

Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit
Lehrinheit Pflege und Gesundheit

InBVG – Institut für Bildungs- und
Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich

Abschlussbericht des Forschungsprojekts:

Pflegerisches Konzept zur hilfreichen und unterstützenden Kommunikation mit onkologischen Patientinnen und Patienten (PuntKomm)

Laufzeit: 01.10.2017 – 30.06.2019

Prof. Dr. Patrizia Raschper
Severin Pietsch M.A.
Sabrina Kröger B.A.

Januar 2020



FH Bielefeld
University of
Applied Sciences

Berichte aus Forschung und Lehre

Nr. 47

Pflegerisches Konzept zur hilfreichen und unterstützenden Kommunikation mit onkologischen Patientinnen und Patienten (PuntKomm)

Impressum

Herausgeber

Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit

InBVG – Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich

Finanzielle Förderung

Fachhochschule Bielefeld

(Förderung durch den hochschulinternen Forschungsfonds für Neuberufene)

Copyright

Prof. Dr. Patrizia Raschper

Severin Pietsch, M.A.

Sabrina Kröger, B.A.

© Fachhochschule Bielefeld Januar 2020

ISSN 1433-4461

<https://doi.org/10.57720/1543>



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|------------|
| 1 Einleitung | 2 |
| 2 Ausgangslage | 2 |
| 3 Methodisches Vorgehen der Konzeptentwicklung | 4 |
| 4 Konzeptentwicklung | 6 |
| 4.1 Begründungsrahmen | 6 |
| 4.1.1 Problemanalyse..... | 6 |
| 4.1.1.1 Experteninterviews und Teilnehmer*innenakquise..... | 6 |
| 4.1.1.2 Leitfadenkonstruktion | 7 |
| 4.1.1.3 Auswertung der Interviews | 9 |
| 4.1.1.4 Ergebnisse der Problemanalyse | 9 |
| 4.1.2 Problembewertung..... | 39 |
| 4.2 Theoretische Verankerung..... | 45 |
| 4.2.1 Assessmentinstrumente | 45 |
| 4.2.2 Versorgungs- und Betreuungskonzepte..... | 48 |
| 4.2.2.1 Advance Care Planning..... | 48 |
| 4.2.2.2 Umsetzung von ACP in dem Projekt ‚Beizeiten begleiten‘ | 51 |
| 4.2.2.3 MAPS-Studie | 52 |
| 4.2.2.4 Konzept einer vorausschauenden Kommunikation in der palliativen Behandlung von Patienten mit pneumologisch-onkologischen Erkrankungen..... | 55 |
| 4.2.2.5 Question Prompt List | 57 |
| 4.3 Zielsetzung des Konzeptes | 60 |
| 4.4 Instrumente und Verfahren | 63 |
| 4.4.1 Instrumente | 64 |
| 4.4.1.1 Ausgewählte Assessmentinstrumente | 64 |
| 4.4.1.2 Ergebnisse der Gruppendiskussion zu den Assessmentinstrumenten | 67 |
| 4.4.2 Verfahren..... | 81 |
| 4.4.2.1 Interventionen und Prozesse..... | 81 |
| 4.4.2.2 Ergebnisse der Gruppendiskussion zu Interventionen und Prozesse..... | 81 |
| 5 Rahmenbedingungen | 93 |
| 5.1 Personelle Rahmenbedingungen..... | 93 |
| 5.2 Organisatorische Rahmenbedingungen..... | 93 |
| 5.3 Räumliche Rahmenbedingungen | 94 |
| 5.4 Bildungsmaßnahmen | 94 |
| 6 Konsequenzen und Empfehlungen für die Implementierung | 95 |
| 7 Fazit und Ausblick | 98 |
| 8 Literatur | 100 |
| 9 Anhang | 105 |

1 Einleitung

Das Projekt „PuntKomm“ dient der Entwicklung eines pflegerischen Unterstützungs- und Betreuungskonzeptes. Zentral dabei ist das Sicherstellen einer hilfreichen und unterstützenden Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patient*innen. Die Methodik der Konzeptentwicklung orientiert sich an Elsbernd (2013), die ein generelles Vorgehen bei der Entwicklung von Pflegekonzepten beschrieben hat. Zu Beginn des Projektes wurde zunächst eine *Problemanalyse* durchgeführt, d.h. es wurden vor allem Schwachstellen und hemmende Faktoren identifiziert, die eine hilfreiche Kommunikation erschweren. Zu diesem Zweck wurden Experteninterviews mit Pflegenden auf onkologischen Abteilungen der Praxispartner durchgeführt. Anschließend erfolgte eine breit angelegte Literaturrecherche, um bereits bestehende Assessmentinstrumente (z.B. zur Erhebung psychosozialer Bedürfnisse), Gesprächskonzepte und Gesprächsleitfäden zu eruieren und diese auf ihre Übertragbarkeit auf das Handlungsfeld der onkologischen Pflege zu überprüfen. Geeignete Assessmentinstrumente und Konzepte wurden ausgewählt und als *Verfahren* und *Instrumente* definiert, die zur Lösung der in der Praxis beschriebenen Probleme hilfreich erscheinen. Die ausgewählten Assessments zur Erfassung des psychosozialen Unterstützungsbedarfes und Interventionen zur Verbesserung der pflegerischen Kommunikation wurden auf ihre Praxistauglichkeit hin mit Expert*innen der Pflegepraxis diskutiert (moderierte Gruppendiskussion). Ferner konnten im Rahmen der Gruppendiskussionen weitere Ideen und Lösungsvorschläge erfasst werden, die die bestehenden Assessments/Konzepte erweitern oder Hinweise zu einer Anpassung liefern. Auch konnten Erkenntnisse gewonnen werden, die für eine Implementierungsphase nützlich sein können.

Das Projekt wurde in Kooperation mit zwei Praxispartnern durchgeführt, die aufgrund von Datenschutzgründen hier anonym bleiben. Die Praxispartner sind zwei Krankenhäuser der Maximalversorgung in der Region mit ausgewiesenen onkologischen Abteilungen/Kliniken. Zu Beginn des Projektes fand eine Auftaktveranstaltung mit den Kooperationspartnern statt, um die Projektintention vorzustellen und das Vorgehen (insbesondere die Durchführung der Experteninterviews und Gruppendiskussionen) miteinander abzustimmen. Am Ende des Projektes wurde eine Abschlussveranstaltung mit den Praxispartnern durchgeführt, in der die Projektergebnisse vorgestellt und diskutiert wurden. Beide Praxispartner signalisierten Interesse in Bezug auf eine Implementierung der Assessments/Interventionen. Dazu sind perspektivisch geeignete Fördermöglichkeiten auszuloten.

Für die wissenschaftliche Begleitung des Projektes konnte Prof. Dr. Hartmut Remmers von der Universität Osnabrück gewonnen werden. Remmers hat bisher mehrere Projekte zur pflegerischen Interaktion und Kommunikation (insbesondere mit brustkrebserkrankten Frauen) sowie zu Krankheitsbewältigungsprozessen brustkrebserkrankter Frauen geleitet. Weitere Forschungsschwerpunkte sind die familienzentrierte Pflege in der Onkologie sowie die pflegerische Hospiz- und Palliativversorgung.

2 Ausgangslage

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierte angesichts der steigenden Zahl von Krebserkrankungen gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) den nationalen Krebsplan (2008). Dessen Hauptziele sind die Krebsfrüherkennung und die Verbesserung der Versorgungsqualität onkologischer Patient*innen. Der nationale Krebsplan beinhaltet u.a. das Handlungsfeld 4 „Stärkung der Patientenorientierung/ Patienteninformation“. Darin wird explizit die „Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen der in der onkologischen Versorgung tätigen multiprofessionellen Handlungsteams“ (BMG 2012, S. 56) gefordert. In Bezug auf Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegenden in der Onkologie wird kritisiert, dass der curriculare Baustein *Gesprächsführung* nicht optimal umgesetzt wird.

Zum Stellenwert pflegerischer Kommunikation konnte in Untersuchungen festgestellt werden, dass Gespräche mit Pflegenden für onkologische Patient*innen einen hohen Stellenwert haben, sei es in Form der *Information*, *Beratung*, *emotionalen Unterstützung* oder

auch *Alltagskommunikation* (vgl. Zellhofer 2008, Pinkert et al. 2008). Jedoch wurde in den Untersuchungen auch deutlich, dass die Patient*innen zu wenig Informationen von den Pflegenden erhalten (vgl. Shaha 2003, Cox et al. 2006, Glaus et al. 2002, Dokken et al. 2005). Die Untersuchungsergebnisse bei Zellhofer (2008) zeigen ferner, dass die kommunikativen Bedürfnisse onkologischer Patient*innen (hier vor allem in Bezug auf Beratung) individuell sind und im Krankheitsverlauf variieren. Die Betroffenen erwarten insbesondere Beratung hinsichtlich ihres Selbstmanagements beim Auftreten von physischen und psychischen Problemen.

Zellhofer (2008) kritisiert, dass psychosoziale Probleme onkologischer Patient*innen häufig von den Gesundheitsprofessionen unterschätzt werden. Jedoch zeigen psychoonkologische Studien, dass ca. 40 bis 50% aller Krebskranken reaktive psychische Störungen entwickeln (Weis 2002). Hierzu gehören vor allem Angststörungen und Depressionen. Oftmals sind Betroffene aufgrund ihrer enormen Belastung nicht in der Lage, quälende Gefühle zu äußern. Sie ziehen sich zurück, was oftmals zur sozialen Isolation führt (vgl. Faller 1998). Neben den psychosozialen Belastungen sind onkologische Patient*innen in der Regel auch von krankheits- und therapiebedingten somatischen Beschwerden betroffen (z.B. Fatigue, Übelkeit, Erbrechen, Haut- und Schleimhautveränderungen, Bewegungseinschränkungen). Der damit verbundene Verlust bisheriger Aktivitäten, Funktionseinschränkungen und Körperbildveränderungen kann wiederum Emotionen wie Wut, Auflehnung und Angst auslösen und verstärken (Faller 1998). Emotionale Belastungen treten vor allem auch durch Ungewissheit in Bezug auf die Diagnose und den Krankheitsverlauf auf. Besonders belastend empfinden Betroffene den „Zustand des Wartens“ (z.B. auf den histologischen Befund) (vgl. Remmers 2001, Weis 2002, Holtgräwe et al. 2007).

Um Pflegende im kommunikativen Umgang mit onkologischen Patient*innen zu schulen und diesbezüglich ihre Kompetenzen zu fördern, ist es im Vorfeld notwendig, typische kommunikative Situationen in der Pflegepraxis zu identifizieren und zu erfassen, welche Kompetenzen Pflegende benötigen, um diese Situationen entsprechend den Anforderungen und verständigungsorientiert zu bewältigen. Hierzu wurde eine eigene Untersuchung (als Qualifizierungsarbeit), die der berufswissenschaftlichen Qualifikationsforschung zuzuordnen ist, durchgeführt (Raschper 2015). Mittels der Forschungsmethoden *handlungsorientiertes Interview*, *Arbeitsbeobachtung* und *fokussiertes Interview* wurden situative Anforderungen, kommunikative Bedürfnisse der Betroffenen und das entsprechende kommunikative Verhalten der Pflegenden erfasst und analysiert, um letztendlich auf dieser Basis ein Kompetenzprofil zu erstellen. Dieses verdeutlicht, dass Pflegende ihr kommunikatives Verhalten daran ausrichten, wie sie die Betroffenen in ihrer aktuellen Situation mit ihren Emotionen, Krankheitsvorstellungen und ihrem Copingverhalten wahrnehmen.

Die derzeit vorliegenden pflegerischen Unterstützungs- und Betreuungskonzepte fokussieren bestimmte Interventionen. Eine Literaturanalyse von Deininger (2009) zu pflegerischen Interventionen im Sinne einer sozialen Unterstützung von onkologischen Patient*innen brachte die übergeordneten Kategorien „telefonische Beratung“, „psychosoziale Unterstützung“, „Verstärkung des emotionalen Ausdrucks“ und „Massage“ hervor. Bspw. ist der Kategorie „telefonische Beratung“ eine Interventionsstudie von Cox et al. (2008) zuzuordnen, in der Frauen, die an Ovarialkarzinom erkrankt waren, zwischen ihren stationären Aufenthalten von den Pflegenden telefonisch beraten wurden, wobei die Themen Körperbild, Ernährung, Sexualität und die berufliche Situation im Fokus standen. Zur Kategorie „psychosoziale Unterstützung“ gehören die Ergebnisse einer Interventionsstudie von McCorkle (2009), bei der die Intervention die Begleitung von an Ovarialkarzinom erkrankten Frauen während der belastenden Behandlung durch eine Advanced Practice Nurse (APN) darstellt. Die Begleitung umfasst den kontinuierlichen Kontakt in der Klinik, Hausbesuche und/oder Telefongespräche sowie ein Handbuch zum persönlichen Symptommanagement.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die bereits vorliegenden publizierten (eher einrichtungsbezogenen) Konzepte auf Patient*innengruppen mit bestimmten Erkrankungen ausgerichtet sind und fast ausschließlich Interventionscharakter haben. Dabei sind die Bedürfnisse der Betroffenen nach Begleitung und Unterstützung sehr individuell und variieren stark im Krankheitsverlauf. Vor diesem Hintergrund forderte bereits Remmers (2001)

pflegerische Unterstützungs- und Betreuungskonzepte, die die Phasen der individuellen Krankheitsverarbeitung berücksichtigen. In diesem Sinne müsste der individuelle Unterstützungsbedarf mit Hilfe eines Assessments möglichst konkret erfasst werden. Erst dann ließe sich aufgrund persönlichkeits-, krankheits- und therapiebezogener Aspekte ein bestimmter Bedarf an hilfreichen Interventionen ableiten. Dabei betont Remmers (2001), dass bereits die Phase des Wartens auf die Diagnose für Betroffene extrem belastend ist. Schon hier wäre ein informatives und gefühlslastendes Gespräch sinnvoll, um die primäre Stressverarbeitung positiv zu beeinflussen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mittlerweile zahlreiche psychoonkologische und auch einige pflegewissenschaftliche Untersuchungen zu den Bedürfnissen und zur Krankheitsverarbeitung onkologischer Patient*innen durchgeführt wurden. Inzwischen liegen auch pflegerische Interventionskonzepte vor, die nicht nur auf das krankheits- und therapiebedingte körperliche Befinden der Betroffenen, sondern auch auf den psychosozialen Unterstützungsbedarf hin ausgerichtet sind. Allerdings finden die Erfassung des Bedarfes und ebenso die sich daran orientierende Auswahl sinnvoller kommunikativer Strategien kaum Erwähnung. Diese Aspekte sind in diesem Konzept, das insbesondere die Individualität in Bezug auf Krankheitsverarbeitung und emotionale Verfassung berücksichtigen soll, zentral.

3 Methodisches Vorgehen der Konzeptentwicklung

Die Methodik der Konzeptentwicklung orientiert sich an Elsbernd (2013), die ein generelles Vorgehen bei der Entwicklung von Pflegekonzepten beschrieben hat. Pflegekonzepte sollen die Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis bilden und einen gedanklichen Entwurf darstellen, der auf Ebene der Pflegepraxis noch implementiert werden muss.

Die Konzeptentwicklung gliedert sich in sieben Phasen:

1. Begründungsrahmen

Der Begründungsrahmen stellt die Problematik dar, welche umfassend herausgearbeitet wird. Zunächst wird eine *Problemanalyse* durchgeführt, mit dem Ziel, vor allem Schwachstellen und hemmende Faktoren zu identifizieren, die eine hilfreiche Kommunikation erschweren. Die Problemanalyse erfolgt empirisch mittels qualitativer Methoden. Im Rahmen des Projektes werden Experteninterviews mit Pflegenden auf onkologischen Abteilungen der Kooperationshäuser durchgeführt. Anschließend erfolgt die Bewertung der identifizierten Probleme.

2. Theoretische Verankerung

In dieser Phase erfolgt eine theoretische Auseinandersetzung mit der identifizierten Problematik. Die Recherche der Fachliteratur dient zur Klärung möglicher Ursachen, Anzeichen und Zusammenhänge der identifizierten Probleme. Darüber hinaus sind die in der Literatur beschriebenen Lösungsmöglichkeiten herauszuarbeiten, d.h. bereits vorliegende Assessmentinstrumente sowie Unterstützungs- und Betreuungskonzepte sind heranzuziehen und auf Lösungsansätze hin kritisch zu prüfen.

3. Ziele des Konzeptes

In dieser Phase werden die Ziele des Konzeptes unter Berücksichtigung der analysierten Probleme sowie der theoretischen Verankerung konkretisiert. Die Ziele des Konzeptes richten sich an drei Zielgruppen aus:

- a) Patientinnen und Patienten
- b) Pflegende
- c) Institution

4. Instrumente und Verfahren

Vor dem Hintergrund der identifizierten Probleme und theoretischen Erkenntnisse sind Instrumenten (z.B. Assessmentinstrumente) und Verfahren (z.B. Lösungsansätze in Form von Interventionen, Arbeitsstrukturen und -prozesse) auszuwählen, ggf. anzupassen oder neu zu entwickeln. Anschließend sind die entwickelten Verfahren in Bezug auf ihre Praxistauglichkeit kritisch zu hinterfragen. Hierzu finden moderierte Gruppendiskussion mit Pflegenden bei den Praxispartnern statt.

5. Rahmenbedingungen

In dieser Phase der Konzeptentwicklung werden Rahmenbedingungen und Ressourcen benannt, die für die Umsetzung der Verfahren und Instrumente in die Praxis notwendig sind. Hierzu gehört das Festlegen von personellen, organisatorischen und räumlichen Rahmenbedingungen, die insbesondere die Anwendung der Assessments sowie die Umsetzung der entsprechenden Interventionen sicherstellen sollen.

6. Schriftliche Darstellung

Die schriftliche Darstellung des Konzeptes soll den Zugang der Erkenntnisse in die Pflegepraxis sicherstellen.

7. Implementierung

Die Phase der Implementierung ist ein eigenständiger Prozess. Dabei geht es um die eigentliche Umsetzung der Instrumente und Verfahren in der Pflegepraxis. Das erfordert das Festlegen von Verantwortlichkeiten und einer Ablaufstruktur. Es müssen entsprechende Bedingungen geschaffen und mitunter auch Personalentwicklungsmaßnahmen durchgeführt werden. Die Phase der Implementierung ist nicht Bestandteil dieses Projektes.

4 Konzeptentwicklung

4.1 Begründungsrahmen

4.1.1 Problemanalyse

Im Rahmen der Problemanalyse soll erfasst werden, ob das vermutete Problem tatsächlich ein Problem der Praxis ist und wenn ja, wie es sich konkret darstellt. Als Kooperationspartner konnten zwei Krankenhäuser der Maximalversorgung in Nordrhein-Westfalen gewonnen werden. Diese verfügen über etablierte onkologische Fachabteilungen. Der Einbezug mehrerer Kliniken ermöglicht einen umfassenderen Einblick in das Expertenwissen der Pflegefachkräfte im onkologischen Setting. In enger Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern wurden der Projektverlauf sowie maßgebliche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen eruiert und entsprechend adaptiert. Zum Projektstart erfolgte eine Auftaktveranstaltung an der Fachhochschule Bielefeld, bei der das Projekt sowie dessen Hintergrund detailliert vorgestellt und Bedingungen geklärt wurden. Der gesamte Projektverlauf sowie die entwickelten Dokumente und Instrumente (Leitfäden für die Datenerhebung, Informationsschreiben, Einwilligungserklärung), wurden von den zuständigen Instanzen der Kliniken (z.B. Rechtsabteilung, Personalrat) geprüft. Alle formalen Kriterien der aktuellen Datenschutzrichtlinien wurden ebenfalls geprüft und im Verlauf des Projektes umgesetzt.

4.1.1.1 Experteninterviews und Teilnehmer*innenakquise

Die Problemanalyse erfolgte mittels Experteninterviews. Mit Hilfe der Experteninterviews soll das Wissen von sogenannten Expert*innen erschlossen werden, „die aufgrund ihrer Position über besondere Informationen verfügen“ (Gläser und Laudel, 2010, S. 11). Die Anwendung von Experteninterviews ist angezeigt „wenn in einem Interview mehrere unterschiedliche Themen behandelt werden müssen, die durch das Ziel der Untersuchung [...] bestimmt werden. Ein weiterer Anwendungsbereich liegt vor, wenn „im Interview auch einzelne, genau bestimmbare Informationen erhoben werden müssen“ (Gläser & Laudel, 2010, 110). Beide Anwendungsbereiche sind hier relevant. Die Durchführung der Experteninterviews erfolgt mit der Intention, neues Wissen zu explorieren und Kontextinformationen zu erheben. Dies geschieht unter Zuhilfenahme eines halbstrukturierten Leitfadens, welcher in dieser Projektarbeit theoriegeleitet konstruiert wurde (vgl. Kapitel 4.1.1.2).

Als Expert*innen werden in diesem Projekt Personen definiert, die im Rahmen ihrer Ausbildung die Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger*in“ oder einen vergleichbaren Abschluss erworben haben. Ein weiteres Kriterium ist die aktuelle Tätigkeit auf einer onkologischen Station, beziehungsweise Berufserfahrung im onkologischen Setting in den kooperierenden Einrichtungen. Um unterschiedliche Perspektiven auf die Problemlagen abbilden zu können, wurden Pflegenden auf verschiedenen Verantwortungs- und Hierarchieebenen befragt (z.B. Pflegenden im Stationsteam, Stationsleitung, Abteilungsleitung). Ebenso war es von Bedeutung, Pflegenden mit unterschiedlich langer Berufserfahrung zu befragen. In Anlehnung an Benner (1984) hat die Berufserfahrung Einfluss auf das Kompetenzniveau von Pflegenden und die daraus resultierenden Handlungen. So orientieren sich „Anfänger“ eher an Regelwissen, wobei „Experten“ hauptsächlich intuitiv handeln und über ausgeprägtes implizites Wissen verfügen.

Die Teilnehmer*innen wurden in den kooperierenden Kliniken akquiriert. Die Einschlusskriterien wurden den Kooperationspartnern während der Auftaktveranstaltung mitgeteilt. Die Ansprechpartner in den Kliniken vermittelten entsprechend der Kriterien Pflegenden und stellten einen Kontakt zum Projektteam her. Jede(r) Teilnehmer*in erhielt ein Anschreiben und eine Einverständniserklärung zur Teilnahme und auf Wunsch ein zusätzliches telefonisches Aufklärungsgespräch über die geplanten Interviews. Insgesamt konnten acht Teilnehmer*innen (je Klinik vier) für die Experteninterviews akquiriert werden.

Die Durchführung der Interviews erfolgte von Januar bis Februar 2018 in den Kliniken, die einen Raum außerhalb des Arbeitsbereiches der Teilnehmer*innen zur Verfügung stellten. Die Interviews erfolgten außerhalb der Dienstzeit und wurden als Arbeitszeit angerechnet. Vor Aufnahme der Interviews erfolgten eine erneute Aufklärung der Teilnehmer*innen über die Ziele des Projektes, Aufnahme der Interviews mit einem Diktiergerät, der Anonymisierung der Daten und der Möglichkeit, jederzeit das Einverständnis ohne Angaben von Gründen zurückziehen zu können.

Es wurden Daten aus neun Interviews erhoben (inklusive Pretest). Die durchschnittliche Interviewlänge beträgt 36 Minuten. Das kürzeste Interview umfasste eine Dauer von 22 Minuten, das längste Interview eine Dauer von 61 Minuten. Zwei Teilnehmer*innen verfügen über einer Leitungsposten. Vier Teilnehmer*innen haben eine Zusatzqualifikation im onkologischen Bereich, wie beispielsweise die Weiterbildung zur onkologischen Fachkraft oder zum psychoonkologischen Berater. Das durchschnittliche Alter liegt bei 40 Jahren. Die Altersspanne umfasst 24-54 Jahre. Die durchschnittliche Berufserfahrung im onkologischen Setting liegt bei 11 Jahren und umfasst Teilnehmer*innen mit vier Monaten bis hin zu 30 Jahren Berufserfahrung.

4.1.1.2 Leitfadenkonstruktion

Für die Durchführung der Experteninterviews wurde ein halbstrukturierter Leitfaden entwickelt (siehe Anhang). Dabei wurde das aus den theoretischen Vorüberlegungen abgeleitete Informationsbedürfnis in Themen und Fragen des Leitfadens übersetzt (Gläser & Laudel, 2010, S.115). Darüber hinaus wurden Vorüberlegungen der Expert*innen aus der Auftaktveranstaltung bei der Operationalisierung berücksichtigt.

Für den Leitfaden wurden sechs Themenbereiche identifiziert. Jeder Themenbereich enthält zwischen eins bis fünf offene Fragen. Die offenen Fragen sind teilweise durch Sondierungsfragen ausdifferenziert worden und werden im Verlauf von der Interviewerin genutzt, um weitere, detailliertere Informationen zu erhalten. Die Teilbereiche 2,4,5 und 6 enthalten Zusatzfragen für Teilnehmer*innen aus Führungspositionen.

Jedes Interview beginnt mit der gleichen Einstiegsfrage, diese ist automatisch dem ersten Themengebiet zugeordnet worden. Die Reihenfolge der anderen Themen beziehungsweise Fragen werden im Verlauf des Interviews individuell an die Teilnehmer*innen angepasst. Abgeschlossen wird jedes Interview mit einer festgelegten Abschlussfrage. Ziel ist es, den Teilnehmer*innen die Möglichkeit zu geben, noch weitere, für sie wichtige Angaben zu dieser Thematik, die von der Forscherin nicht berücksichtigt worden sind, äußern zu können. Im Folgenden werden die einzelnen Themengebiete vorgestellt.

Themenbereich 1: Einflussfaktoren und Stellenwert

Der erste Themenbereich führt in das Thema Kommunikation mit onkologischen Patient*innen ein und ermöglicht es den Teilnehmenden, sich ihren Erlebnissen und Erfahrungen bewusst zu werden. Ziel des ersten Themenbereiches ist es, den subjektiv wahrgenommenen Stellenwert der Kommunikation mit Patient*innen im onkologischen Setting als pflegerische Handlung zu erfassen und Einflussfaktoren im Bereich der Kommunikation aufzuzeigen.

Themenbereich 2: Die Gesprächssituation

Der zweite Themenbereich fokussiert die Mikroebene der Gesprächssituationen mit onkologischen Patient*innen in der beruflichen Praxis. Das Erkenntnisinteresse liegt auf der Identifikation von Gesprächsanlässen, der Erfassung des Gesprächsbedarfes, der individuellen Vorbereitung auf Gesprächssituationen und dem Einsatz von hilfreichen Strategien und Routinen im onkologischen Setting durch die Pflegekräfte. Im Bereich der Zusatzfragen für Führungs- und Leitungskräfte liegt der Schwerpunkt auf der Implementierung und Anwendung von Assessmentinstrumenten und deren Akzeptanz im pflegerischen Team.

Themenbereich 3: gelungene Kommunikation

Der dritte Themenbereich ermöglicht die Identifizierung einer, für die Expert*innen subjektiv wahrgenommenen, gelungenen Gesprächssituation und den in diesem Zusammenhang förderlichen Bedingungen. Zur Erhöhung des erzählgenerierenden Effektes und zur Förderung der Aktivierung subjektiver Erfahrungen werden die Interviewpartner angehalten, ihre Erzählungen an Hand eines berufspraktischen Beispiels zu schildern.

Themenbereich 4: Fähigkeiten der Pflegenden

Der vierte Themenbereich fokussiert die Identifikation der Fähigkeiten zur Gestaltung von Gesprächssituationen von Pflegekräften im onkologischen Setting. Unter Fähigkeiten wird in diesem Kontext die „geistige, praktische Anlage, die zu etwas befähigt“ sowie die „Voraussetzung, die neben der Motivation zur Leistungserbringung erforderlich ist“, verstanden. „Fähigkeiten können sowohl angeboren (Begabungen) als auch erworben (Fertigkeiten) sein und variieren nach dem Grad ihrer Ausprägung von Person zu Person“ (Maier, Bartscher & Nissen, 2018, o.S.). Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Erfassung der Aneignung dieser formellen und informellen Fähigkeiten durch die Pflegekräfte. Die Zusatzfragen für Führungs- und Leitungskräfte beziehen sich auf die grundlegenden Fähigkeiten im Bereich der Kommunikation, die Pflegekräfte vorweisen sollten, um professionell im onkologischen Setting agieren zu können. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den Maßnahmen, welche bisher eingeleitet, beziehungsweise durchgeführt werden, um diese Fähigkeiten systematisch zu fördern.

Themenbereich 5: schwierige Gesprächssituationen

Die Identifikation von schwierigen Gesprächssituationen im onkologischen Setting ist eine wesentliche Grundlage, um lösungsorientiert Interventionen für das pflegerische Handlungsfeld „Kommunikation“ abzuleiten. Die Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Problembereiche von Pflegekräften im Bereich der Kommunikation mit onkologischen Patient*Innen stellt den Kern des fünften Themenbereiches dar. Eine Definition des Begriffes „schwierig“ ist bewusst nicht erfolgt, um den Grad der Offenheit zu gewährleisten. Zudem werden die Expert*innen dazu aufgefordert, ihre Schilderungen mit einer für sie erlebten berufspraktischen typischen Situation zu verknüpfen. Ziel ist es auch hier, den erzählgenerierenden Effekt dadurch zu erhöhen. Zusätzliche Sondierungsfragen ermöglichen die Identifikation von Lösungsansätzen und Unterstützungssysteme, die bereits von den Pflegekräften genutzt werden, um diesen Situationen zu begegnen. Der fünfte Themenbereich umfasst zwei Zusatzfragen für die Führungs- und Leitungsebene. Der Schwerpunkt liegt auf der Erfassung systematischer, beziehungsweise organisierter Foren die zur Bewältigung schwieriger Gesprächssituationen zur Verfügung stehen. Ein weiterer Fokus liegt auf der Akzeptanz, beziehungsweise dem Nutzerverhalten in Bezug auf diese Foren.

Themenbereich 6: Erwartungen und Unterstützungsbedarfe von Pflegenden

Der sechste Themenbereich ermöglicht die Identifizierung von Erwartungen der Pflegekräfte im Bereich der Kommunikation. Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, die aus Sicht der Interviewteilnehmer*innen perspektivisch geschaffen werden müssen, um die Kommunikation im onkologischen Setting professionell gestalten zu können, werden mit Hilfe der offenen Fragen mit diesem Themenbereich erfasst. Die Zusatzfragen für Führungs- und Leitungskräfte ermöglichen eine Erfassung potentieller Handlungsbedarfe aus Sicht des mittleren Managements. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Identifikation von Maßnahmen, welche eine erfolgreiche Umsetzung von Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für eine professionelle Kommunikation im onkologischen Setting ermöglichen.

Die Eignung des Interviewleitfadens wurde vor Beginn der Datenaufnahme durch einen Pretest geprüft. Ein Pretest ist eine Vorstudie, die genutzt wird, um Datenerhebungs- und

Auswertungsmethoden zu testen und gegebenenfalls anzupassen (vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 107). Für den Pretest konnte ein Teilnehmer aus einer der kooperierenden Einrichtungen gewonnen werden, der über die allgemeinen Einschlusskriterien verfügt. Der Pretest wurde unter denselben Bedingungen durchgeführt, die für die gesamte Datenerhebung im Vorfeld festgelegt wurden. Der Teilnehmer war in der Lage, alle Fragen einschließlich der Zusatzfragen für Führungs- und Leitungskräfte zu beantworten. Der Grad an Offenheit wurde als ausreichend bewertet. Alle Fragen wurden als verständlich eingeschätzt und fördern einen erzählgenerierenden Effekt. Eine Änderung des Interviewleitfadens war nicht erforderlich. Die Daten aus dem Pretest wurden in die Datenauswertung miteinbezogen.

4.1.1.3 Auswertung der Interviews

Die Datenauswertung erfolgt nach dem Auswertungsverfahren nach Mayring. Ziel ist es, das Datenmaterial hinsichtlich bestimmter inhaltlicher Kategorien zu analysieren. Die Daten wurden mit Hilfe einzelner Interpretationsschritte auf relevante Informationen im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse reduziert, kategorisiert und analysiert. Die Extraktion der Daten erfolgte mit Hilfe eines Suchrasters, das in Anlehnung an die theoretischen Vorüberlegungen des Interviewleitfadens erstellt wurde. Das Kategoriensystem kann im Verlauf der Datenauswertung um induktive Bestandteile erweitert und ergänzt werden (Mayring, 2010, S. 44 ff).

Im Vorfeld erfolgt eine Festlegung des zu extrahierenden Datenmaterials, welches die neun Transkripte der einzelnen Interviews sind. Die Transkription erfolgte in Anlehnung an die vereinfachten Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2011). Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden namentlich genannte Personen und Einrichtungen durch Buchstaben, beispielsweise Synonyme ersetzt (z.B. Klinik A). Die Teilnehmer wurden, unabhängig vom Zeitpunkt und der Reihenfolge der Interviews, mit dem Kürzel T1 bis T9 (T= Teilnehmer), versehen, um ihr Recht auf Anonymität zu gewährleisten. Das gesprochene Wort der Interviewerin sowie Textpassagen der Teilnehmer*innen wurden nicht vollständig übernommen, wenn keine Relevanz für das Projekt ersichtlich war.

Für die Analyse wurden alle drei Analysetechniken nach Mayring (Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung) herangezogen. Die ersten zwei Analyseschritte sind Techniken der Zusammenfassung. Ziel ist es, das Material auf das Wesentliche zu reduzieren und ein überschaubares Gerüst des Materials zu erhalten. Die induktive Kategorienbildung beschreibt ein gezieltes Vorgehen im Umgang mit dem Datenmaterial. Dabei werden alle wesentlichen Textbestandteile reduziert, die darauf abzielen, das Erkenntnisinteresse zu beantworten. Alle irrelevanten Textbestandteile werden nicht berücksichtigt. Die enge und weite Kontextanalyse sind Techniken der Explikation und beschreiben die genauere Betrachtung einzelner Textbestandteile. Die enge Kontextanalyse erlaubt, Textstellen unter Hilfenahme des jeweiligen Textkontextes näher zu erläutern. Die weite Kontextanalyse ermöglicht gezielt Textbestandteile mit Hilfe weiterer Literatur näher zu betrachten. Im Bereich der Strukturierung wird die Form der inhaltlichen Strukturierung gewählt. Ziel ist es, das Datenmaterial zu bestimmten Themen zu extrahieren und zusammenzufassen. (Mayring, 2010, S.63ff; 103).

4.1.1.4 Ergebnisse der Problemanalyse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt an Hand eines Kategoriensystems. Es werden vier zentrale Kategorien beschrieben. Diesen können ein bis mehrere Subkategorien zugeordnet sein. Die Subkategorien dienen einer detaillierteren Betrachtung der Oberkategorie.

Jede Kategorie ist einheitlich aufgebaut. Die Kategorie und Subkategorien werden benannt und entsprechend ihrer Ableitung aus dem theoretischen Hintergrund als deduktiv und aus dem Datenmaterial als induktiv ausgewiesen. Im ersten Schritt wird die Kategorie beschrieben. Danach erfolgt eine Darstellung eines oder mehrerer Ankerbeispiele. Aufgrund der hohen Datenmenge werden nur ausgewählte Belege aus den Transkripten zugeordnet. Das bedeutet, dass nicht immer alle Fälle für die beschriebenen Ergebnisse in

ihrer Gesamtheit benannt werden. Des Weiteren kommt es zu Doppelbenennungen von Subkategorien. Diese sind aufgrund der Indikatoren und Ankerbeispiele klar voneinander abgrenzbar. Zudem wurden codierte Textsegmente in einigen Fällen mehrfach einer Kategorie zugeordnet. Wurden Textsegmente und Beschreibungen der Teilnehmer*innen unter Zuhilfenahme von weiterer Literatur betrachtet ist dieses durch Literaturangaben ausgewiesen.

Kategorie 1: Bedeutung der Kommunikation (deduktiv abgeleitet)

Die Kategorie 1 beschreibt den Stellenwert der Kommunikation im onkologischen Setting aus der Perspektive der Pflegekräfte. Die Kategorie umfasst vier Subkategorien, welche die Bedeutung der Kommunikation im onkologischen Setting näher betrachten und deren Stellenwert in einem weiteren Kontext aufzeigen. Für die Kategorie wurden zwei Indikatoren festgelegt. Der erste Indikator bezieht sich auf den wahrgenommenen Stellenwert der Kommunikation.

„die Kommunikation mit onkologischen Patienten nimmt einen sehr sehr hohen Stellenwert ein, weil es ja darum geht die Bedürfnisse der Menschen irgendwie zu erfassen und wahrzunehmen.“ (T1, Z. 4-6)

Der zweite Indikator bezieht sich auf Äußerungen, die den Stellenwert inhaltlich beschreiben.

„Und ich bin in den letzten Jahren wirklich positiv überrascht worden, was man mit Worten auslösen kann. (...) Mit einem einzigen Wort kann man ein komplettes Gespräch entweder retten oder kippen.“ (T2, Z. 255-257)

Der Stellenwert der Kommunikation im onkologischen Setting wird von den Pflegenden als sehr hoch wahrgenommen.

„Einen sehr hohen Stellenwert.“ (B6, Z.4)

Das Recht der Patient*innen auf Kommunikation wird im onkologischen Setting besonders hervorgehoben. Kommunikation im pflegerischen Kontext ist mehr als die Vermittlung von reinen Informationen. Sie ist der Einstieg in jede professionelle Pflegehandlung und ein zentrales Medium, um einen professionellen Beziehungsaufbau zwischen onkologischen Patient*innen und Pflegekräften zu gestalten.

„Ich finde schon, dass die Patienten vor allen Dingen ein sehr hohes Recht darauf haben, vernünftig über ihre Erkrankung aufgeklärt zu werden. Weil letztendlich ist es eine Erkrankung, die in der Gesellschaft direkt mit dem Tod assoziiert wird.“ (B4, Z. 5-8)

Gleichzeitig wird hervorgehoben das die Bedeutung häufig unterschätzt wird. Die in der Theorie aufgezeigte hohe Bedeutung der Kommunikation mit onkologischen Patient*innen wird in der Praxis zwar als solche wahrgenommen, jedoch erfolgt die Umsetzung in der beruflichen Praxis eher defizitär und in Abhängigkeit von der jeweiligen Pflegekraft und den aktuell vorherrschenden Rahmenbedingungen in der Pflege.

„Ich glaube auch, dass das natürlich auch so ein bisschen auf jeden selber und jeden einzelnen selbst ankommt, weil ich glaube das in der Pflege immer sehr halt unter geht die Kommunikation und das (...) also dass viele aus der Pflege eigentlich mehr kommunizieren könnten, das aber nicht tun, weil sie vielleicht, ich weiß nicht, auch nicht motiviert genug sind und weil sie auch das nicht richtig einschätzen wie wichtig das eigentlich ist und dass das vieles erleichtern könnte auch.“ (B5, Z. 417-422)

Subkategorie 1.1 Bedeutung der Kommunikation für das Team (deduktiv abgeleitet)

Die Subkategorie beschreibt die von den Pflegekräften wahrgenommene Bedeutung der Kommunikation im Kollegium, beziehungsweise in der Institution. Für die Kategorie wurden zwei Indikatoren festgelegt. Der erste Indikator bezieht sich auf den wahrgenommenen Stellenwert der Kommunikation.

„Sie ist sehr sehr wichtig und das weiß auch fast jeder denk ich mal, der da arbeitet, hoffe ich zumindest. Also ich hoffe, dass es alle wissen, wie wichtig das ist.“ (T1, Z. 210-211)

Der zweite Indikator bezieht sich auf Äußerungen, die den Stellenwert inhaltlich beschreiben

„Dass wir auch grad in diesem Team wissen (..) dass Kommunikation und diese Dinge, die ja nicht so abrechenbar sind, dass das schon auch ganz ganz hohe Wichtigkeit hat (..) Bei uns hier auf der Station sind ja 95% aller am Ende ihres Lebens. Also die stehen ja alle am Ende ihres Lebens.“ (T8, Z. 16-20)

Der Stellenwert der Kommunikation wird als sehr hoch wahrgenommen. Die Bedeutung der Kommunikation im onkologischen Setting ist vielen Kollegen im Kollegium bewusst.

„Soviel ich weiß oder auch mitbekommen habe, das Team selber ist also zum größten Teil derselben Meinung. Wenn nicht sogar, beziehungsweise das ganze Team.“ (B4, Z. 23-24)

Im Berufsalltag wird der Stellenwert der Kommunikation durch Stress und Hektik jedoch häufig nicht so bewusst erlebt. Zudem haben die Pflegekräfte oft das Gefühl, dass Kommunikation (trotz der hohen Bedeutung) als „nichts tun“ wahrgenommen und teilweise als solches vom Kollegium artikuliert wird.

„Auf der onkologischen Station ist es mir ganz oft passiert, dass erfahrenere, ältere Kolleginnen wirklich an die Tür geklopft haben: ‚Sag mal, was machst du da eigentlich die ganze Zeit‘ ... und so ja. ‚Wir haben hier noch zu tun‘. Also Gespräche werden nicht unbedingt als ‚Tun‘ begriffen.“ (T1, Z. 354-357)

Subkategorie 1.2 Kennzeichen einer gelungenen Kommunikation (deduktiv abgeleitet)

Die Subkategorie beschreibt Kennzeichen von Gesprächssituationen, welche für die Pflegekräfte eine gelungene Kommunikation im onkologischen Setting bedeuten. Für die Subkategorie wurde ein Indikator festgelegt. Eingeschlossenen wurden alle Äußerungen, welche sich aus Sicht der Pflegekräfte auf eine für sie wahrgenommene gelungene Kommunikation beziehen.

„Wenn entweder der Patient sagt: ‚Danke, dass sie da waren, das hat mir geholfen‘ oder wenn ich das Gefühl habe, wir haben uns den Zielen der Lösung genähert. (...) Ich hab jetzt ein aktuelles Beispiel im Kopf. Da war eine Patientin, die komplett zugemacht hat und die ist jetzt seit drei Monaten in Behandlung. Die hat hier kein einziges Wort gesprochen und wir kannten uns zufällig. Sie war Praktikantin bei mir als ich Anfänger war, vor 20 Jahren. Sie hat mich wieder erkannt und so sind wir ins Gespräch gekommen ... und sie sagte auch: ‚Frag mich bloss nicht, ob ich die Psychoonkologen haben will, die will ich nicht. Ich habe nix zu erzählen‘ ... und an dem Tag haben wir 45 Minuten gesprochen und jetzt guck ich immer im Kalender, wenn sie wiederkommt und wir sprechen jedes Mal fast eine Stunde. Und sie hat soviel zu erzählen. [...] Und das ist dann gelungen.“ (T2, Z. 197-208)

Kennzeichen einer gelungenen Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patient*innen, sowie deren Angehörigen sind das Einfordern von weiteren Gesprächen, die Förderungen

des Beziehungsaufbaus zwischen den Akteuren und die Vermittlung von positiven und negativen Aspekten auf inhaltlicher Ebene.

„Eine gelungene Kommunikation finde ich (...) wenn ich das Gefühl habe, dass der Patient sich öffnet und wenn ich das Gefühl habe, der vertraut mir. Er stellt Fragen, ich kann ihm in Ruhe meine Antworten geben. Und er fühlt sich einfach sicher und aufgehoben. Und ich werde nicht 150.000 Mal unterbrochen, bei meiner Bemühung mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen. So, das finde ich ist eine gelungene Kommunikation.“ (T6, Z. 273-278)

Der Wahrheitsgehalt von Informationen im Sinne von einer umfassenden Vermittlung von Informationen wird in diesem Zusammenhang hervorgehoben.

„Gelingen in dem Sinne von wenn er am Ende zufrieden ist ... und nicht zufrieden, indem weil alles gut geredet worden ist und man ihm Hoffnung gemacht hat, sondern wenn man weiß, ok der Patient ist zufrieden, er ist in irgendeiner Art und Weise irgendwo beruhigt oder er ist dankbar für dieses Gespräch. Auch wenn er es in dem Moment nicht zeigt, aber letztendlich kommt das ja irgendwann zum Vorschein wenn's der Fall ist. Und das ist so für mich die gelungene Kommunikation.“ (T4, Z. 197-203)

Das bedeutsamste Kennzeichen gelungener Kommunikation stellt die Zufriedenheit der Patient*innen nach einem Gespräch dar. Die Zufriedenheit wird von den Pflegekräften an folgenden Parametern gemessen: Äußerungen der Patienten über subjektive Zufriedenheit, positive Veränderung der Stimmungslage, Wissenszuwachs ermöglicht autonomes Handeln der Patienten, Mimik und Gestik wirken entspannt.

„Sondern einfach nur, dass sich der Patient vielleicht danach ruhiger fühlt, besser schlafen kann.“ (T1, Z. 308-309)

„Wenn der Patient anschließend sagt: 'Ja eigentlich hab ich das letzte Mal auf die Chemotherapie reagiert, aber sie haben mich heute so gut abgelenkt, dass das jetzt nicht der Fall war. Und das nächste Mal hab ich auch keine Angst mehr'. Und dann wenn sie fragen: ‚Können sie wieder kommen? Das hat mir gutgetan.‘ Dann weiß ich, das war jetzt gelungene Kommunikation.“ (T2, Z. 212-217)

Darüber hinaus geben die Pflegekräfte an, dass die eigene wahrgenommene Zufriedenheit mit einer Gesprächssituation ebenfalls ein bedeutsames Kennzeichen ist.

„Da versteh ich viel drunter, und zwar, dass sich beide Gesprächspartner verstanden fühlen und dass es ihnen nach der Kommunikation auch besser geht, auch gefühlstechnisch besser geht. Gar nicht unbedingt, dass jetzt irgendwie der Informationsstand wesentlich größer geworden ist.“ (T1, Z. 303-306)

Subkategorie 1.3 Benefits (induktiv abgeleitet)

Die Subkategorie beschreibt die von den Pflegekräften wahrgenommene positive Wirkung von Kommunikation im onkologischen Setting. Für die Subkategorie wurde ein Indikator festgelegt. Eingeschlossenen wurden alle Äußerungen, welche die Wirkung von Kommunikation im onkologischen Setting beschreiben.

„wenn er danach 6 oder 7 Stunden schläft.“ (T1, Z. 310-311)

Die Pflegekräfte begründen die hohe Bedeutung der Kommunikation im onkologischen Setting mit den positiven Wirkungen, die sie im pflegerischen Berufsalltag wahrnehmen. Einerseits wird die Kommunikation als Grundlage für einen professionellen Beziehungsaufbau zwischen den Patient*innen bzw. deren Bezugspersonen und den Pflegekräften hervorgehoben.

„Aber ich hab selber gemerkt, dass man durch die Kommunikation mit denen einen viel besseren Draht dazu bekommt. Und die auch eher (..) Pflegenden, die einen besseren Draht zu denen haben, eher was erzählen oder sich öffnen als

zum Beispiel (...) irgendwelche Krankenschwestern, die sag ich mal weniger Zeit sich für die nehmen." (T7, Z. 6-10)

Andererseits werden Benefits benannt, die sich auf den Genesungsprozess und die Lebensqualität der Patient*innen positiv auswirken können. Folgende Benefits wurden von den Pflegekräften beobachtet: eine verbesserte Schlafqualität, die Reduzierung von Ängsten, der Patient fühlt sich als Individuum wahrgenommen und die Reduktion von Medikamenteneinnahmen.

„Dass jeder sich (...) wohl fühlt, anerkannt fühlt, wichtig fühlt. Sich nicht als Nummer fühlt. (...) Sich gut aufgehoben fühlt (...), sich richtig behandelt fühlt." (T3, Z. 206-208)

„Ja man braucht weniger Medikamente, den Patienten geht es besser." (T2, Z. 221)

Die Patient*innen nehmen durch eine professionelle Kommunikation die Behandlung und Versorgung aus Sicht der Pflegekräfte positiver wahr. Daraus resultiert als sekundärer Effekt ein verbessertes Image der Klinik.

