assistenzärzte weiter auf Operationen und auf weiterführende Chemotherapie- also unsere Stationsärzte waren ja Assistenzärzte, praktisch - ehm, gepocht haben. Und bei uns gabs eine Oberärztin, die praktisch, die wir immer angerufen haben (schmunzelt), die wir immer angerufen haben, dass sie doch bitte ein klärendes Gespräch führen sollte mit den Patienten.
7	I: 'Wir' heißt ihr von der Pflege?
8	B: Wie bitte?
9	I: 'Wir'...
10	B: Ja, wir heißt von der Pflege, genau.
11	I: Ja, und die hat dann erst nach drei Tagen kam sie eben dazu, weil sie hatte Urlaub, und ehm, ist ja auch nicht immer im Haus. Und sie hat dann ziemlich Klartext geredet. Und eben auch gesagt, okay es ist, kann nicht mehr viel gemacht werden, außer eben eine palliative Betreuung, aber wir können eigentlich, sind wir am Ende der Therapie angekommen. Also es geht nicht mehr. Und die Frau war aber auch wirklich schon, nicht komplett final, aber auf jeden Fall die nächsten drei Monate wäre das wahrscheinlich auch nicht mehr weiter gegangen. Wir haben dann noch eine (Pause) genau, ne Punction gemacht, der Lunge, einfach um die Aszites und ehm, ja um das Wasser raus zu kriegen, und eben eine Drainageanlage anzubringen. Aber das ist ja eigentlich erleichternd und nicht wirklich lebenserhaltend.
12	I: Und jetzt hast du grad gesagt, die Assistenzärzte haben darauf gepocht, war das nur in dem Fall so, oder was das irgendwie,...
13	B: Ne, das war meistens der Fall, dass (Pause) unsere Ärzte nicht wirklich formulieren konnten, dass es keinerlei Möglichkeiten mehr gibt. Ich weiß nicht, ob das wirklich ne, ne Weisung des Chefarztes war, oder wie das ging. Oder, dass die meisten sich das nicht zugetraut haben. Oder eben auch gar nicht (Pause) ja, ich glaub das ist schwierig für Assistenzärzte, das erstmal wahrzunehmen, oder eben ehm (Pause) nicht wahrzunehmen, aber sagen wir zu akzeptieren, dass es eben auch nicht mehr weitergehen ka-, muss ne. Ja. Das, ehm, ich öfter mal zu schwierigen Situationen gekommen.
14	I: Weißt du noch, was die Patientin in dem Fall wollte?

15	B: Die Patientin, in dem Fall, dadurch, dass sie die ganze Zeit etwas von weiterführenden Therapiemaßnahmen, wie Chemotherapie-. Dass sie geheilt werden würde, das war klar, dass das nicht mehr passiert. Aber sie hatte gedacht, das geht vielleicht dann noch um ein, zwei Jahre, drei Jahre länger, und nicht um drei Monate vielleicht noch. Weil eben das immer so unklar formuliert wurde mit den weiterführenden Therapiemaßnahmen und Operationen. Und deswegen warsie ziemlich geschockt. Und musste erstmal mit ihrer praktisch Trauerarbeit beginnen, dass es eben jetzt anfängt. Und, genau, wurde dann auch zwei Tage später, nachdem diese Palliativbetreuung praktisch auch angeleiert wurde, dann eben auch entlassen.
16	I: Die ist dann in palliative Behandlung gekommen?
17	B: Genau, also palliative Behandlung. Und wir haben eben die Brücken-Schwestern mit eingeschaltet und so weiter.
18	I: Und, ehm, vorher an dem Punkt hat sie sich quasi immer noch an die Hoffnung geklammert, die die Assistenzärzte, oder die in der ärztlichen Aufklärung so stattgefunden hat ?
19	B: Genau, genau.
20	I: Ehm, wart ihr da irgendwie mit involviert in diesen Prozess?
21	B: Also da wir ja keine, also wir dürfen je keine Diagnose mitteilen, solange die Ärzte das eben nicht tun. Ehm, danach natürlich, nachdem die Frau das erfahren hat praktisch, das sie ja wirklich nur noch, es sich um höchstens Monate handelt, und es aber auch früher sein kann, ehm, waren wir natürlich mit drin. Also da war das natürlich mit dabei. Und davor haben wir nicht viel dazu gesagt, weil (Pause) aus Erfahrung und wie die Patientin aussah, war da nicht so mehr viel, also war uns klar, dass es sich nicht mehr um Jahre gehen würde. Also einfach von dem kompletten Krankheitsbild-
22	I: Also ihr konntet das einschätzen, aber die Patientin eigentlich nicht wirklich?
23	B: Ne, wenn man aber auch die ganze Zeit hört, dass es noch Therapiemaßnahmen gibt und eben nie das Wort Palliativ fällt, sondern immer nur 'Ja, man kann noch ne Chemo probieren und man kann noch das machen und es gibt noch diese Möglichkeit der Operation und es gibt noch das', dann denkt man nicht daran, dass es nur noch um 3 Monate geht. Oder eben maximal 3 Monate im besten Idealfall, ne? Wenn nichts irgendwie mehr dazwischen kommt. Und je nachdem wie diese drei Monate dann aussehen dann mehr oder weniger lebenswert, ne? Oder, nicht lebenswert, aber, sagen wir, qualitativ hoch. Und ich glaub das ist erstens, die Patienten wollen ja erstens immer auch das gute raushören. Deswegen denke ich, dass so ein Aufklärungsgespräch auch immer sehr serh schwierig ausfällt. Weil man muss ja auch über ihr-, über alle weiteren Maßnahmen nachdenken. Über jede weitere Therapiemaßnahme. Und wenn man eben aber Therapie hört, alleine das Wort, und von Möglichkeiten sprich, dann ehm, und von Operationen, dann ist das ja immer noch irgendetwas wo man: Ah, ja danach muss es mir besser gehen. Und ehm, wenn das Wort Palliativ eben nie fällt, dann ist das, oder eben nie klar, klare Worte gefunden werden, dann ist das auch für den Patienten glaub ich sehr sehr schwer, also überhaupt schwierig, aus diesem Medizinerdeutsch praktisch auch klare, ja klare Konsequenzen zu ziehen oder eben sich darüber auch klar zu werden. Also ich denk da ist großer Bedarf noch da.
24	I: Welche Gründe sind denn so in dieser Entscheidung eingeflossen, ob jetzt noch Therapie gemacht wird oder nicht. Das klingt jetzt gerade so n bisschen so, als wär das gar nicht wirklich ne Entscheidung gewesen. Oder gabs da schon Abwägungen, bei wem man sowas noch macht ?