„Und es ist auch Werbung, viele sagen so. Das mit den Chemotherapien machen wir sehr oft und bis jetzt hat keiner reagiert, wenn ich dabei war (lacht), ist auch interessant. Vielleicht sollte man das auch mal untersuchen (lacht). Und alle erzählen es dann in der Familie, wenn ihr ein Problem habt, dann geht in Klinik X, da hat man Zeit für euch." (T2, Z. 222-225)

Subkategorie 1.4 Kommunikation als pflegerische Tätigkeit (induktiv abgeleitet)

Die Subkategorie beschreibt, in welchem Maß die Kommunikation mit onkologischen Patient*innen als pflegerische Handlung wahrgenommen wird. Zudem wird aufgezeigt, wie Gespräche unter den aktuellen Rahmenbedingungen stattfinden und durch welche Faktoren sie gekennzeichnet sind. Für die Kategorie wurden zwei Indikatoren festgelegt. Der erste Indikator bezieht sich auf Äußerungen, die das wahrgenommene Ausmaß der Kommunikation als pflegerische Tätigkeit beschreiben.

„Es wird nicht als richtige (...) Pflegehandlung thematisiert." (T1, Z. 212)

Der zweite Indikator bezieht sich auf Kennzeichen, welche die aktuellen Gesprächssituationen beschreiben.

„Aber so zu dem Thema Kommunikation, das läuft irgendwie immer so nebenher. Also es ist nicht, sagen wir mal, ich hab jetzt noch keinen gehört: "Ich brauch jetzt mal Zeit, ich möchte da ein Gespräch machen." (T2, Z. 405-407)

Kommunikation wird als Bestandteil pflegerischer Arbeit von den Pflegekräften gesehen, jedoch nicht als vollwertige Pflegehandlung wahrgenommen bzw. thematisiert. Die Kommunikation mit onkologischen Patient*innen ist dementsprechend häufig eine Handlung, die als zusätzliche Aufgabe übernommen wird.

„Wenn ich rein komme, ich mache eine Tätigkeit, ich hänge eine Infusion an und ich sag mal, die Ehefrau sitzt neben dem Mann und fragt irgendwas, dann antworte ich natürlich klar." (T6, Z. 481-483)

„By the Way" (T1, Z. 14)

Teilweise wird den Pflegekräften suggeriert, dass Gespräche im beruflichen Alltag keine Arbeit darstellen. Ursächlich dafür ist, dass keine aktive Gesprächszeit als pflegerische Tätigkeit vorgesehen bzw. vorhanden ist. Gespräche finden in der Regel nebenbei statt und werden parallel zu anderen pflegerischen Tätigkeiten durchgeführt. Das bedeutet auch, dass die Kommunikation als pflegerische Tätigkeit aus Sicht der Pflegekräfte in der Regel nie losgelöst von anderen Tätigkeiten stattfindet. Gespräche werden nicht gezielt geführt, sie ergeben sich häufig spontan und sind ungeplant.

„Nein, ist alles nebenher (lacht). Dazu ist der Stellschlüssel einfach (..) zu sehr runter geschraubt worden, kann man einfach so sagen. Das ist so.“ (T3, Z. 166-167)

„Man macht die Gespräche am Bett zufällig, das hat sich so ergeben. Wir haben auch geplant, irgendwann hat man mal über so Beratungstage, dass speziell Mitarbeiter so Beratungstage machen. Da bekommen wir nicht Konsens mit der Pflegedirektion, weil die sagen, beraten muss jeder Mitarbeiter. Und wir können jetzt nicht jedem ein Büro und Telefon und dann wie kriegen wir das zusammen.“ (T2, Z. 387-391)

Kategorie 2: Kennzeichen onkologischer pflegerischer Arbeit (deduktiv abgeleitet)

Die Kategorie 2 beschreibt die derzeitig wahrgenommene Situation im onkologischen Setting aus der Perspektive der Pflegekräfte. Die Kategorie umfasst fünf Subkategorien, welche die aktuelle Situation und einflussnehmenden Faktoren näher betrachten. Für die Kategorie wurde ein Indikator festgelegt. Es wurden alle Äußerungen einbezogen, welche die derzeitige Situation der pflegerischen Arbeit im onkologischen Setting beschreiben und den aktuellen IST-Zustand aus Sicht der Pflegekräfte abbilden.

„Hab ich das wahrgenommen als Hochleistungsstation. Wo wirklich ein unheimlicher Durchlauf ist, eine sehr geringe Verweildauer, ähm der Patienten. Wo ganz schnell Chemotherapien in kurzer Zeit appliziert wurden.“ (T1, Z. 63-66)

„Jeden Tag, die Hälfte der Station wird einmal neu aufgefüllt. Entlassung, Aufnahme, Entlassung, Aufnahme. Und gerade in dem Bereich gibt es auch viel Neues. Nochmal ein Fragebogen, nochmal eine Dokumentation, nochmal eine Abfrage. (..) Da nochmal ein Barthel, da Entlassungsplanung.“ (T2, Z. 421-424)

Das onkologische Setting wird oftmals mit „Tod und Sterben“ assoziiert. Die Patient*innen befinden sich in der Regel in einer für sie wahrgenommenen Ausnahmesituation, welche häufig durch existentielle Ängste begleitet wird. Aufgrund von Therapien und Diagnostik werden die Patient*innen in regelmäßigen Abständen in die Kliniken einbestellt und sehen sich erneut mit diesen Ausnahmesituationen konfrontiert. Die Pflegekräfte beschreiben die Patient*innen im onkologischen Setting als „Stammgäste“, um diesen Umstand zu verdeutlichen.

„Also in der Onkologie hat man ja auch sozusagen Stammgäste.“ (T4, Z. 84)

Die Arbeit im onkologischen Setting wird als ein Prozess von festen Arbeitsschritten mit einem hohen technischen Anteil wahrgenommen, welche kaum Freiheiten für Flexibilität im pflegerischen Handeln zulassen. Das widerspricht dem wahrgenommenen hohen Bedürfnis der onkologischen Patient*innen an Kommunikation und psychosozialer pflegerischer Betreuung. Zentrale pflegerische Aufgaben, die zu dieser mangelnden Flexibilität führen sind: Neuaufnahmen, Entlassungen, kurze Liegedauer der Patienten, Untersuchungen und Infusionstherapien. Die Pflegekräfte beschreiben diese Situation mit Worten wie: „unheimlicher Durchlauf“, „ein Getrieben sein“ oder „Hochleistungsstation“.

„Zeitmangel und Personal, es ist zu wenig Personal, eindeutig. Und wir haben zum Beispiel an Belegung gerade noch die letzten drei, vier Wochen von 120 Prozent gehabt. Wir hatten also schon hoch gestapelt gehabt fast. Und wir haben ja einen Durchgang (..) das eigentliche, was wir machen, sind ja Chemotherapien. Die kommen dann zwei, drei Tage und gehen dann wieder weg. Das fängt dann an mit Bettengeschiebe, mit Patienten in andere Zimmer schieben, mit Verlegung, mit Entlassung und das sind Sachen, die halten auf. Sie müssen alles desinfizieren, das macht alles keiner für uns. Das müssen wir alles machen zwischendurch. (T3, Z. 422-430)

Die aktuellen Bedingungen führen zu einem Pflegehandeln, welches überwiegend als reaktiv beschrieben wird. Die Kommunikation mit onkologischen Patient*innen ist aufgrund ihrer Vulnerabilität geprägt von einem hohen Maß an Beziehungsarbeit. Gleichzeitig ist sie

die Stellgröße im pflegerischen Handeln, welche bei hoher Arbeitsbelastung als Erste reduziert, beziehungsweise eingestellt wird.

„Ist allerdings in der Praxis im Rahmen vom hohen Durchsatz und viel Wechsel an Arbeit und so nicht immer gut durchzuhalten oder schlecht durchzuführen. Also das ist (..) ist etwas was schon mal hapert und (..) ja man kommt dann schon für sich selber in so ein Gewissenskonflikt, das ist jetzt falsch gesagt. Aber schon so, dass man denkt, hätte man jetzt ein paar Minuten mehr oder so.“ (T8, Z. 6-10)

Subkategorie 2.1 Angehörige (induktiv abgeleitet)

Die Subkategorie beschreibt den Stellenwert von Angehörigen und Bezugspersonen von onkologischen Patient*innen. Für die Kategorie wurden 2 Indikatoren festgelegt. Der erste Indikator bezieht sich auf Äußerungen, welche die pflegerische Betreuung der Angehörigen von onkologischen Patient*innen beschreiben.

„Also alleine schon, dass wir viele Gespräche mit den Angehörigen führen müssen oder immer mehr auf uns zukommen und da Gesprächsbedarf haben, merkt man schon, dass das wichtig für die ist.“ (T7, Z. 20-22)

Der zweite Indikator umfasst Äußerungen, welche direkte und indirekte Auswirkungen der Angehörigen auf den Pflegeprozess darstellen.

„Wenn bei uns auf der Onko auch Menschen schlechter werden und klar ist, die Richtung ist klar, dass der wird bald sterben oder es wird nicht mehr besser werden, dann ist für mich auch so, dass ich insbesondere auch auf die Angehörigen zugehe und sage: ‚Mensch wie denken sie darüber, was machen wir jetzt?‘ Auch so Stichworte Therapiezieländerung.“ (T8, Z. 140-144)

Die Auseinandersetzung mit den Angehörigen wird als zentrales Handlungsfeld beschrieben. Angehörige und Bezugspersonen werden im Sinne der familienzentrierten Pflege als sehr bedeutsame Instanz in der Versorgung onkologischer Patient*innen von den Pflegekräften wahrgenommen. Zudem haben Angehörige häufig eine andere Perspektive, im Sinne von Wünschen und Vorstellungen, auf die Erkrankung und den Krankheitsverlauf der betroffenen Person. Als wesentliches Bezugssystem der Patient*innen haben die Angehörigen einen großen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und zentrale Entscheidungsprozesse. Pflegekräfte erleben sehr häufig, dass Angehörige gleichermaßen belastet sind wie die Patient*innen und ähnliche Sorgen und Unsicherheiten durchleben.

„Das ist, glaub ich eher so, wenn es schon eine schlechte Prognose ist, ob es noch irgendwas anderes gibt. Die sind ja, die sind voll umgekehrt. Die sind dann voller Hoffnung und was gibt es noch. Und dass man versucht, die dann ein bisschen, nicht runter zu holen, aber dass man die ein bisschen aufklärt. Oder gerade in der Palliativ, wenn sie Angst haben, dass der Patient Schmerzen hat oder wenn er sich nicht ausdrücken kann. Da haben die ganz oft Beratungsbedarf oder auch Angst, wenn der Angehörige nicht mehr da ist. Da haben die auch immer ganz viel Bedarf.“ (T7, Z. 147-154)

Angehörige werden im Bereich der Kommunikation als „zweiter Patient“ beschrieben. Der Informationsbedarf der Angehörigen sowie das Aufkommen an Gesprächssituationen werden als sehr hoch eingeschätzt. Die Kommunikation verlangt häufig eine Anpassung der Informationen an die Bedürfnisse der Angehörigen. Dementsprechend finden die Gespräche sehr häufig ohne Patient*in statt. Daraus resultiert ein hoher zusätzlicher Betreuungsaufwand.

„Also bei uns ist es so, vielleicht sind sie auch etwas verwöhnt. Ich habe jetzt leider keinen Vergleich mit anderen Kliniken und anderen onkologischen Abteilungen. (..) Die stehen wirklich täglich bei uns vorne am Tresen, täglich. Das ist eigentlich, nicht eigentlich, es ist nicht machbar. Ja also die haben auch schon sehr viel Redebedarf. (T3, Z. 94-103)

Subkategorie 2.2 Psychoonkolog*innen (induktiv abgeleitet)

Die Subkategorie beschreibt das Tätigkeitsfeld der Psychoonkolog*innen als wahrgenommenes Unterstützungssystem im onkologischen Setting. Es wurde ein Indikator festgelegt. Dieser bezieht sich auf alle Äußerungen, die das Tätigkeitsfeld der Psychoonkolog*innen im onkologischen Setting beschreiben.

„Nein das muss ärztlich angeordnet werden. Auch das war früher alles mal anders. Da wenn ich mal kurz ... da hatten wir drei, vier, fünf Psychoonkologen. Da war es so, die sind einfach auf die Station gekommen, sind teilweise durch die Zimmer gegangen und haben sich einfach nur vorgestellt. So ist schon mal eine Hemmschwelle weg, allein schon bei den Patienten. Jetzt läuft es so, wieviel haben wir ... zweieinhalb Stellen, Ärzte müssen mit Patienten reden: ‚Möchten sie psychoonkologisch betreut werden?‘[...] Dann wird ein Konsil ausgestellt, das kriegen die Psychoonkologen und dann kommen die eventuell mal, irgendwann mal ja. Und das alleine schon. Früher hat man sie wirklich jeden Tag einen auf Station gesehen und heute sehe ich vielleicht drei, vier Mal im Monat einen ... weil dieses Angebot ... ja und einen Fragebogen müssen sie ausfüllen die Patienten, auch das ist eine Hemmschwelle, gabs früher auch nicht.“ (T3, Z. 515-527)

Das Aufgabenfeld der Psychoonkolog*innen ist die psychosoziale Betreuung der onkologischen Patient*innen und stellt ein wesentliches Unterstützungssystem für die Pflegekräfte dar. Die wahrgenommene Präsenz und Unterstützung hat in den letzten Jahren stark abgenommen und der aktuelle Stellenanteil wird als „rudimentär“ bezeichnet.

„Auch da gibt es ja auch Psychoonkologen. Haben wir hier einen oder ein und einen halben Psychoonkologen fürs ganze Klinikum oder keine Ahnung. Ich hab jetzt keine Ahnung wie hoch der Stellenanteil ist. Ich seh die nicht so oft.“ (T8, Z. 253-256)

Bei schwierigen (Gesprächs-)Situationen besteht die Möglichkeit, Psychoonkolog*innen auf konsiliarische Anforderung hinzuzuziehen. Jedoch wird die zeitliche Verfügung der Berufsgruppe sehr kritisch gesehen. Eine zeitnahe Unterstützung ist nur in Ausnahmefällen möglich. Eine gezielte Abfrage bei den Patienten und Patientinnen auf Unterstützung durch einen Psychoonkologen erfolgt nur bei Aufnahme, in der Regel mit einem Fragebogen, den die Patient*innen eigenständig ausfüllen.

„So das ist mein Auftrag, so hier ist der Fragebogen. Dann kriegen die da ihren zweiseitigen Fragebogen, den müssen sie erst ausfüllen und oft landet der nämlich in der Schublade und wird erst gar nicht ausgefüllt. Und dann kommt auch keiner.“ (T3, Z. 538-542)

Regelungen im Aufenthaltsverlauf bestehen nur im Sinne der konsiliarischen Anforderung, welche aufgrund der geringen Kapazitäten der Berufsgruppe nur selten und in extremen Situationen gestellt werden. Die Ergebnisse der Gespräche zwischen den Psychoonkolog*innen und den onkologischen Patient*innen werden nicht transparent für die Pflegekräfte dargestellt. Ein interdisziplinärer Austausch findet nicht standardisiert statt und wird ausschließlich durch die Eigeninitiative der Pflegekräfte gefördert.

„Und halt gefragt worden, wie der Patient bislang halt so jetzt war. Aber immer sehr kurz gefasst und was danach besprochen wurde, erfahren wir ja nicht. Oder zumindest hab ich es noch nicht erlebt.“ (T4, Z. 435-437)

In der Konsequenz fehlen den Pflegekräften trotz des Einsatzes der Psychoonkolog*innen wesentliche Informationen über Bedürfnisse und Belastungen der onkologischen und Patient*innen. Diese Informationen sind zentral, um eine professionelle pflegerische Unterstützung zu gewährleisten.

Subkategorie 2.3 Kompetenzen von Pflegekräften im onkologischen Setting (deduktiv)

Die Subkategorie beschreibt, welche Kompetenzen die Pflegekräfte im onkologischen Setting für bedeutsam erachten und über welche Kompetenzen sie tatsächlich verfügen, um Gesprächssituationen erfolgreich bewältigen zu können. Weiterhin wird der Erwerb dieser Kompetenzen näher betrachtet. Es wurden zwei Indikatoren festgelegt. Der erste Indikator bezieht sich auf Äußerungen, die Kompetenzen und Eigenschaften im Bereich der Kommunikation beschreiben, die von den Pflegekräften als bedeutsam erachtet werden.

„Ja einmal natürlich Fachwissen, um überhaupt, wenn's um ganz normale Informationsgespräche geht, dass man wirklich gutes Fachwissen hat. Das ist alleine schon, wenn man das schon hätte, das wär schon klasse. Dann die Grundkompetenzen für gute Kommunikation, also Empathie, auch eine gewisse Eloquenz.“ (T1, Z. 378-381).

Der zweite Indikator umfasst Angaben zum Erwerb der Kompetenzen aus Sicht der Pflegekräfte.

„Als Schülerin hat man ja oft dann beobachtet, wie die Kollegen das oder die examinierten Kräfte das dann zum Beispiel gestaltet haben. Und dann jetzt selber macht man sich von allem so ein Bild und fasst so das, was man gut fand, zusammen und wendet das dann eventuell auch an. (T4, Z. 185-188).

Die individuelle Persönlichkeit von Pflegekräften und Charaktereigenschaften wie Empathie, Ehrlichkeit, Verständnis und Humor werden (obwohl sie keine Kompetenzen sind) besonders hervorgehoben und stellen eine zentrale Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Kommunikation im onkologischen Setting für die Pflegekräfte dar.

„Die Ruhe, die Fachlichkeit, die Kompetenz sich drauf einzulassen auf dieses Gespräch. Also dieses Mitgefühl, aber auch die Gesprächstechnik, die man selbst besitzen muss. Das Gespräch zuleiten (...) dass auch was Positives daraus resultieren kann.“ (T2, Z. 53-56)

„Also meine ruhige Art, glaub ich. Dass ich nicht so hektisch bin, dann dass ich ehrlich bin, dass ich offen bin. (4).“ (T7, Z. 280-281)

Die Fähigkeit zur klinischen Beobachtung wird als ebenso bedeutsam benannt. Diese ist die Grundvoraussetzung, um Gesprächsbedarfe zu erfassen und Veränderungen im Stimmungsbild der Patient*innen zu erkennen. Dabei hat die Erfassung nonverbaler Inhalte einen besonderen Stellenwert für die Pflegekräfte.

„Ich glaube, dass ich sehr gut auf die Patienten eingehen kann, dass ich empathisch bin, dass ich gut zu hören und dass ich vielleicht auch so Zwischentöne höre.“ (T6, Z. 315-316)

Kommunikative Kompetenzen, vor allem im Bereich der Beratung, werden benötigt, um Inhalte adressatengerecht vermitteln zu können. Wesentliche Aspekte im Bereich der kommunikativen Kompetenz sind die Aneignung von Gesprächstechniken, Gesprächsmodellen und ein wertschätzender Umgang mit den onkologischen Patient*innen. Die Pflegekräfte sprechen im weiteren Sinne von einer Aneignung der ‚Grundlagen der Kommunikation‘ für die Umsetzung professioneller Gesprächssituationen, welche nicht näher spezifiziert wird.

„Dass man erstmal Grundlagen der Kommunikation braucht und darauf aufbauen kann.“ (T2, Z. 273-274)

Der letzte Bereich stellt das Fach- und Erfahrungswissen dar. Es wird benötigt, um pflegerische Aufklärungs- und Informationsgespräche inhaltlich zu gestalten. Im Vergleich zu den anderen benannten Kompetenzen und Voraussetzungen spielt das Fachwissen aber eher eine untergeordnete Rolle. Das Lernen am Modell im berufspraktischen Arbeitsalltag wird als wesentlich für den Erwerb der benötigten Kompetenzen beschrieben. Die Weitergabe von Fachwissen erfolgt in der Regel durch erfahrene Kolleg*innen. Systematisch erfolgt

dieses Vorgehen nur in der Einarbeitung neuer Kolleg*innen und hat außerhalb dieser Maßnahme einen sehr individuellen Charakter.

„Ich hab im September mit einer jungen Kollegin begonnen zu arbeiten, die bei uns angefangen hat. Und die hat natürlich noch sehr viele Fragen an mich dann. Und dann muss ich ihr das erklären und sie geht dann natürlich ein bisschen gestärkter zu den Patienten ... ist ein bisschen sicherer.“ (T6, Z. 44-48)

Der Eigeninitiative der Pflegekräfte im Erwerb weiterer Kompetenzen kommt im Verlauf des beruflichen Werdegangs eine besonders bedeutsame Rolle zu. Die Pflegekräfte beschreiben einen kontinuierlichen Kompetenzerwerb, in Zusammenhang mit fortschreitender Berufserfahrung. Einzelne Faktoren, die zu diesem führen, können von den Pflegekräften nicht näher spezifiziert werden.

„Also eigentlich nur durch den Berufsalltag, sicherlich auch durch die Ausbildung, aber ich sag mal, das ist ja nur ein kleiner Teil. Das ist ja nur so dieses, ja der Hintergrund. Aber diese Spezialisierung auch auf ein Fachgebiet, das fängt ja wirklich auch erst nach dem Examen richtig an.“ (T5, Z. 234-273)

Eine weitere wichtige Quelle zum Erwerb der benötigten Kompetenzen stellt die Grundausbildung sowie fortführende Fortbildungen, Weiterbildungen und Schulungen dar.

„Ja definitiv. Da hilft auch die lange Berufserfahrung nicht. Ohne Fortbildung hätt ich das nicht so machen können.“ (T2, Z. 150-151)

Die Pflegekräfte beschreiben, dass die dort erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten über die Zeit größtenteils verloren gehen, da aktuelle Rahmenbedingungen in der Regel keine praktische Anwendung und Umsetzung der Inhalte ermöglichen.

„Wir waren jetzt zu dritt zu dieser Weiterbildung, die wir gemacht haben und jeder von uns hatte die Grundlagen schon (..) aber alleine die Wiederholung, das gezielt zu üben üben üben üben. (..) Das brauch man. Also wenn man jetzt was gelernt hat und das nicht drei, vier Monate ausprobiert. Dann kann das auch nichts werden.“ (T2, Z. 274-278)

„Aber so von wegen im Alltag (...) ob ich diese Fort- und Weiterbildung habe oder nicht, da tut sich nichts. Das geht einfach im Stress unter, wenn man vieles umsetzen möchte. Das ist machbar, es ist einfach nicht machbar.“ (T3, Z. 496-499)

Subkategorie 2.4 Gesprächssituationen (deduktiv abgeleitet)

Die Subkategorie beschreibt wesentliche Charakteristika von Gesprächssituationen im onkologischen Setting. Es wurden fünf Schwerpunktbereiche identifiziert und näher betrachtet. Fünf Indikatoren wurden festgelegt. Der erste Indikator bezieht sich auf Äußerungen, welche zentrale Gesprächsanlässe im onkologischen Setting beschreiben.

„Was hat er grade heute erlebt. Hat er grade vielleicht eine Aufklärung erfahren über eine neue Metastase, über eine Diagnose. Wie ist die Aufklärung gelaufen sicherlich? Also hat er sich da, hat er das gut empfunden? Oder hat die Aufklärung, in irgendeiner Form, in ihm was ausgelöst“ (T1, Z. 150-153).

Der zweite Indikator umfasst regelmäßig wiederkehrende Gesprächsinhalte im onkologischen Setting, welche von den Pflegekräften als zentral wahrgenommen werden.

„Also oft geht es um das Thema Angst: Angst vor der Reaktion auf Chemotherapie, Angst vorm Sterben, Zukunftsangst. Wie geht es mit meiner Familie weiter? Da sind Kinder im Spiel wo die nicht wissen ja, manchmal fragen sie auch ‚Was meinen sie bei dieser Diagnose, wie lange hat man noch zu leben? Was muss ich noch regeln?‘ Oft geht es um das Thema Angst. (..) Schmerzen, Angst.“ (T2, Z. 127-131)

Äußerungen zur Vorbereitung der Pflegekräfte auf Gesprächssituationen mit onkologischen Patient*innen sowie zur Erfassung des Gesprächsbedarfs stellen den dritten und vierten Indikator dar.

„Ich bereite mich eigentlich gar nicht vor. Sondern es kommt einfach, ist einfach spontan, das entwickelt sich, find ich, muss ich wirklich sagen, es entwickelt sich. Die Patienten stellen eine Frage oder ich stelle irgendwie eine Frage und dann entwickelt sich ein Gespräch oftmals. Also es ist jetzt nicht so, dass ich sage, ich geh jetzt zu Frau X mit dem festen Vorsatz, Mensch wir wollten jetzt das und das besprechen, das nicht, nein.“ (T6, Z. 173-178)

„Kann ich nicht sagen, weil ich das wirklich intuitiv und situativ entscheide, was ich mit dem Patienten bespreche. Oder ob der überhaupt Gesprächsbedarf hat, wenn ich jetzt so rein gehe. Kann ich nicht sagen“ (T6, Z. 217-219)

Der fünfte Indikator umfasst alle Ausführungen über einflussnehmende Faktoren, die eine Auswirkung auf Gesprächssituationen und deren Verlauf nehmen.

„Ernsthaftigkeit der Erkrankung. Also es geht ja immer, oft geht es um Sterben, Tod, Unsicherheit (...) Wo findet das grade statt? Der Raum, ist es grade auf dem Flur, ist es im Zimmer? Ist es geplant? Ist es ungeplant?“ (T2, Z. 38-40)

Grundsätzlich gibt es eine Vielzahl an Gesprächssituationen im onkologischen Setting mit Patienten*innen und deren Angehörigen. Sie entstehen in der Regel spontan oder werden intuitiv vom Pflegepersonal initiiert. Im Vergleich zu anderen pflegerischen Settings ist die Onkologie geprägt von komplexen Gesprächsinhalten, die häufig eine existentielle Bedeutung für die Patient*innen haben. Vor allem psychosoziale Aspekte rücken in den Vordergrund.

„Da muss man ganz anders auf die Patienten eingehen, weil ich finde, man muss sich auch immer ein bisschen selber reflektieren und mal überlegen wie wäre das für mich wenn ich da jetzt hinkomme und da sagt einer ‚Du hast Leukämie‘. Und dann bum bum bum Therapie und ZVK und du bist jetzt isoliert. Und du musst jetzt bis zu 2 Monate in diesem Zimmer bleiben. Und da stürzen ja dann so viele Faktoren darauf ein. Das ist eine andere Situation und ich finde, in der muss ich anders kommunizieren als wenn jemand wirklich schon zum fünften, sechsten Mal kommt.“ (T6, Z. 92-98)

Gesprächsanlässe im onkologischen Setting entstehen sehr häufig nach ärztlichen Aufklärungsgesprächen und Visiten. Ursächlich dafür sind aus Sicht der Pflegekräfte Sprachbarrieren seitens der Ärzt*innen, die Nutzung von ärztlicher Fachsprache und Hemmungen der Patient*innen, Informationsdefizite und Unklarheiten gegenüber den Ärzt*innen anzusprechen. Als zentrales Defizit in der Kommunikation zwischen ihnen werden mangelnde kommunikative Kompetenzen des ärztlichen Personals, vor allem im psychosozialen Umgang mit den Patient*innen gesehen. Daraus resultiert ein vermehrtes Gesprächsaufkommen zwischen den Pflegekräften und den Patient*innen, das oft vermeidbar wäre.

„Wenn ich weiß da war gerade Visite und da ist ein Aufklärungsgespräch gelaufen.“ (T2, Z. 117-118)

„Oft, wenn die Ärzte rausgehen, sagt der Patient: ‚Können sie mal gerade reinkommen, ich hab das und das nicht verstanden‘“ (T3, Z. 414-416);

„Aber irgendwie verzahnt sich ja alles und das ist ja für mich auch wichtig. Zum Beispiel die ärztliche Seite, wir haben zum Beispiel einen super Arzt (...) oder wir haben fast nur ausländische Ärzte. Einer ist davon medizinisch sehr sehr fachkompetent, aber (...) ist von der Sprache halt auch nicht so gewandt. Und der Rest schon mal gar nicht, sind alles Unerfahrene, muss ich jetzt einfach mal so sagen. Alle lieb und nett. Aber da ist es total hilfreich, wenn man halt Ärzte hat, gerade in der Onkologie, wo dieser Gesprächsbedarf so hoch ist. Dass sie die Sprache beherrschen. Da kommt auch eben halt von den Patienten viel zurück: ‚Ich hab es nicht verstanden.‘ Aber wenn man die Sprache so nicht beherrscht, das ist schon sehr anstrengend manchmal.“ (T3, Z. 549-560)

Weitere Gesprächsanlässe entstehen in der Regel, wenn Veränderungen in der aktuellen Situation bzw. im Krankheitsverlauf der Patient*innen entstehen wie Nebenwirkungen, Komplikationen oder neue Befunde. Besonders hervorgehoben werden Situationen, die für Patient*innen das erste Mal auftreten, z.B. die Neuaufnahme auf Station, das Erhalten der ersten Chemotherapie oder das Warten auf die Untersuchungsergebnisse. Daraus resultiert häufig ein Gesprächsanlass, der geprägt ist durch ein Informationsdefizit oder das Aushalten negativer Emotionen wie bspw. Angst. Auch der direkte Wunsch nach einem Gespräch oder ein spezifischer Informationsbedarf der Patient*innen und ihrer Angehörigen initiiert einen Gesprächsanlass. Eine systematische Erfassung des individuellen Gesprächsbedarfes erfolgt nicht.

„Intuitiv, da gibts keine ... ich glaube auch nicht, dass es da heute irgendwelche Assessmentinstrumente oder irgendetwas gibt, also in keinster Weise.“ (T1, Z. 205-206)

„Also ich würde ja sagen, das ist eher eine Art von Intuition, die einen da leitet. Also (..) man hat das ja irgendwie schon im Gefühl, wer das brauch oder wer nicht. Und (...) ich wüsste jetzt nicht, dass ich jetzt da was Spezielles hätte woran ich das fest mache.“ (T5, Z. 126-129).

Die Pflegekräfte erfassen den individuellen Bedarf in der Regel intuitiv. Dies geschieht häufig über die Beobachtung, vor allem des nonverbalen Verhaltens der Patient*innen. Als zentraler Indikator werden Veränderungen der Stimmungslage sowie das Auftreten negativer Emotionen benannt.

„Wenn der Patient fragend dasteht oder ängstlich. Also die Körperhaltung, (..) Weinen, (..)Trauer. Oft ist es die Körperhaltung und das, was man so nach 20 Jahren Berufserfahrung erkennt.“ (T2, Z. 116-120)

Diese intuitive Methode zur Erfassung des Gesprächsbedarfes funktioniert besonders gut bei Patient*innen, die bereits bekannt sind. Eine weitere Methode zur Erfassung stellt das Führen von Alltagsgesprächen dar. Die Patient*innen erhalten erzählgenerierende Impulse von der Pflegekraft mit dem Ziel, Bedarfe zu identifizieren.

„In der Onkologie hat man ja auch sozusagen Stammgäste und deswegen kann man dann ungefähr einschätzen, wenn die, sag ich mal jetzt, das vierte, fünfte Mal schon da sind, wie die so drauf sind. (..) Klar kann es aber auch Ereignisse dazwischen gegeben haben, dass die plötzlich ein anderes Verhalten oder andere Verhaltensweisen irgendwie zeigen. Aber oft kann man das dann schon irgendwann einschätzen.“ (T4, Z. 84-89)

Die einfachste Methode zur Erfassung ist das direkte Erfragen des Bedarfes und wird häufig bei Aufnahmegesprächen verwendet.

„Also erstens würd ich natürlich fragen, als aller erstes und gucken ob er da irgendwo Bedarf hat.“ (T7, Z. 94-95)

Immer wiederkehrende Gesprächsinhalte lassen sich zwei wesentlichen Bereichen zuteilen. Der erste Bereich umfasst ein Wissensdefizit der onkologischen Patient*innen. Zentrale Inhalte sind Chemotherapie und deren Nebenwirkungen, Schmerztherapie, Verhaltensmaßnahmen im häuslichen Setting, Komplikationen und der allgemeine Verlauf des Krankenhausaufenthaltes.

„Zentrale Gesprächsinhalte ist oft so, das ist auch wieder unterschiedlich. Bei Frauen so sag ich jetzt mal der Haarausfall. Die haben ja da wirklich ein größeres Problem mit als sag ich jetzt mal ein Mann. Erbrechen, Übelkeit so diese speziellen Punkte. Was bewirkt die Chemotherapie bei mir? Was habe ich für Nebenwirkungen? Irgendwelche Veränderungen an der Haut, also so das Aussehen.“ (T9, Z. 111-115)

„Also Chemotherapie ist so Hauptthema (...) Was weiß ich ‚Mir gings ganz schlecht‘ oder ‚Ich hab nur im Bett gelegen und konnte gar nichts machen, aber

nach drei Tagen ging das wieder'. Also die erzählen dann auch, ob sie es gut vertragen haben, manches nicht gut vertragen haben." (T8, Z. 273-276)

Der zweite Bereich umfasst psychosoziale Auswirkungen auf Patient*innen. Zentrale Inhalte sind Tod und Sterben, Ängste und Unsicherheiten sowie das Spektrum der Krankheitsbewältigung.

„Angst vor dem Tod ist ganz ganz oft (..) oder Chemo an sich, Nebenwirkungen (..) das ist ganz oft. Ja so Hoffnungslosigkeit, also dass sie an sich bedrückt sind. Beratung ist ganz oft, dass die da irgendwie gucken, wie kann man das alles unter einen Hut bringen. Angehörige, also mit Angehörigen Gespräche an sich oder mit Patienten, die vielleicht Angst haben, Angehörigen was zu sagen oder Angst haben, den anderen zur Last zu fallen, wenns denn schlechter geht." (T7, Z. 143-147)

Eine Vorbereitung auf Gesprächssituationen findet in der Regel nicht statt. Ursächlich dafür sind die aktuellen Rahmenbedingungen, die einerseits keine festen Zeiteinheiten für Gespräche vorsehen und andererseits die gezielte Planung von Gesprächen nicht unterstützen. Dementsprechend werden Gespräche in der Regel spontan geführt.

„Ja weil's kaum anders möglich war. Wenn man jetzt gesagt hätte: ‚Ich komme um 18.30 Uhr vorbei'. Dann weiß man im Krankenhaus, man hätte es wahrscheinlich eh nicht machen können. Darum hat man es dann gemacht, wenn die Zeit war." (T1, Z. 224-226)

Wenn eine Vorbereitung stattfindet, werden vorrangig Maßnahmen getroffen, die zu einer angenehmen Gesprächssituation beitragen sollen. Dazu zählen bspw. eine sitzende Position auf Augenhöhe der Patient*inn einnehmen, Zeitressourcen bündeln, Informieren der Kolleg*innen, um Störungen zu vermeiden und das Einsehen von Patientenakten.

„Also erstens guck ich, dass ich mir genug Zeit nehme. Also wenn ich jetzt einen Bereich habe, dass ich meine Kollegen, vielleicht wenn ich weiß, der hat ein bisschen mehr Gesprächsbedarf, dass die vielleicht die anderen Zimmer abdecken und ich erstmal ein bisschen Zeit für ihn hab. Dann guck ich, dass es im Zimmer, also wenn es keine andere Situation gibt, dass ich woanders hingehen kann, dass im Zimmer vielleicht grad keine anderen Patienten sind oder vielleicht grad raus gehen oder so." (T7, Z. 107-112)

„Also für mich ist es wichtig, dass ich den Patienten kenne. Dann nehme ich mir meistens auch nochmal die Akte zur Hand, guck da nochmal nach. Gab es da vielleicht schon was im Vorfeld. Das ist so für mich wichtig. Auch so die Krankheitsgeschichte, einfach so der Vorlauf des Patienten." (T9, Z. 103-106)

Es gibt zahlreiche Faktoren, die Einfluss auf die Gesprächssituation mit onkologischen Patient*innen nehmen. Es konnten Einflussfaktoren identifiziert werden, die eine förderliche Wirkung auf Gesprächssituationen haben und Einflussfaktoren, die hemmend wirken. Darüber hinaus wurden Faktoren erfasst, deren Wirkung sowohl förderlich als auch hemmend sein kann. Es wurden vier wesentliche Aspekte identifiziert, die Einfluss nehmen. Die *Berufserfahrung* der Pflegekräfte hat beispielsweise einen Einfluss auf den Verlauf von Gesprächssituationen. Berufserfahrene Pflegekräfte profitieren von routinierten Handlungsmustern und können Situationen in der Regel schneller und effektiver einschätzen. Andererseits besteht die Gefahr, in mechanischen und stark routinegeleiteten Handlungsabläufen zu verharren.

„So ein Krankenhausbetrieb macht ja auch über die Jahre was mit einem. Und deswegen ist Erfahrung sicherlich, kann sich sehr positiv auswirken. Das man einfach sagt: ‚Ach Mensch, dem geb ich jetzt Raum, der soll jetzt erstmal erzählen und nicht, dass ich sofort mit meinen schlaun Tipps komme." (T1, Z. 129-131)

„Unterschiedlich. Ich finde so natürlich Krankenpfleger oder Pflegerinnen mit sehr viel Berufserfahrung können vielleicht eine Situation irgendwo auch schneller einschätzen eventuell. Oder die wissen besser Bescheid über bestimmte Ereignisse oder Umstände, wie auch immer, können die besser abwägen. Aber andererseits kommt da auch dieser Alltag rein oder diese Routine, find ich.“ (T4, Z. 97-101)

Berufsanfänger*innen hingegen fühlen sich häufig überfordert und verfügen noch nicht über die Kompetenz, komplexe Gesprächssituationen zu bewältigen. Zudem fehlt ihnen häufig das Fachwissen, um onkologische Patient*innen adäquat beraten zu können. Andererseits werden sie als eine wertvolle Ressource von den berufserfahrenen Pflegekräften wahrgenommen, da sie Routinen und veraltete Handlungsmuster im Bereich der Kommunikation aufbrechen.

„Dass junge Pflegefachkräfte, die halt frisch examiniert sind, dass die vielleicht sogar mit 'ner anderen Art an die Patienten rangehen als jetzt alte erfahrene Hasen, sag ich mal. Und zwar, dass die vielleicht noch unbedarfter sind, dass sie noch nicht so technisiert denken vielleicht, sondern dass sie einfach menschlicher vielleicht auch noch sind.“ (T1, Z. 124-128)

„Die Berufserfahrung finde ich, dass sie einen großen Einfluss darauf hat. Neuankömmlinge speziell bei uns in der Klinik sind eher unsicher. Was darf ich sagen? Was kann ich sagen? (..) Wie soll ich auf Gespräche reagieren?“ (T2, Z. 61-63)

„Und wenn dann, sag ich mal so, frische oder jüngere Leute rein kommen die vielleicht grad von der Schule kommen und auch das Thema Kommunikation oder so hatten (lacht) die würden dann, sag ich mal, nochmal Frischluft reinbringen oder das nochmal anders gestalten und das nochmal von einer anderen Perspektive sehen.“ (T4, Z. 101-105)

Einen weiteren zentralen Bereich stellen die patientenbezogenen Einflussfaktoren dar. Das Vorwissen der Patient*innen hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesprächssituation. Neuaufnahmen bzw. Patient*innen, die erst kürzlich ihre Diagnose erhalten haben, weisen einen höheren Informationsbedarf auf als jene, die sich bereits mit ihrer Erkrankung über einen längeren Zeitraum auseinandergesetzt haben.

„Das ist unterschiedlich, auch vom Patienten einfach auch, würd ich sagen. Also jeder geht ja auch ganz anders mit seiner Erkrankung um. Natürlich muss man gucken, wenn jemand grade eine Erstdiagnose gesagt kriegt. Ist es ja auch nicht, dass jeder sofort hinrennt und mit dem ein Gespräch anfangen will, um Gottes Willen. Weil jeder brauch für sich erstmal so eine gewisse Zeit da auch (..) sich damit auch zu befassen, vor allem das auch zu akzeptieren.“ (T9, Z. 56-61)

Zudem haben Patient*innen, die sich länger in der Therapie befinden, bereits eine Beziehung zu den Pflegekräften aufgebaut. Das Vertrauen, dass die Patient*innen der Pflegekraft entgegenbringt, hat einen entscheidenden Einfluss auf Gesprächssituationen, vor allem, wenn psychosoziale Aspekte die Gesprächssituationen prägen.

„Ich glaube, es kommt auch natürlich darauf an, in welcher Situation er ist (..). Also wenn er jetzt neu irgendwie 'ne Diagnose bekommen hat, würd ich nicht direkt mit ihm mit Gespräche anfangen. Also da sind die immer ja noch ganz verschlossen, aber (..) ja ich glaub, das kommt auf den Patienten an. Wenn das ein ganz ruhiger ist, der nicht viel spricht, ist das ein bisschen schwieriger, da dann einen Draht zu bekommen“ (T7, Z. 57-61).

Veränderungen der aktuellen Situation der Patient*innen wie neue Untersuchungen, das Warten auf Befunde oder Rückschläge in der Therapie, werden ebenso von den Pflegekräften als sehr bedeutsam erachtet.

„Also großen Einfluss, weil (..) man muss schon abwägen wie der Patient so denkt. Wie es ihm gerade geht, vor allem auch psychisch. Und was so die richti-

gen Worte sind, welche man wählen muss, um ihm das einigermaßen so zu vermitteln, dass man ihn nicht irgendwie in seinem Denken negativ bestärkt. Oder zu mindestens nicht auch seine Psyche damit mehr verletzt." (T4, Z. 72-76)

Weitere patientenbezogene Faktoren sind das Alter, die aktuelle Stimmungslage, die Persönlichkeit, die Phase der Krankheitsbewältigung und die kognitiven Fähigkeiten der Patient*innen.

„Ja in erster Linie ist die Phase, wo der Patient sich gerade befindet. Ist er in der Akzeptanzphase oder eher in der nicht: ‚Es kann nicht sein, das ist eine falsche Diagnose‘. Also eher so ablehnend. Das beeinflusst das Gespräch, definitiv." (T2, Z. 86-89)

Die hemmenden Einflussfaktoren wurden von den Pflegekräften besonders hervorgehoben. Der permanente Zeitmangel sowie der derzeitige Personalmangel haben den größten wahrgenommenen negativen Einfluss auf Gesprächssituationen im onkologischen Setting. Die daraus resultierende stressige Arbeitsatmosphäre, der laute Geräuschpegel sowie die getakteten Arbeitsabläufe bedingen den negativen Einfluss.

„Sicherlich auch, dass nicht viel Zeit ist" (T8, Z. 253)

„Zeitmangel und Personal, es ist zu wenig Personal eindeutig" (T3, Z. 423)

„Also Stress ist ein ganz hoher Faktor, Unruhe, also dieses gestört sein einfach. Das sind für mich so die Faktoren, was eigentlich so im Vordergrund steht." (T9, Z. 30-32)

Gekennzeichnet wird dieses durch kurze Gespräche, die häufig mehrfach unterbrochen werden. Die Privatsphäre der Patient*innen kann nur selten berücksichtigt werden.

„Mitpatienten, da ist auch nicht immer sehr glücklich alles gelöst. Denn manchmal möchte jemand auch was berichten und nicht unbedingt vor jemand anderem." (T9, Z. 32-34.)

„In diesem Rahmen ist es oft schwierig, weil wir einfach viele Zimmer haben, Dreier-Zimmer, Vierer-Zimmer zum Teil. Wo mit Privatsphäre und Pietät da nicht wirklich viel los ist." (T8, Z. 32-34)

Dies führt bei den Patient*innen zu einem Rückzug bzw. hemmt sie, erneut Gespräche einzufordern.

„Patienten haben ein sehr gutes Feingefühl. Wenn die merken, dass es bei uns total hektisch ist, versuchen sie es auch erst gar nicht." (T3, Z. 35-37)

„Dass man vielleicht häufig gestört wird. Da zum Beispiel kommt die Servicekraft ins Zimmer oder dann muss der Patient plötzlich zu einer Untersuchung. Man ist vielleicht gerade im Gespräch und der Patient wird rausgerissen, weil er zu einer Untersuchung muss oder so, man muss das Gespräch wieder abbrechen. Also dass man unterbrochen wird, weil irgendwelche Untersuchungen anstehen zum Beispiel. Das nimmt Einfluss." (T6, Z. 30-35)

Ein weiterer wesentlicher Aspekt sind die vorherrschenden unklaren Befugnisse im Bereich von Aufklärungs- und Informationsgesprächen. Die Pflegekräfte äußern, häufig nicht zu wissen, inwieweit sie in spezifischen Feldern überhaupt Informationen weitergeben dürfen. Darüber hinaus ist häufig unklar, über welchen Informationsstand die Patient*innen verfügen.

„So muss ich immer sagen, bei jeder Kleinigkeit, gehen sie zum Arzt oder holen sie sich beim Arzt einen Termin." (T3, Z. 64-65)

Förderliche Einflussfaktoren beziehen sich hauptsächlich auf die Persönlichkeit und Einstellungen der Pflegekräfte. Sie beschreiben, dass vor allem das Ausstrahlen von Kompetenz, Ruhe und Zeit einen positiven Effekt auf Gesprächssituationen hat.

„Förderlich ist eben die Zeit. Also wenn man signalisiert ‚Ich habe Zeit‘. Am besten, man sagt das auch: ‚Ich habe jetzt die und die Zeit‘. Dann weiß auch

der Gesprächspartner sich darauf einzustellen. Die Ruhe, die Fachlichkeit, die Kompetenz sich darauf einzulassen auf dieses Gespräch. Also dieses Mitgefühl, aber auch die Gesprächstechnik, die man selbst besitzen muss" (T2, Z. 51-55)
„Wie gehe ich auf die Patienten zu, wie wenn ich morgens rein gehe. Ein fröhliches guten Morgen ist immer schon sehr hilfreich.“ (T3, Z. 16-17)

Ein weiterer förderlicher Aspekt ist es, wenn die Patient*innen alle relevanten Informationen über ihren derzeitigen Gesundheitszustand in den ärztlichen Aufklärungsgesprächen erhalten haben.

„Wenn alle die gleichen Informationen haben, finde ich Gespräche, aber das liegt vielleicht auch mittlerweile an der Erfahrung, finde ich die nicht so schwierig. Weil dann weiß ich, wie damit umgehen soll.“ (T1, Z. 455-457)

Der Nachtdienst wird von den Pflegekräften als positives Beispiel für eine förderliche Struktur in Bezug auf Gesprächssituationen benannt. Die Arbeitsstrukturen lassen eine flexiblere zeitliche Planung von Gesprächen zu, die unabhängig von anderen Pflegetätigkeiten vollzogen werden können. Die Atmosphäre ist deutlich ruhiger und Unterbrechungen sind auf ein Minimum beschränkt. Die Privatsphäre der Patient*innen kann effektiver gewahrt werden. Zudem strahlen die Pflegekräfte mehr Ruhe aus.

„Deswegen war gerade der Nachtdienst immer gut für Gespräche, weil da war kein Mensch da, keine Angehörigen, kein Arzt. Sondern man hatte einfach mit den Patienten die Zeit auch für so 'nen Austausch.“ (T1, Z. 105-108)

Subkategorie 2.5 Strategien und Routinen der Pflegekräfte (deduktiv abgeleitet)

Die Subkategorie beschreibt Maßnahmen, welche die Pflegekräfte einleiten, um unter den aktuellen Rahmenbedingungen eine professionelle pflegerische Kommunikation mit onkologischen Patient*innen zu gewährleisten. Darüber hinaus werden allgemeine Routinen und Strategien dargestellt, die Pflegekräfte aktuell nutzen und als hilfreich empfinden. Es wurde ein Indikator festgelegt. Dieser umfasst alle Textsegmente, die Rückschlüsse auf bisher hilfreich genutzte Interventionen, Routinen oder Strategien der Pflegekräfte geben.

„Ja unter anderem solche Modelle wie Schulz von Thun und solche Sachen oder Watzlawick. (..) Da versuch ich mich auch dran zu halten, wie gesagt, nicht immer zum Beispiel auf diesem Ohr hören, Selbstoffenbarungsohr, sondern auch vielleicht einfach sachlich bleiben“ (T4, Z. 237-240)

Es wurden neun Taktiken identifiziert. Die Nutzung von *Gesprächstechniken* stellt eine Maßnahme dar. Wesentliches Ziel ist es, die Bedarfe und Bedürfnisse der Patient*innen einzuschätzen. Dies geschieht bspw. über Techniken wie das *aktive Zuhören*, das *Initialisieren von Alltagsgesprächen* oder das *Spiegeln*. Die genutzten Techniken basieren dabei nicht immer auf theoretischem Wissen, sondern wurden auch teilweise intuitiv über die Berufserfahrung entwickelt und angewendet.

„So bestimmte Kommunikationsregeln und hier, ich weiß gar nicht diese "Vier Ohren". Und ich sag mal natürlich auch das, wie man auf den Patienten zugeht, so kommt das dann ja meistens auch wieder zurück. [...] Also ich mein so dieses aktive Zuhören und so ist sicherlich schon was, was man so ein bisschen mehr oder was ich jetzt noch mehr verinnerlichen würde. Also dass man auch nochmal, dass man das widerspiegelt, was der Patient einem sagt.“ (T5, Z. 248-256)

„Das Gesagte steht meistens, das steht meistens immer überall das Gesagte wiedergeben, aber das hilft wirklich, wenn man, dass er wirklich weiß, ich hör ihm zu und ich versteh das. Dann vielleicht durch Gefühle fragen was (..) wie er sich in dieser Situation fühlt, das hilft den auch ganz oft, dass die dann anfangen weiter zu reden.“ (T7, Z. 169-172)

Das *Einnehmen und Aufzeigen anderer Perspektiven* wird vor allem im Umgang mit Angehörigen genutzt oder um sich in die Patient*innen hineinzuversetzen. Ziel ist es, durch den

Perspektivwechsel ihm oder ihr mehrere Alternativen aufzuzeigen. Dadurch entsteht das Gefühl für die Patient*innen, eine Wahl zu haben, selbstbestimmt zu agieren und es werden entsprechende Entscheidungsfreiheiten ermöglicht. Andererseits nutzen die Pflegekräfte diese Strategie, um Angehörigen die Perspektive des Patienten oder der Patientin näher zu bringen.

„Versuche dem Angehörigen dann, die Sichtweise des Patienten und auch über Vor- und Nachteile der Therapie, die wir hier anbieten. Und zu schauen, in erster Linie geht es hier um den Patienten und wir müssen uns alle nachordnen.“ (T2, Z. 346-348)

„Also dass man ihm zugehört hat und er nochmal vielleicht seine ganzen Ängste und an sich seine Gefühle (...) sonst war er ja immer bedrückt, hat gar nicht geredet. Dass er nochmal seine Gefühle erzählen konnte. Und auf der anderen Seite, dass man ihm nicht nur zugehört hat, wie schlecht es ihm geht, sondern dass man vielleicht versucht, ja die Situation ist nicht einfach, aber ihn vielleicht ein bisschen auf andere Perspektiven sag ich mal, dass er ein bisschen auf was anderes guckt. Es gibt noch andere Sachen, die man machen kann. Dass er wirklich dann nicht in so ein Loch reinfällt.“ (T7, Z. 257-264)

Die Pflegekräfte versuchen regelmäßig, sich Zeit für wichtige Gespräche zu nehmen. Aufgrund der Rahmenbedingungen ist dies nicht immer möglich. Alternativ vermitteln die Pflegekräfte den Patient*innen den Eindruck, Zeit zu haben, auch wenn das nicht immer zutrifft. Sie zeigen *Präsenz*, indem sie Störfaktoren minimieren und ihre Erreichbarkeit betonen.

„Manchmal muss man sich für viele Dinge auch einfach die Zeit nehmen. [...] Das ist für mich eigentlich selbstverständlich, weil ich mir immer sage, jeder kann ganz schnell in diese Situation kommen von uns. Da ist überhaupt keiner von freigesprochen. Und ich möchte ja eigentlich auch, dass ich nett und freundlich behandelt werde und jemand für mich Zeit hat.“ (T9, Z. 166-173)

„Dass sie eben immer nochmal jeden Tag anrufen können. Es ist ja rund um die Uhr jemand da. Ne, weil wenn man zum ersten Mal eine Therapie bekommen hat und man geht dann nach Hause und dann merkt man, oh ich bekomme Fieber oder mir ist wirklich übel. Was mach ich jetzt? Dass sie dann wissen, ich kann da jeder Zeit anrufen und dann ist immer einer da, der mir dann Auskunft gibt.“ (T6, Z. 203-207)

„Ich setze mich dann immer auf einen freien Stuhl hin, damit ich dem Patienten auch so eine gewisse Ruhe irgendwie da signalisiere.“ (T4, Z. 65-66)

Als ebenso bedeutsam wird ein *professionelles Auftreten* beschrieben. Die Pflegekräfte versuchen, Ruhe auszustrahlen und ein hektisches und stressiges Auftreten zu vermeiden. Sie probieren in stressigen Situationen sachlich zu bleiben und auf die Patient*innen empathisch einzugehen. Dabei wird ein professionelles Nähe- und Distanzverhalten der Pflegekräfte besonders hervorgehoben.

„Versuchen, egal wie der Patient sich im Gespräch entwickelt, ruhig zu bleiben auch wenn der Patient, sag ich mal, dann irgendwann eventuell persönlich wird. Was er in dem Moment vielleicht auch gar nicht dann so meint, sondern dass das dann nur so eine Abwehrstrategie ist. (...) Dass man halt ruhig bleibt, das nicht persönlich nimmt. Nicht dann zurück auf diese Art und Weise antwortet, sondern in dem Fall dann doch professionell bleibt.“ (T4, Z. 160-165)

„Ich hab auf jeden Fall die Erfahrung gemacht; dass Patienten, die sehr sehr skeptisch und ängstlich wirken (...) dass wenn man da ein selbstbewusstes Auftreten zeigt und auch möglichst viele Informationen irgendwie weiter gibt, dass man denen dadurch wirklich viel an Unsicherheit und Angst auch nehmen kann. Also dass die schon dadurch so ein bisschen beruhigter sind. Und ich denke, auch dass die dadurch das Gefühl bekommen, ok die weiß jetzt, was die da tut.“ (T5, Z. 160-165)

Das Einholen von *Unterstützung durch Dritte* ist eine weitere Strategie, die häufig genutzt wird. Die häufigste Unterstützung wird von den Kolleg*innen eingeholt. Weitere Berufsgruppen, die bei Problemen konsultiert werden, sind Ärzt*innen, Seelsorger*innen und Psychoonkolog*innen.

„Ja wenn's halt gar nicht geht, dass vielleicht ein anderer Kollege mit dazu, also mit dazu rufen. [...] Das hilft ja auch schon ganz oft.“ (T7, Z. 405-407)

„Also wo es durchaus auch um ganz tiefgehende Dinge ging. Und das war allerdings dann meistens für mich dann auch so ein Zeitpunkt, wo ich dann am nächsten Tag gesagt habe: ‚Wir müssten einen Psychoonkologen da einschalten‘.“ (T1, Z. 275-278)

Der Umstand, dass viele Patient*innen die stressige Atmosphäre wahrnehmen und mit einem Rückzug reagieren, versuchen die Pflegekräfte zu umgehen, indem sie *aktiv das Gespräch* suchen. Wird ein Gesprächsbedarf vermutet, geht die Pflegekraft aktiv auf den Patienten zu.

„Einmal geh ich aktiv auf die Patienten zu, wenn ich sehe da, wenn ich denke, es könnte ein Gesprächsbedarf sein.“ (T2, Z. 100-101)

„Dann versuch ich schon manchmal bewusst dahin zu lenken auch so. Wie sieht das aus mit Tod und Sterben? Es kommt nicht oft vor, dass ich so, dass man das so bewusst macht. Aber man merkt, da will jemand auch so ein bisschen darüber erzählen oder mit einander austauschen, dann guck ich schon mal auch so.“ (T8, Z. 151-155)

Einige der Pflegekräfte gaben an, *Humor und Ablenkung* als Strategie zu nutzen. Grundvoraussetzung dafür ist eine gute Beziehung zu den Patient*innen.

„Humor ist schon ganz wichtig so in der Kommunikation.“ (T8, Z. 312-313)

„Ja doch ablenken kann man's auch nennen. Wenn man viel lacht dann ist man im anderen Thema, dann ist man nicht immer nur mit seiner Krankheit beschäftigt. Ist einfach so. Und das ist schon glaub ich wichtig für die Patienten.“ (T3, Z. 252-255)

Bei Sprachbarrieren oder Missverständnissen wird versucht, einen *Konsens zu finden*. Dafür vermitteln die Pflegekräfte zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen oder suchen gemeinsam mit den Patient*innen Alternativen. Das Mittel der Wahl ist die ausführliche Darstellung der aktuellen Situation der Patient*innen, die vollständige Weitergabe aller Informationen und das regelmäßige Klären von Fragen.

„Aber dann versuch ich auch mit den Ärzten, dann zu dritt, also Angehörige, Patient, also zu viert dann, und ich. Dass wir da irgendwie dann so einen Konsens finden. (..) Ist schwierig manchmal, war letztens auch schwierig, aber es hat ja dann doch funktioniert.“ (T3, Z. 367-369)

„Da versuche ich eigentlich immer, gelingt mir auch nicht immer, aber nicht so (..) auf Konfrontation zugehen, sondern eher beschwichtigend dann einzuwirken. Also nochmal vielleicht zu versuchen, zu hinterfragen, wo ist das Problem. Und vielleicht auch irgendwo eine Lösung zu finden dann. Weil meistens ist es schon so, dass man (..) wenn man so ein bisschen drauf eingeht, dass man dann auch vieles halt schon etwas abschwächen kann dann.“ (T5, Z. 298-303)

Die letzte Strategie ist das *Vermeidungsverhalten*. Stressige oder problematische Situationen werden verlassen, Gespräche werden hinausgezögert oder umgangen. Häufig wird dafür auf die ärztliche Expertise oder Zuständigkeit verwiesen.

„Aber wenn ich so merke muss ich gestehen, so ein Angehöriger, der seine eigene Meinung wieder hat und auch in Konflikt mit dem eigenen Patienten dann gerät, die versuch ich echt zu umgehen.“ (T4, Z. 340-344)

„Entweder antworte ich dann ziemlich knapp (..) oder ich sage dann: ‚Wir kümmern uns darum‘ und gebe es dann hoffentlich, wenn das nicht mein Bereich ist, an die entsprechende Pflegekraft dann weiter.“ (T4, Z. 348-350)

„Kann auch sein, dass da Patienten bei waren, mit dem hab ich mich dann gerade nicht so gut verstanden. Da ist dann ein anderer Kollege, wenn das möglich war, hingegangen.“ (T1, Z. 92-92)

Kategorie 3: Schwierige Gesprächssituationen (deduktiv abgeleitet)

Die Kategorie beschreibt Gesprächssituationen, die von den Pflegekräften als schwierig wahrgenommen werden und ein hohes Maß an Konzentration und Ressourcen beanspruchen. Das Ausmaß der Belastungen, die durch schwierige Gesprächssituationen entstehen, wird von den Pflegekräften unterschiedlich wahrgenommen. Es wurden drei belastende Bereiche identifiziert, die als Subkategorien dargestellt werden. Darüber hinaus betrachtet eine Subkategorie näher, welche Unterstützungsangebote die Pflegekräften zur Bewältigung schwieriger Gesprächssituationen nutzen bzw. welche ihnen zur Verfügung stehen. Für die Kategorie wurde ein Indikator festgelegt. Dieser umfasst Textpassagen, die das Erleben der Pflegekräfte von schwierigen Gesprächssituationen beschreiben.

„Also es ist auch schon schwierig und während des Gespräches merke ich auch selber, wenn ich dann auch anfangen (...) nachdenklicher zu werden. Oder auch generell, also intensiver nachdenke, wie als würde ich jetzt mit 'ner Freundin irgendwie ein wichtiges Thema besprechen.“ (T4, Z. 76-79)

Pflegekräfte beschreiben, dass in schwierigen Gesprächssituationen mehr individuelle Ressourcen benötigt werden. Das Maß an Konzentration, das aufgebracht werden muss, ist deutlich erhöht. Die Pflegekräfte empfinden die Gespräche intensiver und beschreiben, nachdenklicher zu werden. Darüber hinaus benötigen sie mehr Zeit, um nach schwierigen Gesprächen wieder zur Ruhe zu kommen.

„Das war für mich immer, muss ich ehrlich sagen, relativ schwierig, da dann auch runterzukommen. Da war der Puls bestimmt noch auf 120 und dann musste der irgendwie wieder runter. Weil bei 'nem Sterbenden darf man natürlich nicht so aufgeregt sein.“ (T1, Z. 86-89)

Andere, vor allem berufserfahrene Kollegen, empfinden schwierige Gesprächssituationen als routinierten Prozess, der ganz selbstverständlich ist und kaum Auswirkungen auf die individuellen Ressourcen hat.

„Weil viele Sachen sind für mich einfach selbstverständlich“ (T9, Z. 240)

Subkategorie 3.1 Tod und Sterben (induktiv abgeleitet)

Die Subkategorie beschreibt das Erleben der Pflegekräfte im Umgang mit der Thematik Tod und Sterben im onkologischen Setting. Es wurde ein Indikator festgelegt. Dieser umfasst Äußerungen, die das Erleben der Pflegekräfte im Umgang mit der Thematik Tod und Sterben beschreiben.

„Ja weil ich glaube, weil ich ja auch irgendwo weiß, ja dass ich dem Patienten damit jegliche Hoffnung zum Beispiel nehme, wenn ich weiß, der Patient ist jetzt in der Sterbephase und der fragt mich jetzt: ‚Wie sehen sie das, hab ich denn noch lange?‘ Oder also ich sag dann natürlich nicht, ja noch 3 Tage oder (...) aber es gibt solche Situationen einfach wo man das direkt dann irgendwie beantworten soll. Und (...) ich finde das halt hart. Das dann so zu sagen.“ (T5, Z. 281-286)

Gesprächssituationen mit der Thematik Tod und Sterben sind häufig mit einer hohen emotionalen Belastung für die Patient*innen und Pflegekräfte verbunden. Sie haben häufig Probleme, die richtigen Worte zu finden.

„Aber ich finde das schwierig, das direkt mit dem Patienten immer anzusprechen. Ich finde, da muss man sehr sehr vorsichtig sein. Im Team schon, damit man weiß, da ist einfach nix mehr zu machen. Der hat die letzte Therapie erhalten

und der Patient wird einfach versterben. Aber das jetzt so direkt mit dem Patienten zu kommunizieren finde ich sehr sehr schwierig. Also ich gehe ja nicht dahin und sage ‚Mensch sieht ja nicht so gut aus, sie müssen ja versterben‘ (T6, Z. 368-374)

Die Individualität der Patient*innen im Umgang mit Tod und Sterben hat einen großen Einfluss auf die Gesprächsdynamik. Die Beziehung zwischen den Akteuren wird als ebenso bedeutsam beschrieben.

„Das Thema Tod ist sehr schwierig. Also wenn der Patient das selber anspricht, das habe ich auch schon erlebt, das kommt aber auch immer auf den Patienten an, wie lange man ihn kennt. Wie lange man ihn begleitet hat, das spielt natürlich auch immer eine große Rolle, wie sehr man da so verbunden ist. Wenn der jetzt 18 Wochen bei uns liegt, hat man vielleicht eine andere Bindung, als wenn der nur 4 Wochen da ist.“ (T6, Z. 348-353)

Ein wesentlicher Aspekt, der diese Gesprächssituationen so schwierig macht, sind Hemmungen der Pflegekräfte, die Wahrheit zu äußern. Ursächlich dafür ist die Angst dem Patienten oder der Patientin die Hoffnung zu nehmen.

„Ja weil ich glaube, weil ich ja auch irgendwo weiß, ja dass ich dem Patienten damit jegliche Hoffnung zum Beispiel nehme, wenn ich weiß, der Patient ist jetzt in der Sterbephase“ (T5, Z. 281-283)

Eine besondere Herausforderung stellen Patient*innen oder Angehörige dar, deren Hoffnung unrealistisch ist. Die Pflegekräfte beschreiben dies als *„Gefangen sein in der Hoffnung“*. Diese sind häufig unzugänglich für Gespräche oder nehmen Gesprächsinhalte, die ihre Existenz bedrohen, nicht wahr. Zudem zeigen sie häufig aggressive emotionale Zustände gegenüber den Pflegekräften. Den Pflegekräften fehlen dann oft Strategien oder Handlungsalternativen, um mit diesen Situationen umzugehen

„Und die hat das gar nicht verstanden. Man konnte mit ihr sprechen wie man wollte, mitfühlend oder ihr versuchen etwas zu erklären. Die ist da so in der Hoffnung irgendwie nicht rausgekommen.“ (T7, Z. 342-345)

Subkategorie 3.2 Patienten (induktiv abgeleitet)

Die Subkategorie beschreibt patientenbezogene Faktoren, die Auswirkungen auf Gesprächssituationen haben können und von den Pflegekräften als schwierig wahrgenommen werden. Es wurde ein Indikator festgelegt. Dieser bezieht sich auf alle Äußerungen, die einen Hinweis darauf geben, welche patientenbezogenen Faktoren aus Sicht der Pflegekräfte zu einer wahrgenommenen schwierigen Gesprächssituation führen können.

„Wenn die Patienten laut und aufgebracht werden. Wenn sie sehr unzufrieden sind. Und dann oftmals auch ja einfach, weil sie so unzufrieden sind, ja ungerecht werden in Anführungsstrichen. Ne, also die müssen einfach ihren Dampf ablassen, weil sie sauer sind über irgendwelche Dinge und werden dann oftmals sehr sehr laut. Habe ich auch schon erlebt. Oder verletzend, habe ich auch schon erlebt. Oder dass jemand (..) eben halt rum brüllt so.“ (T6, Z. 337-342)

Es wurden vier bedeutsame patientenbezogene Faktoren identifiziert. Der erste Bereich umfasst *Wissensdefizite* der Patient*innen und fehlende, bzw. unklare *Befugnisse* auf Seiten der Pflegekräfte. Das heißt, den Patient*innen liegen aufgrund fehlender Informationsweitergabe, vor allem durch das ärztliche Personal, nicht alle Informationen über ihre Erkrankung vor.

„Also wenn der eine schon was weiß, also wenn ich schon was weiß und der Patient es noch nicht weiß. Das ist hochgradig schwierig.“ (T1, Z. 421-423)

Andererseits besteht auf Seiten der Pflegekräfte eine Unsicherheit, welche Informationen sie weitergeben können, da es sich häufig um Informationen handelt, die nicht originär dem

Verantwortungsbereich der Pflege unterliegen. Dazu gehören bspw. Ergebnisse eines Metastasenscreenings oder allgemeine Verschlechterungen in der Krankheitsprognose der Patient*innen.

„Und je nach dem, manchmal kann man es auch nicht beantworten oder manchmal möchte man sich ja auch nicht zu weit aus dem Fenster lehnen. Man muss ja da auch aufpassen.“ (T9, Z. 122-124)

Die Pflegekräfte kommen in den Konflikt, nicht zu wissen, welche Fragen der Patient*innen sie beantworten können. Ein weiterer Aspekt ist ein vorhandener *Migrationshintergrund* von Patient*innen. Diese verfügen häufig nicht über die sprachlichen Kompetenzen, alle Informationen ausreichend zu verstehen. Gerade im Bereich der Onkologie, wo es um sehr sensible und teilweise existentielle Themen geht, stehen die Pflegekräfte in diesem Bereich vor besonderen Herausforderungen.

„Schwierig wirds bei ausländischen Patienten, die zum Beispiel auch die Sprache nicht beherrschen, wird's zum Beispiel ganz schwierig. Haben wir jetzt auch vermehrt Flüchtlinge etc. und dann halt noch russische oder türkische Mitbürger, die eben halt die Sprache nicht beherrschen. Das ist dann schon blöd. Da muss man sich immer einen suchen und auch das wird ja dann schwierig. Hat man ja nicht immer vor Ort. Sprache ist wichtig.“ (T3, Z. 81-86)

Neben den sprachlichen Barrieren wird beschrieben, dass Patient*innen aus anderen Herkunftsländern häufig falschen Vorstellungen über die Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung in den Industrieländern haben. Dieser Umstand führt häufig zu unrealistischen Hoffnungen. Infauste Prognosen werden dementsprechend nur schwer von den Patient*innen akzeptiert. Die Pflegekräfte schildern, dass die Patient*innen teilweise denken, dass das Klinikpersonal ihnen nicht helfen möchte. Dieser Unmut führt teilweise zu einem emotionalen Rückzug der Patient*innen oder fördert aggressive Verhaltensweisen.

„Die haben dann auch oft ja Wunschvorstellungen, könnte man sagen, mit Pflastern, die den Tod aufheben. Also auch schon so Sachen, wo man vielleicht das auch belächeln würde. Und dann ist das schon schwierig, da auch ernst dabei zu bleiben.“ (T4, Z. 374-377)

In solchen Situationen, vor allem in der Kombination mit den vorherrschenden Sprachbarrieren, kommen die Pflegekräfte häufig an ihre Grenzen. Aufgrund der psychosozialen Belastung der Patient*innen entstehen häufig *negative Emotionen*. Vor allem verbale und nonverbale Aggression der Patient*innen bzw. der Angehörigen gegenüber den Pflegekräften kann zu schwierigen Gesprächssituationen führen. Patient*innen, die ihr Krankheitsbild und dessen Auswirkungen nicht vollends erfassen können oder wollen, stellen eine weitere Herausforderung für die Pflegekräfte dar. Die Pflegekräfte setzen dieses gehäuft mit dem Begriff „Non-Compliance“ gleich.

„Schwierig ist es, glaub ich manchmal, wenn ich das Gefühl habe, dass der Patient mich nicht versteht. Also wenn das, was ich sage und das, was ich formuliere, dass das nicht so richtig ankommt. Das find ich manchmal schwierig. [...] Und es gibt auch Patienten, die das nicht so aufnehmen, die verstehen das einfach nicht und Fragen dann nochmal nach, nochmal nach, nochmal nach. Die sind dann eben auch anstrengend in ihren Fragen oder als Person vielleicht auch anstrengend.“ (T6, Z. 385-392)

Es wird jedoch ersichtlich, dass nicht nur eine fehlende Therapietreue, sondern auch mangelnde kognitive Fähigkeiten der Patient*innen von den Pflegekräften unter diesen Begriff subsumiert werden. Patient*innen mit einer geringen Therapieeinsicht benötigen in der Regel mehr Informations- und Aufklärungsgespräche, die aus Sicht der Pflegekräfte selten zum Erfolg führen.

„Man bezeichnet ja bestimmte Patienten als noncompliant und da entwickelt sich ja auch oft so ein Gespräch halt schwieriger. Weil man auch weiß, dass diese

auch schnell was falsch aufgreifen. Oder auch, also zumindest das so signalisieren, eine gewisse Resistenz gegenüber bestimmten Aufklärungen mitbringen. Und sowas ist ziemlich schwierig, dann mit denen zu kommunizieren." (T4, Z. 308-313)

Subkategorie 3.3 Angehörige (induktiv abgeleitet)

Die Kategorie beschreibt Faktoren, die eine Herausforderung in der Interaktion mit Angehörigen aus Sicht der Pflegenden darstellen können. Es wurde ein Indikator festgelegt. Dieser bezieht sich auf Textpassagen, die schwierige Gesprächssituationen und deren Ursachen im Umgang mit Angehörigen beschreiben.

„Und da hat keiner von uns im Team wirklich Lust drauf, dass dieser Patient wiederkommt, weil er selber ist ja unproblematisch, aber wirklich die Angehörigen sind schwierig. Und da muss man wirklich Angst haben, dass man wirklich vorm Kadi steht. Die fackelt nicht lange und hat bestimmt jetzt schon einen Anwalt da eingeschaltet. Und das ist natürlich, das sind Situationen, die braucht man nicht.“ (T3, Z. 323-328)

Angehörige haben einen ähnlichen hohen Wissensbedarf wie die Patient*innen selbst. Daraus resultiert ein hohes Aufkommen an Gesprächssituationen, die in der Regel jedoch auf Wunsch der Angehörigen unabhängig von den Patient*innen geführt werden. Der Informationsbedarf unterscheidet sich zudem von dem der Patient*innen. Daher wird eine entsprechend angepasste Kommunikation verlangt. Die Pflegekräfte stehen demnach vor der Herausforderung, sich permanent auf die unterschiedlichen Gesprächsbedarfe der Patient*innen und deren Angehörigen neu einzustellen.

„Schwierige Gespräche sind meistens Angehörigengespräche.“ (T2, Z. 321)
„Aber man erlebt halt oft, dass die Angehörigen schwieriger sind als der Patient an sich. Weil diese (...) nochmal eine andere Meinung mit sich bringen, oft auch 'ne andere Meinung als der eigene Patient vertreten. Und die sind dann so dominant (...) dass dann eigentlich alles durcheinander kommt, sage ich jetzt mal und am Ende alle unzufrieden sind.“ (T4, Z. 334-339)

Eine weitere Herausforderung stellt der Umgang mit sehr dominanten Angehörigen dar. Aus Sicht der Pflegenden ist dieses dominante Verhalten häufig auf eine Unsicherheit der Angehörigen zurückzuführen, die sich dann in herausfordernden Verhaltensweisen ausdrückt. Aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen sind die Pflegenden kaum in der Lage, zeitliche Ressourcen für eine entsprechende Betreuung der Angehörigen i.S. einer psychosozialen Betreuung aufzubringen.

„Aber das sind dann auch wieder oft, sehr oft Angehörige, nicht die Patienten selber. (...) Die halt mit dieser Situation nicht klarkommen. Die oft einem auch viele Vorwürfe machen.“ (T3, Z. 294-296)
„Also ich merke dann auch schnell, dass die Angehörigen oftmals sehr schnell aufbrausen. So aber ich glaube, dass das so ist, dass die einfach Angst haben. Das ist einfach Angst und die wird dann in diese Aggression verwandelt, sag ich mal. Das ist ja nicht mal böse gemeint, die wollen mir ja nichts Böses.“ (T6, Z. 465-469)

Besonders belastend gestalten sich Situationen, in denen die Angehörigenwünsche nicht denen der Patient*innen entsprechen. Dies ist häufig der Fall, wenn die Prognose der Patient*innen infaust ist und die Angehörigen sich nicht mit dem Prozess des Sterbens auseinandersetzen können. Diese widersprüchlichen Perspektiven führen häufig zu konfliktträchtigen Situationen. Die Pflegekräfte müssen einerseits die Patientenwünsche beachten und andererseits auf die Bedürfnisse und Belastungen der Angehörigen reagieren. Daraus resultierend befinden sich die Pflegekräfte häufig in einer Vermittlerrolle, die ihnen ein hohes Maß an individuellen und zeitlichen Ressourcen abverlangt.

„Und ja (...) dieses nicht loslassen, das ist oft das Thema. Patient sagt: ‚Ich kann nicht mehr. Lasst mich jetzt in Ruhe und in Würde sterben‘. Und die Angehörigen sagen: ‚Ne, das geht noch nicht. Ich hab noch nicht alles geklärt, du darfst nicht gehen‘.“ (T2, Z. 338-340)

Subkategorie 3.4 aktuelle Unterstützungsangebote (deduktiv abgeleitet)

Die Kategorie beschreibt die aktuellen Unterstützungsangebote, die den Pflegenden im Bereich der Kommunikation zur Verfügung stehen, um vor allem mit schwierigen Gesprächssituationen professionell umgehen zu können. Es wurden zwei Indikatoren festgelegt. Der erste Indikator bezieht sich auf Äußerungen, die einen Hinweis darauf geben, in welchem Umfang Unterstützungsmaßnahmen zur Verfügung stehen.

„Aber wie gesagt, es gibt keine Angebote in dem Sinne, gar nicht.“ (T3, Z. 480-481)

Der zweite Indikator bezieht sich auf alle Passagen, die Maßnahmen zur Unterstützung in schwierigen Gesprächssituationen beschreiben.

„Und da haben wir auch schon mal im Team gesprochen, dass wenn einer sagt ‚Mensch ich kann da jetzt einfach grad nicht mehr rein gehen‘. Und dann haben wir gesagt, ok dann geh ich da jetzt eben rein. Dass man sich einfach abspricht und sagt, du machst das jetzt. Weil die Kollegin einfach mit dem Patienten überfordert ist oder einfach auch einfach nicht mehr kann, sag ich jetzt einfach mal so. Dass man dann sagt, ok dann gehst du jetzt und machst das, das schon. Dass man sich einfach untereinander austauscht und sagt, der ist heute sehr sehr anstrengend, wir müssen irgendwie gucken, dass wir da eine Lösung finden und dass wir uns vielleicht abwechseln.“ (T6, Z. 414-421)

Die Pflegenden äußern, dass es aktuell keine systematischen bzw. gezielten Unterstützungsmaßnahmen zum Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen gibt.

„Nein das haben wir jetzt bei uns nicht.“ (T9, Z. 257)

„Gibts keine. Also da gibts keine, keine bewussten.“ (T8, Z. 455)

Bei näher Betrachtung konnten indirekte Maßnahmen abgeleitet werden, die Pflegekräfte nutzen, um mit schwierigen Gesprächssituationen umzugehen. Dabei wird deutlich, dass keine Maßnahme präventiv ansetzt. Die bedeutendste Unterstützung sehen die Pflegenden in ihrem Team. Die *kollegiale Unterstützung* wird zur Bewältigung schwieriger Gesprächssituationen am häufigsten genutzt. Dies geschieht unter anderem, indem Kolleg*innen eine unterstützende Funktion einnehmen oder die betroffene Person in der Betreuung des Patienten oder der Patientin ablösen. Besonders häufig werden erfahrene Kolleg*innen um Hilfe gebeten. Diese übernehmen dann die Gespräche und ermöglichen der betroffenen Kollegin oder dem betroffenen Kollegen einen Rückzug aus der Situation.

„Ich weiß halt auch, wenn jetzt irgendwas auf dem Herzen oder irgendwie etwas zu schaffen mach, dass ich jeden eigentlich davon ansprechen kann. Und mit ihm das dann bequatschen kann (...) meistens sehr neutral dann auch. Ja und andere Maßnahmen, die man dann außerhalb der Arbeit macht, um das zu bewältigen.“ (T4, Z. 393-397)

Der Rückhalt durch die Stationsleistung wird ebenfalls als wichtige Ressource und Unterstützung gesehen.

„In sehr schlimmen Situationen könnte man sich auch einfach an Pflegedienstleitungen wenden. (...) Aber erstmal natürlich an die Stationsleitung an sich und dass dann irgendwelche Maßnahmen dann irgendwie in die Wege geleitet werden.“ (T4, Z. 405-408)

Schulungen und Fortbildungen stellen eine weitere indirekte Unterstützungsmöglichkeit im Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen dar. Bisher finden jedoch keine gezielten

Schulungen in diesem Bereich statt. Die Bildungsmöglichkeiten liegen eher im Bereich der Förderung von Fachwissen. Die Förderung der Fachkompetenz gibt den Pflegekräften eine Art Handlungssicherheit und begünstigt ein professionelles Auftreten.

„Also den Beratungskurs würd ich jedem anbieten. Den würde ich den Kollegen empfehlen.“ (T7, Z. 429-430)

„Und deswegen versuche ich immer, mit den neuen Mitarbeitern in den Einführungstagen, also wir haben ja sechs Monate Einführung mit neuen Mitarbeitern, dass ich auch viel zu dem Thema spreche, auch aus meiner eigenen Erfahrung.“ (T2, Z. 63-66)

Die *Supervision* wird als sehr bedeutsam in der Aufarbeitung schwieriger Gesprächssituation wahrgenommen. Trotz der hohen Bedeutsamkeit beschreiben die Pflegekräfte, dass die Umsetzung von Supervisionen in der Vergangenheit als eher mangelhaft wahrgenommen wurde. Eine Umsetzung im onkologischen Setting erfolgt nicht mehr, was die Pflegekräfte beanstanden.

„Ja gut. Also es gab ja immer für das Palliativteam gab's immer Supervisionen. Für das onkologische Team 'ne zeitlang auch.“ (T1, Z. 519-520)

„Es gab mal vor meiner Zeit Supervisionsangebot. Das wurde dann aber ruckzuck vom Team gecancelt“ (T8, Z. 523-524).

Gleiches gilt für einen *systematischen Austausch mit den Psychoonkolog*innen*. Dieses Unterstützungsangebot wurde eingestellt, obwohl es von den Pflegenden als sehr sinnvoll erachtet wurde.

„Wir haben ja Psychoonkologen im Haus, die kamen regelmäßig. Und wir hatten mal eine Zeit, da wurde regelmäßig ein- oder zweimal die Woche, weiß ich schon gar nicht mehr, wurde 'ne halbe Stunde veranschlagt und dann saßen wir im Team zusammen und haben schwierige Fälle besprochen. (...) Dadurch dass da auch Stellen gestrichen wurden (...) findet das gar nicht mehr statt.“ (T3, Z. 277-283)

Das *Führen von Pflegevisiten* wird von den Führungskräften als Unterstützungsangebot benannt, jedoch werden Pflegevisiten von den Pflegekräften nicht als solches wahrgenommen bzw. benannt.

„Ich mache Pflegevisiten und gehe dann gemeinsam mit den Pflegekräften zum Patienten. Und dann sehe ich schonmal in unserem Gespräch, wie ist die Kommunikation.“ (T2, Z. 297-299)

Kategorie 4 benötigte Unterstützungsangebote und Handlungsbedarfe (deduktiv)

Die Kategorie beschreibt Handlungsbedarfe im Bereich der Kommunikation mit onkologischen Patient*innen aus Sicht der Pflegekräfte. Es wurden zwei übergeordnete Indikatoren festgelegt. Der erste Indikator erfasst Äußerungen, die potentielle Unterstützungsangebote und Handlungsbedarfe benennen.

„Also die Mitarbeiter, das ist sicherlich was, wo man ansetzen kann. Was natürlich einfacher ist anzusetzen, dass man halt die Mitarbeiter individuell befähigt, kommunikative Kompetenzen zu erwerben.“ (T1, Z. 575-578)

Der zweite Indikator umfasst Äußerungen, die einen Hinweis dahingehend geben, in welcher Form eine Umsetzung von Maßnahmen erfolgen muss, um als Unterstützung von den Pflegekräften wahrgenommen zu werden.

„Wir haben ja diese psychoonkologischen Berater bei uns auf Station, dass man vielleicht mal mit denen ein bisschen mitgeht. Oder wenn die ein Gespräch führen vielleicht mal mit dabei ist. Ich glaube das könnte auch wirklich gut helfen.“ (T7, Z. 468-470)

Es wurden vier Bereiche identifiziert, in denen aus Sicht der Pflegenden ein Handlungsbedarf besteht. Darüber hinaus werden vier Interventionen von den Pflegenden beschrieben, die in der Kommunikation mit onkologischen Patient*innen unterstützen. Die identifizierten Handlungsbedarfe und Interventionen werden in den nachfolgenden Subkategorien näher betrachtet.

Subkategorie 4.1 Fortbildungen und Schulungen

Die Kategorie beschreibt den von den Pflegenden wahrgenommenen Handlungsbedarf im Ausbau des Angebotes und der Genehmigung von Fortbildungen und Schulungen zur Förderung kommunikativer Kompetenzen im Umgang mit onkologischen Patient*innen. Es wurden zwei Indikatoren festgelegt. Der erste Indikator bezieht sich auf Äußerungen, die näher beschreiben, was Pflegekräfte unter den Begriffen Schulungen und Fortbildungen im Bereich der Kommunikation verstehen.

„Ja einfach die Angebote, dass es möglich ist, auch Fortbildungen zu machen in dem Bereich. Wenn ich Unterstützung brauche, dass ich weiß, ich kann zu meiner Leitung gehen und sagen da brauch ich Unterstützung, können wir uns irgendwas überlegen, wie kann ich die bekommen ... weil es ist ja auch/wird ja auch nicht immer unbedingt im Haus intern angeboten. Man muss ja dann auch einfach dann auch gucken, ob es dann eine Möglichkeit gibt, noch in der Richtung etwas zu machen.“ (T9, Z. 289-295).

Der zweite Indikator bezieht sich auf Beschreibungen, die spezifizieren, wie diese Angebote in der beruflichen Praxis aus Sicht der Pflegenden umgesetzt werden sollen.

„Dass man vielleicht direkt am Anfang schon mal einen kleinen Kurs macht oder irgendwie sowas zur Kommunikation. Weil grade bei uns ist da wirklich viel.“ (T7, Z. 481-483)

Die Begriffe Schulungen und Fortbildungen umfassen drei zentrale Bereiche und gehen über eine herkömmliche Fortbildungsmaßnahme hinaus. Ziel ist es, ein regelgeleitetes Handlungswissen systematisch zu erwerben, um in komplexen Kommunikationssituationen mit onkologischen Patient*innen professionell agieren zu können. Die Pflegekräfte präferieren vor allem *stationsinterne Fortbildungen*.

„Nein, also natürlich Fortbildungen, aber das geht ja da eher dann um konkrete Geschichten. Also dass man wirklich konkrete/ also eher dass man auf der Teamebene Raum und Zeit dafür hat.“ (T1, Z. 558-560)

Darunter verstehen sie die Weitergabe von Wissen durch die eigenen Mitarbeiter*innen. Als geeignete Maßnahme für die berufliche Praxis sehen sie das Lernen am Modell, welches systematisch und standardisiert eingeführt werden müsste.

„Einigen hilft es ja auch, wenn man einfach dabei ist bei einem Gespräch ... zu gucken wie macht der andere das, könnt ich mir da vielleicht was von aneignen.“ (T7, T. 435-436)

Eine weitere Methode stellt die kollegiale Beratung dar. Die Pflegenden fördern ihre kommunikativen Kompetenzen und erfahren Handlungsalternativen durch gemeinsame reflexive Gespräche. Dafür könnten einzelne Mitarbeiter*innen erlebte Gesprächssituationen aufarbeiten und in kurzen Schulungssequenzen könnten gemeinsame Handlungsalternativen erarbeitet werden.

„Man könnte einmal die Woche so ein Reflexionsgespräch machen.“ (T1, Z. 624-625)

Eine weitere Möglichkeit sehen die Pflegekräfte in der Durchführung von kurzen Schulungssequenzen durch Mitarbeiter*innen, die über ein spezifisches Wissen in einem bestimmten Bereich verfügen, wie beispielsweise Mitarbeiter*innen mit einer Zusatzqualifikation. Einen

weiteren Handlungsbedarf sehen die Pflegenden im Ausbau von *klinikinternen Fortbildungen*. Kritisiert wird, dass Schulungen im Bereich der Kommunikation nicht auf das onkologische Setting abgestimmt sind. Ein direkter Bezug zur Kommunikation mit onkologischen Patient*innen und deren Angehörigen halten die Pflegenden aufgrund der besonderen Herausforderungen des Settings für sinnvoll.

„Diese Fortbildungen müssen aber auch ein bisschen realistischer werden, find ich. Weil wenn ich da jemand vor mir habe, der mir dann zwar irgendwas erzählt von den vier Ohren oder so. Das ist zwar schön, dass ich das dann weiß, aber ich kann das aber find ich trotzdem immer noch schlecht immer mit meiner Arbeit dann verbinden.“ (T5, Z. 464-468)

Es wurden drei zentrale Themen mit onkologischem Bezug benannt, die in das Fortbildungsprogramm aufgenommen werden sollten. Dazu gehören die Themen Tod und Sterben, Verhalten in Konfliktsituationen und der Umgang mit Angehörigen, die ein herausforderndes Verhalten zeigen.

„Wie man so mit sehr aggressiven Patienten umgeht oder wenn die/ wenn ich mit aggressiven Patienten oder Angehörigen, die einfach ängstlich sind und aufgrund dieser Ängstlichkeit eben laut werden und manchmal auch sehr fordernd werden. Jetzt handle ich intuitiv und gucke einfach, wie kann ich den jetzt beruhigen, dass er ein bisschen runter fährt. Aber da wäre es vielleicht ganz schön, wenn man da nochmal so ein paar hilfreiche Tipps mit an die Hand bekommt.“ (T6, Z.506-512)

Zudem sollten die Fortbildungsinhalte sich an den Bedürfnissen der Praxis orientieren und einen Theorie-Praxis-Transfer ermöglichen. Rollenspiele und praktische Übungen können aus Sicht der Pflegenden helfen, diesen Transfer zu ermöglichen.

„Also solche Gesprächssituationen muss man eigentlich auch mal in Rollenspielen üben mit den Kollegen. Also das ist ja was, was ich auch ganz ganz schwierig finde.“ (T1, Z. 448-450)

Der dritte Handlungsbedarf besteht im Bereich von *externen Schulungen* und sollte ebenfalls ausgebaut werden. Viele zentrale Themen können nicht über das klinikinterne Fortbildungsprogramm abgedeckt werden. Zentrales Anliegen der Pflegenden ist es, dass eine individuelle Förderung gewährleistet wird und externe Schulungen ermöglicht werden. Darüber hinaus befürworten viele Pflegekräfte die Einführung von Pflichtfortbildungen in diesem Bereich, um ein einheitliches fundiertes Handlungswissen in Bereich der Kommunikation zu gewährleisten.

„Vielleicht wäre es auch gar nicht schlecht, wenn man da nochmal mehr Pflichtfortbildungen macht.“ (T5, Z. 463-464)

„Ich finde schon, dass jeder mal so eine Fortbildung machen sollte. Also das ist für mich so, für die Mitarbeiter auch ganz wichtig. Weil man merkt ja auch manchmal, es kann sich vielleicht jemand nicht so ausdrücken.“ (T9, Z. 191-194)

Subkategorie 4.2 Rahmenbedingungen

Die Kategorie beschreibt den von den Pflegenden wahrgenommenen Handlungsbedarf im Bereich der aktuellen Rahmenbedingungen, die im onkologischen Setting vorliegen. Es wurde ein Indikator festgelegt. Dieser umfasst Äußerungen über Rahmenbedingungen, die eine professionelle Gestaltung von Gesprächssituation im onkologischen Setting fördern und den in der Subkategorie 2.5 aufgeführten hemmenden Einflussfaktoren entgegenwirken.

„Deswegen wäre es schon schöner, wenn man dann alleine mit dem Patienten sprechen könnte oder mit dem Angehörigen. Dass man sich vielleicht einfach so einen kleinen Raum sucht oder ne Nische und wo man dann einfach mal in Ruhe spricht.“ (T6, Z. 534-537).

Aus Sicht der Pflegekräfte müssen geeignete Räumlichkeiten für Gesprächssituationen im onkologischen Setting zur Verfügung gestellt werden. Dieser sollte ansprechend gestaltet sein und eine ruhige Atmosphäre aufweisen.

„Dann Örtlichkeiten auf Station an sich, wo man solche Gespräche durchführen kann. (...) Und nicht nur Örtlichkeiten im Sinne von einem Raum, ein Tisch, zwei Stühle. Sondern auch die passende Deko dann dazu so.“ (T4, Z. 423-425)

Gleichzeitig bieten geeignete Räumlichkeiten die Möglichkeit, die Privatsphäre der Patient*innen bestmöglich zu schützen.

„Ja das man vielleicht einfach schaut, dass man auch in Ruhe mit den Patienten spricht. Weil ich finde in so einem Zweibettzimmer, wenn dann der Nachbarpatient dann da ist, dann ist da vielleicht noch ein Angehöriger, dann ist es auch immer noch sehr unglücklich, weil dann hören ja nochmal vier Ohren mit. Also dass man auch versucht, so ein bisschen Intimsphäre so zu wahren. [...] man muss das schon sehr leise machen, weil der andere hört ja vielleicht auch mit auch wenn der nur im Bett liegt und man denkt, der schläft. Und wenn die dann anfangen, irgendwelche persönliche Sachen zu erzählen, das ist/ find ich dann ein bisschen schwierig.“ (T6, Z. 518-530)

Handlungsabläufe im Stationsalltag sind so zu organisieren, dass Unterbrechungen von Gesprächen auf ein Minimum reduziert werden. Dafür müssen alle Akteure Gespräche als pflegerische Tätigkeit akzeptieren. Maßnahmen, welche die Akzeptanz steigern, sind ausdrücklich von den Pflegenden erwünscht.

„Es muss halt klar sein, dass Kommunikation ein wesentlicher Bestandteil/ Kommunikation und generell Beziehungsaufbau/ dass Kommunikation und Beziehungen wesentliche Bestandteile der Pflege sind ohne die Pflege meines Erachtens entweder nicht funktioniert/ ich würd sogar sagen nicht richtig funktioniert oder aber mindestens sich dann auf reine Tätigkeiten irgendwie beschränkt. Und das ist eigentlich ne ganz schlimme Entwicklung.“ (T1, Z. 600-605)

Die Bereitstellung von zeitlichen Ressourcen für Gesprächseinheiten wird als eine zentrale Stellgröße für die Förderung einer professionellen Kommunikation im onkologischen Setting gesehen.

„Ich denke halt, dass der Zeitfaktor halt wieder da eine Rolle spielt. Also (...) dass man einfach auch kein schlechtes Gewissen haben muss, wenn man mal länger im Gespräch ist.“ (T5, Z. 361-363)

„Das kommt häufiger. Man sagt: ‚Ich möchte Zeit haben‘. Ich möchte Zeit, um ein Gespräch vorzubereiten. Meistens gehts um/eher so um ein Beratung/ Ich möchte Zeit für ein Beratungsgespräch ‚Mukositis bei Zytostatika‘ so. Aber so zu dem Thema Kommunikation, das läuft irgendwie immer so nebenher.“ (T2, Z. 402-405)

Das Einführen von beispielsweise festen Gesprächseinheiten zu ausgewählten Themen wird als sinnvolle Maßnahme benannt. Gleichzeitig wird der Stellenwert der Kommunikation als pflegerische Tätigkeit gefördert. Die Bereitstellung zusätzlicher personeller Ressourcen stellt eine weitere Möglichkeit dar, um eine professionelle Kommunikation im onkologischen Setting zu fördern.

„Wäre mehr Personal halt da, würde das bestimmt dann gehen, dass man sich dann auch Zeit nehmen kann. Weil man dann weiß, o.k. da ist noch jemand, der auch die restlichen Aufgaben machen kann. Aber jetzt macht man viel, zu viele Aufgaben, dann bleibt für sowas halt leider nicht die Zeit. Und ja die Klinik kann ja nicht mehr Personal einsetzen aufgrund der Vorschriften der Politik wie auch immer.“ (T4, Z. 26-31)

Subkategorie 4.3 Assessmentinstrumente

Die Kategorie verweist auf einen Handlungsbedarf im Einsatz von Assessmentinstrumenten zur systematischen Erfassung individueller Bedarfe und Bedürfnisse von Patient*innen sowie Instrumente, die standardisierte Handlungsabläufe im Bereich der Kommunikation ermöglichen. Es wurden zwei Indikatoren festgelegt. Der erste Indikator umfasst alle Äußerungen, die eine systematische Erfassung des Gesprächsbedarfes aufgreifen und näher beschreiben.

„Es gibt ja auch Konfliktsituationen und da find ich für mich persönlich jetzt, find ich das wichtig, dass man da auch nochmal vielleicht Assessment vielleicht an die Hand bekommt.“ (T6, Z. 329-331)

Der zweite Indikator bezieht sich auf Textpassagen, welche einen Handlungsbedarf im Bereich von standardisierten Gesprächseinheiten aufzeigen.

„Also eigentlich müsste es, ja vielleicht so eine Art Vorgabe geben. Das man sagt zum Beispiel, bei der und der Sache steht jetzt ein Beratungsgespräch sagen wir mal an. Sagen wir mal/ ich meine, gut es gibt ja jetzt zum Beispiel, die Stomapatienten (...) , da gibts ja eine Stomaberatung und die kommt ja auch jeden Tag und die berät ja auch.“ (T5, Z. 377-381)

Die Pflegenden kritisieren, dass die Erfassung der individuellen Bedarfe und Bedürfnisse von onkologischen Patient*innen von der jeweiligen Pflegekraft abhängt. Eine einheitliche Erfassung wird mehrheitlich gewünscht. Dadurch wird die systematische Erfassung des Gesprächsbedarfes sichergestellt und transparent für alle beteiligten Berufsgruppen.