25	B: Ne. Gab eigentlich keine mehr. Also das war, ehm. Ne palliative Chemotherapie kam auch nicht mehr in Frage, weil der AZ insgesamt, also der Allgemeinzustand der Patientin war insgesamt so schlecht, dass es ehm, eigentlich wirklich nur noch, sagen wir lebenserleichternde Maßnahmen praktisch eine Option waren. Wie eben die Drainage-Einlage oder eben ja.
26	I: Wenn du jetzt, sagst, die Oberärztin ist dann irgendwie dazu gekommen und scheint mir jetzt so ein bisschen diejenige zu sein, die dann häufiger mal eh...
27	B: Also diese Oberärztin ist eine spezielle Fachärztin für palliativ und für Onkologie. Ehm, hat ein (unverständlich) also natürlich ne Erfahrung in dem Punkt, ne? Eben auch, wie sie sich ausdrückt. Ist immer erst-, also die meisten Patienten sind immer erst sehr schockiert, sehr betroffen, weil sie eben sehr sehr klare und direkte Worte findet. Ehm. Ja, also unmissverständliche Worte findet, wie es jetzt weiter gehen kann. Entweder mit einer Therapie, welche Chancen denn eben sind, das heißt also-. Oder eben ehm, dass es eben keine Möglichkeit mehr gibt und dass man wirklich jetzt irgendwie nur noch guckt eh, wie man die restliche Zeit so angenehm wie möglich gestaltet. Und ehm, sie ist eine Person, die wirklich, also die von uns sehr gerne dazu gerufen wurde, wenn sie da war und Zeit hatte. Oder wir eben die Assistenzärzte darum gebeten hatten, sie noch einzubinden. Weil sie eben diese Erfahrung hat und eben die klarsten Worte in der Onkologie findest, die wir hatten. Deswegen war das immer für uns die bessere Wahl, weil danach ehm (Pause) war dann immer alles klar. Und die Patienten haben danach nicht mehr noch die nächsten drei Jahre geplant.
28	I: Und was waren das bei dir für Fälle, für dich für Fälle, wo du gesagt hast: Jetzt ruf ich mal die Oberärztin an?
29	B: Ehm, das war eine Patientin mit verschlechtertem AZ, auch ursprünglich Mamma-Ca, weiter metastasiert. Eh, ein ähnlicher Fall, also von der Entwicklung her. Allerings ehm, (Pause) hatte die Patientin schon eindeutige Sterbezeichen entwickelt. Das heißt marmorierte Haut, ehm, Fingerkuppen also Fingerspitzen schon sehr gräulich, teilweise Sauerstoffbedarf durch die Aszites. Und ehm, n Schmerzbedarf, der durch die normalen Schmerzmedikamente einfach nicht mehr abzudecken war. Und ehm, ja. Wir in der Pflege hatten schon, also in im Team, also heut abend, wir überstehen wir die Nächsten drei Nächte mit ihr? So an sich. Und hatten eigentlich gehofft, dass also ein Gespräch der Nicht-Reanimation einfach stattfindet mit unserer Assistenzärztin. Also sagen wir nicht mit unserer Assistenzärztin, es war Wochenende, und deswegen war auch eine Ärztin zuständig, die sonst nicht für uns zuständig war. Ehm, auf der Station, also diensthabende Stationsärztin. (Pause) Und sie hatte eine ehm, OP für in-, also es war Samstag und sie hatte eine OP geplant für Dienstag. Und die Patientin, eh, dahingehend noch ausgeklärt, wie das nach der Entlassung mit der Chemotherapie

	weitergehen soll (schmunzelt). Und, also die OP war nur ne sehr kleine OP, es ging dann auch um einfach nur ne Drainage-einlage. Und, ehm, noch nicht so wirklich, aber eben um sie wieder aufzupäppeln. Und eben einer neuen PEG-Einlage, damit die Ernährung weiter gesichert ist. Und das war eben sowas, wo, die Patientin war eindeutig, also sie hatte schon keinen Stuhl mehr seit drei Tagen gelassen. Eh, hatte keinen, die Aszites wurde immer schlimmer eben, typische marmorierte Haut, wurde immer fahler, ehm, ikterisch in den Skleren, also es war schon klar, dass gerade im Moment auch einfach schon, eigentlich so n bisschen schon das Organversagen einfach eingesetzt hat, ne? Und das ist, auch noch Tage, Wochen. Also so n Sterbeprozess kann sich ja auch hinziehen leider. Aber genau, eindeutige Sterbezeichen eben schon da waren. Und das war so n Punkt, wo wir dann kurz so ne Besprechung hatten. Und wir nachgefragt haben: Ja wie siehts aus? Weil wir sind ja nachts alleine. Wir müssen noch irgendwie, ob wir ne Sitzwache noch gucken, ehm., Familie noch anrufen, ehm, wie siehts aus? Und die Assistenzärztin eben komplett leider (unverständlich). Nein! (Laut, bestimmt) Nein, ich hab grad mit ihr die neue Therapie besprochen. Die noch irgend-, also es war auch ne palliative Therapie, also da war es wirklich schon klar, dass sie auch nicht mehr geheilt werden kann. Also Therp-, palliative Chemotherapie. Aber ehm, ja also für ehm, ja diese Patientin,-
30	I: Die hat eure Stimme dann auch nicht gehört, die Assistenzärztin?
31	B: Eh, erstmal nicht. Was allerdings an unserem hohen Patientenaufkommen lag und eben an dem Stress, der überhaupt eben mit da war. Also das war, sie hatte sich um (Pause) drei Stationen zu kümmern, drei gynäkologische Stationen à 19 Patienten. Davon eine onkologische Station und eine operative Station und eine Privatstation, wo operativ und Normal-Gyn, also gynäkologische Patienten oder onkologische Patienten waren. Und dazu noch die Notaufnahme. Ja. Und dementsprechend am Wochenende, dafür wirklich. Also ich würd sagen von der Unerfahrenheit und einfach vom Stressfaktor, vom Patientenaufkommen dafür vielleicht kein Blick da war. Und ehm, leider auch noch nicht das Vertrauen in uns Pflege. Ich glaub, sie hatte das davor auch noch nicht gesehen, wie sowas aussieht, wenn jemand, ehm, so (unverständlich) mit drin ist. Wir haben dann allerdings unseren Sozialdienst relativ schnell mit eingeschalten, und ehm, die Oberärztin tatsächlich auch im frei angerufen.
32	I: Oh, krass.
33	B: Aber das war auch sowas, wo wir gesagt haben, wir brauchen diese-. Also ich möchte nicht in ein Zimmer kommen und reanimieren müssen, um danach eben, also wenn jemand wirklich schon im Sterbeprozess ist, ne? Mussten wir uns dann eben auch absichern, ne? Und, ehm unsere Oberärztin kam natürlich auch. Also sie hatte, wäre am nächsten Tag sowieso gekommen. Aber kam, weil die sieden Fall eben auch schon kannte. Sie hatte die Patientin auch schon weiter betreut. Es ging nur, leider gehts ja manchmal auch schneller als man das denkt. Und sie hat dann eben dieses aufklärende Gespräch geführt, von wegen nicht-Reanimation und ehm, kurz vor ihrem Tod wurde die Patientin auch noch bis nach Hause entlassen. Und ist dann zuhause verstorben. Aber innerhalb von sieben Tagen.
34	I: (unverständlich)
35	B: Ja. Also das war wirklich nicht mehr, genau nicht mehr wirklich viel.
36	I: Wie kommt denn so ne Entscheidung, ich sag mal jetzt in weniger prekären Situationen, es ist nicht immer gerade Wochenende, ab? War dann, also ich sag mal jetzt kommt eine Patientin, hat ne Neudiagnose, ist 85, es soll entschieden werden, wir machen jetzt noch Therapien oder nicht?
37	B: Hm, da muss ich sagen, hat unser Krank-, also hat unser, unsere Frauenklinik sehr wirtschaftlich gehandelt, sagen wir so. Sehr ökonomisch, sehr wirtschaftlich. Und es wurde ehm (Pause) sagen wir so. Also die erste, die erste Tumorentfernung fand so gut wie immer statt, soweit ich das eben mitgekriegt hab. Also auch in sehr betagtem Alter. Ich glaub, die älteste Patientin, die ich hatte, war fast neunzig, also 89. Und ehm, hat noch eine, ehm, ja, hat sich eben noch beide Brüste abnehmen lassen. Genau, um das eben mit zu verhindern und dann eben noch weiter sofort mit in die Chemotherapie einzusteigen. Also das wurde schon, sagen wir, ehm, auf die Operation wurde auf jeden Fall gesagt, also wurde auf jeden Fall eher dazu hin tendiert, das eher operiert wird als, ehm, als zu sagen naja, das stört vielleicht grade nicht so, das wächst auch nicht sehr schnell, weil mit höherem Alter ist das ehm, Tumorstadium ja nicht mehr so, also je nachdem welcher, aber nicht mehr so schnell, wie es bei Kindern oder bei jungen Erwachsenen ist. Genau, genauso wie diagnostische Maßnahmen wurden teilweise je nach Versicherungsstatus auch (Pause) sagen wir mehr gemacht.
38-45	[...]
46	I: Glaubst du, dass den Patienten diese Möglichkeit der Entscheidung bewusst war?
47	B: Hm, (Pause) ich glaube objektiv muss ich sagen, dass unsere Patientin aufgeklärt waren. (Pause) Sagen wir, aus subjektiver Patientensicht nicht. Also klar, dass es die Möglichkeit gibt, ehm, (Pause) es kommt ja immer auf die Formulierung darauf an, wie man etwas formuliert und etwas sagt. Und ich glaube, mit 85 ist ein, eh, eine Krebsdiagnose einfach auch ein großer Schock. Und auch dann, ehm, sind die meisten Patienten, ehm, naja, meistens ja immer noch, dass sie ja wirklich festhalten. Oder für ihre Familie das noch machen. Ich glaube, (Pause) wenn den Patienten, sagen wir, bewusster wär- gewesen wäre, also ich glaub einigen Patienten, wenn denen bewusster gewesen wäre, wie die weitere Therapie, wie der weitere Therapieverlauf aussieht, also gerade auch mit Bestrahlung, Chemotherapie, also ich glaub die Operation ist noch nicht mal so das größte an der ganzen Sache, also das ist ja n Heilungsprozess, wo (unverständlich), den kann ich auch noch gut nachvollziehen. Aber eben, ehm, ich glaube, wenn sie wüssten, was für Nebenwirkungen die Bestrahlung und die Chemotherapie danach haben, ist sowas, ehm, ich glaube, da glauben sie eben, oder haben sie die Hoffnung an jemanden, der in einem weißen Kittel rein kommt, und klammern sich daran fest, dass unsere Medizin und die Ärzte eben, wenn dann schon Klartext reden würden oder eben nicht mehr solche Formulierungen benutzen würden. Genau. Also-.
48	I: Haben die Patienten das dir gegenüber schonmal geäußert, dass die irgendwie im Nachhinein Zweifel hatten zum Beispiel oder?

49	B: Also gerade ältere Patienten, die ehm, sagen wir, einen sehr großen Familienanschluss haben, haben öfters geäußert, wenn jetzt nicht die Familie da wäre, oder nicht so, dass sie dann eigentlich nicht mehr wollen. Also dass sie eigentlich, dass sie gar keine Kraft mehr haben. Nicht mehr wollen, weil, naja, so Nebenwirkungen sind ja auch schon ziemlich heftig. Und ehm, das ist ja vielleicht nicht das, was man sich unter lebenserhaltenden Maßnahmen insgesamt vorstellt, wenn man das so mitkriegt, ne? Denn es ist ja eigentlich, naja, sie kommen zur Chemotherapie, ambulant, in die Tagesklinik, die meisten wissen, dass es ihnen schon ein bisschen schlecht geht, aber vielleicht schätzen sie das so ein, dass es ihnen ja jetzt nicht wochenlang schlecht geht. Und vor allen Dingen wenn die Patienten dann eben mit einem geringen AZ, mit Fieber noch mal eingeliefert werden, nach Chemotherapie, dann, also dann ist es meistens so, dass ehm, ja ich glaub die meisten Patienten wollen eigentlich nicht im Krankenhaus sein. Und ehm, in der Situation haben einige geäußert, dass sie das nicht mehr wollen. Dann gab es meistens noch Gespräche mit der Familie. Also, dass man dann eben auch eben so Reanimationsgespräche eben hatte. Weil ebens das meistens, also das war jetzt nicht von der onkologischen Seite, also nicht von der Metastasierung irgendwie so, dass es dann kritisch war, sondern eher dann vom Allgemeinzustand, das der eben so schlecht war, dass wir dann eben gesagt haben: Okay, wir wollen eigentlich, müssen das, was machen wir? Also natürlich muss das jedes Mal bei jedem neuen Krankenhausaufenthalt nochmal neu definiert werden. Ob das eben mit Reanimation oder nicht-Reanimation hier stattfindet, aber die Patienten erstmal gesagt haben: Wenn du heute nacht hier rein kommst und ich atme nicht mehr, macht nichts, so. Und als die Familie eben dann mit dem, bei diesem Arztgespräch mit dabei war, haben die sich eben dann an diesem ehm, ja, hat das glaub ich sehr stark mit beeinflusst, wenn die mit dabei waren. Weil plötzlich war das so: Ja, ich mach noch weiter, und sechs Monate, das ist schon was. Oder, ja.