Wie eine systematische Erfassung in der beruflichen Praxis umgesetzt werden kann, wird von den Pflegenden nicht näher beschrieben. Neben einer verbesserten Versorgungsqualität erhoffen sich die Pflegenden durch den Einsatz von Assessmentinstrumenten zur Erfassung des Gesprächsbedarfes auch eine Legitimierung sowie einer verbesserten Akzeptanz von Gesprächen im onkologischen Setting.

„Man könnte ein Assessment erstellen oder zu mindestens ein Erfassungsinstrument, wo der Gesprächsbedarf ... der individuelle erfasst wird bei den Patienten. Und auch ne entsprechende Dokumentation, was man dort erzählt hat. Dass am Ende vielleicht die Pflegedokumentation auch weniger tätigkeitsorientiert ist mit Abhaken: Ganzkörperwäsche, Intimpflege und ich weiß nicht was. Sondern dass da wie in der Psychiatrie beispielsweise, die Kommunikation einen großen Raum einnimmt, wie der Patient auf bestimmte Dinge reagiert hat und so. Das ist ja eher so ein Paradigmenwechsel in der Akutversorgung sag ich mal.“ (T1, Z. 627-634)

Einige der Pflegenden sehen zudem einen Handlungsbedarf im Bereich der Standardisierung von Gesprächssituationen. Dies gilt vorrangig für konfliktbehaftete Situationen, die aus Sicht der Pflegenden durch standardisierte Handlungsvorgaben einfacher zu bewältigen wären. Auch in diesem Bereich wird nicht ersichtlich, welche berufspraktische Umsetzung sich die Pflegenden vorstellen.

„Aber ich sag mal zum Beispiel jetzt bei Chemotherapie, gut da gibt es auch ein Aufklärungsgespräch, was der Arzt macht, aber so pflegerische Interventionen werden da ja nicht wirklich weitergegeben. Und also ich denke, vielleicht wäre da irgendwo, dass man sagen könnte, vor der ersten Chemo muss die Pflegekraft zum Beispiel auch nochmal so eine Art Beratungsgespräch führen, was dann nochmal in gewissen Zeitabständen wiederholt wird.“ (T5, Z. 381-386)

Subkategorie 4.4 Dokumentation

Die Kategorie beschreibt Handlungsbedarfe im Bereich der Dokumentation von Tätigkeiten mit einem kommunikativen Schwerpunkt, wie beispielsweise Beratungs- und Aufklärungsgespräche. Es wurde ein Indikator festgelegt. Dieser umfasst alle Äußerungen der Pflegenden im Bereich der Dokumentation von Tätigkeiten mit einem kommunikativen Schwerpunkt, unabhängig von der durchführenden Berufsgruppe.

Ankerbeispiel: „Ob da bereits Gespräche gelaufen sind oder/ Nein ich hab das nicht erlebt, das konkret Sachen dokumentiert worden sind, was so die Kommunikation an sich betrifft, sondern Sachen, die auf die Kommunikation unter anderem Einfluss haben kann wie irgendwelche Vorfälle, dass der Patient gewisse Sachen ablehnt zum Beispiel oder gewisses Stimmungsverhalten zeigt. Zum Beispiel in der Psychiatrie achtet man ja sehr stark auf die Stimmung des Patienten und da spielen solche Sachen ja eine viel größere Rolle oder so die Sozialkompetenzen eines Patienten, die gehen so auf Akutstation halt unter. Und da ist die Dokumentation auch meistens halt sehr somatisch bezogen. Und das sind dann wirklich nur so Highlights, wenn da mal irgendwas anderes da drin stehen sollte.“ (T4, Z. 450-459)

Eine Dokumentation von pflegerischen Gesprächen und Gesprächsinhalten wird nicht systematisch durchgeführt.

„Dass man vielleicht/ es gibt ja Häuser, die sag ich mal, jetzt nicht so wie ein Stammbblatt, aber dass man so einen Überblick hat über den Patienten.“ (T7, 391-392)

Eine Ausnahme stellt das Aufnahmegespräch dar, wobei die besprochenen Inhalte nicht systematisch erfasst werden. Die Pflegenden haben demnach keine Möglichkeiten Rückschlüsse auf bereits besprochenen Themen und individuelle Bedarfe der onkologischen Patient*innen zu ziehen.

„Und das sich das auch/ ich würde das auch gerne besser dokumentieren können noch, dass ich so ein Gespräch letztendlich auch als Arbeitszeit (...).“ (T5, Z. 363-365)

Des Weiteren wird von den Pflegenden kritisiert, dass kein Zugang zur Dokumentation anderer Berufsgruppen besteht, wie beispielsweise zu den Psychoonkologen. Ein systematischer Austausch zwischen den Berufsgruppen ist demnach nicht gegeben. Die Pflegenden präferieren ein Dokumentationssystem, in dem alle beteiligten Akteure dokumentieren können. Ziel ist es, bisherige Gespräche, Gesprächsinhalte und den individuellen Gesprächsbedarf der onkologischen Patient*innen transparent für alle Berufsgruppen abzubilden. Darüber hinaus beschreiben die Pflegenden die Möglichkeit, Gesprächseinheiten wie beispielsweise immer wiederkehrende Beratungssequenzen, in der Dokumentation als festen Bestandteil zu verankern. Die Einführung einer systematischen Dokumentation fördert aus Sicht der Pflegenden die Legitimierung und Akzeptanz von Gesprächen im onkologischen Setting.

Subkategorie 4.5 Fallbesprechungen

Die Kategorie beschreibt den Einsatz von Fallbesprechungen als ein von den Pflegenden wahrgenommenes hilfreiches Unterstützungsangebot, welches explizit benannt und gewünscht wird. Es wurde ein Indikator festgelegt. Dieser erfasst alle Äußerungen über die Einführung von Fallbesprechungen im Kontext von hilfreichen Maßnahmen und erstrebten Unterstützungsangeboten.

„Ja da sind wir wieder beim Thema Fallbesprechung ne. Also das kratzt wirklich vielen unter den Nägeln, sag ich jetzt mal. Da muss man halt auch immer dran bleiben an dem Thema, ob man das nicht doch irgendwann dann einführt.“ (T9, Z. 327-329)

Die Pflegenden signalisieren den Wunsch, Fallbesprechungen in regelmäßigen Abständen durchführen zu können. Ein interdisziplinärer Ansatz wird ausdrücklich gewünscht.

„Fallbesprechungen, das wäre ganz wichtig, interdisziplinär. Das Zusammenarbeiten ist ganz wichtig.“ (T9, Z. 305-306).

Im Vordergrund steht der Austausch innerhalb des Teams sowie mit dem ärztlichen Dienst und den Psychoonkolog*innen. Sie erhoffen sich von der Einführung von Fallbesprechungen Handlungsalternativen zu erfahren, ein einheitliches Wissen aller Akteure über den Zustand und Behandlungsplan der onkologischen Patient*innen und eine multiperspektivische Betrachtung auf spezifische Fälle.

„Ja und eben halt der Austausch dann. Findet ja/ Kann ja auch nicht immer stattfinden. Und das war zum Beispiel bei dieser psychoonkologischen Besprechung/ Das war schon toll, das vermisse ich schon.“ (T3, Z. 569-571)

Fallbesprechungen werden aktuell eher selten durchgeführt und haben in der Regel keinen Bezug zu kommunikativen zwischenmenschlichen Prozessen. Alle Pflegenden äußern zudem den Wunsch nach einer Verpflichtung für Fallbesprechungen. Der zeitliche Umfang und mit welcher Vorgehensweise Fallbesprechungen durchgeführt werden sollten, wird nicht ersichtlich.

Subkategorie 4.6 interdisziplinäre Visiten und Supervision

Die Kategorie beschreibt den Einsatz von interdisziplinären Visiten und der Methode der Supervision als ein von den Pflegenden thematisiertes Unterstützungsangebot. Es wurden zwei Indikatoren festgelegt. Der erste Indikator umfasst Äußerungen, die interdisziplinäre Visiten als gewünschtes Unterstützungsangebot aufgreifen.

„Das Zusammenarbeiten ist ganz wichtig. Ja zum Beispiel die regelmäßige Teilnahme an den Visiten (...) das ist sehr wichtig. Da erfährt man ja halt auch sehr viel.“ (T9, Z. 305-307)

Der zweite Indikator bezieht sich auf Textpassagen welche die Methode der Supervision als Unterstützungsangebot näher betrachten.

„Ich habe da immer von (...) meinen Nutzen gezogen. Also ich weiß ein guter Supervisor kann ganz viel bewegen.“ (T8, Z. 446-448).

Die Pflegenden nehmen an, dass der Einsatz von interdisziplinären Visiten die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen fördert. Es wird eine interdisziplinäre Visite mit der ärztlichen Berufsgruppe fokussiert. Weitere Berufsgruppen, die aus Sicht der Pflegenden einen Benefit für die Versorgungsqualität der Patient*innen bedeuten könnten, sind die Psychoonkolog*innen und Therapeut*innen. Das zentrale Anliegen der Pflegenden ist es, zwischen den onkologischen Patient*innen und den Ärzt*innen während der Visite zu vermitteln und Probleme interdisziplinär zu besprechen. Ein weiterer wesentlicher Aspekt stellt der, aus den gemeinsamen Visiten resultierende, gleiche Kenntnisstand der beteiligten Akteure dar. Zudem erhoffen sich die Pflegenden, Gespräche mit doppeltem Inhalt, die häufig nach Visiten und Aufklärungsgesprächen entstehen, zu minimieren und die pflegerische Arbeitsbelastung reduzieren zu können. Zwei Pflegekräfte äußern den Wunsch, erneut Supervisionen für den onkologischen Bereich einzuführen. Eine frühere Einführung ist aufgrund der Ablehnung des mehrheitlichen Teams gescheitert. Die Ursachen für die Ablehnung der Supervision sind aus dem Datenmaterial nicht ersichtlich.

„Ich denke mal, eine Supervision wäre sicherlich nicht verkehrt. Weil das grade natürlich in dem Bereich, das wäre schon nötig, glaub ich. Also wir hatten das auch mal gehabt Da haben wir so einen Versuch gestartet (...) Ja ich weiß nicht, ob die Dame da irgendwie die falsche Taktik hatte. Auf jeden Fall ist sie nicht so an uns ran gekommen. Also da konnte mein Team und ich ... wir konnten da nicht so viel mit anfangen.“ (T5, Z. 353-358)

Subkategorie 4.7 Pflegevisiten

Die Kategorie beschreibt den Einsatz von Pflegevisiten als ein von den Pflegenden wahrgenommenes Unterstützungsangebot. Es wurde ein Indikator festgelegt. Dieser bezieht sich auf Äußerungen, welche die Pflegevisite als Unterstützungsangebot näher beschreiben.

„Ich mache Pflegevisiten und gehe dann gemeinsam mit den Pflegekräften zum Patienten. Und dann sehe ich schon mal in unserem Gespräch, wie ist die Kommunikation.“ (T2, Z.297-299)

Die Pflegevisite als ein mögliches Unterstützungsangebot wird nur von zwei Pflegenden in den Interviews aufgegriffen und explizit als solches benannt. Damit Pflegenden von einer Pflegevisite profitieren, muss diese auf reflexive kommunikative Prozesse hin ausgerichtet sein.

„Dass man da halt Raum hat, Gesprächssituationen zu reflektieren. Braucht ja gar nicht lange sein, aber dass man Raum halt für so etwas hat. Man könnte zum Beispiel auch das im Rahmen von einer Pflegevisite oder so machen. Beispielsweise wäre so eine Idee, dass halt vielleicht auch die Leitung mit dem betreffenden Pfleger oder der Krankenschwester den Patientenfall einmal durchsprechen.“ (T1, Z. 547-552)

Ziel dieses Unterstützungsangebotes ist demnach die Einleitung reflexiver Prozesse im Bereich der kommunikativen Kompetenz der Pflegenden.

4.1.2 Problembewertung

In diesem Punkt erfolgt die synoptische Darstellung der dargestellten zentralen Ergebnisse aus den Auswertungen der Interviews mit den Pflegenden. Es konnten fünf kategorienübergreifende zentrale Problemlagen identifiziert werden. Jede Problemlage wird im ersten Schritt mit Hilfe eines Problemlagentitels ausgewiesen und differenziert beschrieben. Sie enthalten synoptisch zusammengeführte Ergebnisse aus mindestens zwei Kernkategorien. Auf eine erneute Ausweisung von Belegen aus den Interviews wird aufgrund der ausführlichen Darstellung der Kategorien verzichtet. Jeder Problemlage werden die bisher genutzten Interventionen und Strategien, welche die Pflegenden als hilfreich empfinden, zugeordnet. Darüber hinaus erfolgt eine Darstellung der Unterstützungsangebote, welche die benannten Probleme lösen könnten.

Problemlage 1: Kommunikation als pflegerische Handlung

Die Kommunikation mit onkologischen Patient*innen wird nicht als eigenständige pflegerische Tätigkeit wahrgenommen. Die Pflegenden beschreiben die Kommunikation jedoch als elementares Handlungsfeld, welches die Grundlage für eine professionelle Interaktion und den Beziehungsaufbau mit onkologischen Patient*innen ist. Die berufspraktische Umsetzung der Kommunikation mit onkologischen Patient*innen weist auf ein konträres Verhalten der Pflegenden hin, das ihnen auch bewusst ist. Gespräche sind in der Regel immer gebunden an andere pflegerische Tätigkeiten. Eine geplante Durchführung von Gesprächen im Sinne der Maßnahmenplanung in Anlehnung an den Pflegeprozess findet nicht statt. Die Umsetzung erfolgt in der Regel spontan und intuitiv und stellt kein regelgeleitetes pflegerisches Handeln dar. Teilweise werden indirekte vorbereitende Maßnahmen auf Gespräche getroffen. Diese umfassen eher ein reaktives Handeln auf vorherrschende Rahmenbedingungen. Eine systematische Vorbereitung, Nachbereitung oder Evaluation wie bei anderen pflegerischen Interventionen erfolgt nicht. Aufgrund des fehlenden systematischen und standardisierten Vorgehens im Bereich der Kommunikation ist die Qualität der Gespräche immer abhängig von der agierenden Pflegekraft. Das bedeutet beispielsweise, dass die Informationsweitergabe an die Patient*innen davon beeinflusst wird welche Informationen die agierende Pflegekraft als sinnvoll erachtet. Darüber hinaus werden Gespräche nur initiiert, wenn der Gesprächsbedarf von der Pflegekraft erkannt, beziehungsweise erfasst

wird. Eine fehlende systematische Erfassung dieses Bedarfes birgt die Gefahr, dass Gespräche eher willkürlich erfolgen. Zudem wird die Kommunikation nicht als eigenständige Pflegehandlung thematisiert und dementsprechend auch nicht als solche eingefordert, beziehungsweise gelebt. Einerseits ist den Pflegenden die Bedeutung der Kommunikation bewusst, andererseits wird im Kollegium häufig die Meinung vertreten, dass Gespräche keine pflegerische Tätigkeit sind. Gespräche werden häufig als „Nichts Tun“ wahrgenommen, was im Team zu Konflikten führen kann. Ein weiterer Aspekt sind die vorherrschenden Rahmenbedingungen, die eine professionelle Kommunikation mit onkologischen Patient*innen hemmen. Es fehlen in der Regel zeitliche und räumliche Ressourcen, um Gespräche professionell durchführen zu können. Die Privatsphäre der Patient*innen kann häufig nicht gewahrt werden und die Durchführung erfolgt oftmals in einer stressigen Atmosphäre. Die Gesprächsführung als eigenständige pflegerische Tätigkeit ist im Vergleich zu anderen pflegerischen Tätigkeiten kaum zu gewährleisten.

Vorhandene Unterstützungsangebote, um dieser Problemlage aktuell zu begegnen, wurden nicht identifiziert. Die Pflegenden setzten bisher nur indirekte Maßnahmen ein. Zu diesen gehört die Nutzung von Gesprächstechniken, um die Erfassung des Gesprächsbedarfes in einem gewissen Maß zu systematisieren. Weitere Maßnahmen sind das Einfordern von Unterstützung durch Kolleg*innen oder anderer Berufsgruppen, der Einsatz von Eigeninitiative und Bemühungen dahingehend, einen Konsens im Umgang mit Gesprächssituationen zu finden.

Die Einführung von Fallbesprechungen, einer standardisierten Dokumentation im Bereich der Kommunikation und eines Assessmentinstrumentes zur Erfassung des Gesprächsbedarfes der Patient*innen wird von den Pflegekräften präferiert, um dieser Problemlage zu begegnen. Im Bereich der Dokumentation können sich die Pflegenden zudem eine Verankerung von festen Gesprächseinheiten vorstellen, die einen Überblick über zentrale Gesprächsinhalte ermöglichen. Die Pflegenden erwarten, dass diese Unterstützungsangebote zu einer Sensibilisierung für die Bedeutung im Bereich der Kommunikation bei allen beteiligten Akteur*innen führen. Die Kommunikation als pflegerische Handlung wird mit Hilfe dieser Interventionen legitimiert und als ein fester Bestandteil der pflegerischen Arbeit ausgewiesen. Das Förderung von Rahmenbedingungen, die eine professionelle Gestaltung von Gesprächssituationen im onkologischen Setting ermöglichen, ist ein weiteres Unterstützungsangebot welches von den Pflegekräften benannt wird. Zu diesen Rahmenbedingungen gehören die Bereitstellung räumlicher, zeitlicher und personeller Ressourcen.

Problemlage 2: Datenerhebung, Informationsweitergabe und (interdisziplinäre) Transparenz

Die Pflegenden nehmen beträchtliche Defizite im Bereich der Datenerhebung, Transparenz und Informationsweitergabe im Bereich der Kommunikation wahr. Diese Defizite werden sowohl im pflegerischen als auch im interdisziplinären Handlungsfeld verzeichnet. Ein wesentlicher Aspekt ist, dass Informationen im Bereich der Kommunikation mit onkologischen Patient*innen, abgesehen von der Anamnese, nicht standardisiert erhoben und dokumentiert werden. Daraus resultiert ein Wissensdefizit innerhalb des pflegerischen Teams. Informationen werden zwar erfasst, aber nicht systematisch an das Kollegium weitergegeben. Die Pflegenden können nicht nachvollziehen, welche Informationen bereits erhoben, welche Themeninhalte besprochen und wie der aktuelle Gesprächsbedarf der Patient*innen ist. Dadurch werden bei bereits vorhandener hoher Arbeitsbelastung zusätzliche Ressourcen benötigt. Die Weitergabe von Information im interdisziplinären Team stellt einen weiteren Problembereich dar. Informationen werden häufig gar nicht oder nur unzureichend weitergegeben. Folglich entstehen Wissensunterschiede bei den beteiligten Berufsgruppen. Dies hat Auswirkungen auf Gesprächssituationen mit den onkologischen Patient*innen. Informationen werden beispielsweise mehrfach weitergegeben oder die Patient*innen verfügen über mehr Informationen als die Pflegenden. Einige Patient*innen nehmen diese Unstimmigkeiten wahr und sind verunsichert, wodurch die Professionalität des interdisziplinären Teams in Frage gestellt wird. Besonders problematisch empfinden es die

Pflegenden, wenn Patient*innen wichtige Informationen vom ärztlichen Dienst noch nicht erhalten haben. Häufig können sie aufgrund der fehlenden Transparenz nicht nachvollziehen, welche Informationen sie weitergeben dürfen und ob sie sich noch in ihrem Verantwortungsbereich bewegen. Diese unklare Lage der Befugnisse stellt für viele Pflegende eine konfliktreiche Situation dar, wodurch Gesprächssituationen oftmals gehemmt werden.

Weitere Herausforderungen stellen das ärztliche Aufklärungsgespräch und die ärztliche Visite für die Pflegenden dar. Die Pflegenden nehmen häufig eine defizitäre Informationsweitergabe während der ärztlichen Maßnahmen an die Patient*innen wahr. Ursächlich für diese Defizite sind vor allem Sprachbarrieren auf Seiten der Ärzt*innen, der stringente Einsatz von Fachsprache und fehlende Kompetenzen in der Kommunikation mit onkologischen Patient*innen. Die Pflegenden benennen die ärztlichen Aufklärungsgespräche als einen der Hauptindikatoren für das Einleiten von pflegerischen Gesprächen. Die Berufsgruppe der Psychoonkolog*innen wird von den Pflegenden gesondert betrachtet. Obwohl die Berufsgruppe als wesentliches Unterstützungssystem von den Pflegenden wahrgenommen wird, stellt sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit rudimentär dar. Es erfolgt kein systematischer Austausch über die Kommunikation mit den onkologischen Patient*innen. Die Dokumentation der Psychoonkolog*innen ist in der Regel nicht einsehbar für die Pflegenden. Die zeitlichen Ressourcen und die Verfügbarkeit decken oftmals nicht den Bedarf. Zudem wird eine Unterstützung der Patient*innen durch Psychoonkolog*innen häufig aufgrund von Hemmnissen abgelehnt.

Vorhandene Unterstützungsangebote, um dieser Problemlage aktuell zu begegnen, wurden nicht identifiziert. Die Pflegenden setzen bisher nur indirekte Maßnahmen ein. Zu diesen gehört unter anderem das Einholen von Informationen auf Eigeninitiative der Pflegenden. Der ärztliche Dienst, Psychoonkolog*innen und Kolleg*innen werden aufgesucht, um Wissensdefizite, Befugnisse und Unstimmigkeiten zu klären. Dies erfordert ein hohes Maß an zeitlichen Ressourcen. Die umfassende Weitergabe von Informationen, um Wissensdefizite bei den Patient*innen auszugleichen, ist eine weitere Maßnahme. Die Pflegenden versuchen einen Konsens zu finden, der alle beteiligten Akteur*innen zufriedenstellt. Eine weitere Strategie ist das Vermeidungsverhalten. Pflegende ziehen sich aus Gesprächssituationen bewusst zurück, vermeiden sie oder verweisen auf andere Berufsgruppen.

Hilfreiche Unterstützungsangebote oder Maßnahmen sind aus Sicht der Pflegenden die Einführung von Fallbesprechungen und interdisziplinäre Visiten. Ziel dieser Maßnahmen ist ein einheitliches Wissen für alle beteiligten Akteur*innen, die Klärung von Befugnissen und Möglichkeiten der Pflegenden und die interdisziplinäre transparente Darstellung wesentlicher Gesundheitsinformationen. Das Einführen von standardisierten Assessmentinstrumenten, vor allem im Bereich der Erfassung des Gesprächsbedarfes von onkologischen Patient*innen, stellt eine weitere Möglichkeit dar, um dieser Problemlage zu begegnen. Die Pflegenden erwarten durch die Einführung eines Assessments im pflegerischen Handlungsfeld eine einheitliche Erfassung sowie eine transparente Darstellung zentraler Informationen im Bereich der Kommunikation. Die Einführung einer systematischen Dokumentation oder eines Dokumentationssystems von pflegerischen Handlungen im kommunikativen Bereich würde diese Transparenz, auch interdisziplinär, weiter fördern. Ein Dokumentationssystem in diesem Bereich, auf das alle Akteur*innen zugreifen könnten, wäre zudem ein geeignetes Medium für einen interdisziplinären Austausch auf schriftlicher Ebene.

Problemlage 3: Professionelle Integration von Angehörigen in den Pflegeprozess

Die Angehörigen, beziehungsweise Bezugspersonen von onkologischen Patient*innen nehmen im onkologischen Setting eine besondere Rolle ein. Das Informationsbedürfnis wird als ähnlich hoch wie das der Patient*innen beschrieben. Zudem erfolgen viele Gespräche auf Wunsch der Angehörigen getrennt von Patient*innen. Die emotionale Belastung der Angehörigen ist hoch und gleicht häufig einem emotionalen Ausnahmezustand. Ängste und Unsicherheiten werden bei fast allen Angehörigen wahrgenommen. Besonders hervor gehoben wird, dass die Angehörigen ebenso wie die Patient*innen Verarbeitungsprozesse, vor allem in Bezug auf die Diagnosestellung und den Sterbeprozess, durchlaufen. Diese

weisen jedoch häufig eine Diskrepanz zu denen der Patient*innen auf. Besonders problematisch stellen sich Situationen dar, in denen die Patient*innen andere gesundheitliche Ziele verfolgen wie die Angehörigen. Stimmen die Wünsche und Erwartungen der Angehörigen über den Behandlungsplan nicht überein mit denen der Patient*innen, entstehen häufig Spannungen zwischen den beteiligten Akteur*innen. Die Pflegenden agieren dann in einem Spannungsfeld und nehmen eine Vermittlerrolle ein. Diese Situationen professionell zu bewältigen, stellt eine große Herausforderung unter den aktuellen Rahmenbedingungen für viele Pflegenden dar. Die Belastung der Pflegenden wird in diesem Spannungsfeld besonders hoch wahrgenommen, da die Angehörigen und deren Perspektive einen sehr hohen Einfluss auf die pflegerische Versorgung der Patient*innen haben.

Eine weitere Herausforderung stellen Angehörige mit einem aggressiven Verhalten dar. Aggressionen entstehen aus Sicht der Pflegenden häufig, wenn Angehörige emotional überlastet sind. Die Pflegenden fungieren dann häufig als Medium, auf das die negativen Emotionen übertragen werden. Der Betreuungsaufwand im Bereich der Kommunikation wird dementsprechend als sehr hoch beschrieben. Daraus resultiert eine zusätzliche Arbeitsbelastung, die die Pflegenden in ihren Pflegealltag integrieren müssen.

Vorhandene Unterstützungsangebote, um dieser Problemlage aktuell zu begegnen, wurden nicht identifiziert. Die Pflegenden setzten bisher nur indirekte Maßnahmen ein. Um den Angehörigen ein Gefühl von Sicherheit und Wertschätzung zu vermitteln, versuchen die Pflegenden, kontinuierlich Präsenz zu zeigen. Besonders bedeutsam nehmen die Pflegenden den Rückhalt im Team wahr, um die zeitlichen Ressourcen für Angehörigengespräche bereit zu stellen. Im Umgang mit herausfordernden Angehörigen nutzen die Pflegenden auch hier das Vermeidungsverhalten, wenn nicht ausreichend individuellen Ressourcen zur Bewältigung der Situationen zur Verfügung stehen.

Fortbildungen und Schulungen mit dem Schwerpunkt der Angehörigenbetreuung sind aus Sicht der Pflegenden eine unabdingbare Unterstützungsmaßnahme, die zukünftig eingeführt werden sollte, um die kommunikativen Kompetenzen zu fördern und zu erweitern. Die Entwicklung und Einführung von Handlungsleitfäden, um schwierigen und komplexen Situationen sicherer begegnen zu können, werden ebenfalls als sinnvoll erachtet. Wie die Gestaltung dieser Handlungsleitfäden sein könnte und auf welche spezifischen Situationen er sich beziehen sollte, ist aus dem Datenmaterial nicht ersichtlich. Darüber hinaus sollten auch hier Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine professionelle Interaktion mit Angehörigen ermöglichen. Dazu gehören das Einhalten der Datenschutzrichtlinien, geeignete Räumlichkeiten sowie personelle und zeitliche Ressourcen. Eine weitere sinnvolle Maßnahme aus Sicht der Pflegenden ist ebenso hier die Einführung von Fallbesprechungen mit dem Ziel, Handlungsalternativen für komplexe Gesprächssituationen mit Angehörigen zu identifizieren und reflexive Prozesse im Team einzuleiten.

Problemlage 4: Schwierige Gesprächssituationen

Die Pflegenden werden regelmäßig mit schwierigen Gesprächssituationen konfrontiert. Die erlebte Belastung der Pflegenden in diesen Situationen ist unterschiedlich und von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Alle Pflegenden geben an, dass die Interaktion in schwierigen Gesprächssituationen ein hohes Maß an Konzentration und individuellen Ressourcen abverlangt. Handlungssicherheiten im Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen werden ausschließlich von erfahrenen Kolleg*innen beschrieben. Ab wann eine Pflegekraft im onkologischen Setting über ausreichend berufliche Erfahrung verfügt, um über diese Handlungssicherheiten zu verfügen, ist nicht deutlich geworden. Es werden viele Faktoren von den Pflegenden benannt, die zu schwierigen Gesprächssituationen führen können. Ein großer Bereich sind *personenbezogene* Faktoren, ausgehend von den Patient*innen, Angehörigen und Pflegekräften. Zentrale patientenbezogene Faktoren sind negative Emotionen, mangelndes oder falsches Wissen, eine eingeschränkte Fähigkeit, Informationen in Bezug auf die eigene Erkrankung aufzunehmen sowie die individuelle Krankheitsbewältigung. Besonders hervorgehoben werden die Phasen der Krankheitsbewältigung, die eine Abstimmung von Kommunikationsprozessen auf Seiten der Pflegenden erfordern.

Die Interaktion mit Angehörigen ist häufig erschwert, wenn diese ein aggressives oder dominantes Verhalten aufweisen oder wenn sie eine widersprüchliche Perspektive (im Gegensatz zu den Betroffenen) hinsichtlich Krankheitsprozesse und Behandlungspläne einnehmen. Demgegenüber stehen die individuellen Kompetenzen der Pflegenden, über die sie verfügen, um professionell in den Gesprächssituationen zu interagieren. Diese werden als teilweise ungenügend von den Pflegenden selbst wahrgenommen und beschrieben.

Ein weiterer Aspekt sind *themenbezogene* Faktoren, die Gesprächssituationen erschweren können. Im Vordergrund steht hierbei der Themenkomplex „Tod und Sterben“. Die Pflegenden assoziieren diese Gesprächssituationen mit einer hohen emotionalen Belastung für die beteiligten Akteur*innen. Handlungssicherheiten im Umgang mit dieser schwierigen Thematik erlangen die Pflegenden in der Regel nur durch Berufserfahrung. Unterstützungsangebote wie Schulungen oder praktische Übungen stehen aktuell nicht zur Verfügung. Das Fehlen von Unterstützungsangeboten in diesem Bereich wird von den Pflegenden als besonders kritisch wahrgenommen. Weitere Themen sind beispielsweise Diagnosestellung, Verschlechterung im Krankheitsprozess und Ängste der Patient*innen.

Der dritte große Bereich umfasst die *kulturbezogenen* Faktoren, die von den Pflegenden mit Sprachbarrieren und abweichenden Vorstellungen in Bezug auf Krankheit und Gesundheit assoziiert werden. Sprachliche Barrieren hemmen eine adäquate Weitergabe von Informationen. Das Hinzuziehen von Dolmetschern gestaltet sich oft schwierig und erhöht die benötigten zeitlichen Ressourcen. Sprachliche Barrieren führen auch dann zu schwierigen Gesprächssituationen, wenn sie vom ärztlichen/nichtärztlichen Personal ausgehen. So entstehen beispielsweise häufig Informationsdefizite bei den Patient*innen aufgrund mangelnder kommunikativer Kompetenzen im Bereich des ärztlichen Dienstes. Liegen gleichzeitig noch andere kulturelle Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit vor, wird die Situation weiter erschwert. Darüber hinaus beschreiben Pflegende falsche Vorstellungen von Patient*innen in Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem als erschwerend. Dabei verweisen sie auf ein Patientenklientel, das für die Behandlung extra nach Deutschland kommt, in dem festen Glauben geheilt zu werden. Diese Hoffnungen der Patient*innen und ihrer Angehörigen stellen eine besondere Herausforderung für die Pflegende dar, vor allem dann, wenn keine Aussicht auf Heilung besteht.

Vorhandene Unterstützungsangebote, um dieser Problemlage aktuell zu begegnen, wurden nicht identifiziert. Die Pflegenden setzten bisher nur indirekte Maßnahmen ein. Die Pflegenden greifen auf Gesprächstechniken zurück, zeigen Präsenz und verfolgen ein stringentes professionelles Auftreten in den Gesprächssituationen. Eine besondere Stellung nimmt die Unterstützung durch Teamkolleg*innen und durch andere Berufsgruppen ein. Diese werden vermehrt bei schwierigen Situationen hinzugezogen. Das Mittel der Wahl ist es, einen Konsens zwischen den beteiligten Akteur*innen zu finden. Wenn vorrangig patientenbezogene Faktoren Gespräche hemmen, kann mitunter der Einsatz von Ablenkung oder auch Humor aus Sicht der Pflegenden eine geeignete Strategie sein. Das Vermeidungsverhalten wird ebenfalls bei dieser Problemlage verwendet, um sich aus den Gesprächssituationen herauszuziehen oder diese zu umgehen. Dies geschieht häufig, wenn problematische Situationen über einen längeren Zeitraum bestehen und bisher kein Lösungsansatz identifiziert werden konnte. Dazu gehört auch das Verweisen auf andere Berufsgruppen und dementsprechend die Abgabe von Verantwortung.

Auffällig ist, dass die wahrgenommene Belastung bei dieser Problemlage augenscheinlich am größten ist. Dennoch werden kaum Unterstützungsangebote von den Pflegenden benannt, die aus ihrer Sicht zu einer Entlastung im Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen führen könnten. Es konnten ausschließlich zwei Unterstützungsangebote identifiziert werden. Die Einführung von Fallbesprechungen ermöglicht auch hier rückblickend eine reflexive Sicht auf schwierige Gesprächssituationen und gestattet einen gezielten Austausch innerhalb des Kollegiums. Die Pflegenden erhoffen sich, dadurch Handlungsalternativen zu erfahren, um diese dann in zukünftigen Situationen einsetzen zu können. Eine weitere Maßnahme stellt die Entwicklung und Bereitstellung von Handlungsleitfäden dar.

Ein Handlungsleitfaden könnte in schwierigen Situationen eine schnellere Orientierung bieten und würde zeitliche und personelle Ressourcen einsparen.

Problemlage 5: Erwerb und Förderung von kommunikativen Kompetenzen im onkologischen Setting

Kommunikative Kompetenzen sind aus Sicht der Pflegenden ein zentraler Baustein, um eine professionelle Patientenbetreuung zu gewährleisten und Gesprächssituationen adressatengerecht gestalten zu können. Neben dem Fachwissen, Erfahrungswissen und grundlegenden Beratungskompetenzen stellen persönliche Eigenschaften wie Offenheit, Empathie und Ehrlichkeit die Basis für eine erfolgreiche Kommunikation mit onkologischen Patient*innen dar. Besonders Berufseinsteiger*innen verfügen am Anfang ihrer beruflichen Laufbahn häufig noch nicht über ausreichend kommunikative Kompetenzen, um im onkologischen Setting komplexe und schwierigen Gesprächssituationen sicher zu bewältigen. Schulungen und Weiterbildungen zur Förderung individueller kommunikativer Kompetenzen sind aus Sicht der Pflegenden von hoher Bedeutung. Das aktuelle Angebot in diesem Bereich wird als rudimentär beschrieben. Schulungen im Bereich der Kommunikation werden kaum angeboten oder sie sind nicht speziell auf die Kommunikation mit onkologischen Patient*innen ausgerichtet. Weiterbildungen im onkologischen Bereich, wie beispielsweise die Weiterbildung zur onkologischen Pflegefachkraft, stehen nur für eine begrenzte Anzahl von Pflegenden zur Verfügung. Zudem kann das in der Weiterbildung erworbene Wissen häufig aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen nicht oder nur begrenzt umgesetzt werden. Die fehlende berufspraktische Anwendung führt in der Regel dazu, dass Schulungsinhalte an Präsenz verlieren und im Verlauf verloren gehen. Der überwiegende Anteil der erworbenen kommunikativen Kompetenzen der Pflegenden werden über das „Lernen am Modell“, die individuelle Persönlichkeitsentwicklung und durch die Berufserfahrung erworben. Das Lernen am Modell wird von den Pflegenden besonders hervorgehoben. Zudem steht der Erwerb der Kompetenzen immer im Zusammenhang mit der individuellen Eigeninitiative der Pflegekräfte, die aufgebracht wird. Die Weitergabe von Wissen erfolgt in der Regel von Berufserfahrenen an Berufseinsteiger*innen. Die Wissensweitergabe wird als unsystematisch beschrieben.

Es wurden Unterstützungsangebote als auch indirekte Maßnahmen identifiziert, welche die Pflegenden nutzen, um dieser Problemlage zu begegnen. Die Pflegenden haben die Möglichkeit, aus Fortbildungsangeboten zu wählen und entsprechende Schulungen zu besuchen. Diese Schulungen umfassen ausschließlich grundlegende Inhalte im Bereich der Kommunikation und weisen keine Bezüge zum onkologischen Setting auf. Weiterhin besteht die Möglichkeit, Weiterbildungen im Bereich der onkologischen Pflege zu absolvieren (wie beispielsweise zum/zur psychoonkologischen Berater*in oder zur onkologischen Pflegefachkraft). Der Vorteil der Weiterbildungen ist der direkte Bezug zur onkologischen Pflege.

Die zukünftige Erweiterung des Angebotes von klinikinternen und externen Schulungen hat für die Pflegenden einen hohen Stellenwert. Diese Schulungen müssen sich an der Berufspraxis und deren Anforderungen orientieren und einen Bezug zur Kommunikation im onkologischen Setting aufweisen. Zudem muss es die Möglichkeit geben, Schulungen im berufspraktischen Alltag anzuwenden. Schulungen, die nicht über die Kliniken abgedeckt werden können, sollten über externe Angebote zur Verfügung gestellt werden. Um sicher zu stellen, dass alle Pflegenden über die benötigten Basiskompetenzen im Bereich der Kommunikation verfügen, wird eine Einführung von Pflichtfortbildungen befürwortet. Des Weiteren halten die Pflegenden Schulungen im Bereich von wiederkehrenden Themen und schwierigen Gesprächssituation (wie sie in den vorherigen Problemlagen beschrieben wurden) für sinnvoll. Weitere Interventionen zur Förderung der kommunikativen Kompetenzen sehen die Pflegenden in der Einführung von Fallbesprechungen und Pflegevisiten. Ziel ist es, über das Initiieren von reflexiven Prozessen andere Perspektiven einzunehmen und Handlungsalternativen zu identifizieren. Im Bereich der Pflegevisite steht zudem der Aspekt

der individuellen Förderung von Pflegenden im Vordergrund. Pflegevisiten ermöglichen es u.a., den individuellen Weiterbildungsbedarf zu erkennen.

Die Ergebnisse der Problemanalyse und Problembewertung geben ein differenziertes Bild über die Problematik, wie sie aus Perspektive der Pflegenden in der Pflegepraxis wahrgenommen wird.

4.2 Theoretische Verankerung

Vor diesem Hintergrund der Problemanalyse und Problembewertung erfolgt nun eine theoretische Auseinandersetzung mit der identifizierten Problematik. Die Recherche der Fachliteratur dient zur Klärung möglicher Ursachen, Anzeichen und Zusammenhänge. Darüber hinaus werden Lösungsmöglichkeiten, die in der Literatur beschrieben werden, herausgearbeitet. Das Augenmerk liegt dabei insbesondere auf Assessments und Assessmentinstrumente sowie auf Unterstützungs- und Betreuungskonzepte. Die Literaturrecherche wurde parallel zu weiteren Projektaktivitäten im Zeitraum von Oktober 2017 bis Februar 2019 durchgeführt. Es wurden die Datenbanken Pubmed, Cinahl und die Datenbank der FH Bielefeld OPAC verwendet.

4.2.1 Assessmentinstrumente

Eine Krebserkrankung bedeutet sowohl für die Patient*innen selbst als auch für ihre Angehörigen eine große emotionale Belastung. Für professionelle Akteur*innen des Gesundheitssystems ist es von Bedeutung, diese zu identifizieren (O'Donnell, 2013, S. 354). Der Einsatz von Assessments soll es dem behandelnden Personal ermöglichen, emotionale Belastungen und Komplikationen möglichst systematisch zu erfassen. Nicht alle Krebspatient*innen, die unter emotionalen Belastungen leiden, werden momentan erkannt (Mehnert, Lehmann, Cao & Koch, 2006, S. 464). Das Erkennen emotionaler Belastungen ist jedoch die Voraussetzung, um eine unterstützende Kommunikation mit den Patient*innen zu gestalten und dadurch ihre Lebensqualität zu verbessern (Carlson et al., 2012, S. 1173–1174). Die Nutzung entsprechender Assessments bietet sich für alle Berufsgruppen an, die in die Versorgung und Begleitung onkologischer Patient*innen involviert sind. In diesem Projekt werden insbesondere die Pflegenden in den Blick genommen. Die recherchierten und dargestellten Assessmentinstrumente wurden jedoch zum größten Teil primär für andere Berufsgruppen entwickelt. Explizit für das pflegerischen Handlungsfeld liegen kaum Assessmentinstrumente vor.

Carlson, Waller und Mitchel (2012) sowie Mehnert, Lehmann, Cao und Koch (2006) listen eine Vielzahl bereits vorhandener Assessment- bzw. Screeninginstrumente auf (Carlson et al., 2012, S. 1162–1165; Mehnert et al., 2006, S. 467–468). Auch in der S3-Leitlinie wird der Einsatz psychosozialer Assessmentinstrumente bei onkologischen Patient*innen gefordert (Lukaszczik et al., 2016, S. 57). Es wird empfohlen, dass diese zu bestimmten Zeitpunkten im Behandlungsprozess oder des Krankheitsverlaufes sowie bei krisenhaften Situationen der Patient*innen einzusetzen sind, um zeitnah Maßnahmen einleiten zu können (Carlson et al., 2012, S. 1173).

Eine größtenteils qualitativ angelegte Studie von Schmidt et al. (2016) verfolgte das Ziel, unter Berücksichtigung der Perspektiven professioneller Akteur*innen des Gesundheitswesens und Patient*innen geeignete „patient-reported outcome assessments“ (PROs) für den Klinikalltag in der Onkologie zu identifizieren (Schmidt et al., 2016, S. 2504). Dabei erklärten die Patient*innen, dass sie den Einsatz von Befragungsinstrumenten als hilfreich erlebten, um das Behandlungsteam über ihr Befinden zu informieren (Schmidt et al., 2016, S. 2507). Die befragten Patient*innen äußerten, dass ein regelmäßiger Einsatz eines PROs zu Beginn, in der Mitte und am Ende einer Behandlung oder auch wöchentlich hilfreich sein kann. Sie erwarten aber, vorher um Einverständnis gebeten zu werden. Einige Patient*innen schwankten zwischen dem Bedürfnis, ihr Befinden den Akteur*innen des Gesundheitswesens mitzuteilen, um Hilfe zu erhalten und dem Bedürfnis, ihre Belastungen für sich zu

behalten (Schmidt et al., 2016, S. 2507–2508). Zudem zeigte die Analyse der Patientenakten der teilnehmenden Patient*innen, dass krankheits- und therapiebedingte Komplikationen wie z.B. Fieber, Erbrechen, Schmerzen, Mukositis oder Diarrhoe kontinuierlich erfasst wurden, während die mit Hilfe des PROs erfassten Symptome wie z.B. Mundtrockenheit, Müdigkeit, Schlafstörungen, Traurigkeit oder Funktionseinschränkungen nicht kontinuierlich aufgeführt wurden (Schmidt et al., 2016, S. 2508). Innerhalb der Befragung der Akteur*innen des Gesundheitswesens zeigten sich zwei unterschiedliche Positionen. In den chirurgischen Abteilungen wurde angegeben, dass die Probleme, die Patient*innen berichteten, als „normal“ bezeichnet würden und daher das Hauptaugenmerk auf „ernsthaften“ Komplikationen oder Nebenwirkungen läge. Sie empfanden die Assessments zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität innerhalb der Nachsorge als sinnvoll. In anderen Kliniken erlebten die Akteur*innen den Einsatz von Assessmentinstrumenten als wichtig für die Überwachung und das Treffen von Entscheidungen über weiterführende Maßnahmen (Schmidt et al., 2016, S. 2509–2510). Die erweiterten Informationen über das Befinden der Patient*innen sowie die Darstellung der Ergebnisse wurde als hilfreich für das Treffen von Behandlungsentscheidungen und die Weitergabe von Informationen zwischen den behandelnden Personengruppen empfunden (Schmidt et al., 2016, S. 2510). Außerdem ließ sich nachweisen, dass sich zwischen den von den Patient*innen erlebten Symptomen und deren Ausprägung und den von den Akteur*innen erfassten und dokumentierten Symptomen klare Unterschiede zeigten (Schmidt et al., 2016, S. 2509).

Im Rahmen der Literaturrecherche zu Assessments bzw. Screenings, die in der Onkologie oder in der onkologischen Forschung Anwendung finden, wurden insgesamt 37 unterschiedliche Assessmentinstrumente (mitunter in unterschiedlichen Versionen) identifiziert. Hiervon wurden insgesamt 24 in deutscher und in englischer Sprache im Original gesichtet. Die weitere Suche nach den Assessments im Original wurde aufgrund inhaltlicher Überschneidungen zwischen den bereits vorliegenden Assessments eingestellt. Die Auswahl der Assessmentinstrumente erfolgte nach folgenden Kriterien:

- Erfüllung der Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität)
- Verfügbarkeit
- Existenz einer deutschsprachigen Version
- Inhaltliche Vielfalt der Items
- Handhabbarkeit
- Krebspezifität
- Erfassung der allgemeinen psychosozialen Belastung

Innerhalb des Projektteams wurden drei Assessmentinstrumente ausgewählt, die im Rahmen leitfadengestützter Gruppendiskussionen mit Praxisexpert*innen näher betrachtet und kritisch diskutiert wurden. Folgende Assessmentinstrumente waren Gegenstand der Gruppendiskussionen:

- *Distress-Thermometer (DT)* des National Comprehensive Cancer Network
- *Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)* in der Standardversion der Arbeitsgruppe PO-Bado
- *Supportive Care Need Survey* in der Version mit 34 Items in der deutschen Version von Hartman & Sklenarova (2014)

Die benannten Assessmentinstrumente werden im Vorfeld der Ergebnisse der Gruppendiskussion im Kapitel 4.4.1.1 genauer beschrieben.

Neben den o.g. ausgewählten Assessmentinstrumenten wurden drei weitere Assessmentinstrumente im Projektteam diskutiert, die der Vollständigkeit halber im Folgenden kurz beschrieben werden.

Die *Palliative care Outcome Scale (POS)* basiert auf dem Support Team Assessment Schedule (STARS) und wurde für Patient*innen mit fortgeschrittenen Krankheitsbildern

entwickelt, um palliative Teams zu unterstützen. Die Bearbeitungszeit beträgt weniger als zehn Minuten. Das Instrument gilt als reliabel und zeigte in Untersuchungen eine gute interne Konsistenz. Außerdem wurde die Test/Re-Test-Reliabilität für sieben Items nachgewiesen (Cicely Saunders Institute, 2012, o.S.). Insgesamt existieren drei Versionen, die sich auf die Personengruppen Patient*innen, Familienangehörige und das betreuende Personal beziehen (Cicely Sanders Institute, 2012, o.S.). Alle drei Versionen bestehen insgesamt aus zwölf Items, die die vergangenen drei Tage in den Blick nehmen. Insgesamt stimmen elf der zwölf Items inhaltlich überein. Diese elf Items erfragen Schmerzen, das Allgemeinbefinden, die emotionale Lage der Patient*innen und ihrer Angehörigen, den Informationsstand der Patient*innen und ihrer Angehörigen, ob die Patient*innen ihre Gefühle mitteilen können, ob Zeit durch behandlungsbezogene Termine „verschwendet“ wurde, ob Probleme, die durch die Erkrankung entstanden sind (z.B. finanzielle Probleme) angesprochen wurden und welche zwei Probleme für die Patient*innen selbst im Fokus stehen. Innerhalb des zwölften Items wird in der Version, die für Patient*innen bestimmt ist, erfragt, ob sie den Fragebogen selbstständig oder mit Unterstützung ausgefüllt haben, während die Version für das betreuende Personal den Funktionsstatus der Patient*innen aus Sicht des Personals erfragt. Die Version für Angehörige erfragt an dieser Stelle die Fähigkeit der Patient*innen aktiv zu sein und sich selbst zu versorgen. Bei der Version für Patienten werden Frage eins bis zehn für die Bewertung des Zustandes des Patienten genutzt. Hierfür befinden sich Punktezahlen neben den einzelnen Antwortoptionen. Es ist sowohl sinnvoll den Gesamtwert als auch der Wert der einzelnen Items zu berücksichtigen (Cicely Saunders Institute, 2012, o.S.). Es ist von Nöten die Ergebnisse bei der Auswertung aus der Perspektive des Patienten zu betrachten. Daher sind seine Aussagen, die er ggf. zu den einzelnen Punkten macht von großer Bedeutung und machen ein Gespräch mit ihm unerlässlich. Dabei soll durch das POS vor allem Veränderungen aufgezeigt werden (Cicely Saunders Institute, 2012, o.S.). „In clinical practice, patient-centred clinical reasoning should be used when interpreting POS scores. Clinical supervision and regular review of POS data aids patient-centred care“ (Cincely, 2012, o.S.). Sollte in der Bewertung der einzelnen Items eine Punktzahl von drei oder vier vorliegen oder kommt es im Behandlungsverlauf zu Veränderungen innerhalb der Bewertung so sind entsprechende Maßnahmen einzuleiten (Cincely Saunders Institute, 2012, o.S.).