50	I: Wie, ehm, ging das dir dann dabei, in der Pflege dieser Patienten, wenn du das Gefühl hattest, eigentlich stehst du nicht so richtig dahinter, was da grade gemacht wird?
51	B: Hm, also ich denk mir, das ist wirklich die Entscheidung der Patienten. Also das hat nichts damit zu tun, ob ich das möchte. Oder ob das, ehm, eben anders ist, wenn ich ehm, der Meinung war, das, eh, das das im Moment der Patientin nicht gut geht oder dass die sich mit dieser Entscheidung auch nicht wohl fühlt, hab ich ehm mit den Ärzten gesprochen. Also soweit das möglich war mit den Ärzten gesprochen. Und eben gesagt, ob sie nicht nochmal ein Gespräch mit ihr haben wollen ohne die Familie. Und vielleicht, das manche Dinge noch nicht so ganz klar für diese Patientin sind oder, dass sie eigentlich und gegenüber, also dem Pflorgeteam, ehm, gegenteilige, also gegenteilige Sachen äußert. Also und das ehm, wie wir dann reagieren sollen. Weil man ist ja dann auch in einem Zwiespalt, ne? Das ist, ist ja dann auch so ein bisschen... ja-.
52	I: Du bist dann im Zwiespalt?
53	B: Natürlich, klar.
54	I: Zwischen?
55	B: Zwischen (Pause) Naja, mann wird ja auch gefragt: Was würden Sie machen? Und dann, eh-. (Pause)
56	I: Positionierst du dich da?
57	B: Da ich selbst, eh, da ich selbst eine onkologische Erfahrung hab, versuch ichs möglichst nicht zu machen. Weil ich einfach keine eh, in dem Punkt, also ich mich öfter anders entscheiden würde als die Patienten. Wenn ich in der selben Situation wäre. Aber das liegt eben daran, dass ich einfach eine, ja, eine medizinische Ausbildung hab, und eben in dem Bereich gearbeitet hab, und deswegen auch weiß, wie es ist. Aber ich kann natürlich die Entscheidung der Patienten auch nachvollziehen, ehm, die Familie eben nicht im Stich zu lassen. Aber, ehm, (Pause) ja.
58-71	[...]
72	I: Ehm, hast du oder in welchen Fällen, die du erlebt hast, hat ein Patient mal, oder eine Patientin in dem Fall, keine Therapie mehr bekommen, von der du gedacht hast: Eigentlich hätte die noch welche bekommen müssen?
73	B: Nein.
74	I: Ist nicht passiert.
75	B: Nein. Also das ist so, ehm, (Pause) ne, dadruch, dass meistens eben zu Therapien geraten wurde, war das nicht der Fall. (Pause)
76	I: Und ehm, wenn ich das jetzt so. Ne, ich habs noch nicht rausgehört, dass musst du mir beantworten. Ob du sagen würdest, dass du, wenn du jetzt so überblickst, was du so erlebt hast, mit den Therapieentscheidungen die getroffen wurden, einigermaßen zufrieden bist?
77	B: (Pause) Ne. Bin ich nicht.
78	I: Inwiefern?
79	B: Ehm. Eben gerade bei solchen Beispielen wie bei einer 85-Jährigen Frau, die eigentlich eben ehm, (Pause) sagen wir, noch einen ehm, naja auch so viele Nebendiagnosen eigentlich mit hat, also Nebenerkrankungen, eh, (unverständlich) Diabetes, ne kaputte Hüfte, das da dann noch im Prinzip ne komplette, naja, ne komplette OP gemacht wird, wo natürlich die Frau, die eventuell auch nicht mehr ganz, also noch nicht dement, aber noch nicht ganz mehr abschätzen kann, wie ein Krankenhaus, ich mein im Krankenhaus ist das Durchgangssyndrom, ne, das ist ja auch nochmal sowas, das bringt einen raus. Also gerade alte Menschen bringt das ja wirklich raus. Fremde Umgebung, ehm, ja, also das Delir ist glaub ich manchmal gar nicht so zu unterschätzen. Eh, was so eine große Operation eben auch mit sich bringt. Und ehm, wo die Patienten sicherlich, also, sicherlich ehm, (Pause) anders reagiert hätten, wenn sie, also komplett, über die Nebenwirkungen oder über die Risiken sagen wir besser Bescheid gewusst hätten. Eben, dass es in ihrer Sprache erklärt wird. Oder wenn dann wirklich nochmal jemand mit ihnen drüber geredet hätte, was das bedeutet, was gerade der Arzt gesagt hat. Ob sie sich da nochmal Gedanken drüber machen. Also ich glaube, das fehlt so ne Re-. Also nach der Erstdiagnose, oder Erst-Feststellung, oder eben, naja, so n Arzt-Übersetzer fehlt machmal. Und eh, ich glaub wenn das stattgefunden

	hätte, dass die Patienten sich anders entschieden hätten. Weil, ehm, ja. Und die Sinnhaftigkeit, ich bin keine, also ich bin ja kein Mediziner, aber ehm, ich finde wenn das Risiko einer Operation überwiegt, zu den Lebenserwartungen, die der Krebs ansich noch geben würde so von seiner Entwicklung her, dann ehm, finde ich sollte da nochmal anders abgewogen werden. Also vielleicht kleinere Operationen ja, natürlich, sowas aber jetzt ehm, Riesenoperationen mit wirklich harten Einschränkungen, ehm, Lymphdrainagen. Und später eben auch wirklich, das ist sowas wo ich sag: Inwiefern wird da wirklich abgeschätzt? Ist das grundsätzlich notwendig oder nicht? Also das ist so, ich glaub in einigen Sachen war ich da öfter mal (Pause) nicht ganz konform mit.
80	I: Wann, oder was würde für dich, welche Kriterien muss so ne Therapieentscheidung für dich erfüllen, damit du sagen kannst, du stehst dahinter?
81	B: Ja die Verhältnismäßigkeit. Also die Verhältnismäßigkeit muss eben gegeben sein. Das heißt, eh, dieselbe, also ich, ich denke, wäre das selbe zum Beispiel bei einer 25-Jährigen gewesen, die eben dieselbe Diagnose hatte, dann hätte ich gesagt: Ja, wenn die Patientin, also genauso natürlich aufgeklärt wird, also mit allem drum und dran, was für, wieviel Jahre sie dadurch eingeschränkt wird für immer in ihrem Leben, und eben ehm, was das bedeutet. Und eben, wirklich die Verhältnismäßigkeit aussieht. Das heißt, wenn diese Patientin auch genau weiß, was ist ehm, ja was ist, ja, was sind die Risiken, wenn ich mich jetzt operieren lasse? Die sind natürlich höher bei ner 85-Jährigen mit Nebendiagnosen als bei einer 25-Jährigen, die eben sonst gesund ist, ne? Die verpackt das natürlich eher und stirbt nicht auf dem Tisch oder kurz danach. Und das sind eben so Dinge, die da vielleicht, also, da sind das natürlich so Sachen, die eh, wo ich dahinter stehe. Oder eben sag, je nachdem wie das gelaufen ist, ob ich dann eben auch mit, also, genau.
82	I: Und wenn diese 85-Jährige Frau jetzt aber so aufgeklärt wird, das alles weiß und das auch einschätzen kann, und sich dann dafür entscheidet?
83	B: Dann ist das ihre Entscheidung.
84	I: Okay, dann ist das für dich auch okay.
85	B: Ne, wenn ich das Gefühl hab, die Patientin ist ehm, komplett darüber im klaren, dann, wer bin ich, dieser Frau die Hoffnung zu nehmen, ne? Und zu sagen, naja, was macht ja eigentlich weniger Sinn. Weil, also das ist sowas, ehm, (Pause) was wir glaub ich in der Pflege n bisschen besser können, ist, zu akzeptieren den Willen des Patienten. Auch wenn wir damit nicht einverstanden sind. Also, auch wenn wir sagen, es gibt noch Möglichkeiten und es schwierig ist zu akzeptieren, dass es eben, also auch gerade bei jüngeren Patienten, eben gesagt wird: Ne, ich hab keine Lust mehr, ich will nicht mehr, mach n Therapieabbruch. Das ist eh, ehm, n Beispiel von nem jüngeren Patienten, der wirklich, oder was heißt jüngeren, bei 40-Jährigen zum Beispiel, bei 50-Jährigen, kam das schonmal vor, dass die gesagt haben, ich hab kein Bock mehr, das ist jetzt, ehm, das ist, zum dritten Mal bin ich jetzt schon wieder, also dritte Mal in zehn Jahren bin ich jetzt hier. Und es ehm, ich hab keine Lust mehr, nochmal diesen ganzen Chemo- und Bestrahlungsscheiß mitzumachen und ich hör auf. Das ist glaub ich für uns natürlich auch schwierig. Zu sagen: Oah, aber sie sind ja eigentlich noch so jung. Ne? Ehm, aber wenn diese Patientin sich dagegen entscheidet muss ich das genauso akzeptieren wie bei ner 85-Jährigen, die ehm, das eben auch macht. Und ich glaub wir können das, dadurch dass wir viel mehr Kontakt zu den Patienten haben, ehm, ich glaub, man sieht dann ja auch, ob die Patienten damit zufrieden sind. Und ich glaub, das macht das eher schwieriger, wenn dann eben ne Patientin da ist und sagt, sie will nicht mehr. Dann ist das so ne Sache, wo wir eben auch sagen: Oh, wenn sie eigentlich nicht mehr will, wie viel Sinn macht das dann? Und wenn aber ne 85-Jährige Patientin da liegt, und das total klasse macht und sagt sie will aber noch, sie möchte noch den Uni-Abschluss ihres Enkels miterleben, dann (Pause) wer sind wir dann, das wir sagen, das machen, also das ist dann nicht (unverständlich). Dann unterstützt man diese Patienten und stärkt sie auch weiter in diesem Willen, weil oft funktioniert das dann vielleicht auch. Und wenn die eben sagen, wir nehmen das alles dann noch in Kauf, um diesen einen Tag mitzuerleben, oder eben noch die Goldene Hochzeit mit ihrem Ehemann, dass das unbedingt sein muss und das eh. Dann sind das so Punkte, wo wir auch sagen, meistens schaffen diese Patienten das dann bis zu diesem Zeitpunkt. Also man weiß nicht in welcher Lage, also in welcher körperlichen Form sie das schaffen, aber oft funktioniert es dann und ja. Aber eben wirklich, wenn jemand sagt, er hat keine, keine Lust mehr, dann macht eben auch alles andere nicht mehr soviel Sinn, weil ein Patient muss eben auch psychisch mitarbeiten. Und dann ehm, macht eben auch das Drängen zu einer anderen Operation keinen Sinn mehr. Oder wenig Sinn oder muss nochmal öfters, mehr rekapituliert werden. Oder eben nochmal ganz genau abgewogen werden, ob das Sinn macht.
86	I: Hmh. Kannst du dir vorstellen, oder hast du ne Erklärung, warum die Assistenzärzte so häufig zur Operation raten oder zur Therapie?