Die *Integrated Palliative care Outcome Scale* (IPOS) wurde im Zuge der Literaturrecherche zum POS identifiziert (Cicely Saunders Institute, 2012, o.S.). Für die kostenlose Nutzung ist die Registrierung auf der Homepage POS notwendig (ebd., o.S.). Das IPOS beinhaltet Fragestellungen aus POS, POS-S und dem APCA (der afrikanischen Version des POS) (ebd., o.S.). Die Items des IPOS erfragen „körperliche Symptome, Sorgen und depressive Verstimmungen, aber auch den Informationsbedarf des Patienten, praktische Fragestellungen, Sorgen der Angehörigen und das Gefühl, im Frieden mit sich selbst zu sein“ (ebd., o.S.). Da das IPOS noch weiterentwickelt werden soll, werden Institutionen, die dieses Instrument nutzen, darum gebeten, sich hieran zu beteiligen (ebd., o.S.). Das IPOS existiert in vier Versionen. Jeweils zwei Versionen richten sich an die Patient*innen selbst, während sich die anderen Versionen an das Gesundheitsfachpersonal wendet (Cicely Saunders Institute, 2012, o.S.). Für beide Gruppen existiert jeweils eine Version, welche die letzten drei Tage und eine, welche die letzte Woche in den Blick nimmt. Jede der Versionen erfragt mit einer Freitextoption, welche „Hauptprobleme oder Sorgen“ aus Sicht der Person, die das Instrument beantwortet, innerhalb des jeweiligen Zeitraums bestanden. Hierauf folgt eine Abfrage von unterschiedlichen körperlichen Symptomen. Hier sollen die Befragten angeben, ob sie z.B. „Gar nicht“, „Ein wenig“, „Mäßig“, „Stark“ oder „Extrem Stark“ unter Schmerzen, Atemnot etc. litten. Für das Gesundheitsfachpersonal besteht zudem die Option anzugeben, dass sie die Beschwerden nicht beurteilen können. Weiterhin können drei weitere Symptome, die das Leben der Betroffenen eingeschränkt haben, durch die Person, die das IPOS ausfüllt, genannt werden. Darauf folgen sechs Items, die das psychische Befinden darstellen. Hier wird erfragt ob Sorgen allgemein oder in Bezug auf die Erkrankungen bei der betroffenen Person oder ihren Angehörigen bestanden, ob die Betroffenen mit ihrer Familie über ihre Gefühle sprechen konnten und ob sie nach ihren Wünschen

informiert wurden. Weiterhin wird nach „praktischen Problemen“, welche durch die Erkrankungen entstanden sind, wie z.B. finanzielle Nöte und den Ausprägungsgrad dieses Problems in 5 Stufen gefragt. Wieder besteht für das Gesundheitsfachpersonal die Möglichkeit anzugeben, dass es nicht eingeschätzt werden kann. Innerhalb der Version für die Betroffenen wird zusätzlich erfragt, ob die Patient*innen Unterstützung beim Ausfüllen erhalten haben und ob sie diese durch Angehörige oder Mitarbeiter*innen erhielten. Die Antwortoptionen der Fragen, die anzukreuzen sind, sind mit null bis vier Punkten hinterlegt. Die deutschsprachige Version befindet sich noch in der Validation (Cicely Saunders Institute, 2012, o.S.). Aus diesem Grund und des palliativen Schwerpunktes des Instrumentes entschloss sich die Projektgruppe, dieses Instrument nicht den Expert*innen aus der Praxis vorzustellen.

Das Emotional Thermometer (ET) von Mitchell stellt fünf unterschiedliche Thermometer (visuelle Analogskalen) dar (Mitchel, o.J.). Die Thermometer erfassen die Bereiche „Stress“, „Angst“, „Depression“, „Wut“ und „Hilfebedürftigkeit“. Auf den fünf Thermometern sollen die Betroffenen ihr Erleben dieser Bereiche innerhalb der vergangenen Woche einschätzen (Mitchel, o.J., o.S.). Der Gebrauch des Instrumentes selbst ist kostenlos, jedoch wird darum gebeten, das Einverständnis von Mitchell einzuholen (Mitchel, o.J., o.S.). Die Thermometer können auf zwei Arten bewertet werden. Die erste Option sieht vor, dass feste Cut-off Werte genutzt werden. Hierbei stellt eine Einschätzung bis zu drei Punkten eine geringe Belastung in dem jeweiligen Bereich des Thermometers dar. Ab vier Punkten gilt der Belastungsgrad der Patient*innen als hoch einzuschätzen (Mitchel, o.J., o.S.). Das ET ist leicht verständlich und kann schnell ausgefüllt werden (Mitchel, o.J., o.S.). Die englischsprachige Version wurde validiert (Mitchell, Baker-Glenn, Park, Granger, Symonds, 2010 zit. nach Schubart et al., 2014, S. 3348; Mitchel, 2007 zit. nach Schubart et al., 2014, S. 3348).

4.2.2 Versorgungs- und Betreuungskonzepte

In den folgenden Kapiteln werden neben dem Advance Care Planning (ACP) (und dessen Umsetzung in zwei unterschiedlichen Projekten) das Konzept der vorausschauenden Kommunikation und das Konzept der Question Prompt Lists (QPL) vorgestellt, die die Kommunikation zwischen tumor Erkrankten Personen und Pflegekräften dauerhaft verbessern können.

4.2.2.1 Advance Care Planning

Einen Grund für die Entstehung des Advance Care Planning in den 1990er Jahren sehen in der Schmittgen und Marckmann (2015) im Misslingen der SUPPORT-Studie. Diese hatte zum Ziel, dass Patient*innen von Pflegenden (die in besonderer Weise kommunikativ geschult wurden) ermutigt werden sollten, ihren Willen z.B. in Form einer Vorausverfügung darzulegen. Dadurch sollte die bis dato häufig durchgeführte maximale Behandlung bis zum Schluss eingedämmt werden (SUPPORT Principal Investigators, 1995 zit. nach in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 75–76). Da es auch zur Missachtung bestehender Patientenverfügungen kam, forderten „die SUPPORT-Autoren“ eine „*umfassende vorausschauende Behandlungsplanung*“ (Teno et al., 1997 b zit. nach in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 76). ACP soll die Möglichkeit bieten, dass Menschen innerhalb der gesellschaftlichen und klinisch-medizinischen Rahmenbedingungen nach ihren Wünschen leben und sterben können. Der Fokus liegt dabei nicht auf der Anfertigung eines Formulars wie z.B. einer Patientenverfügung, sondern auf dem kommunikativen Prozess (Teno et al. 1994, S. 33-34 zit. nach in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 76). In Ländern wie den USA, Australien und Großbritannien ist ACP bereits ein fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung. (Deutscher Hospitz- und Palliativverband e.V., 2016, S. 3). In Deutschland und weiteren deutschsprachigen Ländern gilt es bis vor Kurzem als nahezu unbekannt (Coors, Jox & in der Schmittgen, 2015, S. 11). Zudem existiert in deutschsprachigen Ländern eine Vielfalt von Begriffen für ACP. Der treffendste von ihnen ist die „vorausschauende Versorgungsplanung“ (Mathis, 2017, S. 272). Termini wie z.B. die „gesundheitliche Vorsorgeplanung“

setzten die Erstellung einer Patientenverfügung in den Fokus von ACP. Dies ist allerdings laut dem Verständnis des Leitlinienprogramms Onkologie (2015, S. 145) zu knapp gefasst. Neben der Begriffsvielfalt stellt die Tatsache, dass ACP als Begrifflichkeit nicht geschützt ist, ein Problem dar. Hierdurch kann er auch in Veröffentlichungen für unterschiedliche Konzepte verwendet werden (Coors et al., 2015, S. 14).

Innerhalb Deutschlands findet ACP immer mehr Beachtung. Dies wird auf Entwicklungen innerhalb "des öffentlichen Diskurses und Gesetzgebungsverfahren, wie das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)" aber auch auf die "Stärkung der Patientenautonomie" zurückgeführt (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2016, S. 3).

Im Leitlinienprogramm Onkologie (2015) wird beschrieben, dass Krebspatient*innen ohne Heilungsperspektive eine Vorausplanung im Sinne des ACP`s angeboten werden soll. Sie sollen das Angebot zur Gesprächsbegleitung möglichst früh und wiederkehrend bei krankheitsbezogenen Veränderungen erhalten (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 144). ACP ist als ein Prozess, der aus mehreren Gesprächen bestehen kann, zu betrachten. Bei diesen Gesprächen sollten die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen teilnehmen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 145). Das Konzept ist nicht nur für Patient*innen am Lebensende (z.B. in der palliativmedizinischen Versorgung) zu nutzen. Vielmehr kann es auch für Personen in einem hohen Lebensalter oder mit chronischen Erkrankungen eingesetzt werden (in der Schmitt & Marckmann, 2015, S. 90).

Im Fokus der „vorausschauenden Versorgungsplanung“, wie ACP innerhalb der Leitlinie Onkologie bezeichnet wird, stehen „Sensibilisierung, Reflexion, Dokumentation“ sowie die von den Patient*innen gewünschte Behandlung bezüglich möglicher zukünftiger klinischer Verläufe (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 144–145). Die Vorstellungen und Wünsche der Patient*innen und ihrer Angehörigen sollen bestmöglich innerhalb der Behandlung berücksichtigt werden. Dies betrifft übergeordnete Behandlungsziele und die damit verbundenen Therapieentscheidungen sowie „Präferenzen und Prioritäten in der verbleibenden Lebenszeit z.B. hinsichtlich Lebensgestaltung, Lebensort, Sterbeort oder Versorgungsgestaltung“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 145). Auch Situationen, in denen Patient*innen entscheidungsunfähig sind, werden geregelt. Somit stellt ACP „einen systematischen interprofessionell begleiteten Kommunikations- und Implementierungsprozess zwischen Patienten, Angehörigen und relevanten an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen“ dar (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 144). Generell gilt, dass ACP von den Patient*innen gewünscht werden muss. Dabei kann es jedoch für Patient*innen ein Problem darstellen, vorausschauend Entscheidungen für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit zu fällen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 145).

Der reflektierte Gesprächsprozess gilt innerhalb von ACP als unerlässlich (in der Schmitt & Marckmann, 2015, S. 86). Da es eine besondere Form der gemeinsamen Entscheidungsfindung darstellt, ist innerhalb dieses Konzeptes eine professionelle Gesprächsbegleitung notwendig (in der Schmitt, 2014 (in der Schmitt & Marckmann, 2015, S. 88)). Die ACEL-Society (2016) stellt eine Reihe von Zielsetzungen des ACP dar. Hierzu gehört, dass:

- Patient*innen und ihren Angehörigen ein vertieftes Verständnis der bestehenden Krankheit ermöglicht wird,
- eine nützliche Planung, die die Zukunft berücksichtigt, erstellt wird,
- ein besserer Weg zu Behandlungsentscheidungen unter der Berücksichtigung der Patient*innen-/Angehörigenzufriedenheit besprochen wird,
- Patient*innen dabei unterstützt werden, Hoffnung, spirituellen Frieden und vertiefte Beziehungen mit ihren Nahestehenden zu finden,
- am Ende des Lebens die Patient*innen eine gute Behandlung erhalten, die ihren Vorstellungen möglichst gerecht wird.

(zit. nach Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2016, S. 6).

Die Gesprächsinhalte selbst werden sowohl vom Setting als auch von den Patient*innen mitbestimmt. Sie umfassen:

- „die gegebene gesundheitliche Situation, zurückliegende Erkrankungen und Erfahrungen sowie Wertvorstellungen der Patient*innen. Neben möglichen Festlegungen für den Fall hypothetischer künftiger Szenarien [...] soll auch die Klärung von Behandlungsgrenzen für den Fall lebensbedrohlicher Krisen, die aus aktuellem Zustand heraus zu Nichteinwilligungsfähigkeit führen, angeboten werden [.....],
- individuelle Präferenzen hinsichtlich der Versorgung in der letzten Lebensphase, des Sterbeortes sowie der Bestattung,
- Benennung eines Vorsorgebevollmächtigten oder Vorschlag eines Betreuers und Besprechung der Möglichkeit, eine schriftliche Vorausplanung zu verfassen. Hierzu zählen insbesondere die Erstellung einer Vorsorgevollmacht, einer individuellen Patientenverfügung und einer Anweisung für Notfallsituationen.“

(Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 145–146)

Angehörige und Vorsorgebevollmächtigte oder Betreuer*innen sollen Teil der Gespräche sein (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 144). Ein Grund für den Einbezug von ihnen ist, dass sie (auch bei existierender Patientenverfügung) als Vertreter*innen bei „Entscheidungen über Leben und Tod“ stark belastet sind, da sie sich oft über die tatsächlichen Wünsche ihres Angehörigen in der gegebenen Situation nicht im Klaren sind. (in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 86–87). Ein entscheidender Aspekt, der hierbei beachtet werden muss, ist, ob die Erkrankten ihre Angehörigen mit dieser höchst emotionalen Situation belasten wollen oder „ob sie ihnen zutrauen, dass sie sich um ein selbstloses Verstehen der Behandlungswünsche des Betroffenen bemühen“ (in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 87). In der Schmittgen und Marckmann (2015) erklären, dass aber gerade dies bei einem umfassenden Verständnis von ACP dazu führen sollte, dass Angehörige einbezogen werden, um Fehlentscheidungen der Vertreter*innen vorzubeugen und um „Konflikte mit Unterstützung eines qualifizierten Gesprächsbegleiters im Vorfeld“ klären zu können (in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 87).

Die Nutzung von Informationsmaterialien bei Gesprächen innerhalb von ACP wird empfohlen (Lücke, 2014 & Stein et al., 2013 zit. nach Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 145). Inhalte und Resultate der Gespräche sollten dokumentiert werden, um diese für die Zukunft zu sichern. Notfallbögen oder Vorausverfügungen können für die Dokumentation des Willens der Patient*innen in Bezug auf Notfallsituationen oder die Behandlung am Ende des Lebens genutzt werden. Diese Dokumente sollten regelmäßig und bei Veränderungen des gesundheitlichen Zustandes geprüft und ggf. angepasst werden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 146). Es bedarf also einer regelmäßigen (spätestens nach fünf Jahren) oder situationsbezogenen Wiederaufnahme des Gesprächsprozesses (Coors et al., 2015, S. 13). In einer detaillierten Patientenverfügung können Wünsche der Patient*innen zu den Themenfeldern „Ernährung und Flüssigkeitsgabe, Pflege, Art und Ort der Betreuung in der letzten Lebensphase sowie religiös-kulturelle Bedürfnisse“ geklärt werden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S. 146).

Positive Effekte von ACP zeigen sich nicht erst, wenn einer der hypothetischen Krankheitsfälle eintritt, sondern bereits während und in Folge der vorausschauenden Gespräche. Durch sie kommt es zur „gedanklichen und emotionalen Vorbereitung der Patient*innen, der Angehörigen und nicht zuletzt des behandelnden multiprofessionellen Teams auf mögliche Komplikationen und Verschlechterungen des gesundheitlichen Zustandes“. Mögliche Resultate sind eine verbesserte Annahme der Krankheit und „ein Gefühl der Selbstwirksamkeit“ (Coors et al., 2015, S. 14).

ACP bedeutet „die Annäherung an das Ideal einer gemeinsamen Entscheidungsfindung für künftige Behandlungsentscheidungen im Fall hypothetischer Krankheitsszenarien, in

denen der Betreffende selbst krankheitsbedingt nicht einwilligungsfähig ist und daher die Entscheidung nicht mehr aktuell beeinflussen kann" (Coors et al., 2015, S. 13). Bei Implementierungen von ACP bis 2015 stammen die geschulten Gesundheitsfachpersonen, die den Gesprächsprozess moderieren, meist nicht aus der Berufsgruppe der Ärzte (Coors et al., 2015, S. 13). Die für die Behandlung zuständigen Ärzte werden meist gegen Ende des Gesprächsprozesses mit eingebunden und tragen durch ihre Unterschrift „Mitverantwortung für die schriftliche Patientenverfügung" (Coors et al., 2015, S. 13).

4.2.2.2 Umsetzung von ACP in dem Projekt ‚Beizeiten begleiten‘

‚Beizeiten begleiten‘ stellt ein Pilotprojekt in Deutschland dar, welches das Programm ‚Respecting Choices‘ aus den USA als Vorbild hat. Innerhalb der Modellregion wurden vor allem Senioreneinrichtungen miteinbezogen (in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 234). Die durchgeführte Begleitstudie konnte zeigen, dass durch ‚Beizeiten begleiten‘ „die Verbreitung von aussagekräftigen und verlässlichen Vorausverfügungen gegenüber der Kontrollregion deutlich anstieg" (in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 234). Oberstes Ziel von ‚Beizeiten begleiten‘ ist es, dass die teilnehmenden Bewohner*innen/Klient*innen auch für den Fall, dass sie sich nicht mehr äußern können, nach ihren Wünschen behandelt werden (in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 238).

Um den dauerhaften Erfolg eines ACP-Programms sicher zu stellen, sind die folgenden Kernelemente von großer Bedeutung:

1. Aufsuchendes Gesprächsangebot
2. Qualifizierte Gesprächsbegleitung
3. Professionelle Dokumentation auf regional einheitlichen Formularen
4. Archivierung, Zugriff und Transfer von Vorausverfügungen
5. Aktualisierung/Fortführung des Gesprächsprozesses im Verlauf
6. Beachtung und Befolgung von Vorausverfügungen durch Dritte
7. Installierung eines Prozesses der kontinuierlichen Qualitätssicherung

(in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 234–235).

Im Rahmen des aufsuchenden Gesprächsangebotes machen die Akteur*innen des Gesundheitssystems die Adressatengruppe auf das Angebot aufmerksam, wobei der Angebotscharakter klar herausgestellt werden muss (in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 237). In die Senioreneinrichtung einziehende Personen und/oder deren Angehörigen wurden innerhalb der Aufnahme auf das Angebot der „Gesprächsbegleitung" aufmerksam gemacht. Zudem wurde ihnen ein Flyer ausgehändigt (in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 237). Nachdem die Bewohner*innen eine Woche in der Senioreneinrichtung lebten, suchte die ausgebildete Gesprächsbegleiterin sie auf und vereinbarte bei bestehendem Interesse einen Gesprächstermin oder einen Termin für eine weitere „Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt" (in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 237). Durch Gespräche zwischen den Bewohner*innen kamen auch vermehrt Bewohner*innen, die schon länger in der Einrichtung lebten bzw. ihre Angehörige auf die Gesprächsbegleiterin zu (in der Schmittgen & Marckmann., 2015, S. 237).

Damit die Zielsetzung von ‚Beizeiten begleiten‘ sichergestellt werden konnte, sollten sich die Klient*innen/Bewohner*innen innerhalb des begleiteten Gespräches mit "allgemeinen Einstellungen" zum Leben und zum Sterben und mit ihrer Bereitschaft, lebensverlängernde Maßnahmen anzunehmen und mögliche negative Konsequenzen dieser Maßnahmen zu tragen, auseinandersetzen (in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 238–239). Zudem wurden drei klinische Szenarien entwickelt die innerhalb des Gesprächsprozesses erörtert werden sollten (in der Schmittgen & Marckmann, 2015, S. 239–240). Die Gesprächsbegleiter*innen sollten eine Haltung entwickeln, die es ihnen ermöglicht, ihre persönlichen Wertungen nicht in das Gespräch einfließen zu lassen, um das Gespräch nicht in Bezug auf ein bestimmtes Ergebnis zu lenken. Das Ergebnis des Gesprächsprozesses soll

möglichst genau dem Willen der Klient*innen/ der Bewohner*innen entsprechen (in der Schmitten & Marckmann, 2015, S. 240).

Um dies zu ermöglichen werden:

- Gesprächstechniken wie das Framing,
- die abschließende Entwicklung von Entscheidungshilfen im Rahmen von ‚Beizeiten begleiten‘,
- der „Abgleich zwischen der allgemeinen Äußerung [.....] mit den Fragestellungen bezüglich konkreter Szenarien [.....]“
- das Hinterfragen von „Gründen und Motivationen für bestimmte Äußerungen“ sowie
- die Durchführung von zwei Gesprächsterminen empfohlen.

(in der Schmitten & Marckmann, 2015, S. 240–241)

Gesprächsbegleiter*innen haben die Aufgabe „der Entwicklung und Artikulation“ der Behandlungspräferenzen der Teilnehmenden durch Erläuterungen „typischer Abläufe und Konstellationen einen Raum zu geben“ (in der Schmitten & Marckmann, 2015, S. 242). Zudem wird das „Vier-Augen-Prinzip“ gewährleistet, indem ein abschließendes Gespräch mit dem Hausarzt geführt wird. Weiterhin sollte bei dem Gespräch eine dem oder der Teilnehmenden nahestehende Person anwesend sein, die im besten Fall die Vertreter*in sein sollte. Um ihrer Aufgabe gerecht zu werden, durchlaufen die Gesprächsbegleiter*innen ein Schulungsprogramm. Zudem mussten sich auch die teilnehmenden Hausärzt*innen. Weiterhin wird herausgestellt, dass regional einheitliche Formulare gewählt werden sollten, die den regionalen Akteur*innen bekannt sind. Es zeigte sich, dass die Betroffenen professionelle Unterstützung durch die Gesprächsbegleiter*innen beim Ausfüllen der bereitgestellten Formulare benötigten und gerne annahmen. Für die Erstellung solcher Formulare ist es wichtig zu wissen, welche der Ergebnisse des Gesprächsprozesses zu dokumentieren sind. Innerhalb von ‚Beizeiten begleiten‘ wurde ein „Notfallbogen“, eine „Patientenverfügung“ sowie alternativ zur Patientenverfügung eine „Vertreterverfügung“ zur Dokumentation erstellt. Die Patientenverfügung kann durch die Gesprächsbegleiter*innen als eine Art Leitfaden innerhalb des Gesprächsprozesses genutzt werden. Es ist von Bedeutung, dass sowohl die Gesprächsbegleiter*innen als auch die für die Versorgung zuständigen Pflegekräfte auf Äußerungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie auf Veränderungen in deren Leben achten, was die Notwendigkeit erneuter Gespräche und die Anpassung der Vorausverfügung nahelegt. Sollten keine Äußerungen oder Veränderungen im Leben auftreten, so ist die Patientenverfügung trotzdem regelmäßig innerhalb eines aufsuchenden Gesprächsangebotes zu überprüfen und ggf. anzupassen. Damit auch durch weitere Akteur*innen des Gesundheitswesens die Vorausverfügungen berücksichtigt werden, wurden Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen durchgeführt (in der Schmitten & Marckmann, 2015, S. 242ff.). Innerhalb dieses Projektes fand bereits eine wissenschaftliche Qualitätssicherung statt. Diese sollte in Anlehnung an die Autoren durch „interne, langfristige regelmäßige Qualitätssicherung“ ergänzt werden (in der Schmitten & Marckmann, 2015, S. 253–254).

4.2.2.3 MAPS-Studie

Die MAPS-Studie nutzte internationale Vorbilder aus den USA, Australien und Deutschland. Die Verantwortlichen ließen sich in Australien zu „Facilitators“ ausbilden. In einem weiteren Schritt erfolgte eine Anpassung der Konzepte auf die Situation von Kliniken und Pflegeheimen in der Schweiz (Tanja Krones, Barbara Loupatatzis, Theodore Otto, Isabelle Karzig - Roduner & Ana Budilivski, 2017, S. 3). Innerhalb der MAPS-Studie wurde die Wirksamkeit von ACP in der Schweiz untersucht (Tanja Krones et al., 2017, S. 2). Weiterhin sollten wirksame Prozesse und Dokumente entwickelt werden, die es ermöglichen, vor dem Eintritt einer Entscheidungsunfähigkeit der Patient*innen deren Bedürfnisse in Bezug auf

eine Behandlung festzuhalten und hieraus Behandlungsentscheidungen zu treffen (Krones et al., 2017, S. 2). Zudem wurden Entscheidungshilfen für die Bereiche ‚Reanimation - Wiederbelebung‘, ‚Dyspnoe – Atemnot‘, ‚künstliche Ernährung‘, ‚Dialyse‘ und ‚Ort der letzten Lebensphase‘ entwickelt (Krones et al., 2017, S. 4). Außerdem entstand in Zusammenarbeit mit der Harvard University (Vollandes et al. 2013) ein Informationsfilm, der unterschiedliche Therapieziele darstellt (Krones et al., 2017, S. 4). Somit ist die MAPS-Studie ein Projekt, in dem „ACP mit dem Konzept der evidenzbasierten Entscheidungshilfen als Grundlage für einen gemeinsamen partizipativen Entscheidungsprozess [...] für zukünftige Situationen der Einwilligungsunfähigkeit“ kombiniert werden (Krones, Otto, Karzig & Loupatzis, 2015, S. 278).

Die Evaluation der in der Schweiz bis dato verwendeten Patientenverfügungen zeigte, dass diese für den Prozess von ACP als nicht geeignet bewertet werden müssen. So entstanden innerhalb der MAPS-Studie die „Patientenverfügung plus“ und die so genannte „Vertreterverfügung“. Letztere ist eine Verfügung für Patient*innen, die zum Zeitpunkt der Erstellung urteilsunfähig waren. Bei ihnen werden durch die Vertretung der Patient*innen dessen mutmaßlicher Wille formuliert (Krones et al., 2017, S. 3). Die „Patientenverfügung plus“ beinhaltet dabei drei unterschiedliche Dokumente. Diese sind neben der ärztlichen Notfallanordnung (ÄNO), die für Notfallsituation konzipiert wurde, den „Postakutbogen“, der zum Tragen kommt, wenn eine „schwere Krankheitssituation mit längerer Urteilsunfähigkeit und unsicherer Prognose bezüglich der Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit“ eintritt und ein Dokument, das für den Fall „bleibender Urteilsunfähigkeit“ von Bedeutung ist (Krones et al., 2017, S. 3). Für jede dieser dargestellten Situationen sollte festgelegt werden, welche Therapieziele sich hinter den Wertvorstellungen der Patient*innen verbergen, damit diese handlungsleitend werden (Krones et al., 2015, S. 279). Hierzu gehören:

1. „Lebensverlängerung in jedem Fall (inkl. Reanimation)“
2. Lebensverlängerung in ausgewählten Fällen (unter Ausschluss bestimmter Maßnahmen, z.B. Reanimation, Intubation oder Verlegung auf eine Intensivstation)“
3. Lebensqualität in jedem Fall (Maßnahmen primär auf Palliation gerichtet, entweder ambulant oder auch stationär“

(Krones et al., 2015, S. 279–280)

Generell ist zu prüfen, ob eine inhaltliche Konsistenz zwischen den Wertvorstellungen der Patient*innen, den medizinischen Festlegungen und den Behandlungs- und Betreuungsplänen besteht und inwieweit die Behandlungs- und Betreuungspläne umgesetzt werden können (Krones et al., 2015, S. 281).

Zudem wurden Entscheidungshilfen auf der Basis einer Literaturrecherche unter Mitarbeit von Spezialist*innen unterschiedlicher Bereiche entwickelt. Diese wurden durch Patient*innen beurteilt. Insgesamt wurden so fünf papierbasierten Entscheidungshilfen sowie eine videobasierte Entscheidungshilfe entwickelt (Krones et al., 2015, S. 279). Letztere wurde in Anlehnung an Videos der NOUS-Foundation „General Goals of Care“ sowie „Resuscitation“ entwickelt (NOUS, 2009; Vollandes et al. zit. nach Krones et al., 2015, S. 279). Innerhalb der ersten beiden Phasen wurden zunächst urteilsfähige Patient*innen in der Akutklinik als Zielgruppe gewählt. Innerhalb der zweiten Phase wurde die Zielgruppe um urteilsunfähige Patient*innen innerhalb der Akutklinik und Pflegeheimbewohner erweitert (Krones et al., 2017, S. 2).

Im Folgenden werden die Gründe von Krones et al. (2015) für die Implementierung von ACP in Krankenhäusern dargestellt. Die erste Begründung ist, dass ACP noch nicht etabliert ist und Krankenhäuser, die für ganze Regionen zuständig sind, ACP-Prozesse verbreiten und steuern können. Außerdem erleben Patient*innen mit schwerwiegenden und/oder chronischen Erkrankungen häufig nicht ihren Hausarzt, sondern den jeweiligen Spezialisten als Vertrauensperson. Daher erwarten sie von diesem, dass er den Anstoß zur Vorausplanung gibt. Werden die Betroffenen sowohl ambulant als auch stationär behandelt, erscheint es sinnvoll, dass ACP durch beide behandelnden Teams durchgeführt wird,

„um die bestmögliche Planung und Umsetzung zu ermöglichen“ (Krones et al., 2015, S. 273). Weiterhin muss das Handeln in Notfallsituationen geklärt werden, da es hierbei oft zu Missverständnissen kommt. Ein weiterer Grund ist die Durchführung von elektiven, aber risikoreichen Eingriffen. Diese können für die jeweilige Situation angepasst werden (Krones et al., 2015, S. 274). Außerdem können Patient*innen, die sich zwischen zwei Krisensituationen befinden oder gerade eine Krisensituation bewältigt haben, die aktuell stabile Situation nutzen, um den ACP-Prozess zu beginnen oder bestehende Dokumente anzupassen (Krones et al., 2015, S. 273f.).

Das Projekt fand unter Einbezug eines/einer verantwortlichen Arztes/Ärztin, die an dem Projekt beteiligten Abteilungen und der sieben ACP-Facilitators statt. Zu diesen gehörten unter anderem auch Pflegekräfte (Krones et al., 2015, S. 278). Die Verantwortlichen auf Seiten der Ärzt*innen erhielten insgesamt vier Stunden Weiterbildung. Diese Weiterbildung erhielten zudem auch die ACP-Facilitators, die zudem ein weiteres zweitägiges Weiterbildungsprogramm durchliefen. Hierbei fand eine Auseinandersetzung mit rechtlichen, ethischen und praktischen Grundlagen von ACP statt. Es wurde das Erstellen von Patientenverfügungen mit den Angehörigen thematisiert. Zudem hatten sie die Chance, ein Beratungsgespräch mit Simulationspatient*innen durchzuführen und dazu Rückmeldung zu erhalten. Ein E-learning Angebot gab es jedoch nicht. Im Verlauf des Projektes fanden mehrere Treffen statt, die den Austausch förderten und in denen Probleme gemeinsam bearbeitet wurden (Krones et al., 2015, S. 278f.).

Entscheidende Parameter, die den Erfolg der MAPS-Studie aufzeigen sollten, wurden sowohl bei den Patient*innen selbst als auch bei ihren Angehörigen ermittelt. Auf Seiten der Patient*innen wurde erfasst, ob sie sich in Bezug auf schwierige Entscheidungsprozesse besser informiert und unterstützt fühlten, ob sich ihre Lebensqualität verbesserte und inwieweit ihren Behandlungswünschen entsprochen wurde. In Bezug auf die Angehörigen wurde ermittelt, ob es „zu weniger Entscheidungskonflikten und Traumatisierungen durch den Tod ihrer nahestehender Person“ kam (Krones et al., 2017, S. 3). Weitere Parameter, die ermittelt wurden, betrafen die Akteur*innen des Gesundheitswesens. Hier wurde geprüft „ob die Wünsche der jeweiligen Patienten besser bekannt sind und dem entsprechend auch häufiger umgesetzt werden können“ (Krones et al., 2017, S. 3). Zudem sollte die Rate an erstellten Patientenverfügungen, der Anteil der klar definierten vertretungsberechtigten Personen und die korrekte Dokumentation von zentralen Behandlungswünschen der Patient*innen wie Reanimation, Intubation, oder künstliche Ernährung gemessen werden. In einer Zusammenfassung der Ergebnisse wird deutlich, dass den beteiligten Personen die Versorgungswünsche des Erkrankten signifikant öfters bewusst sind. Zudem formulieren die Erkrankten häufiger ihre konkreten Behandlungswünsche für Krisensituationen. Sowohl nach dem Verlassen des Krankenhauses als auch sechs Monate später erklären die Erkrankten und ihre Angehörigen weniger Konflikte bei Entscheidungen in Bezug auf potenzielle Notfallsituationen. „Alle Interventionspatienten hatten eine Patientenverfügung und in ihrer Patientenverfügung «plus» eine vertretungsberechtigte Person bestimmt“. Während in der Gruppe der Teilnehmer*innen, die nach ACP Beratungsgespräche führten, alle ihre Wünsche klar formulierten, war sich ein Drittel der Kontrollgruppe weiterhin unschlüssig. Durch die Patientenverfügung „plus“ erhielten auch die behandelnden Ärzt*innen mehr Sicherheit bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen, da die Behandlungswünsche z.B. in Bezug auf Reanimationssituationen der Interventionsgruppe exakter dokumentiert wurden als die der Teilnehmenden in der Kontrollgruppe. Zudem konnten durch ACP signifikant mehr Personen an dem von ihnen bestimmten Ort sterben. Auch innerhalb der MAPS-Studie zeigte sich, dass die Ausbildung von Gesprächsbegleiter*innen nicht reicht, denn „es braucht vermutlich ein koordiniertes «change management» und eine regionale Implementierung, um tatsächlich in der Breite signifikante Verbesserungen der Versorgungsqualität zu bewirken“ (Krones et al., 2017, S. 6).

4.2.2.4 Konzept einer vorausschauenden Kommunikation in der palliativen Behandlung von Patienten mit pneumologisch-onkologischen Erkrankungen

Zielsetzung des Konzeptes von Tessmer et al. (2011) ist es, psychische Belastungen durch eine „vorausschauende Kommunikation“ sowohl auf Seiten der behandelnden Ärzt*innen als auch auf Seiten der Patient*innen und ihrer Angehörigen zu reduzieren (Tessmer, Zaba & Grohé, 2011, S. 503). Es soll dazu beitragen, dass die unterschiedlichen Sichtweisen der Patient*innen, ihrer Angehörigen und der Ärzt*innen auf die sich einander annähern. Die Behandelnden sollen sich bei erwartbaren Wendepunkten im Behandlungsprozess die geäußerten Bedürfnisse von Patient*innen und ihrer Angehörigen bewusst machen, diese in ihre Überlegungen einbeziehen, sich anschließend das Einvernehmen dieser einholen und die Behandlung im Sinne der gemeinsamen Verantwortung fortsetzen. Ein Teil des Konzeptes stellt die Begleitung bei der Verfassung einer Vorsorgevollmacht dar. Hierzu führen sowohl die Ärzt*innen als auch die Patient*innen eine Einschätzung zur Einsichts- und Erklärungsfähigkeit durch. Diese werden miteinander abgeglichen. Sollte es zu Unstimmigkeit kommen, wird ein/e Psychiater/-in einbezogen. Eine weitere Aufgabe der Ärzt*innen ist es dazu beizutragen, dass die Vorsorgebevollmächtigten während des „vorausschauenden Kommunikationsprozesses stets entscheidungsfähig bleiben“ (Tessmer et al., 2011, S. 505). Weiterhin sind sie dafür verantwortlich, dass die Vorsorgebevollmächtigten bei Eintreten der Entscheidungsübernahme „eine ausführliche, verständliche Aufklärung im Hinblick auf die Krankheitssituation, in der sie im Auftrag des Patienten über den Behandlungsvorschlag entscheiden sollen“ erhalten (Tessmer et al., 2011, S. 505). Die Kommunikation mit den Patient*innen und deren Angehörigen ist geprägt durch die Gleichberechtigung dieser mit den Ärzt*innen. So wird das Fachwissen der Ärzt*innen und das Erfahrungswissen der Patient*innen sowie ihrer Angehörigen miteinander verschränkt. Darüber wird der informed consent sowie die gemeinsame Verantwortung angestrebt. Dies beinhaltet, dass auch Entscheidungen der Patient*innen gegen die erste Behandlungswahl der Ärzt*innen getragen werden. Entlang des klinischen Behandlungsverlaufs werden vier kommunikative Handlungsschritte unterschieden:

1. „das interdisziplinäre Aufklärungsgespräch bei Diagnosestellung
2. das Perspektivgespräch
3. das Konsensgespräch in der dissidenten Behandlungssituation (optional)
4. das Konsensgespräch in der finalen Krankheitssituation“

(Tessmer et al., 2011, S. 505).

Tessmer et al. (2011) erklären, dass die Bezugspflegekraft optimaler Weiser innerhalb des Perspektivgespräches und des Konsensgespräches in der dissidenten Behandlungssituation anwesend sein sollte. Die Anwesenheit der Bezugspflegekraft im Konsensgespräch in der finalen Krankheitssituation wird als notwendig erachtet. In das interdisziplinäre Aufklärungsgespräch werden Angehörige (mit Einwilligung der Patient*innen) mit einbezogen (Tessmer et al., 2011, S. 506). Somit sollen auch Angehörige die Möglichkeit erhalten, ihre Fragen und Ängste zu thematisieren. So wird „eine hohe Aufklärungs- und Verständnissymmetrie zwischen den Patienten und ihren Angehörigen erzielt“ (Tessmer et al., 2011, S. 506).

Innerhalb der Phase des Perspektivgespräches haben Patient*innen und Angehörige häufig erneut mit Ängsten zu kämpfen. Zudem müssen sie ihre Gedanken neu ordnen, da ein Wechsel der therapeutischen Maßnahmen sowie des Settings von stationär zu ambulant besprochen wird. Hierfür ist es wichtig, dass dieses Gespräch nicht innerhalb der Arbeitsroutinen stattfindet. Dieses Gespräch sollte klare Konturen bieten, um den Patient*innen und ihren Angehörigen Sicherheit zu geben, sodass sie ihre Gedankengänge und Gefühle besser ordnen können. Die bisherige Behandlung wird in ihren wichtigsten Aspekten nochmals verdeutlicht und es erfolgt eine Standortbestimmung der Krankheits- und Behandlungssituation. Gemeinsam wird der Behandlungsprozess neugestaltet. Die Autoren emp-

fehlen in dieser Phase, den Patient*innen und ihren Angehörigen die palliative Tumorthherapie als auch die palliativmedizinische Behandlung als gleichberechtigte Behandlungsstrategien zu erklären, sodass die palliativmedizinische Behandlung ihnen bereits bekannt ist, bevor diese notwendig wird (Tessmer et al., 2011, S. 506). Um Dissens zu überwinden, sollten Patient*innen, Angehörige und Ärzt*innen zu einem möglichst übereinstimmenden Informationsstand gelangen. Die Erwartungängste auf Seiten der Patient*innen und ihrer Angehörigen sollen nach und nach beseitigt werden. Es ist von Bedeutung, dass den Patient*innen und ihren Angehörigen die Plausibilität der Behandlung bewusst wird (Tessmer et al., 2011, S. 507).

Für das Perspektivengespräch beschreiben die Autoren die folgenden sieben Schritte:

1. „Die bisherigen Behandlungsschritte und ihre Begründung, die angestrebten Behandlungsziele sowie die tatsächlich erreichten Behandlungsziele werden chronologisch rekapituliert.
2. Die aktuellen Untersuchungsergebnisse werden gebündelt und in ihrer Kernbedeutung für den Krankheits- und Behandlungsverlauf erläutert.
3. Eine aktuelle Standortbestimmung hinsichtlich der Krankheit und ihrer Behandlung wird vorgenommen.
4. Die Ängste und Bedenken der Patienten und der Angehörigen werden erhoben.
5. Die Ängste und Bedenken werden inhaltlich auf ihren subjektiven Begründungskontext geprüft, Missverständnisse, Fehldeutungen, negativierende Vereinseitigungen und Zuspitzungen werden sichtbar gemacht und bearbeitet (gemeinsame Korrekturarbeit).
6. Eine Handlungsperspektive hinein in die nahe Behandlungszukunft wird erarbeitet. Die vorhandenen Handlungskompetenzen der Patienten und Angehörigen werden als integraler Bestandteil der Handlungsperspektive hervorgehoben (Förderung von Angst reduzieren dem Handlungsfähigkeitserleben).
7. Angst vermindernde Behandlungsergänzungen werden erarbeitet und installiert.“

(Tessmer et al., 2011, S. 507).

Kommt es innerhalb des behandelnden Teams oder zwischen Team und Patient*innen und Angehörigen zu unterschiedlichen Sichtweisen auf die Krankheit und/oder den Behandlungsprozess, so wird zu einem Konsensgespräch in der dissidenten Behandlungssituation eingeladen. Ziel ist es, wieder zu einem gemeinsamen Handlungsweg zurück zu kehren (Tessmer et al., 2011, S. 507). Innerhalb dieser Gesprächsphase müssen die Teilnehmenden zunächst ihren Widerspruch gemeinsam und einvernehmlich verbalisieren. Daraufhin erklären die Beteiligten ihre persönlichen Sichtweisen. Auf der Basis der Datenlage anhand der Dokumentation des Krankheits- und Behandlungsverlaufs wird der formulierte Widerspruch neu bewertet. Hierauf folgt die Verbalisierung und Priorisierung weiterhin bestehender Differenzen der Sichtweisen. Am Ende dieser Phase werden Handlungsvereinbarungen getroffen, denen alle Beteiligten verpflichtet sind (Tessmer et al., 2011, S. 508).

Das Konsensgespräch in der finalen Krankheitssituation“ geht erneut mit einem Wechsel der Behandlungsstrategie, von der tumororientierten palliativen Behandlung zur palliativmedizinischen Symptombehandlung, einher. Zunächst erfolgt eine Erklärung der unumkehrbaren Krankheitssituation durch das behandelnde Team. Dabei kann es zum Dissens zwischen den Betroffenen, die diese Behandlungsform wünschen und den Angehörigen, die nach weiteren Alternativen suchen, kommen. Betroffene und Angehörige benötigen in dieser Situation ein Gespräch außerhalb der täglichen Arbeitsroutinen, das es ihnen ermöglicht, „ihre Hoffnungen hinsichtlich der Krankheit und ihrer Behandlung einvernehmlicher

auszurichten, um mit dem kräftigen Gefühl emotionaler Geschlossenheit in die verbleibende gemeinsame Lebenszukunft zu gehen“ (Tessmer et al., 2011, S. 508). Das endgültige Ziel dieser Phase ist es, auf der Basis der medizinischen Indikation und der Bedürfnislage eine palliativmedizinische Komplexbehandlung zu gestalten, die es ermöglicht, individuelle Lebensziele zu erreichen. Auch für diese Gesprächssituation wird ein stufenweises Vorgehen vorgeschlagen. Zunächst werden die Erkrankten und Angehörigen bei der Verbalisierung der situationsbezogenen Ängste und Bedürfnisse sowie ihrer Behandlungsziele unterstützt. In einem weiteren Schritt wird besprochen, welche dieser Ziele durch die symptomatische Behandlung erreichbar scheinen. Hierauf folgt die Absprache der Behandlungsziele, die gemeinsam verfolgt werden. Am Ende dieser Phase besprechen die Beteiligten, welche Maßnahmen wann und warum innerhalb der Behandlung gemeinsam durchgeführt werden (Tessmer et al., 2011, S. 508). Dieses Konzept zeigt Überschneidungen zu ACP, wird jedoch im dem den Autoren vorliegenden Artikel nicht konkret als die Umsetzung von ACP benannt.

4.2.2.5 Question Prompt List

Im Rahmen der Literaturrecherche konnte lediglich eine „Question Prompt List“ (QPL) in Bezug auf Patient*innen mit Krebserkrankungen im deutschsprachigen Raum ermittelt werden (Fischbeck & Laubach, 2016, S. 865). Diese QPL bzw. Fragenidentifikationsliste greift das Informationsbedürfnis von Tumorpatient*innen vor einer Operation innerhalb des Aufklärungsgesprächs auf. Da sich die Fragen auf die Anästhesie beschränken, kann diese Liste nicht im Rahmen des vorliegenden Projektes genutzt werden.

Grundsätzlich sollen Question Prompt Lists (QPL) Patient*innen die Möglichkeit bieten, sich am Gespräch mit den behandelnden Ärzt*innen aktiv zu beteiligen und nicht nur passiv zuzuhören. Eine QPL besteht dabei aus einer Auflistung von Fragen, die unterschiedlichen Kategorien zugeordnet sind (Brown, Bylund, Li, Edgeron & Butow, 2012, S. 2). Es konnte bereits nachgewiesen werden, dass eine hohe Nutzung der QPL vorliegt, sofern sie einen festen Bestandteil des klinischen Alltags darstellen (Demoska et al., 2011 zit. nach Brown et al., 2012, S. 2; Geest, Wetzels, Wensing, Castel & Olsen zit. nach Brown et al., 2012, S. 2). Durch die QPL sprechen Patient*innen während des Kontaktes zu dem Arzt öfter schwierige Fragen an (Brown, Butow, Tattersall zit. nach Brown et al., 2012, S. 2; Clayton et al., 2003 zit. nach Brown et al., 2012, S. 2).

Die QPL von Brown et al. (2013) aus dem englischsprachigen Raum umfasst insgesamt elf verschiedene Kategorien mit insgesamt 33 Fragen (Brown et al., 2012, S. 2). Diese elf Kategorien umfassen Fragen zur persönlichen Entscheidung und Entscheidungsfindung, zu den standardisierten Behandlungsstrategien und möglichen alternativen Behandlungsmöglichkeiten (Brown et al., 2012, S. 2). Für die Entwicklung der QPL wurden Gruppeninterviews mit Patient*innen geführt, die sich im Rahmen ihrer Behandlung für die Teilnahme an einer klinischen Studie entschieden hatten und diejenigen, die sich gegen die Teilnahme entschieden hatten. In einer Pilotstudie wurde darauf folgend die Anwendung im klinischen Alltag getestet (Brown et al., 2012, S. 2–3). Die Stichprobe umfasste neben Patient*innen mit Brust-, Lungen- oder Prostatakrebs auch sechs behandelnde Ärzte eines New Yorker Krebszentrums (Brown et al., 2012, S. 3). Für die Studie wurde ein Vorgespräch mit den Teilnehmer*innen geführt. Hier nannten die Patient*innen unter anderem die Fragen, die sie während des Gespräches mit dem Arzt/der Ärztin ansprechen wollten. Die Gespräche zwischen Patient*innen und Ärzt*innen wurden mit Hilfe einer Audioaufnahme aufgezeichnet (Brown et al., 2012, S. 3). Insgesamt nahmen 25 Patient*innen an der Testung der QPL teil. Es zeigte sich, dass es sowohl Patient*innen in der Teilnehmer*innengruppe gab, die den Ärzt*innen Behandlungsentscheidungen überwiegend überlassen wollten als auch die Patient*innen, die mit den Ärzt*innen gemeinsam entscheiden wollten bzw. die selbst entscheiden wollten. (Brown et al., 2012, S. 5). Es zeigte sich bereits in dem Gespräch vor dem Arztkontakt, dass bestimmte Fragestellungen von der Patient*innengruppe als bedeutsamer eingeschätzt wurden als andere. Zwei der am häufigsten genannten Fragen, die die Patient*innen stellen wollten, befassen sich mit dem Erfolg und den Risiken der

Behandlung. Weiterhin war es den Patient*innen wichtig zu erfahren, ob die Behandlungsform bereits bei Betroffenen mit ähnlichen Voraussetzungen durchgeführt wurde (Brown et al., 2012, S. 5). Es zeigte sich im Arzt-Patienten-Gespräch, dass die Patient*innen nicht alle Fragen stellten, die sie stellen wollten. Manche dieser Fragen wurden bereits von den Ärztinnen aufgegriffen. Über 50% der Teilnehmer*innen stellten im Gespräch Fragen über die Erfolgsquoten, mögliche Nebenwirkungen sowie zu weiteren belastenden Faktoren der Behandlungsstrategie. Obwohl eine Vielzahl der Teilnehmer*innen angab, fragen zu wollen, ob die Behandlung bei Patient*innen mit ähnlichen Voraussetzungen wirkungsvoll war, stellten letztendlich nicht einmal 40% diese Frage (Brown et al., 2012, S. 7).