87	B: Also das sind, waren auch nicht nur Assistenzärzte bei uns, also bei uns gabs ehm, (Pause) ah, ich weiß gar nicht ob ich darüber reden darf (lacht), aber ehm, das ist so, es war bei uns schon, es ist eigentlich ein offenes Geheimnis bei uns in der [Name der Klinik], durch das DRG-System wurde natürlich sehr wirtschaftlich gearbeitet. Und eh, Ärzte wie Pflege wurden darauf (Pause) ausgelegt, wirtschaftlich zu arbeiten. Das DRG-System ist leider bei chronisch Kranken Patienten oder eben bei onkologischen Patienten so, dass ehm, naja, eine Operation bringt mehr Geld, im weiteren Verlauf. Ehm, das ist natürlich nicht der, also Ärzte sind ja auch Menschen, dass die natürlich auch nicht so funktionieren und danach arbeiten ist ja vollkommen klar, aber ich glaube, ehm, also ich glaub das spielt mit rein, dass man ihnen gesagt hat, ehm, man wird darauf getrimmt und es funktioniert ja dann auch für n kurzen (Pause). Also ich glaub das ist eigentlich ein kleiner Teil davon, dieses DRG-System, die Abrechnungspauschale. Dass eben schon dazu angehalten wird, Operationen zu machen, oder man braucht auch einige. Das andere, denke ich, ist ehm, das, dass Ärzte weniger Kontakt mit Patienten haben und deswegen manchmal das gar nicht eruieren können, ob eh Patienten wirklich genau verstanden haben, was das jetzt bedeutet für ihren weiteren Verlauf. Eben durch diesen Ärztemangel in den Krankenhäusern viel zu wenig Zeit da ist. Also wenn so ein Gespräch innerhalb von ner Viertelstunde erledigt ist, dann, ehm, und nur einmalig geführt wird, bis dann in drei Monaten die weiterführende Therapie vielleicht anfängt, dann find ich das eher schwierig. Sollte

	vielleicht häufiger stattfinden. Aber das liegt dann auch nicht an den Medizinerinnen an sich. Und ich glaube dann ist das noch so, was für ein Erfahrungswert da einfach da ist. Und wie eben, also ich glaube, Mediziner im Gegensatz zur Pflege haben eben manchmal noch das Gefühl, oder es ist schwieriger zu sagen, wir können nichts mehr machen. Weil man lernt so viel, was man alles machen kann und was alles möglich ist, und wie man noch weiter lebenserhaltende Maßnahmen eben weiterführen kann, dass ich glaube dass gerade junge Ärzte, die eben noch nicht so mitgekriegt haben, wie der weitere Verlauf aussieht von den Patienten, eh, vielleicht noch n ganz anderen, n ganz anderes Ideal haben und vielleicht n bisschen kurzsichtiger sind. Und ich glaub das spielt alles mit rein in diese ganze Entscheidungsfindung. An sich, eh, nehm ich nicht an, dass ehm, die Assistenzärzte an den Umsatz des Klinikums denken, sondern ich glaube sie halten sich größtenteils an ihre Oberärzte, halten da eben Rücksprache, oder an ihre Chefärzte. Und gehen diesen grundsätzlichen Weisungen des Krankenhauses nach. Also da gibts ja einige Leitlinien, die da in dem zu beachten sind, was man macht und wie man vorgeht. Aber grundsätzlich, wie eben diese Aufklärungsgespräche zu führen sind, glaub ich spricht einfach mehr dafür, dass leicht die Erfahrung einfach mehr drin sein sollte. Also ich glaub das kann ich nicht an einem einzigen Punkt fest machen. Ich kann sagen das diagnostische Verfahren öfter gemacht wurden bei Privatpatienten, und dann auch so, dass sie keinen Sinn gemacht haben. Und eh, bei anderen Patienten eher weniger, die kassenärztlich versichert waren. Das sind so Dinge, wo natürlich dann immer so abgewägt wurde, aber natürlich wo jeder Assistenzarzt immer die Rückfra-, also die Rücksprache dann halten muss mit seinem Oberarzt, ne? Und, ehm, der Rest ist meistens so wirklich diese Einschätzung, die oft fehlt. Also wo ehm, ich vielleicht sag, dass da die Lehre n bisschen versagt. In dem Fall, also das ist sowas.
88	I: Lernt man nicht, das Loslassen (unverständlich)
89	B: Ne, also ich mein nicht das Loslassen. Also, dass Assistenzärzte frisch von der Uni keinerlei Klinikumserfahrung auf einer Station plötzlich Stationsärzte sind und ehm, Entscheidungen treffen müssen. Also natürlich man lernt, aber die Oberärzte meistens im OP stehen und nicht greifbar sind. Das heißt, vielleicht nicht, dass man bei so einem Gespräch vielleicht mal dabei sein kann. Oder öfter dabei sein kann. [...] Und wenn ein Assistenzarzt anruft: Ja, finde es mal alleine raus oder das kannst du schon alleine, das ist nur ein Aufklärungsgespräch. Das ist sowas, ehm, das finde ich eben schwierig, und da muss ich sagen, aus den meisten Assistenzärzten wurden sehr gute Ärzte aber ich glaube in der ersten Zeit ist das einfach etwas, was den Patienten dann nicht gerecht wird.
90	I: Wie, ehm, wart ihr denn bei diesen Aufklärungsgesprächen als Pflege dabei?
91	B: Hm, wenn wir Zeit hatten, und es für die Patienten okay war, ja, und für die Assistenzärzte. Wenn durch den, ehm, ja sagen wir durch das ehm, unsere geringe Personaldecke nicht sehr oft möglich. Also einfach, je nachdem, wann diese Sachen stattgefunden haben, leider auch sehr, ja sehr selten möglich, dass man bei so etwas mit dabei war. Bei manchen Patienten hatten wir uns die Zeit genommen, weil wir wussten, dass die sehr sehr sehr sehr emotional damit reagieren und wahrscheinlich eine Stütze brauchen und eben gerade keine Familie mit dabei ist oder keine Bezugsperson mit dabei ist, weil das irgendwie erst um zehn Uhr abends gemacht wurde, weil dann der Arzt eben mal Zeit hatte. Und eben nicht darauf gewartet werden also konnte, dass jemand, eeh eine Bezugsperson mit dabei ist. Wenn das der Fall war, dann waren wir, also dann haben wir uns schon die Zeit mit genommen. Und natürlich, wenn wir die Rückmeldung gekriegt haben, dass man da jetzt rein geht. Und ein, das Gespräch jetzt mal führt. Und dann auch, aber das fand, war auch ganz oft so: 'Ja, also ich komm da jetzt mit rein.' 'Ja ne, ich hab grad eben schon mit ihr geredet.' Und du denkst so: Du bist seit knapp zehn Minuten auf dieser Station, also ehm, war n kurzes Gespräch. Und dann aber meistens dann kurz danach bei der Patientin rein um zu fragen, ob alles okay ist. Und ob sie irgendwelche, ehm, anderen Informationen, ob die weiter geklärt werden müssen.