Im Rahmen des Projektes von Mc Lawhorn, Vess und Dumas (2016) sollte eine QPL als Kommunikationshilfe dienen. Das Ziel ist die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patient*innen mit Krebserkrankungen. Die QLP soll dazu beigetragen, dass gezielt die Wünsche der Betroffenen für die Behandlung und ggf. lebenserhaltende Maßnahmen am Ende des Lebens formuliert und Empfehlungen für die Behandlung innerhalb eines Hospizes ausgesprochen werden (McLawhorn, Vess & Dumas, 2016, S. 386). Das genaue Wissen um die eigene Prognose beeinflusst maßgeblich die Behandlungsentscheidungen und das psychologische Wohlbefinden des Patient*innen. So verbessert sich nicht nur die Lebensqualität am Lebensende, auch werden Entscheidungen in Bezug auf die Versorgung am Lebensende getroffen (Diamond, Corner, De Rosa, Breitbart & Applebaum, 2014 zit. nach McLawhorn et al., 2016, S. 386). Die Patient*innen entschlossen sich früher für eine Behandlung in einem Hospiz und legten Patientenverfügungen (Kao et al., 2014 zit. nach McLawhorn et al., 2016, S. 386; Yun et al., 2011 zit. nach McLawhorn et al., 2016, S. 386). Mc Lawhorn et al. (2016) erklären, dass die Literatur bereits belegt, dass QPL`s dazu geeignet sind, die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen positiv zu beeinflussen (McLawhorn et al., 2016, S. 386). Zur Implementierung der Nutzung einer QPL trafen die Verantwortlichen zunächst Maßnahmen, um die pflegerische und das ärztliche Leitungsebene für die Unterstützung des Projektes zu gewinnen. Ein Problem stellte dabei vor allem die Vorstellung dar, dass Patient*innen den Kampf gegen den Krebs verlieren würden (McLawhorn et al., 2016, S. 387). Innerhalb einer Broschüre wurde eine bereits existierende QPL zitiert. Diese wurde zuvor auf Eindeutigkeit und Verständlichkeit überprüft (McLawhorn et al., 2016, S. 387).

Die Implementierung fand auf zwei stationären onkologischen Stationen statt. Innerhalb der ersten Erhebung wurden 128 Patient*innen einbezogen. In eine zweite Datenerhebung (nach Implementierung der QPL) wurden 166 Patient*innen einbezogen (McLawhorn et al., 2016, S. 387). Bei der Aufnahme erhielten alle Patient*innen die QPL innerhalb einer Zusammenstellung unterschiedlicher Informationsmaterialien (McLawhorn et al., 2016, S. 388). Die Anzahl der Patientenverfügungen nach Einführung der QPL stieg von 24 Prozent auf insgesamt 39 Prozent (McLawhorn et al., 2016, S. 388). Ein direkter Zusammenhang zwischen der Einführung der QPL und den ansteigenden Zahlen der Patientenverfügung kann jedoch nicht gezogen werden (McLawhorn et al., 2016, S. 388). McLawhorn et al. (2016) betonen die besondere Rolle der Pflegekräfte innerhalb dieses Projektes. Sie unterstützen die Idee, das Bewusstsein der Patient*innen für ihre Erkrankung und deren Schweregrad zu stärken. Die QLP als Entscheidungshilfe wurde den Patient*innen durch die Pflegekräfte nähergebracht. Damit Pflegekräfte die Patient*innen jedoch dazu ermutigen können, einen Dialog über ihre Prognose zu führen, benötigen sie Schulungen (McLawhorn et al., 2016, S. 388).

Auch Yeh, Cheng, Chung und Smith (2014) passten bereits eine vorhandene QPL aus anderen Studien für ihr Vorhaben an (Yeh, Cheng, Chung & Smith, 2014, S. 137). Die Fragen der QLP wurden hierfür im Sinne einer besseren Verständlichkeit gekürzt und/oder vereinfacht (Yeh et al., 2014, S. 138). In der Pilotstudie untersuchte die Forschergruppe, inwieweit eine QPL innerhalb des ersten Arzt-Patienten-Kontakts bei Patient*innen mit fortgeschrittenem Krebs im Kopf- und Nackenbereich eingesetzt werden kann (Yeh et al., 2014, S. 137). Ziel war es zu erkennen, wie sich Angst und Zufriedenheit der Patient*innen entwickelt und ob sie und Akteur*innen des Gesundheitswesens die QPL entsprechend nutzen (Yeh et al., 2014, S. 138). Die Ängste der Patient*innen sollten reduziert werden. Außerdem sollten sie sich darin bestärkt fühlen, mit ihren behandelnden Ärzt*innen über

die in der QPL dargestellten Schwerpunkte zu sprechen. Innerhalb der Studie wurden die Angst der Patient*innen sowohl vor und nach Arztkontakt, ihr Informationswunsch/-bedarf, ihre Tendenz in Entscheidungsfragen bezüglich Behandlung, d.h. eher aktiv mitentscheiden oder passiv hinnehmen (Yeh et al., 2014, S. 138). Insgesamt wurden 30 Patient*innen mit fortgeschrittener Tumorerkrankung im Kopf- und/oder Halsbereich in die Studie einbezogen. Die teilnehmenden Patient*innen erklärten, überwiegend so detailreiche Informationen wie möglich erhalten zu wollen. Alle Patient*innen wollten entweder selbst oder zumindest gemeinsam mit dem Arzt Behandlungsentscheidungen treffen. Ferner konnte festgestellt werden, dass die Angst der Patient*innen geringer nach dem Gespräch mit den Ärzt*innen war. Die Betroffenen zeigten zudem eine große Zufriedenheit. Für nahezu alle Patient*innen war die QPL verständlich (Yeh et al., 2014, S. 139).

Rodenbach et al. (2017) führten aufbauend auf einer von ihnen bereits durchgeführten RCT-Studie eine Post-hoc-Analyse durch, in deren Rahmen sie prüften, ob die von ihnen durchgeführte Patientenschulung (inklusive Vorstellung einer QPL) dazu führte, dass die Patient*innen mehr Themenbereiche im Gespräch mit den Onkolog*innen ansprachen (Rodenbach et al., 2017, S. 842). An der Erhebung nahmen Onkolog*innen der ambulanten Versorgung und Patient*innen mit fortgeschrittenen, nicht hämatologischen Krebserkrankungen, die mindestens 21 Jahre alt waren und Englisch verstehen konnten, teil. Mit Hilfe des Zufallsprinzips wurden 12 Ärzt*innen und 84 Patient*innen der Interventionsgruppe und 12 Ärzt*innen und 86 Patient*innen der Kontrollgruppe zugeordnet. Dabei war die Zuordnung der Patient*innen entsprechend der Zuordnung ihrer behandelnden Ärzt*innen (Rodenbach et al., 2017, S. 843f.). Die teilnehmenden Patient*innen und ihre Vertrauten erhielten ein 3-tägiges Training, das zwei Sozialarbeiter durchführten. Innerhalb eines der Trainings erhielten die Patient*innen ein „QPL booklet“. Des Weiteren wurden in dem Training die zwei bis drei bedeutendsten Themen aus Sicht der Patient*innen für das Gespräch mit den Onkolog*innen herausgearbeitet. Die Patient*innen wurden darin geschult, Fragen zu stellen und Zweifel im Gespräch mit den Ärzt*innen zu verbalisieren (Rodenbach et al., 2017, S. 843). Die teilnehmenden Patient*innen sowie ihre Vertrauten in der Interventionsgruppe stellten signifikant häufiger Fragen und auch ähnliche Fragen, die innerhalb des QPL wiederzufinden waren (Rodenbach et al., 2017, S. 845–846). In den Gesprächsaufnahmen zwischen Ärzt*innen, Patient*innen und ihren Vertrauten konnte ein Großteil der Themen aus den zuvor durchgeführten Coachings und der QPL identifiziert werden (Rodenbach et al., 2017, S. 847–848).

Topics related to expectations/prognosis, current cancer state, goals of treatment, cancer treatment, symptom management, and preferences/concerns about care at the end of life were more commonly brought up during the office visit of intervention-group patients. Overall, intervention-group patients brought up significantly more topics related to expectations/prognosis than control-group patients did (P = .02)

(Rodenbach et al., 2017, S. 846).

Die am häufigsten aus QPL angesprochenen Themen sind die Behandlungsverfahren, das aktuell bestehende Tumorstadium, der weitere Krankheitsverlauf und Vorstellungen über die Versorgung am Lebensende. Weiterhin konnten auch Gesprächsthemen zwischen den Onkolog*innen und Patient*innen erfasst werden, die nicht in Verbindung mit der QPL standen. Hierzu gehörten z.B. planerische Aspekte in Bezug auf die Medikation, finanzielle Aspekte und die Möglichkeit von Urlauben (Rodenbach et al., 2017, S. 3). Es wurde festgestellt, dass die Kontrollgruppe ca. ein Drittel der Fragen aus der QPL nicht im Gespräch thematisierte (Rodenbach et al., 2017, S. 846). Im Rahmen der Studie konnte also nachgewiesen werden, dass die Trainings für Patient*innen mittels der QPL sowie das durchgeführte Kommunikationstraining für die behandelnden Ärzt*innen dazu beitragen konnten, dass Patient*innen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen sich gezielt Informationen einholen und Behandlungswünsche kommunizieren. Themen in Bezug auf den Krankheits-

verlauf wurden sehr häufiger besprochen. Jedoch konnte die Intervention die unterschiedlichen Sichtweisen der Patient*innen und der Ärzt*innen auf die Erkrankung und ihre Prognose nicht angleichen (Gramling et al. zit. nach Rodenbach et al., 2017, S. 849). Weiterhin zeigte sich, dass Patient*innen das Thema der Prognose nicht als vordergründig betrachteten. Es konnte weiterhin nicht nachgewiesen werden, dass die Intervention Entscheidungen in Bezug auf die Gestaltung des Lebensendes beeinflusste (Rodenbach et al., 2017, S. 848f.).

4.3 Zielsetzung des Konzeptes

Die Zielsetzung des Konzeptes besteht in der Entwicklung eines pflegerischen Unterstützungs- und Betreuungskonzeptes mit dem Fokus auf eine hilfreiche und unterstützende Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patient*innen. Das Konzept soll einen Beitrag zur Lösung der identifizierten Problemlagen (vgl. Kapitel 4.1.1) liefern. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass das Konzept lediglich Anregungen und Vorschläge beinhaltet, die im Falle einer Implementierung auf die institutionellen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten angepasst werden müssen.

Die Ziele des Konzeptes richten sich an drei Zielgruppen aus:

- a) Zielgruppe Patient*innen – Onkologische Patient*innen sollen in ihrer Autonomie gestärkt werden und an Entscheidungsprozessen teilhaben.
- b) Zielgruppe Pflegende – Das Konzept soll den Pflegenden einen begründeten und orientierenden Handlungsrahmen für pflegerische Kommunikation bieten und damit einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten.
- c) Zielgruppe Institution – Durch das Konzept soll pflegerische Kommunikation innerhalb der Berufsgruppe und auch für andere Berufsgruppen transparenter werden und interdisziplinäre Abstimmungsprozesse sollen verbessert werden.

Im Folgenden werden exemplarisch Ziele zu den Zielgruppen „Patient*innen“ und „Pflegende“ benannt. Die Ziele für die Institution können erst im Zuge einer Implementierung operationalisiert werden.

Zielgruppe Patient*innen

Die Patient*innen:

- fühlen sich in ihren somatischen und emotionalen Belastungen von den Pflegenden wahrgenommen und verstanden,
- werden während der Therapiephase von den Pflegenden umfassend informiert und beraten, vor allem hinsichtlich des Umgangs mit Nebenwirkungen,
- werden von den Pflegenden bei Körperbildveränderungen durch sensible und empathische Gespräche begleitet und in der Akzeptanz dieser Veränderungen durch entsprechende pflegfachliche Anleitung unterstützt.

Zielgruppe Pflegende

Die Pflegenden:

- gewinnen Sicherheit im Umgang mit belastenden Gesprächssituationen,
- erkennen und nutzen den eigenen Entscheidungs- und Handlungsspielraum in Bezug auf die Kommunikation mit onkologischen Patient*innen und grenzen diesen von der Kommunikation anderer Berufsgruppen (z.B. Psychoonkologen, Ärzte) ab,
- verfügen über ein Repertoire an kommunikativen Strategien, die sie entsprechend der individuellen Patientensituation anwenden.

Die Ziele korrespondieren mit dem Erwerb und der Förderung kommunikativer Kompetenzen, die für eine gelungene Bewältigung von Pflegesituationen in der Onkologie essentiell sind. Die im Rahmen einer berufswissenschaftlichen Qualifikationsforschung empirisch erfassten Kompetenzen bei Pflegenden in der Onkologie (Raschper, 2015) wurden den Problemlagen, die im Rahmen der Problembewertung (vgl. Kapitel 4.1.2) identifiziert wurden,

zugeordnet. Somit wird deutlich, über welches Kompetenzprofil Pflegenden verfügen sollten, um diesen Problemen in der Praxis zu begegnen.

Problemlage 1: Kommunikation als pflegerische Handlung

Kompetenzbereich „Professionelles Verständnis“

Die Pflegenden:

- verstehen Kommunikation als Basis pflegerischer Beziehungen zu onkologischen Patient*innen und infolgedessen als ihre originäre Aufgabe,
- setzen sich für institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen ein, die dem Stellenwert pflegerischer Kommunikation gerecht werden,
- vertreten pflegerische Kommunikation als originäre Aufgabe von Pflege, sowohl im pflegerischen Team als auch im Dialog mit anderen Berufsgruppen.

Kompetenzbereich „Ethisches Verständnis“

Die Pflegenden:

- lassen sich im kommunikativen Verhalten von ihrem ethischen Anspruch leiten,
- setzen sich mit grundlegenden ethischen Prinzipien ihrer Profession auseinander und entwickeln unter Berücksichtigung persönlicher Werte und Einstellungen einen ethischen Anspruch. Der ethische Anspruch der Pflegenden ist leitend für das Beurteilen von Bedingungen und Handlungsmöglichkeiten in der konkreten Situation, für das kommunikative Verhalten selbst und für eine Reflexion des Verhaltens.
- erkennen Widersprüche zwischen ihrem ethischen Anspruch und den Bedingungen beruflicher Praxis und sind in der Lage, Lösungen zu schaffen. Mit Blick auf ihren Verantwortungsbereich erkennen Pflegende eigene Möglichkeiten und auch Grenzen im Umgang mit Widersprüchen, die das weitere Handeln beeinflussen. Wenn Pflegende Widersprüche selbst nicht lösen können, thematisieren sie diese mit Kollegen und Mitarbeitern anderer Berufsgruppen in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess.

Problemlage 2: Datenerhebung, Informationsweitergabe und (interdisziplinäre) Transparenz

Kompetenzbereich „Ethisches Verständnis“

Die Pflegenden:

- ermöglichen Privatsphäre und eine vertrauliche Gesprächsatmosphäre,
- achten auf Vertraulichkeit, indem sie durch ihr Verhalten die Gesprächssituationen vom übrigen Geschehen und von Unbeteiligten abgrenzen und schützen,
- schützen die Intimsphäre onkologischer Patient*innen und berücksichtigen dabei insbesondere ihre individuelle Auseinandersetzung mit Körperbildveränderungen und psychischen Beeinträchtigungen,
- grenzen sich von Gesprächsinhalten, die der ärztlichen Aufklärungspflicht unterliegen ab. (insbesondere Diagnosestellung). Bei Nachfragen seitens der Patient*innen verweisen sie an den/die zuständigen Arzt/Ärztin oder organisieren einen Gesprächstermin.

Kompetenzbereich „Wissen“

Die Pflegenden:

- verfügen über ein umfassendes Wissen in Bezug auf die jeweiligen onkologischen Patient*innen, um in der konkreten Situation individuell auf sie eingehen zu können,
- informieren sich in der Patientendokumentation, um sich einen Überblick zur Erkrankung, zum Krankheitsverlauf, zur Therapie, zu pflegerischen Problemen und Interventionen sowie zur familiären und sozialen Situation der Patient*innen zu verschaffen,

- tauschen sich mit Kolleg*innen und Mitarbeiter*innen anderer Berufsgruppen aus, um bestimmte Aspekte, die die Lebens- und Krankheitssituation der Patient*innen betreffen, differenzierter zu betrachten und letztendlich in der Kommunikation zu berücksichtigen.

Problemlage 3: Professionelle Integration von Angehörigen in den Pflegeprozess

Kompetenzbereich „Ethisches Verständnis“

Die Pflegenden sprechen mit onkologischen Patient*innen ab, wer von den Angehörigen Auskunft erhalten und in pflegerische Gespräche eingebunden werden darf.

Kompetenzbereich „Wahrnehmung und Verständigung“

Die Pflegenden:

- erfassen Strukturen und Einflüsse des familiären Umfeldes onkologischer Patient*innen und in diesem Zusammenhang auch Ressourcen sowie den Bedarf an Hilfe,
- nehmen das familiäre Umfeld und dessen Bedeutung für onkologische Patient*innen wahr,
- fördern familiäre Ressourcen und sorgen bei Problemen für entsprechende Unterstützung. In diesem Zusammenhang erkennen sie die Notwendigkeit, Mitarbeiter anderer Berufsgruppen hinzuzuziehen.
- ermöglichen, dass Angehörige in pflegerische Gespräche einbezogen werden, insofern es der Wunsch der Patient*innen ist,
- bestärken onkologische Patient*innen und ihre Angehörigen dahingehend, gemeinsam möglichst offen und ehrlich mit der Erkrankung umzugehen.

Problemlage 4: Schwierige Gesprächssituationen

Kompetenzbereich „Emotionale Disposition“

Die Pflegenden:

- sind in der Lage, eigene emotionale Belastungen zu erkennen und Strategien zur Entlastung und Förderung der psychischen Gesundheit anzuwenden,
- nehmen bei Bedarf unterstützende und entlastende Angebote (z.B. Teamsupervision) an,
- erkennen und akzeptieren eigene Grenzen und ziehen bei problematischen oder gar krisenhaften Situationen mit onkologischen Patient*innen Kolleg*innen oder Mitarbeiter*innen anderer Berufsgruppen (z.B. Psychoonkolog*innen, Seelsorger*innen) hinzu,
- sind in der Lage zu einem angemessenen Verhältnis zwischen emotionaler Nähe und professioneller Distanz,
- können sich emotional abgrenzen, insbesondere wenn Patient*innen starke Gefühle wie Wut und Zorn auf sie projizieren. Dabei verhalten sie sich sachlich, setzen jedoch Grenzen und weisen ungerechtfertigte Äußerungen entschieden zurück.
- akzeptieren, dass Krankheit, Sterben und Tod zum natürlichen Leben gehören,
- schätzen ihre Handlungs- und Einflussmöglichkeiten realistisch ein. In diesem Zusammenhang akzeptieren sie Tatsachen (z.B. progredienter Krankheitsverlauf, das nahende Lebensende), die sie nicht beeinflussen können.

Kompetenzbereich „Wahrnehmung und Verständigung“

Die Pflegenden:

- akzeptieren besonders quälende und belastende Gefühle onkologischer Patient*innen und helfen ihnen dabei, diese auszuhalten und damit umzugehen,
- konsultieren Mitarbeiter*innen anderer Berufsgruppen (z.B. Psychoonkolog*innen, Ärzt*innen), vor allem wenn sich belastende Gefühle manifestieren,
- erfassen subjektive Krankheitsvorstellungen onkologischer Patient*innen und nehmen in ihrem kommunikativen Verhalten darauf Bezug,

- informieren sich darüber, inwieweit onkologische Patient*innen über ihre Erkrankung ärztlich aufgeklärt sind,
- berücksichtigen in ihrem kommunikativen Verhalten den Stand der ärztlichen Aufklärung sowie die subjektive Krankheitsvorstellung der Patient*innen,
- bestätigen Falschvorstellungen onkologischer Patient*innen in Bezug auf ihre Erkrankung weder direkt noch indirekt,
- organisieren ein (weiteres) ärztliches Gespräch, wenn verleugnendes Verhalten anhält oder Patient*innen erforderliche Interventionen aufgrund unrealistischer Krankheitsvorstellungen ablehnen,
- nehmen Ängste wahr und lindern sie,
- nehmen wahr, wenn onkologische Patient*innen bei großer Angst oder Panik kognitiv nicht in der Lage sind, Informationen aufzunehmen. In solchen Situationen sorgen Pflegende durch Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation (z.B. Berührungen, entspannende Massagen wie atemstimulierende Einreibung, Hand- und Fußmassagen) für Entspannung,
- erkennen Unsicherheiten in Bezug auf die veränderte Lebenssituation onkologischer Patienten und vermitteln durch ihr kommunikatives Verhalten Orientierung und Sicherheit,
- erfassen und konkretisieren Unsicherheiten onkologischer Patient*innen durch Zuhören, Beobachten und Nachfragen.

In der *Problemlage 5: Erwerb und Förderung von kommunikativen Kompetenzen im onkologischen Setting* wurden Fort- und Weiterbildungsbedarfe von Pflegenden thematisiert und Hemmnisse in der Organisation, inhaltlichen Ausgestaltung und Umsetzung benannt. Die oben benannten Kompetenzen können als Hilfestellung und „Wegweiser“ bei der Konzeption von Bildungsangeboten dienen. Eine klar definierte Intention und eine darauf ausgerichtete inhaltlich-methodische Planung sind die Voraussetzung für effektive Bildungsveranstaltungen und letztendlich für den Transfer von Wissen in die Pflegepraxis.

4.4 Instrumente und Verfahren

Bereits bekannte Instrumente und Verfahren werden in dieser Phase an das Konzept angepasst, bzw. es werden neue Verfahren oder Instrumente entwickelt. Zunächst ging es darum, im Rahmen einer Literaturanalyse bestehende Assessments (vgl. Kapitel 4.2.1) sowie Unterstützungs- und Betreuungskonzepte (vgl. Kapitel 4.2.2) zu identifizieren.

Ausgewählte Assessments und Anforderungen an Unterstützungs- und Betreuungskonzepte wurden mit Pflegenden der Praxispartner hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit diskutiert. Als Methode wurde die Gruppendiskussion gewählt, die im Folgenden vorgestellt wird.

Gruppendiskussionsverfahren werden nach ihrer Erkenntnisabsicht differenziert. Projektbezogen soll die Gruppendiskussion ermittelnden Charakter haben. Dabei werden Informationen und Befunde inhaltlicher Art über gruppendynamische Prozesse erhoben (Lamnek, 1998). Im Fokus steht die informelle Gruppenmeinung (Mangold, 1960), die Aufschluss über Bedeutungen, Bedenken, jedoch auch Widerstände hinsichtlich der Interventionen geben soll. Im Verlauf werden zwei problemzentrierte Gruppendiskussionen mit Expert*innen durchgeführt. Die Problemzentrierung ermöglicht, die im Vorfeld identifizierten Themengebiete und Vorannahmen zu prüfen und eine entsprechende Adaption der zentralen Inhalte des Konzeptes zu initiieren (Kühn & Koschel, 2018, S. 95f; 275f). Die Diskussionen finden in „Minigruppen“ statt. Die angestrebte Teilnehmer*innenzahl liegt zwischen 4-6 Teilnehmer*innen. Der Vorteil von Minigruppen ist, dass die Teilnehmer*innen mehr Redezeit zur Verfügung haben und aufgrund der geringen Gruppengröße vorteilhafte gruppendynamische Effekte entstehen. Das soziale Gefüge veranlasst alle Teilnehmer*innen sich an den Diskussionen zu beteiligen und ein „soziales Trittbrettfahren“ wird minimiert (Kühn & Koschel, 2018, S. 278f). Die erste Gruppendiskussion dient der Überprüfung und Adaption von Assessmentinstrumenten, die aus der Literaturrecherche hervorgehen. Die

zweite Gruppendiskussion hat zum Ziel, die identifizierten Problemlagen aus den Experteninterviews näher zu betrachten und Interventionen abzuleiten, beziehungsweise auf ihre Praxistauglichkeit zu überprüfen.

Die Erstellung von halbstrukturierten Leitfäden ermöglicht die Sicherstellung der im Vorfeld identifizierten Themen und Fragestellungen (Kühn & Koschel, 2018, S. 94f). Die Entwicklung der Leitfäden (siehe Anhang, exemplarisch für Problemlage 1) erfolgte innerhalb des Projektteams und in Anlehnung an die gewonnenen Erkenntnisse aus dem theoretischen Bezugsrahmen sowie den durchgeführten Experteninterviews.

Zur Auswertung des transkribierten Interviewmaterials der Gruppendiskussionen bietet sich die von Bohnsack und Mangold (Bohnsack, 2000) entwickelte dokumentarische Methode an. Dabei werden mehrere Schritte der Interpretation (formulierende, reflektierende, dokumentarische Interpretation) beschrieben, bevor eine Typenbildung durchgeführt wird. Von Bedeutung ist insbesondere das gemeinsame implizite Wissen der Pflegenden („tacit knowledge“), das den Diskussionsgegenstand und -prozess maßgeblich beeinflusst.

Die Gruppendiskussionen wurden in der Fachhochschule Bielefeld jeweils in einem Zeitrahmen von fünf Stunden durchgeführt. Die Teilnehmer*innen sind Pflegendе aus dem onkologischen Setting der kooperierenden Praxispartner. Die Praxispartner erhielten erneut ein Anschreiben und organisierten die Teilnehmer*innengewinnung. Die akquirierten Teilnehmer*innen wurden erneut persönlich angeschrieben und über die freiwillige Teilnahme an der Gruppendiskussion aufgeklärt. Die Datenschutzbestimmungen wurden von den Kooperationspartnern geprüft. Die Teilnehmer*innen willigten schriftlich ein.

4.4.1 Instrumente

4.4.1.1 Ausgewählte Assessmentinstrumente

Wie bereits in der theoretischen Verankerung (Kapitel 4.2.1) dargestellt, bieten Assessments Pflegenden die Möglichkeit, eine erste Einschätzung über die aktuellen Problemlagen der Patient*innen vorzunehmen. Die Wahl eines Erhebungsverfahrens ist eng an die Zielperspektive und an das Einsatzgebiet mit seinen Ressourcen verbunden. Innerhalb der regulären klinischen Versorgung tumorerkrankter Patient*innen werden eher psychosoziale Assessments gewählt, die einem Screening gleichkommen. So werden Patient*innen mit psychosozialen Problemen identifiziert und weitere diagnostische Schritte eingeleitet (Mehnert et al., 2006, S. 465). Um Assessments erfolgreich in die Praxis zu implementieren ist es notwendig, genügend zeitliche Ressourcen aufzuwenden. Im weiteren Verlauf erfolgt die Beschreibung der drei Assessmentinstrumente, die den Pflegenden im Rahmen der Gruppendiskussionen vorgestellt wurden.

Distress Thermometer

Das Distress Thermometer entstand innerhalb „der Erarbeitung von Leitlinien zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten“ durch das NCCN (Herschbach & Weis, 2010, S.14). Es zählt zu den bekanntesten Instrumenten zur Einschätzung von Distress (Carlson et al., 2012, S. 1161). Dabei handelt es sich um ein Instrument zur Selbsteinschätzung von Belastungen (Mehnert et al., 2006, S. 466). Das Ziel der Anwendung besteht darin, neben einer validen psychologisch-psychiatrischen Diagnostik auch „soziale, emotionale, familiäre und spirituelle Problemstellungen“ erfassen zu können (Mehnert et al., 2006, S. 466). Es gilt als anwendbar für alle unterschiedlichen Tumorerkrankungen. Das Distress Thermometer und die Problemlist ist durch die Patient*innen in dem jeweiligen Setting, in dem sie sich befinden, auszufüllen. Es besteht aus einer visuellen Analogskala in Form eines Thermometers, die von 0 („gar nicht belastet“) bis 10 („extrem belastet“) reicht, und einer Problemlist. Ein Wert ab fünf gilt als Indikator für Unterstützungsbedarf. Die Problemlist ermöglicht es, den Auslöser der Belastung zu identifizieren Sie

umfasst die Bereiche *körperliche, praktische, familiäre, emotionale* und *spirituelle* Probleme. Hierfür sind insgesamt 36 Items, welche mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten sind, hinterlegt (Herschbach & Weis, 2010, S. 15f.). Vorteile des Distress Thermometers sind neben der schnellen und validen Generierung von Informationen und der einfachen Auswertbarkeit auch die Tatsache, dass es gut von älteren Patient*innen sowie von Patient*innen mit stark fortgeschrittener Erkrankung genutzt werden kann. Jedoch kann durch das Distress Thermometer nur eine „allgemeine psychosoziale Belastung“ (Herschbach & Weis, 2010, S. 17) festgestellt werden. Die Wahrscheinlichkeit einer psychologischen Erkrankung der Patient*innen kann es nicht abbilden (Herschbach & Weis, 2010, S. 17). Sowohl die Objektivität als auch die Validität sind international bestätigt worden. Lediglich zur Reliabilität können keine gültigen Aussagen getroffen werden (Herschbach & Weis, 2010, S. 16).

Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)

Die psychoonkologische Basisdokumentation wurde von einer Arbeitsgruppe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (DAPO) und der Psychoonkologischen Arbeitsgruppe der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) (unter Mitarbeit von Keller, Blettner, Schneider, Strittmatter, Schumacher, Bradl, Marten-Mittag, Knight und Herschbach). Dabei handelt es sich um ein Fremdbeschreibungsinstrument zur Erfassung des psychosozialen Befindens von Krebspatienten (Mehnert et al., 2006, S. 466). Die Entwicklung der PO-Bado hatte zum Ziel „ein Kategoriensystem zu entwickeln, das es erlaubt, das psychosoziale Befinden von Krebskranken einheitlich und reliabel zu beschreiben und zu quantifizieren“ (Herschbach & Weis, 2010, S. 25). Damit wird dem Anwender/der Anwenderin eine Messung der subjektiven Belastung der Erkrankten (bezogen auf die letzten drei Tage) ermöglicht (Herschbach & Weis, 2010, S. 27). Zudem soll die PO-Bado die interdisziplinäre Kommunikation unterstützen (Herschbach, P. & Marten-Mittag, B., 2009, S. 16). Insgesamt liegen drei Versionen dieses Assessmentinstrumentes vor. Die Standardversion, die Kurzform sowie eine Version für Brustkrebspatient*innen (Herschbach & Weis, 2010, S. 26). Im weiteren Verlauf wird sich auf die Standardversion bezogen.

Die Po-Bado kann zur Beschreibung des Befindens (bei mehrfachem Einsatz auch den Verlauf), zum Vergleich mit einer Datenbank mit Ergebnissen anderer Krebspatient*innen oder auch zur Feststellung bzw. Begründung eines Betreuungsbedarfes genutzt werden (Herschbach & Marten-Mittag, 2009, S. 3). Sie dient der Einschätzungen des Belastungsgrades und soll von Ärzt*innen, Psycholog*innen, von Pflegenden und weiteren Berufsgruppen genutzt werden (Herschbach, P. & Marten-Mittag, B., 2009, S. 3). Die Einschätzung des Befindens der Patient*innen wird immer durch professionelle Akteur*innen der Einrichtung vorgenommen. Hierfür ist das persönliche Gespräch unerlässlich, um auch non-verbale Signale berücksichtigen zu können (Herschbach, P. & Marten-Mittag, B., 2009, S. 4). Eine weitere wichtige Voraussetzung stellen die kommunikativen Fähigkeiten der Patient*innen innerhalb der Erhebungssituation dar. Sollten die Patient*innen sich aufgrund von z.B. Schmerzen nicht angemessen äußern können, so ist das Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt zu führen (Herschbach, P. & Marten-Mittag, B., 2009, S. 4). Für dieses Gespräch mit den Patient*innen, in dem alle Bereiche der PO-Bado angesprochen werden sollten, liegt ein Interviewleitfaden innerhalb des Manuals vor. Es wird angemerkt, dass zu jedem Bereich zunächst eine sehr allgemeine Orientierungsfrage zu formulieren ist. Auf diese sollen spezifischere Fragestellungen der interviewenden Person folgen. Auch hierfür finden sich im Manual Beispiele zu jedem einzelnen Bereich. (Herschbach, P. & Marten-Mittag, B., 2009, S. 16ff.).

Die Standardversion der PO-Bado enthält Angaben zur Patientendokumentation, zu somatischen Belastungen (4 Items), zu psychischen Belastungen (8 Items), zu zusätzlichen Belastungsfaktoren (3 Items) sowie eine Frage nach möglichen Fremddursachen der Belastungen und ein Item, das die Indikation für eine psychologische Behandlung thematisiert (Herschbach, P. & Marten-Mittag, B., 2009, S. 4). Die somatischen und psychischen Belastungen sind durch die interviewende Person auf einer Skala von 0 (keine Belastung) bis 4 (sehr starke Belastung) zu bewerten. Im Zentrum des Gespräches und der Bewertung

stehen die letzten drei Tage sowie das subjektive Erleben der Patient*innen und nicht die Stärke des jeweiligen Symptoms (Herschbach, P. & Marten-Mittag, B., 2009, S. 5). Die weiteren Belastungsfaktoren sind mit „gegeben“ oder „nicht gegeben“ zu bewerten. Diese beziehen sich hauptsächlich auf soziale Faktoren. Das Interview beträgt ca. 25-30 Minuten (Herschbach & Weis, 2010, S. 27). Neben dem Interview können u.a. Verhaltensbeobachtungen, Fremdschilderungen durch Angehörige und Mitpatient*innen, das nonverbale Verhalten und das Sozialverhalten der Patient*innen berücksichtigt werden (Herschbach, P. & Marten-Mittag, B., 2009, S. 6). Für die Gesamtauswertung der PO-Bado gilt:

- Weist der Patient/die Patientin in den somatischen oder in den psychischen Belastungsitems mindestens ein Rating 4 auf oder mindestens zweimal das Rating 3, so kann er/sie als psychoonkologisch betreuungsbedürftig eingestuft werden.
- Liegen seine Ratings in den somatischen und psychischen Items unterhalb dieser Kriterien, weist er/sie aber in den zusätzlichen Belastungsitems zweimal eine Ja-Antwort auf, so liegt ebenfalls Behandlungsbedarf vor
- Auch bei nur einer Ja-Antwort in den zusätzlichen Belastungsitems und zusätzlich mindestens einem Rating 3 in den somatischen oder in den psychischen Items sind dem Patienten/der Patientin psychoonkologische Maßnahmen anzuraten.

(Herschbach, P. & Marten-Mittag, B., 2009, S. 15).

Dient die Auswertung der PO-Bado der Empfehlung von Maßnahmen, so sind lediglich die Items zu bewerten, in denen die Patient*innen eine hohe Belastung erleben. Allerdings kann auch eine statistische Auswertung erfolgen. (Herschbach & Weis, 2010, S. 27). Hierfür kann z.B. die Software PO-Bado 2.0 den Vergleich der Daten eines Patienten/einer Patientin mit einer Vielzahl anderer Krebspatient*innen ermöglichen (Herschbach, P. & Marten-Mittag, B., 2009, S. 3). Die Reliabilität und Validität konnte bereits anhand von großen Stichproben von Patient*innen mit Krebserkrankungen nachgewiesen werden (Herschbach, Brandl, Knight & Keller, 2004 zit. nach Mehnert et al., 2006, S.466; Herschbach, 2006 zit nach Mehnert et al., 2006, S.466).

Supportiv Care Need Survey SF34

Um den Bedarf an Unterstützung zu erfassen, wurde der Supportiv Care Needs Survey (SCNS) entwickelt (Mehnert et al., 2006, S. 469). Die zu erfassenden Unterstützungsbedarfe sind den Bereichen „psychisches Befinden“, „Gesundheitssystem und Information“, „körperliches Befinden und Alltag“, „Pflege und Unterstützung“ sowie „Sexualität“ zuzuordnen (Mehnert et al., 2006, S. 469). Es existiert eine Version mit 59-Items sowie eine Kurzversion, die 34 Items umfasst (Lehmann, Koch & Mehnert, 2012, S. 2415). Im weiteren Verlauf wird sich auf die Kurzversion bezogen. Die Items können durch die Patient*innen selbst auf einer 5-Punkte-Likert Skala eingeschätzt werden. Diese reicht von „kein Bedürfnis nach Unterstützung“, wenn kein Problem besteht oder sie bereits Unterstützung erhalten, bis zu einem „hohen Unterstützungsbedarf“ (Lehmann et al., 2012, S. 2416).

Für die Validierung der deutschen Version des SCNS-SF34 wurden Teilnehmer*innen aus zwei bereits existierenden Studiengruppen rekrutiert. Diese befanden sich in stationärer oder ambulanter Tumorbehandlung oder in rehabilitativen Maßnahmen (Lehmann et al., 2012, S. 2416–2417). Aus den beiden Studien nahmen insgesamt 1147 Personen teil. Der Rücklauf aus der ersten Studiengruppe betrug insgesamt 41% der kontaktierten Personen, während aus der zweiten Studiengruppe 74% teilnahmen (Lehmann et al., 2012, S. 2417). Nahezu 80% der Teilnehmer*innen beendeten den Fragebogen vollständig. Die Ergebnisse zeigen eine einfache Handhabung und eine gute Akzeptanz auf Seiten der Pati-

ent*innen (Lehmann et al., 2012, S. 2422). Die Reliabilität konnte mit Cronbach's Alpha-Werten, die bei den unterschiedlichen Items von 0,82 bis zu 0,94 reichten, nachgewiesen werden (Lehmann et al., 2012, S. 2421). In der Subscalen intercorrelation zeigten sich hoch signifikante Werte zwischen allen Bereichen dieses Instrumentes (Lehmann et al., 2012, S. 2421). Innerhalb der Bestimmung der konvergenten Validität wurden Zusammenhänge zwischen den psychologischen Bereichen und dem Vorliegen einer Depression oder Angst gefunden. Der SCNS-SF34 wird als etabliert beschrieben und ermöglicht es, in seinen fünf Bereichen die Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Patient*innen darzustellen (Boyes, Grigs & Lecathelinais, 2009; Okuyama et al., 2009 & Au et al., 2009 zit. nach Lehmann et al., 2012, S. 2421).

4.4.1.2 Ergebnisse der Gruppendiskussion zu den Assessmentinstrumenten

Die Darstellung der Ergebnisse der Gruppendiskussion erfolgt in fünf Bereichen. Im ersten Schritt werden Anforderungen und Erwartungen der Expert*innen an ein praxistaugliches Assessmentinstrument für eine Bedarfserhebung im onkologischen Setting näher betrachtet. Der Schwerpunkt liegt auf der Erhebung von individuellen Bedarfen und Bedürfnissen von onkologischen Patient*innen im Bereich der Kommunikation. Die Bereiche zwei bis vier stellen eine differenzierte Auseinandersetzung und Analyse der ausgewählten Assessmentinstrumente durch die Expert*innen dar, die vorrangig auf ihre Praxistauglichkeit diskutiert wurden. Der fünfte Bereich schließt mit einer gedanklichen Zusammenfassung der Expert*innen zum Einsatz eines Assessments im Rahmen eines Konzeptes für eine hilfreiche und unterstützende Kommunikation mit onkologischen Patient*innen ab.

Bereich 1: Anforderungen und Erwartungen

Es konnten sieben Kernbereiche zum Aufbau und Einsatz eines Assessments im onkologischen Setting identifiziert werden. Diese umfassen den strukturellen Aufbau und die Handhabung von Assessmentinstrumenten, die Dokumentation, den zeitlichen Einsatz, die Präsenz von Angehörigen und Bezugspersonen, inhaltliche Parameter zur Erfassung des aktuellen Wissensstand der Patient*innen sowie die Erfassung einer sozialen Anamnese.

Der strukturelle Aufbau eines Assessments für den onkologischen Bereich sollte die Möglichkeit bieten, einen strukturierten Fragebogen mit offenen Gesprächsanteilen zu kombinieren. Eine Checkliste, die ausschließlich ein statisches Abfragen initiiert, wird von den Expert*innen ausgeschlossen.

„Ich find so dieses abarbeiten so einer Checkliste, also wenn man selbst da sitzt in der Situation, glaub ich ist das schwierig. Weil dann hat man wirklich das Gefühl, man wird so eingeordnet. Also dass es eher so ein bisschen so ein offenes Gespräch sein sollte, aber halt schon mit gezielten Fragen. Wo man Patienten ja zu gewissen führt letzten Endes. Aber eher so im offenen Fragebereich.“ (T2, Z. 93-97)

Die Struktur sollte also möglichst viel Raum für offene Gesprächseinheiten bieten. Ziel ist es, den Informationsgehalt mit Hilfe von offenen Gesprächsanteilen zu steigern und gleichzeitig die Individualität der Patient*innen zu berücksichtigen. Daraus resultierend wird für die Praxis eine Handhabung favorisiert, welche die selbstständige Anwendung des Assessments durch die Patient*innen mit Anteilen kombiniert, die durch das Pflegepersonal gezielt begleitet werden. Eine ausgenommen selbstständige Bearbeitung durch die Patient*innen birgt die Gefahr das wesentliche Informationen nicht immer vollständig angegeben werden.

„Ich find generell nicht ganz so gut, wenn man die Patienten solche Zettel selber ausfüllen lässt. Weil gerade wenn es so um das Befinden von Patienten geht, schreiben die ganz oft oder kreuzen an, dass es denen gut geht, dass die keine Beschwerden haben. Aber wenn man dann mit denen sich zusammensetzt und

sich mit denen unterhält, merkt man schon, dass da viel mehr Baustellen sind als sie selber sehen. Also deswegen finde ich es generell besser, dass man zusammen mit dem Patienten das ausfüllt." (T4, Z. 123-127)

Darüber hinaus werden Fragebögen, die eigenständig durch die Patient*innen bearbeitet werden im Vergleich zu einem „aufsuchendem Angebot“, wie beispielsweise einem Gespräch zur Identifikation von Beratungsbedarfen durch eine professionelle Pflegekraft, häufig seltener genutzt.

„Und die Patienten selber wissen eigentlich gar nicht, um was es in solchen Gesprächen auch geht. Oft verbinden die auch, die sehen nur dieses Wort Psycho und dann denken die, ich hab es ja nicht am Kopf. Das ist ganz oft so. Also das ist bei uns auch mit den Bögen. Ganz oft guckt man in die Akten, diese ganzen Bögen sind gar nicht da, weil die Patienten das gar nicht zurückgegeben haben.“ (T3, Z.155-158)

Die Expert*innen geben an, dass die Bedarfe bei einem „aufsuchenden Angebot“ wesentlich häufiger identifiziert und Angebote von onkologischen Patient*innen eingefordert werden.

„Also ein gutes Beispiel dafür ist, dass unsere Psychoonkologen zum Beispiel früher so ein aufsuchendes Angebot gemacht haben. Das heißt, die haben jeden Patienten, der neu kam, erstmal besucht und den kontaktiert und erklärt, was sie machen. Und dass es da wesentlich mehr Begleitungen gab als es jetzt der Fall ist, wo die personell so ein bisschen runtergeschraubt wurden. Und man den jetzt also von Seiten des aufnehmenden Arztes die Psychoonkologie empfiehlt und dann einen Fragebogen in die Hand drückt. Und dieser Rücklauf von diesem Fragebogen ist unheimlich schlecht. Ja also dieses aufsuchende Angebot ist wesentlich besser. Weil es auch so ein persönlicher Kontakt ist“ (T2, Z. 138-144).

Insbesondere komplexe Fragen, zum Beispiel im psychosozialen Bereich, sollten gemeinsam mit den Patient*innen bearbeitet und besprochen werden.

„Es kommt ja auf die Fragen an, was auf dem Zettel steht [...] Wenn es jetzt nur um eine Telefonnummer geht oder irgendwelche anderen Dinge, das ist ja nicht das Problem. Aber wenn es jetzt ich sag mal ans Eingemachte geht, dann seh ich das auch so. Dann find ich es auch besser, wenn man es zu zweit macht.“ (T1, Z. 129-132).

In Bezug auf die Anwendbarkeit für Patient*innen sollte das Assessment zudem nicht zu umfangreich gestaltet werden.

„Es darf kein Zettel sein, der von beiden Seiten komplett bedruckt ist, wo man stundenlang etwas ausfüllen müsste. Das wäre zu viel.“ (T1, Z. 312-113)

Eine Integration des Assessments in die Anamnese wird von den Expert*innen befürwortet. Ein Vorteil wäre, dass die Stammbblätter der Anamnese bei einem erneuten Aufenthalt der Patient*innen wieder zur Verfügung stehen. Eine weitere Möglichkeit stellt die Integration des Assessments in die Pflegeplanung dar. Der Vorteil dieser Methode ist die Abbildung und Dokumentation einer Verlaufskurve. Grundsätzlich wird beim Einsatz eines Assessments der interdisziplinäre Ansatz befürwortet.

„Aber wenn so eine Erstaufnahme ... wäre natürlich wünschenswert, dass man sagt, man geht Pflege und Arzt, praktisch gemeinsam zu dem Patienten, um erstmal überhaupt mit dem zusprechen. Aber ich glaube, das geht halt natürlich in diesen Stationsalltagen einfach unter sowas“ (T2, Z. 205-207)

Unter den aktuellen Rahmenbedingungen könnte ein interdisziplinäres Vorgehen am ehesten im Aufnahmegespräch realisiert werden. Eine standardisierte Dokumentation des Einsatzes und der Ergebnisse des Assessments wird von den Expert*innen ausdrücklich gewünscht. Ziel ist es, pflegerische Handlungen und Bedarfe sowie Bedürfnisse der Pati-

ent*innen transparent für alle Berufsgruppen abzubilden. Darüber hinaus gehen wesentliche Informationen, die aktuell fast ausschließlich mündlich weitergegeben werden, nicht verloren.

„Ich glaube schon, dass das sinnvoll ist. Denn wenn ich jetzt den Erstkontakt habe, ich kann es zwar in der Übergabe weitergeben, aber auch wieder eine Frage der Zeit. Und irgendwann verlieren sich ja die Informationen meistens. Grade um das nochmal nachzuschauen oder jemand, der irgendwie jetzt nicht den direkten Kontakt mit dem Patienten hat ... irgendwie das nochmal nachgucken kann. Halt ich das schon für sinnvoll.“ (T2; 231-235)

Die Dokumentation von Bedarfen und Bedürfnissen im Bereich der Kommunikation erfolgt aktuell im Pflegebericht und nur vereinzelt in Abhängigkeit von der zuständigen Pflegekraft. Ein weiterer bedeutsamer Vorteil aus Sicht der Expert*innen ist die Möglichkeit, Verläufe in diesem Bereich abzubilden.

„Das wäre schon sinnvoll. Weil wenn der Patient zum nächsten Aufenthalt kommt, kann ich mir das ja nochmal anschauen und dann sagen, irgendwie ja da und da waren Probleme irgendwie. Kann ich dann direkt ansprechen, ob das weiterhin besteht oder ob da irgendwie noch mehr Bedarf entstanden ist für psychoonkologische Betreuung“ (T2, Z. 245-248)

Die Akzeptanz einer Dokumentation, auch wenn es für die Pflegenden Mehraufwand bedeutet, wird von den Expert*innen als hoch eingeschätzt. Einerseits herrscht ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer standardisierten Dokumentation und andererseits kann die professionelle Pflege die Kommunikation als ein zentrales Handlungsfeld abbilden. Der Aufwand sollte entsprechend der aktuellen Rahmenbedingungen in der Pflege jedoch gut zu bewältigen sein. Die Expert*innen sehen ein Problem in der Verortung der Dokumentation, vor allem in Bezug auf die Abbildung von Verlaufsbeschreibungen. Grundsätzlich erfolgt aktuell bei erneuten Aufenthalten eine Neuanlage der Akten und Kurven.

„Das ist ja für jeden auch hilfreich bei der Arbeit. Das ist halt alles ein Gewöhnungsprozess wenn was Neues kommt, man muss gucken. Wie gesagt, so ein Bogen ist nicht schlecht. Nur ist es halt die Frage, wo hinterlegt man diesen Bogen, weil wenn es in der Akte abgeheftet ist, ist ja letztendlich die Akte auch weg. Man legt ja eine neue an, wenn der Patient kommt und mit einer elektronischen Akte, wo es im Moment alles darauf hinaus läuft, ist es sicherlich einfacher darauf auch zurückzugreifen.“ (T1, Z. 260-265)

Die Integration der Dokumentation in das Stammblatt könnte dieser Problematik entgegenwirken, da dieses bei einem erneuten Aufenthalt der Patient*innen wieder zur Verfügung steht. Eine weitere Möglichkeit stellt eine Dokumentation in der Pflegeplanung dar. Dies hätte den Vorteil, dass ein detaillierter Verlauf abgebildet werden könnte und die pflegerische Handlung namentlich mit einem Kürzel belegt wird.

„Ja das ist nicht schlecht, in der Pflegeplanung fände ich es auch gut. Vielleicht sogar noch besser als auf dem Stammblatt.“ (T1, Z. 340-341)

Eine weitere Überlegung der Expert*innen stellt die Anbindung des Assessments an den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) dar. Aktuell ist der Score nicht auf die Bedürfnisse des onkologischen Settings ausgerichtet. Es müsste eruiert werden, welche Parameter dokumentiert werden sollten, um im PKMS relevant zu sein. Ein positives Beispiel ist aus Sicht der Expert*innen die Dokumentation im psychiatrischen Setting.

„In der Psychiatrie wird das angewandt. Das man da sagt, wenn da ein hoher kommunikativer Aufwand ist, dass man da sozusagen extra Punkte abrechnen kann. Und wenn die dann irgendwelche Punktwerte überschreiten, dass die dann im gesamten nochmal dann über die PKMS praktisch einen Erlös generieren, den man zusätzlich abrechnen kann.“ (T2, 391-394)

Der Einsatz des Assessments sollte so früh wie möglich erfolgen. Das Aufnahmegespräch bietet eine Möglichkeit und hat den Vorteil, dass häufig auch Angehörige und Bezugspersonen für einen detaillierteren Informationsgehalt zur Verfügung stehen.

„Gut ist auch, wenn man da irgendwie weiß, wenn Angehörige dabei sind ... die gleich mit einbindet in das Erstgespräch. Weil oft ist es ja so, dass die Patienten schon auch so ein bisschen zurückhaltend sind. Dann kommt aber oft von Angehörigen ... ja du hast ja aber auch. Dass da eigentlich so noch ein bisschen mehr mit erzählt wird. Also deswegen ist es eigentlich wichtig, dass man jetzt nicht sagt, wenn der Patient morgens kommt und gefragt wird, dass man acht Stunden wartet, bis man so ein Assessment macht. Sondern dass das möglichst frühzeitig stattfindet find ich. Also wenn Angehörige noch an Bord sind.“ (T2, Z. 40-45)

Der Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen wird ausdrücklich von den Expert*innen gewünscht. Häufig nehmen Angehörige die Erkrankung der onkologischen Patient*innen unterschiedlich wahr und schätzen beispielsweise Symptome anders ein als die Patient*innen selber. Das hat den Vorteil, dass die Angehörigen häufig Informationen geben, die von den Patient*innen nicht geäußert werden, da sie ihnen belanglos erscheinen. Weiterhin gibt ein gezielter Einbezug den Angehörigen das Gefühl, gebraucht zu werden.

„Dass man die Angehörigen gleich mit ins Boot nimmt und sagt ‚Kommen Sie, Sie können mithelfen, die Zettel auszufüllen‘ oder ‚Sie können mir ein paar Informationen geben‘. Das stimmt, das find ich auch wichtig. Dann haben die Angehörigen oft auch das Gefühl, ich kann ein bisschen was machen, ich kann ein bisschen helfen, ich kann ein bisschen unterstützen.“ (T1, Z. 49-52)

Mit Hilfe eines Assessments sollen drei wesentliche Bereiche abgebildet werden. Dazu gehören die Identifikation von aktuellen Problemen und Belastungen und deren Ausmaß, die Erfassung des aktuellen Wissenstandes und eine differenzierte soziale Anamnese. Die Erfassung von Problemen und Symptomen mit Hilfe eines Assessments sollte aus Sicht der Expert*innen im Vordergrund stehen, um gegenwärtige Gesprächs- und Beratungsbedarfe ableiten zu können. Eine gezielte Erfassung der emotionalen Situation von onkologischen Patient*innen wird ausdrücklich gewünscht.

„Die Psyche spielt eine ganz ganz große Rolle und grade in der Onkologie find ich. Das ist wirklich ganz ganz wichtig, dass man da auch schaut, dass man eben nicht nur die Chemo anhängt.“ (T3, Z. 275-277)

„Wenn man den Menschen sieht und mit dem Menschen spricht. Dann entwickelt man ja auch ein Gespür dafür, wie ist der jetzt. Hat man jetzt das Gefühl, dass der jetzt sehr aufgewühlt ist.“ (T1, Z. 69-71)

Eine standardisierte Abfrage der aktuellen Symptome, der Schwere der Symptome und der subjektiven Belastung durch die Symptome hat einen zentralen Stellenwert.

„Was hatten die Patienten für Beschwerden in den letzten Wochen vorher. Woran haben sie das fest gemacht, warum sind sie zum Arzt gegangen, was für Problematik besteht da.“ (T3, Z. 30-31)

„Einer hat viel an Gewicht verloren oder ist appetitlos oder Nachtschweiß oder so diese ganze Sachen.“ (T3, Z. 35-36)

Eine Erfassung sollte zudem nur erfolgen, wenn die Patient*innen emotional dazu in der Lage ist. In Situationen, die eine hohe emotionale Belastung für die Patient*innen bedeuten, sollte der Einsatz zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, um weitere Belastungen zu vermeiden, wie beispielsweise bei einer stationären Aufnahme aufgrund von Komplikationen. Die Expert*innen geben an, dass eine Vielzahl der onkologischen Patient*innen über wenig Wissen verfügen. Dieses Wissensdefizit bedeutet häufig eine zusätzliche Belastung, da die Patient*innen Probleme haben, ihre Situation einzuschätzen.

„Ich finde, oft ist es so, dass die Patienten eingewiesen werden und wissen ja eigentlich noch nicht so richtig, um was es geht. Die haben einfach so einen

Verdacht oder der Hausarzt hat einen Verdacht und dann kommen die zur Abklärung. Das sieht man immer wieder ganz oft, dass die völlig ahnungslos sind und dann diesen Titel der Station sehen, Hämatologie/Onkologie und dann erstmal fragen, wo bin ich hier überhaupt. Was ist das überhaupt? Und wenn man denen das erklärt, bricht ja auch erstmal eine Welt zusammen." (T3, Z. 24-29)

Die Abfrage des Wissenstandes mit Hilfe eines Assessments könnte dem entgegenwirken. Themenbereiche wie Diagnose, Krankheitsverläufe, erfolgte Aufklärungsgespräche und der Umgang mit Symptomen sollten standardisiert erfasst werden.

„Ich glaub wichtig ist ja auch, dass man die Patienten so ein bisschen abholt. Also welchen Wissenstand haben die überhaupt. Also inwieweit sind die aufgeklärt über ihre Erkrankung" (T2, Z. 17-18)

„Ich finde, da muss man immer gucken, wie waren die vorher versorgt. Sind die ambulant gekommen, dann weiß man ok, die haben ihre Therapie gekriegt und sind wieder nach Hause gegangen und wenn die dann ins Krankenhaus kommen, fallen die oft in ein tiefes Loch. Deswegen find ich das wichtig. Da muss man immer fragen, wie ist der Krankheitsverlauf gewesen." (T3, Z. 218-222)

Dies ermöglicht, den Wissensstand der Patient*innen einzuschätzen und bei Gesprächs- und Beratungssituationen an den aktuellen Wissensstand anzuknüpfen. Zudem können offene Fragen von Seiten der Patient*innen direkt aufgegriffen werden und alle Akteur*innen verfügen über eine einheitliche Wissensbasis. Ein weiterer Vorteil aus Sicht der Expert*innen ist die Chance, dass auch Bedarfe aus dem psychosozialen Bereich erfasst werden können, wie beispielsweise das Vorliegen von Ängsten.

Der dritte Bereich stellt die Erfassung der sozialen Anamnese dar. Dazu gehören aus Sicht der Expert*innen Fragen zum persönlichen Umfeld und der aktuellen Lebenssituation der Patient*innen.

„Fragen stellen zu seiner sozialen Situation. Also ob er in der Familie lebt, ob er alleine lebt? So diese Dinge, das find ich wichtig." (T1, Z. 11-12)

Ziel ist es, eine erste Einschätzung über das soziale Netzwerk, beziehungsweise sozialer Ressourcen der Patient*innen zu erhalten. Die Identifikation von Bedarfen in diesem Lebensbereich ist die Grundlage, um ein gezieltes Angebot, wie beispielsweise das Einschalten des Sozialdienstes, ein zuleiten.

„Auch ob er einen Rückhalt hat zu Hause. Und wenn jemand alleine lebt, dann weiß man schon, ok ich muss vielleicht den Sozialdienst einschalten, um die Weiterversorgung zu regulieren. Also das würde ich erstmal stellen. Also Fragen zu seinem sozialen Umfeld. Wo lebt er, bei seiner Familie? So solche Sachen find ich wichtig." (T1, Z. 12-15)

Bereich 2: „Disstress Thermometer (DT)“

Das Disstress-Thermometer (DT) wurde den Expert*innen im ersten Schritt ausführlich vorgestellt und im Anschluss diskutiert. Schwerpunkte der Gruppendiskussion waren Inhalte und Aufbau des Assessments, Kriterien des Einsatzes im Handlungsfeld und die Anwendbarkeit für das onkologische Setting.

Der inhaltliche Aufbau des DT ermöglicht es, wesentliche Bedarfe der onkologischen Patient*innen zu identifizieren und bietet eine gute Basis, um Beratungsbedarfe individuell abzuleiten. In einigen inhaltlichen Fragestellungen kommt es zu Überschneidungen mit anderen Erfassungsinstrumenten, wie beispielsweise der Pflegeanamnese.

„Also der rechte Teil ist ja schon fast so sag ich jetzt mal schon über die Hälfte in der Pflegeanamnese bei uns mit erfasst [...] Wie zum Beispiel Schmerzen, Schlaf, Bewegung, Mobilität, Waschen, Ankleiden, Atmung, Entzündung im Mundbereich, Essen, Ernährung, Verdauungsstörungen, Verstopfung, Durchfall,

das wäre ein Punkt. Mit Fieber haben wir auch diesen Punkt. Wasser lassen ist auch ein Punkt. Die Haut haben wir auch, ist ja auch mit drin." (T1, Z. 33-50)

Um eine mehrfache Abfrage zu vermeiden, müsste nach Ansicht der Expert*innen Anpassungen am DT erfolgen. Eine andere Option wäre, die mit Ja beantworteten „Themen“ im weiteren Verlauf zu vertiefen bzw. zu differenzieren.

„Da sind schon noch so ein paar Punkte drin, wo ich dann auch mal gezielter drauf eingehen kann. Also grade bei so Erschöpfung, Bewegung, [...] Ernährung das sind ja schon so Sachen [...]. Und wenn man jetzt eine Beratung von Patienten macht über onkologische Fachpflegekräfte könnte man sich das sozusagen als Basis oder Initialassessment schon gut vorstellen.“ (T2, Z. 67-72)

Einige Inhalte des Assessments werden aktuell noch nicht erfasst und werden von den Expert*innen als sinnvoll erachtet. Dazu gehört beispielsweise der Bedarf nach Kinderbetreuung sowie der Bereich „Arbeit und Schule“, der vor allem für jüngere Patient*innen sehr bedeutsam ist.

„Wir haben zum Beispiel gerade einen alleinerziehenden Vater auf Station, der hat definitiv genau das Problem, dass er minderjährige Kinder hat und jedes Mal, wenn er in der Klinik ist, braucht der jemanden der die Kinder betreut. Und hat im familiären Umfeld niemanden so richtig und von daher muss das auch schon professionell dann mitbegleitet werden über den Sozialdienst. Das find ich schon [...] ja also wir haben ja nicht mehr diese rein klassischen Familien mit Oma und Opa leben im Haus. Ich glaube, das ist schon ein wichtiger Punkt.“ (T2, Z. 177-182)

Aktuell werden diese Themenbereiche in Abhängigkeit von der jeweiligen Pflegefachkraft unter dem Punkt „Wünsche“ in der Pflegeanamnese vermerkt.

„Wir haben zum Beispiel eine Formulierung, fällt mir gerade ein auf diesem Stammbblatt: Haben sie noch Wünsche oder Bedürfnisse oder Fragen an uns? Das ist ja das ... praktisch so ein bisschen verpackt in diesem hier, der eine Satz. Aber hier wird es ja nochmal konkret abgefragt.“ (T3, Z. 103-105)

Eine gezielte Abfrage, so wie sie im DT vorgesehen ist, wird von den Expert*innen befürwortet, da diese Variante aufgrund des systematischen und strukturierten Vorgehens wesentlich zielführender ist.

„Ja find ich besser. Weil das andere ist schwammig find ich. Und so weiß man konkret, ok der hat Ängste oder der ist sehr traurig. Weil wenn man einfach diesen Satz stellt ‚Ja haben Sie irgendwelche Wünsche oder Anliegen?‘, dann sagen die meisten nein. Ist wirklich so. Ne ist alles gut, ist alles ok.“ (T3, Z. 109-111)

Der Bereich „Religion und Spiritualität“ stellt einen weiteren bedeutsamen Bereich der Bedarfserfassung in der Onkologie dar. Aktuell liegt der Fokus auf rein medizinischen Aspekten, die wenig Raum für Religion und Spiritualität bieten. Eine Bedarfserfassung in diesem Bereich könnte positive Auswirkungen auf den Genesungsprozess der onkologischen Patient*innen haben. Zudem werden die Patient*innen nicht nur auf medizinische Aspekte reduziert, sondern im Sinne der ganzheitlichen Pflege wahrgenommen.

„Ja, dass man eben konkret erfragt ob er feste Zeiten hat fürs Gebet zum Beispiel, jetzt sag ich mal. Ob ihm da was wichtig ist.“ (T3, Z. 142-143)

Ganzheitliche Pflege wird bereits laut den Expert*innen in der palliativen Versorgung von onkologischen Patient*innen gelebt und bietet den großen Vorteil einer bedarfs- und bedürfnisorientierten Versorgung und Unterstützung sowie der gezielten Begleitung durch weitere Berufsgruppen, wie beispielsweise den Seelsorger*innen.

„Bei uns auf der Palliativstation fragen wir das schon aktiv ab, wenn die Patienten kommen. [...] also erstmal welcher Religion die angehören irgendwie, um auch

zu wissen, welchen Seelsorger oder wen muss ich aktivieren. Und dann wird auch schon gefragt, ob die dann auch den begleitend mit dabei haben wollen. Da wird es schon mehr integriert." (T2, Z. 145-148)

Der Bereich zur Erfassung von Depressionen wird von den Expert*innen hingegen kritisch gesehen. Die Diagnose einer Depression liegt nicht im Kompetenzbereich von Pflegekräften.

„Depressionen find ich eine schwierige Diagnose. Also das ist, eine Depression ist was ganz anderes. Also eine Niedergeschlagenheit kann ich vielleicht einen Patienten fragen, aber eine Depression zu diagnostizieren ist glaub ich was, das sollte man einem Psychiater überlassen. Und hat in der Onkologie ... also man sagt ja oft der Patient ist depressiv aber das hat ja nichts mit der Depression als klassische Diagnose zu tun." (T2, 154-158)

Eine praktikable Variante wäre die Erfassung von depressiven Verstimmungen und Veränderungen der emotionalen Lage der Patient*innen. Diese könnten Pflegende durch eine professionelle Krankenbeobachtung und Gespräche identifizieren. Eine Abänderung im DT müsste entsprechend der Kompetenzen der Pflege erfolgen.

„Ja Niedergeschlagenheit würde hier vielleicht besser passen. Weil ich finde, wenn man ... das macht man ja, wenn die Patienten kommen ... dieses Blatt. Wenn man dann aber die Patienten begleitet, ich sag mal über 4,6,8 Wochen und die liegen wirklich dann so lange bei uns, dann merkt man das ja auch, ob die Niedergeschlagenheit vergeht oder ob sie bleibt oder ob sie schlimmer wird. Und daraus kann man ja vielleicht den Schluss ziehen, der könnte wirklich depressiv sein, der braucht vielleicht wirklich ein Medikament." (T3, Z. 163-168)

Ein weiterer Kritikpunkt sind Fragen und Erfassungen des DT, die in die Privatsphäre der Patient*innen eingreifen. Der Einsatz solcher Fragen am Behandlungsbeginn wird nicht als sinnvoll erachtet.

„Aber ich finde, es schwierig jetzt in einem ersten Gespräch wirklich zu fragen ‚Haben Sie denn Probleme mit ihrem Partner zu Hause?‘. Also das würde ich, also die Frage würde ich so nicht stellen." (T3, Z. 191-192)

Die Grundvoraussetzung für eine Erfassung von Informationen in diesem Bereich ist eine vertrauensvolle Beziehung, die erst durch eine positive Patient-Pflegekraft-Interaktion aufgebaut wird. Eine Erfassung zu einem späteren Zeitpunkt durch eine Folgeerhebung könnten sich die Expert*innen durchaus vorstellen.

Der Einsatz des Assessments sollte aufgrund der Komplexität und dem Bedarf an Erklärungen gemeinsam mit einer Pflegefachkraft erfolgen.

„Das ist ja wie bei der Schmerzskala auch. Das würde ich zusammen mit dem Patienten. Ich muss ihm ja auch erklären was das bedeutet zwischen 0 und 10. Ist ja wie bei der Schmerzskala auch, da kann ich ja auch nicht sagen ‚Machen sie mal bitte ein Kreuzchen drauf.“ (T2, Z. 26-28)

Eine weitere Variante ist zunächst eine eigenständige Bearbeitung des Assessments durch die Patient*innen, gefolgt von einem anschließenden Gespräch. Ausschlaggebender Indikator für den eigenständigen oder begleitenden Einsatz sind die vorhandenen personellen Ressourcen, die für die begleitende Variante obligat sind.

*„Kommt drauf an welche personellen Ressourcen ich habe." (T2, Z. 77)
„Find ich auch sinnvoller. Weil ich glaube, wenn die Patienten die Zettel alleine ... ah ich muss den noch ausfüllen schnell ... zack zack zack. So und dann werden so Sachen wie ich fühl mich eigentlich richtig schlecht oder ich bin erschöpft, wird dann einfach falsch angekreuzt. Also das glaub ich schon, dass das so ist. Das ist besser, wenn man das zusammen macht. Dann wollen die den Zettel schnell*

abarbeiten die Leute, weg damit, damit ich den schnell loswerde. Und wenn ich mich aber hinsetze und komme ins Gespräch mit dem Patienten und nehme mir auch ein bisschen Zeit, dann ist das eine ganz andere Situation." (T3, Z. 84-90)

Die Art und Weise des Einsatzes sollte so gestaltet werden, dass ein Verlauf abgebildet wird. Dies setzt eine entsprechende Dokumentationsform voraus. Dadurch würde zudem der Einsatz einer differenzierten Bedarfserhebung, beispielsweise von emotional belastenden Themen zu einem späteren Zeitpunkt, ermöglicht werden.

„Und ideal wäre natürlich den Verlauf dann beim Patienten anzulegen irgendwann. Dass ich sage, wenn der das nächste Mal kommt, kann ich nachfragen, guck Kinderbetreuung hat er ein Problem gehabt, irgendwie dass ich nochmal nachfrage wie ist es denn inzwischen. Und halt eine Dokumentationsform, wo ich halt eine Entwicklung nachvollziehen kann.“ (T2, Z. 254-257)

Die Expert*innen merken an, dass der Einsatz des DT nur zielführend ist, wenn auf die Ergebnisse professionell reagiert werden kann.

„Ich muss was damit machen. Es gibt ja diesen Satz ‚Stelle keine Frage, wo du die Antworten nicht hören willst‘. Also wenn ich das abklopfe mit den Patienten, dann erzeuge ich ja auch gleich eine Erwartungshaltung, dass ich drauf reagiere. Weil sonst brauche ich es nicht machen.“ (T2, Z. 247-249)

Dementsprechend müssen zeitliche und personelle Ressourcen von den Institutionen bereitgestellt werden.

„Also, wenn wir vom Optimum ausgehen, würde ich es natürlich mit dem Patienten zusammen ausfüllen.“ (T2, Z. 81-82)

„Ich brauche nachfolgend halt auch Ressourcen, wo ich sage, ich kann das auch nachbearbeiten.“ (T2, Z. 253)

Die allgemeine Anwendbarkeit in der Praxis und die Akzeptanz durch die Pflegekräfte werden von den Expert*innen als gut eingeschätzt.

Vor allem der erste Anwendungsbereich, das Thermometer mit der gängigen Skalierung von 0-10 wird als handhabbar für onkologische Patient*innen beschrieben. Das Assessment ist übersichtlich und relativ einfach anzuwenden. Zudem bietet die Skalierung von 0-10 den Vorteil, dass sie vielen Patient*innen bereits von der numerischen Ratingskala (NRS) im Bereich der Schmerzerfassung bekannt ist und dementsprechend einen hohen Widererkennungswert hat.

„Ich finde es gut, dass es ganz klar und einfach ist. Und es ist nicht kompliziert. Also die Patienten, ich glaube die verstehen das recht schnell. Weil viele kennen sich auch mit der Schmerzskala aus und von daher find ich das gut. Man macht einfach, man schaut und überlegt kurz, macht sein Kreuz, fertig. Es ist nicht aufwendig und klar ersichtlich.“ (T3, Z. 5-8)

Der Zeitaufwand zur Bearbeitung wird als moderat eingeschätzt, vor allem wenn Patient*innen in regelmäßigen Abständen erneut stationär aufgenommen werden müssen. Der Zeitaufwand beim Erstkontakt hingegen wird von den Expert*innen als relativ hoch eingestuft und erfordert zusätzliche zeitliche Ressourcen von den Pflegenden.

„Ich glaube, das ist halt schon auch eine Zeitfrage. Also ich meine, das Thermometer kann ich ja relativ schnell im Rahmen der Pflegeanamnese mit abhaken. Das restliche Gespräch, wenn die Patienten das kennen, ist das wahrscheinlich eine Sache von einer viertel Stunde zu sagen, irgendwie ich arbeite das nochmal mit dem Patienten durch. Bei einem Erstkontakt kann da aber schnell eine Stunde ins Land gehen, würde ich mal fast behaupten.“ (T2, Z. 234-238)

Bereich 3: „PO-Bado“

Ebenso wurde das Assessment „PO-Bado“ den Expert*innen zunächst ausführlich vorgestellt und im Anschluss diskutiert. Schwerpunkte der Gruppendiskussion waren Inhalte und Aufbau des Assessments, Kriterien des Einsatzes im Handlungsfeld und die Anwendbarkeit für das onkologische Setting. Die Expert*innen nutzten zum Teil das eben dargestellte DT als Vergleich für ihre Einschätzungen

Der inhaltliche Aufbau des Assessments wird als sehr medizinerorientiert beschrieben, insbesondere der erste Anwendungsbereich. Der zweite Bereich des Assessments ist laut den Expert*innen teilweise zu undifferenziert. Einige wesentliche Themenbereiche werden nur indirekt erfasst.

„Die erste Seite ist auf jeden Fall sehr medizinisch orientiert. Die zweite Seite finde ich ok, aber letzten Endes ist es in dem Distress Thermometer mein ich ausführlicher fast. Also da fehlen ja so einige Punkte [...], wenn man jetzt so auf die Ernährung guckt zum Beispiel, dann muss ich das letzten Endes unter weiteren somatischen Belastungen ... also so die letzten Punkte auf diesem zweiten, auf der zweiten Seite sind ja immer sehr, also da hab ich paar konkrete Punkte und dann unten kommt dann aber so ein schwammiger Bereich. Das macht es so ein bisschen undifferenzierter. Also dann find ich dieses DT eigentlich einfacher in Anführungsstrichen zu führen.“ (T2, Z. 5-11)

Schwerpunkte für das pflegerische Handlungsfeld werden nicht ausreichend genug abgebildet. Die Bedarfserfassung durch das DT ist dagegen klarer und einfacher gestaltet.

„Diese somatischen Belastungen, die für die Pflege relevant sind, die sind besser in dem DT aufgeführt. Weil hier haben wir ja unsere Übelkeit, Erschöpfung, Bewegung und so weiter. Also alles was für die Pflege relevant ist. Das wird hier nur ungenügend abgebildet und wäre sinnvoller, wenn es auch in diesem Bogen ausführlicher wäre. (T1,T2,T3, Z. 29-38).

Die Probleme, beziehungsweise Bedarfsabfrage im Bereich der ATL´s erfolgt hingegen differenzierter als beim DT. Die Expert*innen bemerken an dieser Stelle, dass diese Erfassung bereits über die Pflegeanamnese ausreichend erfolgt.

Das beiliegende Manual zur Beschreibung der Anwendung des Assessments, um die psychosoziale Situation der Patient*innen zu erfassen, wird positiv hervorgehoben.

„Ich glaub, dass die Handreichung generell eine gute Methode ist, um jemanden zu sagen, so kann ich Fragen im psychosozialen Bereich abklopfen. Also wenn man mal so diese Einstiegsfragen irgendwie, wie man da Fragen stellt, die ein bisschen tiefer gehen und so. Das find ich definitiv gut.“ (T2, Z. 223-226)

Zudem ist der Einsatz von offenen Fragen förderlich, um einen erzählerischen Effekt zu erzielen und eine detailliertere Bedarfserfassung zu gewährleisten.

„Also ich finde auf jeden Fall, dass das hilfreich ist. Gerade, dass man erstmal so mit offenen Fragen anfängt ... dass man erstmal den Patienten erzählen lässt, um erstmal überhaupt so eine Gesprächsebene aufzubauen. Und dann, wenn man da wirklich nicht weiterkommt, sind hier ja wirklich Beispiele für spezifischere Fragen. Also das find ich schon sehr hilfreich gerade für Leute, die da mehr Übung brauchen, find ich das ganz gut.“ (T4, Z. 120-124)

Aufgrund der Breite an Fragen vermuten die Expert*innen, dass das Instrument die Bedürfnisse und Bedarfe der Patient*innen in den abgebildeten Bereichen besser erfasst als das DT.

„Also der ist halt einfach so ein bisschen breiter aufgestellt. Erfassen tut der bestimmt besser“ (T2, Z. 22-23)

Der Punkt „zusätzliche Belastungen“ wird kritisch betrachtet, da die Pflegenden nicht in der Lage sind, auf alle emotionalen Zustände, die aus solch einer Abfrage entstehen können, zu reagieren.

„Ich finde auch diesen Punkt schwierig, weitere zusätzliche Belastungen ... zum Beispiel Probleme mit Ärzten oder Pflegenden. [...] Wenn der Patient sich vielleicht dazu äußert, das muss ja auch irgendwelche Konsequenzen im Nachhinein wieder haben. Das stell ich mir schwierig vor.“ (T1, Z. 45-47)

Die Anwendung des Assessments verlangt deutlich mehr Kompetenzen, vor allem im kommunikativen Bereich. Eine Schulung sowie ein praktisches Training für alle Pflegekräfte wäre erforderlich, um das Assessment professionell anwenden zu können.

„Also dann müsste man die Mitarbeiter wirklich gezielt schulen, find ich. Weil wenn ein Psychoonkologe diesen Bogen nimmt, der hat ja ein ganz anderes Hintergrundwissen und der hat das ja schon 20.000-mal durchgespielt in irgendwelchen Fortbildungen oder Rollenspielen oder etc. [...]“ (T3, Z. 111-114)

Das Manual bietet einerseits eine gute Orientierung für die Pflegekräfte im Umgang mit dem Assessment, auf der anderen Seite wird im Vorfeld aufgrund der hohen Komplexität eine intensive Auseinandersetzung und Einweisung notwendig.

„Und ich brauch halt mehr ja kommunikative Kompetenz für sowas. Wenn ich mir angucke so dieser Gesprächsleitfaden da auch noch dazu, also da muss ich glaub ich in Kommunikation wesentlich mehr Kompetenzen aufweisen als wenn ich jetzt den DT benutze.“ (T2, Z. 12-15)

„Also man muss ein bisschen tiefer eintauchen hier rein. Man muss glaub ich wirklich den Leitfaden lesen und sich die Beispiele immer so vor Augen führen. Und dann mal so eine Situation auch mal durchspielen. Weil ich glaube, da braucht man ... was du eben schon gesagt hast, man brauch ein bisschen Übung dafür. Übung in der Kommunikation und Übung auch einfach so. Wie stell ich die Frage? Wie wirkt das jetzt und was kann ich daraus nehmen. Deswegen ist es vielleicht nicht schlecht, dass man diesen Leitfaden hat, aber man muss wirklich Zeit haben und man muss sich damit befassen, beschäftigen auch.“ (T3, Z. 100-106).

Eine weitere Möglichkeit aus Sicht der Expert*innen besteht in der Weiterbildung von Pflegekräften, wie beispielsweise einer Fachkraft für Beratung, die hauptamtlich den Einsatz, die Anwendung und die Implementierung des Assessments übernimmt.

„Obwohl man sich das sicher vorstellen kann, dass wenn man halt wirklich eine onkologische Beratungsfachkraft zur Verfügung hat, die im Bereich Beratung und Kommunikation weitergebildet ist, die sowas mitmacht. Ich glaube, eine normal ausgebildete Krankenschwester irgendwie in dem Bereich ... hätte ich meine Schwierigkeiten.“ (T2, Z. 40-43)

Die Expert*innen bemerken, dass die Anwendung des Assessments im Vergleich zum DT deutlich höhere personelle Ressourcen fordert.

„Aber ich glaube, es ist so vom Zeitaufwand und von dem, was man an kommunikativer Kompetenz mitbringt muss man nicht gerade [...] in der Pflege ansiedeln. Also es steht ja auch oben drüber, psychoonkologische ... also das ist so mein Eindruck.“ (T2, Z. 23-25)

„Ja es ist schon sehr umfangreich. Sehr sehr umfangreich.“ (T1, Z. 27)

Dieser erhöhte personelle Ressourceneinsatz besteht zudem nicht nur bei einem Erstkontakt zu den Patient*innen, sondern ist aufgrund der Komplexität des Assessments aus Sicht der Expert*innen auch im Verlauf zu erwarten. Ein erheblicher Kritikpunkt ist, dass das Verfahren mit einem numerischen Kontinuum von 0-5 arbeitet, das gegensätzlich zur gängigen Skalierung von 1-10 (wie sie im DT vorgesehen ist) wirkt. Dadurch könnte

ein Umgewöhnungseffekt für die Patient*innen oder Verzerrungen in den Angaben entstehen.

„Das ist numerisch anders als andere Skalen. Ich habe hier 0 bis 5 und keine 0 bis 10 Skala. Das ist halt wieder so ein Umgewöhnungseffekt.“ (T2, Z. 174-175)

Der Einsatz des Assessments wird von den Expert*innen einstimmig nicht befürwortet.

„Aber den Bogen an sich würd ich glaub so nicht unbedingt nehmen. B3: Sehe ich auch so.; B1: Ja; B4: Ja“ (T1, T2, T3, T4, Z. 226-232)

Es werden drei wesentliche Faktoren benannt, die laut der Expert*innen gegen eine Einführung des Assessments sprechen. Dazu gehören die eben beschriebene Komplexität des Assessments und die hohen zeitlichen Ressourcen, die bei einem Einsatz entstehen. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist, dass die Beurteilung beispielsweise emotionaler Zustände der Patient*innen durch eine Fremdeinschätzung erhoben wird. Laut der Expert*innen ist es nicht zielführend, subjektive Daten der Patient*innen zu interpretieren, um diese letztendlich messbar zu machen. Die Gefahr von fehlerhaften Einschätzungen wird als sehr hoch wahrgenommen.

„Und es hat immer so ein Hauch von Subjektivität, wenn ich das Rating als Fremdeinschätzung mache. Das ist wie mit der Schmerzskala, wo man sagt, das kann keine 8 sein, was der Patient hat. Da mach ich mal eine 5 draus.“ (T2, Z. 74-76)

Aufgrund der sehr sensiblen Gesprächsinhalte, die häufig den psychosozialen Lebensbereich der Patient*innen betreffen, tragen die Pflegekräfte eine hohe Verantwortung bei ihrer Fremdeinschätzung.

„Aber das ist auch schwer einzuschätzen find ich, was verstehe ich unter wenig. Das ist genau wie wir auch schon sagten mit der Schmerzskala. Das ist so ... die Patienten haben wirklich ganz oft große Schwierigkeiten mit diesen Zahlen. Gibt man denen zum Beispiel ein Smiley, dann tippen die ganz anders.“ (T1, Z. 158-163)

„Zum Beispiel auch bei Trauer, Niedergeschlagenheit, Depressivität, das ist find ich auch ein sehr wichtiger Punkt und wenn ich da jetzt ankreuze ja mittelmäßig. Aber dann passiert irgendwas, dann denke ich, mein Gott warum habe ich da ein Kreuz gemacht. Vielleicht hab ich das nicht richtig erkannt. Also wissen Sie, was ich damit meine? Da fühle ich mich psychologisch nicht gut geschult genug, um das anzukreuzen. Das empfinde ich so.“ (T3, Z. 177-183).

Sollte dennoch ein Einsatz des Assessments erfolgen wäre eine Implementierung, die eine Verlaufsbeurteilung ermöglicht, anzustreben

Bereich 4: „SNCS-SF34“

Auch das Assessment „SNCS-SF34“ wurde den Expertinnen ausführlich vorgestellt und anschließend diskutiert. Schwerpunkte der Gruppendiskussion waren Inhalte und Aufbau des Assessments und die Anwendbarkeit für das onkologische Setting. Die Expert*innen nutzten die bereits diskutierten Assessments als Vergleich für ihre Einschätzungen und Beurteilungen.

Der inhaltliche Aufbau zeigt viele Überschneidungen zu den anderen beiden Assessments, erfasst jedoch deutlich mehr Lebensbereiche. Das Assessment stellt einen umfassenden Fragenkatalog zur Verfügung, der nicht nur die Bedürfnisse der Patient*innen identifiziert, sondern auch ihre Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem erfasst.

„Also interessant finde ich die Bedarfsermittlung. Ich glaube, man merkt so ein bisschen an der Darstellung, dass das aus einem Land kommt, wo es Case Management gibt“. (T2, Z. 5-8)

Für den pflegerischen Bereich ist das Assessment aus Sicht der Expert*innen zu umfangreich. Viele der Fragen und Themenbereiche können durch die Pflegekräfte nicht beantwortet, beziehungsweise bedient werden.

„Ja es sind auch so ein paar Fragen wie zum Beispiel Erklärung von Untersuchungsergebnissen. Wenn die Patienten kommen, haben die ja eine Verdachtsdiagnose, dann laufen ja erstmal die ganzen Untersuchungen. Und wenn ich diesen Bogen bei Aufnahme sicherlich der Patient ausfüllen soll, ist das ja schon mal schwierig. Also da sind so viele, so ein paar Fragen, die da glaub ich in dem Moment nicht hingehören.“ (T1, Z. 34-38)

Zudem erfasst das Assessment, ob die Patient*innen bereits Unterstützungen in Anspruch nehmen. Dieser Aspekt wird im stationären Setting nicht erfasst. Die Expert*innen sehen in diesem Erfassungsbereich einen großen Vorteil, da Interventionen, beziehungsweise Beratungssequenzen nicht doppelt erfolgen und personelle und zeitliche Ressourcen reduziert werden könnten.

„Man erfasst auch noch, ob die Patienten bereits Unterstützung erfahren. Weil es kann ja sein, die haben sich schon Unterstützung außerhalb meines Krankenhauses geholt, den ich sonst nicht unbedingt ermitteln würde.“ (T2, Z. 20-22)

Andererseits wird die allgemeine Struktur und inhaltliche Breite kritisiert. Das Assessment wirkt aus Sicht der Expert*innen überladen.

„Ich finde den irgendwie durcheinander den Zettel. Da ist von allem was. Der ist unstrukturiert, das ist mein persönliches Empfinden“ (T3, Z. 87-88)

Zudem werden Themenbereiche abgefragt, die die Privatsphäre der Patient*innen stark berühren. Potentielle Bedarfe in einigen Bereichen können zudem mit den aktuellen Kompetenzen im pflegerischen Handlungsfeld und den berufspraktischen Gegebenheiten nicht abgedeckt werden.

„Zum Beispiel Veränderungen der Sexualität würde ich jetzt einen Patienten so direkt nie fragen. Das würde ich mir nicht anmaßen. Und wenn der Patient das jetzt ankreuzt, dann müsste man einen Psychoonkologen dahin schicken. Also dann muss man sich wirklich in Ruhe hinsetzen ... ok was hat er jetzt alles angekreuzt, wen muss ich jetzt alles informieren ... Psychoonkologen, Sozialberatung.“ (T3, Z. 83-87)

Darüber hinaus werden Themenbereiche erfasst, wie beispielsweise die aktuelle Behandlung der Patient*innen, die häufig noch nicht beurteilt werden können oder für das stationäre Setting nicht zutreffen.

Eine Anwendung des Assessments für das onkologische stationäre Setting ist aus Sicht der Expert*innen aufgrund der fehlenden Übertragbarkeit, der Komplexität und der inhaltlichen Breite nicht gegeben. Die Anwendung wäre nur denkbar für Patient*innen, die über einen sehr langen Zeitraum stationär in Behandlung sind, was den Merkmalen des onkologischen Settings widerspricht.

„Wenn die vielleicht schon so drei, vier, fünf Zyklen hinter sich haben und man weiß, ok die kommen noch für acht Zyklen.“ (T3, Z. 114-115)

Eine Anwendung im Setting der onkologischen Ambulanz wäre denkbar.

„Man könnte den sicherlich nehmen, vielleicht in der onkologischen Ambulanz, da könnte ich mir das vorstellen. Weil die Patienten kommen ja immer wieder, die kommen regelmäßig wieder“ (T3, Z. 40-41)

Zudem ist das Assessment nur sinnvoll, wenn die Patient*innen über eine gesicherte Diagnosestellung verfügen.

„Also wenn wir jetzt Patienten haben, die eingewiesen werden, weil sie einen auffälligen Blutbefund haben. dann finde ich das unglücklich. Weil es steht ja noch

nicht fest, hat der Patient eine Krebserkrankung oder nicht, also wenn die zu uns kommen. [...] Und dann kann man das nicht anwenden bei uns find ich. Das gilt dann also wirklich nur für Patienten, die schon an Krebs erkrankt sind, wo man eben weiß, die haben schon eine Therapie oder einen Krankenhausaufenthalt hinter sich." (T3, Z. 24-30)

Aufgrund der inhaltlichen Breite kommt eine Anwendung nur infrage, wenn den identifizierten Bedürfnissen und Bedarfen der Patient*innen professionell begegnet werden kann.

„Also, wenn ich den jetzt ausfülle und ich sag, da ich hab da einen Bedarf nach Unterstützung kommt dann einer auf mich zu. Also habe ich dann auch wirklich die Ressource an der Hand, irgendwie zu sagen, ich mach damit was. Weil sonst ist es wieder so eine Erhebung, die zu nichts führt." (T2, Z. 63-66)

Dementsprechend ist die Grundvoraussetzung für die Anwendung des Assessments die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen, wie beispielsweise die Anbindung von weiteren Berufsgruppen.

„Ja der Bogen ist sehr komplex und er beinhaltet sehr viele Themenbereiche. Zum Beispiel würde ich jetzt, wenn jemand ankreuzt, Arbeit im Haushalt oder Erledigungen von Alltagsangelegenheiten bräuchte ich Hilfe, dann müsste man, würde man ja Sozialdienst involvieren oder einschalten." (T3, Z. 80-82)

Ein Anwendungsgebiet des Assessments sehen die Expert*innen in einer freiwilligen Zusatzerhebung durch die Patient*innen mit dem Ziel einer Qualitätssteigerung, im Sinne eines Qualitätsmanagements. Für diese Variante müsste im Vorfeld geklärt werden mit welchem Ziel die Daten erhoben werden und welche Berufsgruppe für die Bearbeitung der Daten verantwortlich ist.

„Also, wenn ich da eine Erklärung zu mache irgendwie, wir haben ja auch so vor unserem Aufnahmezimmer so einen Wartebereich, da könnte ich mir den halt gut vorstellen. Dass man da sagt der, kommt da in so eine Wandhalterung und die Patienten kriegen noch eine kurze Information dazu. Aber dann muss ich natürlich auch sagen, was passiert dann denn mit Bogen." (T2, Z. 50-56)

Aufgrund der eben beschriebenen fehlenden Anwendbarkeit des Assessments für das stationäre Setting wird der Einsatz eher im Bereich des Casemanagements gesehen.

Bereich 5: „Einsatz eines praxistauglichen Assessments“

Die Expert*innen diskutierten im Hinblick auf die drei vorgestellten Assessments, welche Faktoren berücksichtigt werden sollten, um ein praxistaugliches Assessment für das onkologische Setting zu entwickeln, beziehungsweise erfolgreich zu implementieren. Zur Entwicklung eines praxistauglichen Assessments für das onkologische Setting könnte aus Sicht der Experten und Expertinnen eine Kombination aus mehreren Anteilen der drei vorgestellten Assessments erfolgen. Der strukturelle Aufbau des Disstress-Thermometers wird von den Expert*innen favorisiert. Der große Vorteil ist die übersichtliche Struktur, die Anwendbarkeit in der Praxis im Hinblick auf personelle und organisatorische Strukturen und die Handhabbarkeit für die Pflegenden und Patient*innen. Die inhaltliche Breite der Bedarfs- und Bedürfniserhebung sollte im DT erweitert werden.

„Also ich finde auch, von den dreien ist mein Favorit der erste. Ich finde auch, dass man da nochmal ein bisschen komplementieren müsste mit den Bedürfnissen, mit der Unterstützung ... dass das damit drin ist." (T1, Z. 21-22)

Die Expert*innen finden beispielsweise eine Abfrage über bereits erhaltene oder aktuell genutzte Unterstützungsangebote sehr sinnvoll.

„Ich halt den DT für am praktikabelsten. Wobei dann eigentlich ganz gut wäre, wenn man diesen Bedarf nach Unterstützung praktisch noch mit einbauen würde ... der im letzten Fragebogen integriert ist." (T2, Z. 8-9)

Einerseits kann der Bedarf der Patient*innen individueller identifiziert werden und andererseits werden doppelte, beziehungsweise nicht notwendige Unterstützungsangebote reduziert. Eine Integration oder Erweiterung des DT um dieses inhaltliche Segment aus dem SCNS befürworten die Expert*innen.

Die Implementierung der PO-BADO wird nicht favorisiert. Der Einsatz wäre nur vorstellbar, wenn die enormen zeitlichen und personellen Ressourcen sowie die entsprechenden Kompetenzen, die für eine Anwendung benötigt werden, zur Verfügung stehen. Der Gesprächsleitfaden jedoch, der im PO-BADO bereitgestellt wird, bietet mehrere Vorteile und wird von den Expert*innen als sinnvoll erachtet.

„Aus dem zweiten kann man eigentlich gut das Manual als Gesprächsleitfaden mitnehmen.“ (T2, Z. 9-10)

Grundvoraussetzung für den Einsatz eines Manuals wäre eine Basisschulung aller Pflegekräfte. Dies bietet vor allem unerfahrenen Pflegekräften im onkologischen Setting die Möglichkeit, ihre kommunikativen Kompetenzen zu stärken.

„Den Interviewleitfaden persönlich finde ich auch sehr gut, das ist auch eine große Hilfe, gerade für Mitarbeiter, die vielleicht noch nicht so lange im Geschehen sind.“ (T1, Z. 23-24)

Durch das Manual wird allen Pflegekräften ein einheitliches Basiswissen im Bereich der Kommunikation zugänglich. Dieses Basiswissen wird aufgrund des komplexen Handlungsfeldes benötigt und steht aktuell nicht in diesem Ausmaß, beziehungsweise in dem erforderlichen Ausmaß zur Verfügung.

„Aber diesen Interviewleitfaden, das finde ich gar nicht so schlecht, aber das müsste man dann wirklich in Kleingruppen nochmal besprechen, nochmal üben. Dass die Leute oder die Mitarbeiter einfach geschult werden. Dass die wissen, wie gehe ich in der Situation um? Welche Fragen kann ich stellen? Wie reagiere ich auch auf die Antworten.“ (T3, Z. 31-34) „Weil, das ist ja auch für jeden Mitarbeiter eine Hilfestellung im Umgang mit den Patienten. Das war ja auch Ziel dieser ganzen Geschichte, dass man einfach eine Hilfestellung hat, wie kommuniziere ich besser mit den Patienten. Oder wie kommuniziere ich überhaupt generell mit onkologischen Patienten.“ (T3, Z. 62-64)

Alternativ könnte das Manual von weitergebildeten Fachpflegekräften genutzt werden, die beispielsweise eine Beraterausbildung absolviert haben, um in diesem Handlungsbereich hauptamtlich professionell agieren zu können. Generell wird jedoch die Variante, ein Basiswissen für alle Pflegekräfte zu schaffen, von den Expert*innen bevorzugt.

„Aber letztendlich muss es ja jeder Mitarbeiter ausfüllen und nicht nur die fachweitergebildeten.“ (T1, Z. 55)

Das Assessment sollte so konzipiert werden, dass die Bearbeitung in Begleitung einer Pflegekraft erfolgt.

„Was ich persönlich wichtig finde für mich, wenn man diesen Bogen mit dem Patienten zusammen ausfüllt und keinen Bogen dem Patienten so gibt.“ (T1, Z. 24-25)

Übergeordnet stellen sich die Expert*innen die Frage, wie der Umgang mit Fragen und Themen gestaltet werden muss und welche Fragen tiefer in die Privatsphäre und den psychosozialen Lebensbereich der Patient*innen dringen. Darüber hinaus ist zu klären, welche Kompetenzen die Pflegenden benötigen und inwieweit ein Netzwerk etabliert werden kann, wie beispielsweise die Anbindung von Psychoonkolog*innen und dem Sozialdienst.

Dieser Aspekt muss vor der Implementierung eines Assessments geklärt werden. Weiterer Klärung bedürfen laut der Expert*innen die rechtlichen Aspekte vor der Implementierung

eines Assessments. Es erfolgte bereits der Vorschlag, den Einsatz durch eine Einverständniserklärung abzusichern. Perspektivisch wäre es aus Sicht der Experten und Expertinnen wünschenswert, wenn ein Assessment zur Bedarfs- und Bedürfniserhebung im onkologischen Setting in ein übergeordnetes Konzept eingebettet wird. An dieser Stelle wird das Konzept „ACP“ als geeignet hervorgehoben.

4.4.2 Verfahren

4.4.2.1 Interventionen und Prozesse

Vor Beginn der zweiten Gruppendiskussion wurden die zentralen Ergebnisse, die im Rahmen der Problemanalyse erhoben wurden, den Teilnehmer*innen vorgestellt. Jede Problemlage (vgl. Kapitel 4.1.2) wurde mit den Expert*innen diskutiert. Den Orientierungsrahmen für die Moderatorin der Gruppendiskussion stellte ein Leitfaden dar (siehe Anhang). Das zentrale Ziel der Gruppendiskussion bestand darin, Lösungsansätze für die Problemlagen aus der Praxis zu generieren und vor dem Hintergrund bestehender Konzepte zu diskutieren. Es wurden drei zentrale Themenbereiche von lösungsorientierten Interventionen und Prozessen erfasst. Der Themenbereich 1 bezieht sich auf Interventionen und Prozesse mit einem interdisziplinären Ansatz. Themenbereich 2 umfasst Schulungen und Unterstützung im Bereich der Kommunikation von Pflegekräften im onkologischen Setting sowie Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Themenbereich 3 beschreibt Interventionen und Prozesse zur Erfassung und Dokumentation der Kommunikation mit onkologischen Patient*innen.