92	I: Was kommen dann da so für Fragen von den Patienten in der Situation?
93	B: Zum Beispiel, wir bieten meistens dann Seelsorge an, aber haben das angeboten ich arbeite ja nicht mehr am [Name des Krankenhauses]. Aber, ehm, Seelsorge, Fragen, brauch man noch irgendwas? Welche Fragen sind im Prinzip noch offen? Das heißt: Weitere Betreuung zu Hause, ist das erwünscht? Möchten S-, also wir hatten spezielle, so Sozialdienste die dann den Sozialdienst mit eingeschalten haben, und dann eben alles organisiert haben. Dass man zum Beispiel ein Pflegebett mit nach Hause kriegt, eh, die Brückenschwestern mit dabei sind. Also auch, wenns nicht palliativ war, sondern eben insgesamt, also wenns onkologisch war, wie das weiter geht, welche Betreuungsmaßnahmen es weiter gibt, welche Adressen angeschrieben werden können oder eben, an wen man sich wenden kann. Welche Selbsthilfegruppen. Wegen ner Perücke zum Beispiel, wo man die herkriegt, welcher Friseur dafür geeignet ist, wie man dann vielleicht reagiert oder (Pause) oder auch, ehm (Pause) was denn passiert, wenn man nicht mehr essen kann. Wenn man eben dann durch die Chemotherapie zu viel abgenommen hat. Und ehm, sowas. Also einfach die beratenden Maßnahmen danach, da haben wir dann schon versucht, versucht zu (unverständlich)
94	I: Ja. (Pause) Ja, ich glaube...
95	B: Oder eben operativ nochmal die Operation erklärt, was das denn heißt.
96	I: Also das heißt, dass auch Sachen nicht verstanden wurden?
97	B: Manche Sachen nicht, aber ich glaube eben, wenn das so in eins reingepackt wird, so naja, also die Punktion hat ergeben, Sie haben einen bösartigen Tumor in der Brust und wir müssen den jetzt raus machen es gibt die und die und die Möglichkeiten, dann ist das glaub ich zu viel. Also das ist, eh, wahnsinnig zu viel in zu ner kurzen Zeit. Und ehm, dann eben zu fragen, ja, welche Erfahrun-, also da wurd dann meistens gefragt: Welche Erfahrung der Brusterhaltenden Maßnahmen haben sie denn bei anderen Patienten? Ist das sehr schmerzhaft? Was kann man da machen? Welche Heilungschancen gibt es? Was, also das sind so Dinge, wo wir dann aber auch meistens nochmal an den Arzt verwiesen haben. Und gesagt haben: Schreiben Sie sich alle Fragen auf. Das war so mein Lieblings-Tipp eigentlich, dass man sich alle Fragen aufschreibt und den Arzt bei der nächsten Visite um sounsoviel Uhr morgens, oder eben den Arzt nochmal sich schnappt

	und nochmal genau diese Fragen abfragt. Oder eben beim Entlassungsgespräch dann. Weil eh, ganz oft eben solche Sachen gar nicht klar waren. Das lag aber eben auch an der Zeit, die ehm, Assistenzärzte, Stationsärzte hatten gar nicht die Kapazität, wirklich ehm, das ausführliche Gespräche zu führen. Und ehm, (Pause) waren auch oft so: 'Boa, da kam schon wieder jemand mit nem Zettel, [Name der Befragten]', ich so: 'Hmh, jaah.'(herausfordernd) Also aber dsa ist eben dei bester Tipp, den man jemand geben kann. Alle Fragen sich aufzuschreiben und, eh, dann im nächsten Gespräch bei nem Arzt einfach wirklich nochmal alles so abzufragen. Was leider sehr sehr häufig vorkam, dass das (unverständlich) Also egal in, auch wenns nur darum ging, nach ner HE, zu sagen: was darf ich denn jetzt alles? Und wie lang darf ich jetzt nicht mehr zwei Kilo tragen? Zwei Kilo pro Hand oder geht das so? Oder darf ich das dann so, darf ich dann noch weiter laufen und wie lang darf ich das nicht machen? Acht Wochen? Sechs Wochen? Vier Wochen? Und wie lang dürfen die Blutungen noch gehen? Das sind eigentlich einfache Fragen, so praktische Dinge,
98	I: (unverständlich) Jaja, genau.
99	B: Oder ab wann muss man eben aufpassen, ab wann ist es frischblutig? Also, ne? Ab wann muss ich wieder in die KLINIK? Darf ich schwimmen gehen? Darf ich in die Aquagymnastik überhaupt in der Reha, wenn ich direkt die Reha nach der OP mach? Und dann ist: Ne, eigentlich dürfen Sie das nicht. Eigentlich dürfen Sie noch nicht ins Wasser gehen. Und ehm, das sind so Dinge, die dann eben oft leider zu kurz kommen. Und das ist ganz klar auch zu sehen, dass es einfach zu wenig Ärzte für zu we-, für zu viele Patienten gibt. Also, dass die Zeit, Arzt-Patient-Zeit, einfach viel zu kurz ist.
100	I: Aber es gibt ja eigentlich auch zu wenig Pflgende für zu viele Patienten, oder?
101	B: Ja, das auch.
102	I: Wie konntet ihr das dann auffangen? Oder geht das?
103	B: (Pause) Also, ehm, (Pause) ging oft nicht. An Wochenenden,ja. Da hat man sich mehr Zeit genommen für die Patienten. Ehm, weil da war einfach, vor dem Wochenende wurden die meistens entlassen, am Wochenende fanden keine Operationen statt, außer halt Not-OPs, aber keine geplanten Operationen, aber wenn es ehm, ein Tag voll mit, ehm, dann hat man entweder ne Überstunde gemacht, wenn das-, wenn man gesatg hat:Okay, das geht einfach nicht. Also ich nehm mir mal kurz länger die Zeit während der Arbeitszeit und ehm, weil die Patientin das braucht. Braucht jetzt hier irgendwie die emotionalte Unterstützung, oder hat eben zu viele Fragen, dann brauch ich eben länger für meine Visite. also zum Durchlaufen. Und muss dann eben später gucken, wie ich das alles wieder rein krieg, mit der Dokumentation zum Beispiel, die eben sehr viel Zeit braucht. Und dann hat man eben länger gearbeitet. Oder man ist eben unzufrieden nach Hause gegangen. Weil das kam häufig genug vor, dass das eben passiert ist, weil ja es nicht anders machbar war. Und ehm, man auf jeden Fall nicht so arbeiten konnte, wie man das gelernt hat oder eben, wie man das gerne gemacht hätte. Gerade eben in solchen Situationen zu unterstützen. Obwohl ich muss sagen, dass man da dann schon Prioritäten gesetzt hat. Das heißt für Patienten, wo man den Eindruck hatte, die haben weniger Bedarf, den gehts eigentlich gut, und kommen-, sind sehr gut aufgeklärt, eh, haben vielleicht auch nicht so eine starke Diagnose, um die hat man sich dann vielleicht weniger gekümmert. Und sich dann vielleicht mehr Zeit genommen für die Patienten, die eben auch Redebedarf hatten. Oder nochmal Aufklärungsbedarf, oder Unterstützungsbedarf.
104-116	[...]
117	I: Aber das heißt, ehm, die Ärzte waren jetzt zum Beispiel bei ne Pflegeübergabe nicht mit dabei?
118	B: Ne. Also die waren nicht mit dabei, es gab auch leider keine Komplett-Gesamtübergabe. Also auch, also was ich davor aus dem Haus kannte, an dem ich gelernt hatte, was vielleicht auch an der Kinderkrankenpflege lag, war, dass man morgens quasi eine gemeinsame Visite und eine gemeinsame Ärzte-Therapeuten und Pflege-Übergabe gemacht hat. Natürlich, dass hat Zeit gedauert, also das hat wirklich sehr sehr lange gebraucht. Aber gerade auf solchen Stationen wie der kardiologischen Station, oder eben ehm, ja, also, es dann eben auch schon um härter Fälle ging, waren solche Visiten sehr gut. Oder solche Pflegeüberg-, also solche Übergaben sehr gut, weil man hat einfach von jedem Patienten, aus jeder Sicht, von jedem, der mit dem Patient hatte, eine, ja einen Gesamteindruck. Und das fand leider nicht statt. Also manchmal, wenn unsere Stationsärzte Zeit hatten, haben die sich zu uns reingesetzt und mit in die Pflegeübergabe gesetzt. Aber das kam sehr sehr sehr sehr selten vor. Weil, meistens hatten die dann zu der Zeit auch gerade eine Übergabe. Und deswegen kam das wirklich sehr selten vor. Dass das ehm, irgendwie Hand in Hand gearbeitet hat.
119	I: Okay, jetzt kommen wir glaub ich so ein bisschen zum Abschluss.
120	B: Ja.
121	I: In einer idealen Welt, wenn du dir jetzt wünschen könntet, wies wäre, wie würde so ne Therapieentscheidung ablaufen?
122	B: Hm. (Pause) Hm, (Pause) in einer idealen Welt müsste man solche Entscheidungen nicht treffen. (lacht). Aber, ehm, idealerweise würde ich mir-. Also ich würde mir wünschen, dass es ehm, in der Pflege wie in der Medizin wieder ein bisschen mehr der Mensch gesehen wird, der da vor einem sitzt. Also nicht nur die Diagnose, sondern eben wirklich: Was ist das für ein Mensch, der da gerade vor mir sitzt? Dann dass vielleicht von Anfang an, eben in dem Erstgespräch, schon über die Möglichkeiten geredet wird. Eben was, also ob man, also Angebote gemacht werden, von denen, also Seelsorge. Hm, dass geguckt wird, dass das zu Zeiten gemacht wird, an denen die Familie mit dabei sein kann, oder eben auch nicht. Dass auch geguckt wird, dass das ehm, dass man nicht in ein Zimmer rein stürmt, sagt: Ja, wir müssen jetzt mal kurz reden und ehm, über diese ganze Diagnose reden. Sondern dann auch direkt gefragt wird: Soll ihre Familie überhaupt mit dabei sein? Wünschen Sie sich das? Aber vielleicht auch nen privaten Moment, wo die Familie vielleicht draußen ist. Und dann der Patient wirklich ohne Druck entscheiden kann: Ja, meine Angehörigen,mein Ehemann, meine Kinder dürfen mit dabei sein. Oder sollen mit dabei sein. Oder hm, ich möchte vielleicht eher gerade nicht, dass die mit dabei sind, weil ich möchte das vielleicht erstmal selber für mich entscheiden können. Also einfach, dass diese Zeit da ist, dass man besser diese Gespräche vorbereiten kann. Dann, dass nicht nur ein Gespräch stattfindet, sondern, dass

	<p>vielleicht erstmal ein Vorgespräch gibt. Also je nachdem wieviel Zeit dieser Patient noch hat und in welchem Zustand er sich befindet, war für eine akute ehm-. Aber wens eben um eine wieterführende Maßnahme geht, ehm Therapiemaßnahme, dann würd ich mir wünschen, dass es mehrere dieser Gespräche gibt. Also einen Tag Diagnosestellung. Die ist schon zu viel für viele Patienten. Hm, dass man dann (unverständlich) vielleicht auch schon auf Möglichkeiten hinweist, aber sagt: Naja, wir haben, es ist jetzt nicht so hart akut, wir haben den Tumor ja gerade erst entfernt und in der Histologie festgestellt, der ist bösartig. Und vielleicht zwei tage später einen Termin ausmacht und sagt, wir machen da jetzt nochmal einen Termin. Kommen Sie da bitte, oder ich komm dann zu Ihnen, hier nochmal ins Zimmer, wir reden nochmal ganz ausführlich dadrüber, dann können Sie sich dann nochmal Gedanken darüber machen. Ich glaube, wenn diese Zeit da wäre, wär das sehr schön. Also dann würd ich auch sagen, das ist etwas, wo Patienten gut betreut werden. Und ehm, dann eben, also insgesamt mehr Zeit. Mehr Zeit für eine Patienten-Arzt-Interaktion, also ja. So dass Fragen besser geklärt werden. Und vor allen Dingen aber auch die Nachfrage eine ernst gemeinte Nachfrage der Ärzte, ob wirklich alles verstanden wurde. Ob noch Fragen offen sind und nicht schon halb in der Tür stehend diese Frage stellen, weil dann die meisten Patienten haben eh das Gefühl, dass sie einem, eh, zur Last fallen, und einem zu viel Arbeit macht, und dass sie Pflege und die Ärzte ja sowieso schon so viel zu tun haben, dass sie ja gar nicht, also das, dass sie sich dafür entschuldigen oft, dass sie Fragen haben. Und ich glaube, wenn ich nicht mehr solche Entschuldigungen von Patienten höre, dann bin ich zufrieden. Weil dann ist das auch so, die fühlen sich zwar gut betreut, und auch irgendwie beraten, aber sagen: Aber ja, die können da ja gar nichts dafür, weil (betont). Und das ist sowas, oah, hm (zweifelnd). n einer idealen Welt würde sich da jetzt kein Patient für entschuldigen, dafür, dass er Fragen hat, jemandem auffällt. Und ehm, die Leute hätten genug Zeit. Einmal die Ärzte und die Pflege. Weil das wäre dann ehm, dann würde ich sagen: Das ist eine gute Aufklärung. Das wäre ideal für mich.</p>
123	I: Okay. Ja, gut. Dann kommen wir zum Abschluss.