4.4.2.2 Ergebnisse der Gruppendiskussion zu Interventionen und Prozesse

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung werden den vorgestellten Interventionen und Prozesse die entsprechenden Problemlagen aus der Problemanalyse und -bewertung zugeordnet, um aufzuzeigen, welche Lösungsansätze aus Sicht der Expert*innen als geeignet eingeschätzt werden.

Themenbereich 1: „Verfahren und Interventionen mit einem interdisziplinären Ansatz“

Der erste Themenbereich umfasst Interventionen mit einem interdisziplinären Ansatz. Der Austausch mit den Ärzt*innen und Psychoonkolog*innen wird dabei von den Pflegekräften präferiert. Die dargestellten Interventionen beziehen sich voranging auf die Problemlagen 1 (Kommunikation als pflegerische Handlung), 2 (Datenerhebung, Informationsweitergabe und (interdisziplinäre) Transparenz) sowie 3 (Professionelle Integration von Angehörigen in den Pflegeprozess).

Fallbesprechungen werden als eine relevante Intervention zur Förderung der Kommunikation als pflegerische Handlung benannt (Problemlage 1). Eine allgemeingültige Definition für den Begriff „Fallbesprechung“ gibt es nicht. Schrems (2013) definiert Fallbesprechungen als eine „[...] Form der Fallarbeit, welche die Interpretation einer [...] Situation mehrerer handelnder Personen zum Ausgangspunkt hat“ (S. 71). Je nach Fachgebiet gibt es unterschiedliche Inhalte einer Fallbesprechung. In der praktischen Anwendung folgen Fallbesprechungen unabhängig vom Inhalt und Ziel in der Regel einer ähnlichen Vorgehensweise. Fallbesprechungen können als inter-, trans-, oder multidisziplinäre Besprechung eines Falles durchgeführt werden (Schrems, 2013, S. 71f).

Einen Benefit sehen die Expert*innen in dem Austausch von Informationen auf Augenhöhe und der gegenseitigen Darstellung der unterschiedlichen Perspektiven auf den spezifischen Fall. Das Thematisieren von Problemen und Situationen kann für eine Sensibilisierung der Kommunikation und deren Stellenwert im onkologischen Setting maßgeblich beitragen. Fallbesprechungen ermöglichen einen einheitlichen Informationstand aller beteiligten Akteur*innen und verringern den Verlust von wesentlichen Informationen.

„Und ich glaube das würde vielen in der Arbeit mit den Patienten auch weiterhelfen“ (B3, Z. 106)

„Das macht die Arbeit der Ärzte transparenter“ (B1, Z. 115)

Aktuell werden Fallbesprechungen erst geführt, wenn ein Problem oder eine problematische Situation bereits besteht (retrospektiv).

„Eigentlich schade, dass sowas eigentlich erst im Nachhinein besprochen wird, nachdem es gelaufen ist.“ (B2, Z.157-158)

Das Ziel der Pflegenden ist es, Fallbesprechungen so anzusetzen, dass sie bereits vor der Manifestation eines Problems geführt werden, um dieses abwenden zu können. Die Einführung von Fallbesprechungen ist aus Sicht der Expert*innen mit einigen Hürden verbunden. Sie vermuten, dass Fallbesprechungen von den Ärzt*innen weniger akzeptiert werden. Ursächlich dafür ist das hohe Maß an Transparenz zwischen den Berufsgruppen, das aus Sicht der Expert*innen nicht immer erwünscht ist.

„Manchmal hat man das Gefühl bei dem anderen nicht hinter die Kulissen zu gucken. Also dass man nicht unbedingt alles so mitkriegt vielleicht“ (B3, Z. 112-113)

Erfahrungen zeigen, dass die Leitung von Fallbesprechungen in der Regel von den Ärzt*innen übernommen wird, die andere inhaltliche Schwerpunkte fokussieren. Das bedeutet, dass oftmals Themen besprochen werden, die aus Sicht der Pflegenden kaum pflegerelevant und somit wenig zielführend sind. Ein weiterer Aspekt ist die kurze Verweildauer von Patient*innen im onkologischen Setting, was die Organisation von Fallbesprechungen erschwert. Im beruflichen Alltag gestaltet sich die Durchführung von Fallbesprechungen vor allem im multiprofessionellen Team aktuell sehr schwierig. Eine effektive Umsetzung von Fallbesprechungen kann nur gelingen, wenn eine klare und einheitliche Struktur sowie entsprechende Rahmenbedingungen gewährleistet sind. Es besteht die Notwendigkeit vorab zu klären, in welchen zeitlichen Abständen und in welchem Umfang Fallbesprechungen eingeführt werden und in welcher Form eine Beteiligung anderer Berufsgruppen gewährleistet werden kann und muss.

„Man müsste sich regelmäßig treffen, zu einem bestimmten Zeitpunkt. Ein festen Tag in der Woche oder je nach dem muss man gucken ... erstmal festlegen, in welchem Zeitrahmen oder in welchem Zeitraum auch immer ich diese Gespräche machen möchte“ (B3; Z. 101-103)

Aus Sicht der Expert*innen bietet sich als zeitlicher Korridor die Zeiten vor oder nach der pflegerischen Dienstübergabe an. Ein interdisziplinärer Ansatz bei den Fallbesprechungen wird ausdrücklich gewünscht.

„Dann halt auch interdisziplinär, dass alle Berufsgruppen dran teilnehmen“ (B3, Z. 105-106)

„Dass jeder sozusagen eine andere Sicht vom Patienten kriegt und auch über den Patienten hat. Also ich glaube, dass das schon von allen Berufsgruppen genutzt werden sollte“ (B2, Z. 135-137)

Zudem müssen Fallbesprechungen einen verpflichtenden Charakter haben sowie Absprachen müssen eingehalten werden.

Die Einführung von Interdisziplinären Aufklärungsgesprächen bietet eine Möglichkeit die Transparenz der Informationsweitergabe zwischen den beteiligten Akteur*innen im onkologischen Setting zu verbessern. Der interdisziplinäre Ansatz beschreibt Verfahren der Suche nach Problemlösungen durch Einbeziehung von Erkenntnissen möglichst aller durch ein Problem tangierten Fachdisziplinen (Fees, 2018, o.S.). Der interdisziplinäre Ansatz im Kontext von Aufklärungsgesprächen im onkologischen Setting bezieht sich vorrangig auf

die Ärzt*innen und Pflegenden. Dadurch wird eine strukturierte Weitergabe von Informationen begünstigt (Problemlage 2).

„Also ich würde mir auch wünschen, bei so einem Aufklärungsgespräch dabei zu sein. Weil ganz oft ist das so, man kommt ins Patientenzimmer, der ist ganz bedrückt. Und er sagt mir dann, dass er dieses Aufklärungsgespräch hatte und dann ist man schon automatisch in so einer Gesprächssituation, wo ich mir wünschen würde, dass ich davor vielleicht schon ein bisschen was wusste.“ (T4, Z. 54-57).

Aktuell ist lt. der Expert*innen eine effiziente Umsetzung von interdisziplinären Aufklärungsgesprächen nicht möglich. Eine hohe Fluktuation im ärztlichen Dienst, die vorherrschenden Rahmenbedingungen und das Nichteinhalten von Absprachen zwischen den Berufsgruppen stellen große Hindernisse dar.

„Wir haben die Absprache, dass bei Aufklärungsgesprächen immer eine Pflegekraft dabei sein soll. Aber das hapert an der Umsetzung. Wir sind ein Lehrkrankenhaus, alle paar Monate wechselt der Arzt und die Einarbeitung ist schlecht. Es gibt viele gute Ansätze, aber es hapert an der Zuverlässigkeit.“ (T1, Z. 47-49).

Die Aufklärungsgespräche könnten beispielsweise zu festgelegten Zeiten, die für alle beteiligten Akteur*innen einzurichten sind, stattfinden. Geeignete Rahmenbedingungen und das Einhalten von Absprachen im interdisziplinären Team sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Informationsweitergabe.

„Wenn das alles eingehalten wird dann, hat man schon ziemlich viel Austausch.“ (T1, Z. 51-52)

Zudem sollte die Möglichkeit bestehen, Angehörige und Bezugspersonen in die Gespräche auf Wunsch einzubeziehen.

„Wenn man die Angehörigen als Teil des Behandlungsprozesses wahrnimmt [...] dass man dann seine Sichtweise, warum er so denkt, warum er nicht los lassen kann, wenn er das gesagt hat ... dann fällt es einem leichter, ein Gespräch zu führen ... dass man das verstehen kann, dass der das so denkt. Aber dass es letztendlich um den Patienten geht und dann kann man langsam so eine Beratungsarbeit aufnehmen“ (T1, Z.27-31)

Eine mangelhafte Informationsweitergabe zwischen den Patient*innen und ihren Angehörigen könnte beispielsweise minimiert werden und Absprachen sind für alle Akteur*innen transparent nachvollziehbar (Problemlage 3). Das Führen von wiederholten Gesprächen zu gleichen Themen und die von den Pflegenden bemängelten unterschiedlichen Wissensstände der beteiligten Akteur*innen werden vermieden.

„Das Problem an der Geschichte ist, dass Aufklärungsgespräche oft ohne die Angehörigen geführt werden. Und dann ... das, was der Patient an die Angehörigen weiter gibt ja oft so ein bisschen in der Diskrepanz steht ... dass es nicht mit dem übereinstimmt, was der Arzt bei der Aufklärung gesagt hat.“ (T2, Z.2-6)

Die Voraussetzung für den Einbezug der Angehörigen stellt immer deren Einverständnis dar.

„Es gibt ja auch Patienten die sagen, ich möchte meine Angehörigen nicht dabei haben. Im Idealfall ist es immer besser, alle an einen Tisch zu holen und dann zu sagen, ich bespreche es mit allen. Dann haben gleich alle den gleichen Informationsstand. Ob der dann auch so wahrgenommen wird oder alles verstanden wird, ist dann auch nochmal eine zweite Frage.“ (T2, Z.21-24)

Eine Möglichkeit für einen professionellen Umgang und Einbezug der Angehörigen stellt aus Sicht der Pflegenden der Ansatz des „Advanced care planning“ (ACP) dar (siehe 4.1.2.1).

„Es gibt ja in zwischen dieses "Advanced care planning" ACP oder dieses im deutschsprachigem Raum "Behandlung im Voraus planen", wo solche Gespräche definitiv geführt werden." (T2, Z.9-12)

Das Konzept des ACP bietet eine Möglichkeit, die Kommunikation im onkologischen Setting zu fördern und zu strukturieren. Dies erhöht den Austausch, die Transparenz und Informationsweitergabe zwischen allen beteiligten Akteur*innen. Ein zentraler Baustein aus Sicht der Pflegenden ist der ehrliche und offene Umgang mit den Angehörigen. Für eine erfolgreiche Implementierung müsste das Konzept auf das onkologische Setting und die dort vorherrschenden Rahmenbedingungen übertragen werden.

„Ich finde, dieses Konzept ACP, beziehungsweise "Behandlung im Voraus planen" ist auf jeden Fall so eine Chance, die im neuen Hospiz- und Palliativgesetz ja auch verankert ist." (T2, Z.91-91)

Die Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil pflegerischen Handelns und muss von allen beteiligten Akteur*innen und Hierarchieebenen als solches wahrgenommen werden. Der Einsatz von Interventionen zur Förderung der Haltung von Mitarbeiter*innen im Bereich der Kommunikation mit onkologischen Patient*innen ist aus Sicht der Expert*innen ein wesentliches Kriterium, um die Kommunikation als pflegerische Handlung zu etablieren (P1). Der Führungsebene wird dabei eine besondere Schlüsselfunktion zugesprochen. Führungskräfte und das obere Management sollten demnach Kommunikation als pflegerisches Tätigkeitsfeld nicht nur akzeptieren, sondern auch Ressourcen bereitstellen, um sie aktiv zu fördern.

„Das ist eine Kultur, die ist nicht immer da, die muss man (..) leben, pflegen." (T1, Z. 13-14)

„Und ich find einfach, da muss man sich die Zeit für nehmen und bei uns ist es zu mindestens in der Klinik so, dass das auch akzeptiert wird." (T3, Z. 32-33)

Das Ziel ist es, Kommunikation als pflegerische Handlung aufzubauen und in die Klinikkultur zu integrieren.

„Ich glaube auch, dass das in erster Linie eine Haltungsfrage innerhalb der Klinik ist. Also inwieweit man es überhaupt kommuniziert, dass Kommunikation sozusagen eine pflegerische Handlung ist. Also dass es praktisch von oben nach unten auch kommuniziert werden muss. Dass es akzeptiert wird und auch innerhalb von der Station eigentlich ganz klar sein muss, dass die Kommunikation ein großer Bestandteil in der Pflege ist." (T2, Z.16-20)

Der Stationsleitung wird eine besondere Rolle zugeschrieben. Ihr kommt die Aufgabe zu, Ressourcen zu gewinnen und bereitzustellen. Darüber hinaus haben Leitungskräfte eine Vorbildfunktion und müssen mit ihrem Auftreten und ihrer Haltung signalisieren, dass Kommunikation ein pflegerisches Handlungsfeld darstellt und damit die Akzeptanz im gesamten interdisziplinären Team stärken.

„Das ist eine Haltung im Team, das fängt mit der Leitung an. Wie steht man zu dem Thema Kommunikation?" (T1, Z. 9-10)

Eine exemplarische Maßnahme zur Förderung der Akzeptanz stellen interdisziplinäre Teamsitzungen dar. Diese fördern die Wahrnehmung der Kommunikation als pflegerische Handlung über die eigene Berufsgruppe hinaus.

Interdisziplinäre Visiten und Übergaben sind weitere Maßnahmen, um der mangelnden Transparenz von Informationen zwischen den beteiligten Akteur*innen im onkologischen Setting zu begegnen (Problemlage 2). Interdisziplinäre Visiten werden aktuell nur sporadisch durchgeführt. Häufig erfolgt die Visite ohne die Pflegekräfte. Die aktuellen Rahmenbedingungen erschweren die Durchführung von Visiten im interdisziplinären Team und sollten angepasst werden.

„Also es wird versucht, bei der Visite miteinander zu sprechen. Aber da gibt es auch unterschiedliche Ärzte, die einen halten sich an den Zeitplan, Pflege muss sich ja auch den Tagesablauf festlegen. Und wo sich die Visite um ein, zwei Stunden verzögert, da kann man nicht drauf warten. Und viele Ärzte machen einfach, gehen schon mal los. Ich erzähl dir das gleich, was ich mit dem besprochen hab oder dann wird nichts mehr erzählt.“ (T1, Z. 69-73)

Diese Intervention wurde von den Expert*innen ebenso als notwendige Voraussetzung für die Umsetzung von Fallbesprechungen (siehe oben) benannt. Die Intervention der *interdisziplinären Übergabe* wurde deutlich intensiver von den Expert*innen fokussiert und diskutiert. Die Pflegenden können besser die Therapie und die Therapieziele nachvollziehen, kennen den aktuellen Informationsstand der Patient*innen und sind in der Lage, Probleme im Pflegeprozess frühestmöglich zu identifizieren.

„Also was ich mal als ganz hilfreich erlebt habe in einer anderen Klinik ist, dass die betreuende Ärztin immer bei der Übergabe mit dabei war. Also da konnte man spezielle Sachen nochmal klären. Die hat uns dann halt ganz genau erklärt, was ist der Therapieansatz beim Patienten, welche Probleme bestehen da im Moment, wo möchte sie damit hin, wieviel weiß der Patient, was ja auch gerade immer in der Onkologie ganz wichtig ist. Das empfand ich als sehr hilfreich.“ (T2, Z. 5-9)

Eine Umsetzung von interdisziplinären Übergaben sollte täglich erfolgen und an die Abläufe der Pflege adaptiert werden. Zudem würde eine Übergabe am Bett die Transparenz von Informationen erhöhen, da die Patient*innen mit einbezogen werden.

„Die Übergabe am Bett ... also es wird kurz im Dienstzimmer über das Wichtigste gesprochen, damit jeder schon mal die Namen kennt, dann wird sich in Bereiche aufgeteilt und dann geht man mit seinem Kollegen, der den Dienst übernimmt, direkt ins Zimmer. So lernt man direkt den Patienten kennen. Der weiß, wer heute Nachmittag kommt. Ich find es immer ganz wichtig, man hat schon mal seinen Eindruck. Wenn der Kollege was vom Frühdienst erzählt, kann ich das ganz anders wahrnehmen. Und so habe ich den schon einmal gesehen.“ (T1, Z. 124-129)

Die Voraussetzung für eine Umsetzung stellt aus Sicht der Expert*innen die Kooperationsbereitschaft der Ärzte dar und die Förderung der kommunikativen Kompetenzen aller beteiligten Berufsgruppen.

„Wenn die Ärzte dazu eine gewisse Kooperationsbereitschaft hätten, ja.“ (T2, Z. 13)

Auf welche Berufsgruppen neben den Ärzt*innen sich die Interdisziplinarität bei diesen Interventionen noch bezieht, ist nicht benannt worden.

Ebenso wird eine regelmäßige Beteiligung an Tumorkonferenzen wird von den Expert*innen präferiert.

„Jeder Arzt kann da Patienten drin vorstellen nach vorheriger Anmeldung. Das geht bei uns inzwischen auch, dass externe niedergelassene Ärzte Patienten vorstellen können, um dann Therapiefestlegung zu machen.“ (T2, Z. 276-278)

Die Pflege wird aktuell nur sehr selten einbezogen. Dieser Umstand entspricht nicht den aktuellen Empfehlungen von Fachgesellschaften für eine optimale Versorgung von Patient*innen im onkologischen Setting.

„Was ja auch selten stattfindet, dass Pflegekräfte bei Tumorkonferenzen dabei sind. Obwohl es von den Fachgesellschaften ja eigentlich inzwischen auch eingefordert wird.“ (T2, Z. 67-68)

Die Einführung, beziehungsweise die Umsetzung von Supervision wird als weitere Möglichkeit gesehen, die Kommunikation als pflegerische Handlung zu fördern (Problemlage 1).

Frühere Versuche, Supervisionen im onkologischen Setting einzuführen, sind jedoch gescheitert. Eine effektive Umsetzung dieser Intervention muss demnach an die Wünsche und Bedarfe der Pflegekräfte adaptiert werden.

„In der Onkologie ist das so, dass die Kollegen sich gegen die Supervision entschieden haben. Auf der Palliativstation ist das möglich und das machen wir auch und laden mittlerweile ... so ein bisschen für alle geöffnet.“ (T1, Z. 230-232)

Welche Faktoren eine Umsetzung begünstigen, konnte nicht identifiziert werden.

Themenbereich 2: „Schulungen und Unterstützungssysteme“

Der Themenbereich 2 umfasst Interventionen zur Förderung kommunikativer Kompetenzen durch Schulungen sowie Maßnahmen zur eigenen Gesunderhaltung, beziehungsweise der Gesundheitsförderung von Pflegekräften im onkologischen Setting. Es wurden vier Interventionen, beziehungsweise Interventionsbündel identifiziert und diskutiert, um den aktuellen Problemlagen zu begegnen. Die dargestellten Interventionen fokussieren vorrangig die Problemlagen 2 (Datenerhebung, Informationsweitergabe und (interdisziplinäre) Transparenz), 4 (Schwierige Gesprächssituationen) und 5 (Erwerb und Förderung von kommunikativen Kompetenzen im onkologischen Setting).

Die Einführung von *Maßnahmen zum Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen* wurde von den Expert*innen fokussiert. Maßnahmen in diesem Bereich reduzieren, beziehungsweise minimieren die erlebten Belastungen der Pflegekräfte im onkologischen Setting (P4). Schwierige Gesprächssituationen entstehen häufig dann, wenn Wissensdefizite vorliegen (P4). Ursachen dafür sehen die Experten und Expertinnen in der Diskrepanz zwischen dem Wissen einzelner Akteur*innen und widersprüchlichen Standpunkten und Perspektiven der beteiligten Gruppen.

„Schwierige Situationen im Bereich Kommunikation sind immer, wenn Wissensdefizite auftreten. Also wenn der Patient weniger weiß als die Angehörigen oder umgekehrt. Pflegekraft weiß nicht Bescheid und dann so dieses Spannungsfeld dazwischen oder wenn es zu so einer Nichtakzeptanz von Informationen kommt. Woraus auch immer die jetzt resultiert, also ob man es jetzt nicht versteht oder nicht verstehen will, das sei jetzt mal dahingestellt. Aber ich glaub, das ist halt immer so was, was eine Situation schwierig macht.“ (T2, Z. 3-9)

Vor allem auch der Umgang mit aggressiven Patient*innen und Angehörigen wird als Herausforderung wahrgenommen.

„Wenn Aggressivität im Spiel ist, find ich das schwierig.“ (T1, Z. 38)

„Die Aggression richtet sich ja nicht gegen mich als Person, sondern es ist ja meistens die Situation. Wenn man die Situation an sich bespricht nochmal und den Leuten auch noch mal die Möglichkeit gibt, darüber nachzudenken, auch durch Nachfragen, beruhigt sich das ja meistens relativ schnell“ (T2, Z. 50-53)

Das Hinzuziehen anderer Berufsgruppen unterstützt die Pflegenden im Umgang mit aggressiven Patient*innen. Die Hilfe durch Psychoonkolog*innen wird besonders hervorgehoben.

„Ja, dass man selber sich vielleicht auch Hilfe einholt. Grade jetzt so über den psychoonkologischen Dienst, wenn man vielleicht merkt, dass das einfach so ein bisschen eskaliert.“ (T3, Z. 69-70)

Eine weitere Herausforderung besteht im Umgang mit Patient*innen, die in sich gekehrt sind und dementsprechend wenig kommunizieren. Ein guter Beziehungsaufbau zwischen den Pflegenden und den Patient*innen wird in diesem Fall als obligat betrachtet.

„Ich find manchmal Situationen schwierig, wenn ein Patient sehr in sich gekehrt ist und gar nicht sprechen möchte.“ (T4, Z. 57-58)

Die Grundlage, um schwierigen Gesprächssituationen professionell zu begegnen, sind Kenntnisse aus der Kommunikationspsychologie.

„Aber ich glaub, Kommunikationstechniken sind da glaub ich ganz wichtig. Und das ist halt ja nicht immer gelehrt worden leider.“ (T2, Z. 19-21)

*„Dass man da so aus der Kommunikationspsychologie die entsprechenden Hand-
werkzeuge an der Hand hat, um auch zu sagen, man kann so ein Gespräch de-
eskalieren.“ (T2, Z. 15-16)*

Fundiertes Fachwissen über aktuelle Kommunikationsmodelle und die Anwendung von Gesprächstechniken werden jedoch nur rudimentär vermittelt und stehen häufig in diesen komplexen Gesprächssituationen nicht zur Verfügung. Die Vermittlung von theoretischem Fachwissen in diesem Bereich und das Einüben von Handlungsalternativen für den beruflichen Alltag zum Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen werden als bedeutsamstes Medium für den Erwerb kommunikativer Kompetenzen wahrgenommen.

„Wenn man dann nochmal so Spiegelungstechniken anwendet und den Menschen sagt, ‚Hab ich das richtig verstanden, dass Sie das so und so empfinden oder so.‘ Dass man da in der Kommunikation die Leute eigentlich relativ schnell wieder auf so einer Ebene hat, wo man das irgendwie auf einer sachlichen Ebene eigentlich klären kann. Aber das sind halt so Sachen, die muss man schulen und ja eigentlich fast schon trainieren finde ich.“ (T2, Z. 30-34)

Der Einsatz von standardisierten Handlungsleitfäden, um schwierigen Gesprächssituationen begegnen zu können, wird von den Expert*innen kritisch gesehen, da sie der Komplexität der Situationen und der Individualität der Patient*innen nicht gerecht werden können.

„Ich finde es auch schwierig, Handlungsleitfäden für sowas ... also ich finde, wenn man dann Personal schulen und trainieren kann auf solche schwierigen Gespräche. Dass man bestimmte Kommunikationstechniken vermittelt, dass man bestimmte Deeskalationstechniken vermittelt, das finde ich wichtiger als so ein Handlungsleitfaden. Weil ich finde es ganz schwierig, wenn man in solchen Situationen dann sozusagen ein Blatt Papier in die Hand nehmen muss, um zu sagen, wir gehen jetzt mal die Punkte durch, die ich hier auf meinem Blatt stehen habe. Also das halte ich in solchen Situationen für ganz schwer. Ich glaube eher, dass eine geschulte Kompetenz wichtiger ist.“ (T2, Z. 87-93).

Schulungen im Bereich kommunikativer Kompetenzen (Kommunikationspsychologie, Modelle, Techniken) werden als Grundlage gesehen, um professionell im onkologischen Setting agieren zu können. Aktuell finden Schulungen zu Zeiten statt, die mit den Arbeitszeiten der Pflegekräfte nicht kompatibel sind. Zudem sind die Schulungsinhalte nicht auf individuelle Bedürfnisse der Pflegekräfte, beziehungsweise Abteilungen ausgerichtet. Die Einführung von Interventionen in diesem Bereich sollte auf der Grundlage einer IST-Analyse von häufigen Problemstellungen im onkologischen Setting erfolgen.

„Kommt ja drauf an, wie man es organisiert. Das Problem ist, ja dass so BGM-Maßnahmen ja meistens von oben runter gebrochen werden. Und letzten Endes sagt man ja, wir machen ja was ... lässt die Termine aber 16.30 Uhr stattfinden, wo die Frühschicht schon lange weg ist, der Spätdienst nicht mehr hinkommen kann, also für die Pflege meistens nicht grad attraktiv. Und dann sind es oft auch Maßnahmen, wo ich denke, ob da jeder was mit anfangen kann, ist auch nochmal die andere Frage. Also das müsste man eigentlich mal von der Basis eigentlich abfragen, was eigentlich überhaupt gewünscht wird und das daran orientieren.“ (T2, Z. 112-118)

Eine problematische Situation im Bereich der Kommunikation sehen die Expert*innen zum Beispiel in Bezug auf das Thema „Tod und Sterben“. Auf der anderen Seite werden Schulungen im Bereich der Gesundheitsförderung benötigt, um den aktuellen Herausforderungen optimal begegnen zu können.

„Man müsste sich, um das allgemein zu halten, müsste man schon gucken, mit welchen Problemstellungen werde ich in der Onkologie konfrontiert. Also grade was problematische Gespräche angeht oder so mit Tod, Sterben. Und dann halt wirklich Schulungen machen, die wirklich gezielt da drauf sind.“ (T2, Z. 9-11)

Die Expert*innen verweisen dabei auf Interventionen mit Bezug zur Resilienzforschung, um die psychische Widerstandsfähigkeit der onkologischen Pflegefachkräfte zu stärken.

„Vor allem in der Psychiatrie gibt es ja auch ganz viele Angebote wie Entspannungstechniken, auch für Mitarbeiter“ (T4, Z. 83-84)

„Dann im Bereich Resilienz gibt es ja glaub ich auch noch einiges, was man einbringen könnte, aus der Resilienzforschung. Das man sagt, man guckt mal, wo die Belastung stattfindet, wie man die Belastung wieder loswird.“ (T2, Z. 78-80)

Ein wesentliches Ziel bei der Umsetzung von Schulungen stellt der Transfer von theoretischem Fachwissen im Bereich der Kommunikation auf die aktuellen Bedarfe der Praxis, beziehungsweise des onkologischen Settings dar. Hierfür müssen theoretische Konstrukte praxisnah vermittelt werden durch beispielsweise Fallarbeiten, Rollenspiele und der Identifikation von Handlungsalternativen.

„Das bringt natürlich nichts, Transaktionsanalyse beizubringen und dann zu sagen ‚mach mal‘. Sondern man müsste die Transaktionsanalyse schon so umsetzen, dass man sagt, ich bring das jemandem bezüglich schwieriger Gespräche auf der Onkologie bei. Also wie gehe ich damit um, in ganz konkreten Situationen. Und dass dann wahrscheinlich auch mal trainieren. Weil es bringt nichts, wenn ich jemanden irgendwie ein riesiges theoretisches Konstrukt vorne hinlege und der dann nicht weiß, wie setzte ich das denn überhaupt in der Praxis um. Weil ich glaube, den Transfer von so abstrakten Erkenntnissen der Kommunikationspsychologie runter zu brechen auf seinen Fachbereich ist ja nicht ganz so einfach“ (T2, Z.12-18)

„Jeder hatte einen Fall ... wie soll ich das sagen ... mit einem Patienten und einer bestimmten Situation, wird vorher besprochen und dann ist man sozusagen in dieser Kommunikation und die anderen gucken halt zu. Und wenn man dann zum Beispiel nicht weiter weiß oder wenn da irgendwelche Fragen sind, ist da halt immer noch jemand, der das Ganze ... wie soll ich sagen ... dass er das ganze beobachtet und sagt, was hätte man besser machen können. Dass man da einfach ... dass da jemand ist, der einem da Tipps gibt. Dass man das dann in der Praxis üben kann.“ (T4, Z. 35-40)

Das „Lernen am Modell“ stellt einen pädagogischen Ansatz in diesem Bereich dar, der vor allem für Berufseinsteiger aus Sicht der Expert*innen von Vorteil ist. Berufseinsteiger könnten beispielsweise an geplanten Gesprächen teilnehmen, um von den erfahrenen Kolleg*innen zu partizipieren. Weitere Umsetzungsmöglichkeiten stellen Lehrvisiten und die Übernahme von Patenschaften zur Förderung der kommunikativen Kompetenzen dar.

„Wenn man so gezielte Gespräche hat, wo man weiß, das findet jetzt statt, nicht so ein ad hoc Gespräch. Dass man da jüngere Kollegen mit dazu nimmt.“ (T2, Z. 43-44)

Die Partizipation vom Wissen und den kommunikativen Kompetenzen anderer Berufsgruppen wird ebenfalls als förderlich wahrgenommen. Die Durchführung von Schulungen durch Psychoonkolog*innen wird von den onkologischen Pflegefachkräften präferiert.

„Ja interne Fortbildung und mindestens einmal im Jahr laden wir die Psychoonkologen ein zu einem bestimmten Thema. Entweder, letztes Jahr hatten wir Umgang mit schwierigen Angehörigen. Aber leider hat es nicht stattgefunden, weil

die Psychoonkologin krank wurde, haben wir keinen Ersatztermin bekommen. Aber sowas kann man machen." (T1, Z. 104-107)

In der Einführung und Etablierung eines ‚Ethik Cafe’s‘ sehen die Expert*innen eine alternative Möglichkeit für einen stationsübergreifenden und interdisziplinären Austausch, um beispielsweise Handlungsalternativen zu entwickeln und sich mitteilen zu können.

„Was es in einigen Kliniken ja schon gibt, das sind ja so Ethik Cafés. Wo man sich einfach trifft, um so Problemfälle in einem kleinen kollegialen Rahmen zu besprechen.“ (T2, Z. 75-77)

Eine weitere Intervention, die eine gelungene Kommunikation fördert, ist die Pflegevisite. Ziel ist es, reflexive Prozesse anzuregen und weiteren Schulungsbedarf zu ermitteln.

„Ich mache die Vorgabe, Schwester X hast du Zeit, machen wir so. Es könnte aber auch andersrum sein, dass der Mitarbeiter sich das einfordert. Da bin ich jetzt so ein bisschen auf dem Weg, den Mitarbeitern zu sagen, ja wenn du Probleme hast, kannst du zu mir kommen. Das ist keine Kontrolle der Tätigkeit, du kannst auch gerne zu mir kommen und wir machen das zusammen. Das müsste noch besser etabliert werden bei uns.“ (T1, Z. 300-304)

Angebote zur Gesundheitsförderung unterstützen Pflegekräfte im onkologischen Setting im Umgang mit den physischen und psychosozialen Belastungen, die durch den beruflichen Alltag entstehen. Die Expert*innen benennen vorrangig Maßnahmen aus dem Bereich der Sport- und Freizeitaktivitäten. Besonders hervorgehoben werden Maßnahmen, die von den Psychoonkolog*innen angeboten werden, wie beispielsweise das Erlernen von Entspannungstechniken. Kritisch wird die Sinnhaftigkeit einiger Maßnahmen gesehen.

„Von Selbstverteidigung über Yoga über Schwimmen über Fahrrad fahren, über allen möglichen Sport, Zumba. Gelegentlich auch mal eine Massage, kommt jemand mit einem Stuhl, kann man hingehen, wenn man will, ohne Termin. Unsere Psychoonkologen bieten Traumreisen, Entspannungstechniken an oder die Musiktherapeutin.“ (T1, Z. 91-94)

Es besteht der Wunsch, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auf die Bedürfnisse der Pflegekräfte abzustimmen.

„Und dann sind es oft auch Maßnahmen, wo ich denke, ob da jeder was mit anfangen kann, ist auch nochmal die andere Frage. Also das müsste man eigentlich mal von der Basis eigentlich abfragen, was eigentlich überhaupt gewünscht wird und das daran orientieren.“ (T2, Z. 115-118)

Inwieweit die bestehenden Angebote den Pflegekräften bekannt sind, ob ein entsprechender Zugang vorhanden ist und in welchem Ausmaß die Angebote aktuell genutzt werden, konnte nicht eindeutig erfasst werden.

„Also das nehmen einige Kollegen wahr. Also was ich so mitbekomme.“ (T3, Z. 89)

Die Unterstützung durch andere Berufsgruppen im Bereich der Kommunikation im onkologischen Setting wird von den Expert*innen ausdrücklich gewünscht und muss ausgebaut werden. Die zeitlichen und fachlichen Ressourcen der Pflegefachkräfte reichen nicht, um dem hohen Gesprächsbedarf der onkologischen Patient*innen und deren Angehörigen zu decken. Berufsgruppen, die explizit benannt wurden, sind der ärztliche Dienst, der psychoonkologische Dienst und Mitarbeiter*innen ehrenamtlicher Hilfen. Die Expert*innen schildern, dass andere Berufsgruppen, vorrangig der ärztliche Dienst, ohne Absprache mit den Pflegefachkräften zusätzliche Unterstützung für die onkologischen Patient*innen anfordern. Dadurch ergibt sich die Problematik, dass die Pflegefachkräfte erst bei Eintreffen des angeforderten Personals, beispielsweise der Psychoonkolog*innen, von den aktuellen Problemlagen der Patient*innen erfahren. Das Einholen von Hilfen durch andere Berufsgruppen sollte demnach transparent für alle beteiligten Akteur*innen initiiert werden.

„Das funktioniert, das glaub ich, manchmal weniger. Da wird dann oft der Psychoonkologe eingeschaltet von Seiten der Ärzte, ohne, dass die Pflege überhaupt die Problematik mitbekommt.“ (T2, Z. 133-135)

Die Erreichbarkeit der Psychoonkolog*innen wird als mangelhaft beschrieben, vor allem an Wochenenden und Feiertagen. Komplexe Gesprächssituationen müssen in diesen Zeiten von den Pflegefachkräften allein bewältigt werden, was unter den aktuellen Rahmenbedingungen kaum zu leisten ist.

„Also wenn es innerhalb der Woche ist, ja. Also was ich mir manchmal persönlich wünsche, dass auch psychoonkologisch betreut wird am Wochenende. Aber da ist es ja leider nicht möglich, weil man da niemanden erreicht ... weil die Patienten haben ja auch am Wochenende Probleme.“ (T3, Z. 104-106)

Die Einführung eines psychoonkologischen Bereitschaftsdienstes stellt eine Intervention dar, die laut der Expert*innen eine bedeutsame Entlastung für die Pflegekräfte darstellt und die Versorgungsqualität für die Patient*innen deutlich erhöhen würde.

„Also ich wünschte mir manchmal so einen Bereitschaftsdienst. Ich meine, den würde man ja auch wirklich nur anrufen, wenn man ihn braucht. Aber manchmal wäre das schon ganz gut. Man hat ja auch Angehörige, die da Probleme haben.“ (T3, Z. 113-115)

Weiterhin befürworten die Expert*innen den Aufbau, beziehungsweise den Ausbau eines Netzwerkes, bestehend aus ehrenamtlichen Hilfen, wie beispielsweise Hospizgruppen. Ein Netzwerk aus ehrenamtlichen Hilfen könnte die hohen Gesprächsbedarfe der Patient*innen und Angehörigen auffangen, die Pflegekräfte entlasten und die Versorgung im kommunikativen Bereich fördern.

Themenbereich 3: „Erfassung des Gesprächsbedarfes und Dokumentation“

Der Themenbereich 3 umfasst Interventionen im Bereich der Dokumentation von Gesprächssituationen und der Erfassung des individuellen Gesprächsbedarfes von Patient*innen im onkologischen Setting. Maßnahmen in diesem Bereich sind Lösungsansätze für die Problemlagen 1 (Kommunikation als pflegerische Handlung), 2 (Datenerhebung, Informationsweitergabe und (interdisziplinäre) Transparenz) sowie 3 (Professionelle Integration von Angehörigen in den Pflegeprozess). Der Schwerpunkt der diskutierten Maßnahmen liegt maßgeblich in der Etablierung der Kommunikation als pflegerische Handlung im onkologischen Setting durch den Einsatz einer systematischen Dokumentation und einer zielgerichteten Erfassung des Gesprächsbedarfes.

Die Etablierung einer Dokumentation von pflegerischen Handlungen im Bereich der Kommunikation wird von den Expert*innen als zentrale Voraussetzung gesehen, um die Kommunikation als pflegerische Handlung, beziehungsweise als pflegerisches Handlungsfeld abzubilden. Bisher erfolgt eine Dokumentation von pflegerischen Handlungen im Bereich der Kommunikation nur unzureichend und nicht standardisiert. Die Etablierung einer standardisierten Dokumentation erhöht die Transparenz von Informationen für alle beteiligten Akteur*innen und bildet den Arbeitsaufwand in diesem Bereich ab. Die Expert*innen weisen auf den palliativen Bereich, in dem aufgrund von Vorgaben der Krankenkassen bereits eine Dokumentation des zeitlichen Arbeitsaufwandes erfolgt. Die Einführung dieser Maßnahme wird trotz des gesteigerten Dokumentationsaufwandes gut von den Pflegekräften akzeptiert und könnte auf den onkologischen Bereich übertragen werden. Die allgemeine Akzeptanz für eine erweiterte Dokumentation im Bereich der Kommunikation ist aus Sicht der Expert*innen gegeben und der Mehraufwand durch die Dokumentation wird von den Pflegefachkräften angenommen.

„Ich glaube schon, dass die Akzeptanz dazu da ist. Bisher hat man das ja auch in der Pflegedokumentation teilweise dokumentiert, dass man mit dem Patienten gesprochen hat.“ (T2, Z. 56-57)

Eine Dokumentation von vertraulichen oder sensiblen Gesprächsinhalten sollte jedoch nicht angestrebt werden.

„Ich finde es schwierig, inhaltlich über die Gespräche ... weil oft sind es Gespräche, die im Vertrauen ... also das muss nicht inhaltlich in die Dokumentation. Die Möglichkeit zu dokumentieren, ich hab jetzt ein Gespräch von bis geführt, zeitlicher Aufwand, ist in Ordnung. Das wird auch akzeptiert.“ (T1, Z. 40-42)

Eine Alternative, um inhaltliche Gesprächsanteile zumindest ansatzweise abzubilden, stellt die Dokumentation von Oberthemen oder Kategorien dar, wie beispielsweise Nebenwirkungen, Chemotherapie oder Aufklärungsinhalte über Verhaltensmaßnahmen.

„Vielleicht so ein Oberthema, ich glaube, wenn es jetzt so um Fachthemen geht. Also wie verhalte ich mich bei Nebenwirkungen oder sonst irgendwas, dann kann man das ja mit einem Oberbegriff kurz dokumentieren ... dass man sagt, irgendwie Gespräch über Nebenwirkungsmanagement im Zeitrahmen von 10 Minuten geführt. Eventuell noch kurz Inhalte dazu dokumentieren, aber so wenn es wirklich vertrauliche Gespräche sind, wo es um Tod, Sterben sonst etwas geht, dann kann man das ja auch kurz notieren das man da gesprochen hat ohne Inhalte an sich zu dokumentieren.“ (T2, Z. 57-63)

Eine systematische Dokumentation im inhaltlichen Bereich könnte über die Einführung fester Gesprächseinheiten zu immer wiederkehrenden Themen erfolgen, wie beispielsweise einer Gesprächseinheit zum Thema ‚Chemotherapie und Nebenwirkungen‘.

„So ein Türöffner kann ja im Prinzip auch sein, wenn ich jetzt feste Zeiten habe, wo diese ... also wo irgendwelche Pflegeexperten zur Beratung zur Verfügung stehen ... dass ich den Patienten erzähle, dass es sowas gibt. Und dass man dann sagen kann ‚Wenn Sie da Interesse haben, dann können wir Sie da anmelden‘ und dann kann ja auch sein, dass sich daraus ein Gespräch entwickelt.“ (T2, Z. 344-347)

Eine Inanspruchnahme könnte in der Dokumentation festgehalten werden, wobei jeder Gesprächseinheit feste Inhalte zugeordnet werden können, die transparent für alle beteiligten Akteur*innen nachvollziehbar sind. Eine Umsetzung dieser Maßnahme kann aktuell aufgrund des geringen Personalschlüssels im onkologischen Setting nicht erfolgen.

„Also ich glaube schon, dass das machbar ist. Das Problem ist halt nur vom Personalschlüssel her ... kann ich das auf Station leider im Moment nicht gewährleisten. Also wenn ich sagen kann, ich stell eine viertel Stelle dafür frei oder sonst irgendwas, dann kann ich schon sagen, ich kann jetzt jeden Dienstag oder Dienstag und Donnerstag ... irgendwie hab ich da jetzt drei Stunden, wo jemand irgendwo im Büro sitzt und da für Fragen zuständig ist.“ (T2, Z. 76-80)

Einen weiteren wesentlichen Bereich der Dokumentation stellt die Abbildung des familiären Umfeldes dar. Das erfolgt aktuell nur sporadisch und bezieht sich vorrangig auf das Einholen von formalen Informationen, wie beispielsweise Auskunftsbefugnisse.

„Das wäre definitiv hilfreich, gerade wenn der Aufenthalt länger dauert. Wenn man dann wüsste, was hat er denn früher gerne gemacht, Hobbys. Dann könnte man das einbauen. Wir haben ja viele Möglichkeiten mit Kunsttherapie, Musiktherapie.“ (T1, Z. 61-66)

Als Vorreiter wird hier die Dokumentation in der Altenpflege benannt, die das familiäre System als festen Bestandteil in der Dokumentation abbildet.

„Wir erfassen das. Ich finde, die im Altenpflegeheim machen es intensiver. Da wird auf die Biografie viel mehr Wert gelegt. Wir fragen meistens, wen dürfen wir ansprechen, wenn etwas passiert, wer soll auf gar keinen Fall Auskunft bekommen. Das war's dann. Und dann lernt man die Angehörigen auf dem Flur, im Zimmer, beim Nachfragen erst kennen.“ (T1, Z. 52-55)

Im onkologischen Setting wird dieser Aspekt erst im Verlauf erfasst und in der Regel nur mündlich weitergegeben. Eine zeitnahe, umfassende Erfassung der familiären Situation und Biografie von onkologischen Patient*innen wäre aus Sicht der Expert*innen sehr hilfreich, um eine individuelle Therapie und Pflege zu planen. Die in der Regel kurze Verweildauer von onkologischen Patient*innen erschwert die Einführung einer Dokumentation in diesem Bereich, da Interventionen i.S. der Biografiearbeit häufig auf einen längeren Zeitraum angelegt werden.

„Die Schwierigkeit da dran ist natürlich die Machbarkeit, weil Biografiearbeit mach ich ja nicht bei dem ersten Aufnahmegespräch. Also bei dem ersten Aufnahmegespräch kann ich so grob abklappern, in welchem Umfeld lebt der Patient, wen gibt's da als Ansprechpartner. Und das andere wäre ja sozusagen eine Entwicklung, die ja Tage auf jeden Fall benötigt. Und da ist die Taktung glaub ich auf den onkologischen Stationen einfach zu schnell. Also bis ich da über einen Patienten eine Biografiearbeit angelegt habe, ist der eigentlich wieder weg.“ (T1, 68-73)

Eine gemeinsame Dokumentation aller beteiligten Akteur*innen im Bereich der Kommunikation mit onkologischen Patient*innen könnte dem entgegenwirken. Die Patient*innen geben den verschiedenen Berufsgruppen unterschiedliche Informationen, die in einer gemeinsamen Dokumentation abgebildet werden könnten. Darüber hinaus werden doppelte Erfassungen vermieden und zeitliche Ressourcen eingespart. Eine gemeinsame Dokumentation aller beteiligten Akteur*innen wäre zudem ein förderliches Austauschmedium, welches die Transparenz und Informationsweitergabe zwischen den Berufsgruppen erhöht und die unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Akteur*innen für alle sichtbar abbildet.

„Ich denke auch, da ist die Absprache zwischen den einzelnen Berufsgruppen, weil jede Berufsgruppe hat ja einen anderen Kontakt zu dem Patienten und jede Berufsgruppe kriegt auch andere Informationen vom Patienten.“ (T2, Z. 78-80)

„Eine Dokumentation ist halt auch wichtig. Also bei uns zum Beispiel dokumentieren die Ärzte immer, was sie auf der Visite mit den Patienten besprochen haben. Da ist halt nur oft das Problem, dass dann nicht so ganz genau drinsteht, was besprochen wurde. Oft steht da zwar was, aber man hat trotzdem noch zwei Fragezeichen dahinter, weil das oft ungenau dokumentiert ist.“ (T2, Z. 38-41)

Aktuell erfolgt die Erfassung des Gesprächsbedarfes nicht durch die Pflegenden, sondern über den psychoonkologischen Dienst und bildet dementsprechend nicht das pflegerische Handlungsfeld im Bereich der Kommunikation ab. Zudem erfolgt kein systematischer Austausch mit den Psychoonkolog*innen und wesentliche Informationen gehen verloren. Darüber hinaus ist diese Erfassung bisher ein freiwilliges Angebot. Patient*innen zeigen ihren Gesprächsbedarf an, indem sie ein Formular ausfüllen. Doch das geschieht aufgrund der Stigmatisierung des Begriffes „Psychoonkologie“ laut der Expert*innen eher selten, obwohl augenscheinlich mehr Patient*innen einen Gesprächsbedarf haben.

„Aber was ich auch immer wieder erlebe ... ‚Fragen sie bloß nicht nach Psychoonkologie, ich will nicht reden‘. Und wenn man dann aber übers Wetter anfängt zu reden oder über die Wartezeit, dann war ich auch schon mal eine dreiviertel Stunde da und habe dann ein Gespräch geführt.“ (T1, Z. 338-342)

„Ja wir können den einsehen, der Patient füllt den Zettel aus und gibt uns den Zettel und wir leiten den weiter [...] Aber auch da haben wir gemerkt, steht kaum was drin, sondern eher ‚Ich will nicht Gespräch‘.“ (T1, Z. 328-330)

Eine Erfassung durch die Pflegekräfte wird ausdrücklich gewünscht, beziehungsweise gefordert. Die Erfassung sollte nicht viel Zeit in Anspruch nehmen, standardisiert und gemeinsam mit einer Pflegekraft erfolgen, um den Bedarf möglichst aller Patient*innen zu identifizieren.

„Es sollte nicht zu umfangreich sein, weil es sind schon genug Fragen drin. Vielleicht wirklich mit Experten so erstellen, dass man die wesentlichen Fragen dort mit abdeckt. (T1, Z. 337-338)

„Ich hätte jetzt Sorge, wenn man jetzt mit einer erneuten Abfrage kommt, dass der Patient irgendwann ‚Ich hab's bei der ZNA gesagt, beim Arzt gesagt, ich hab's in der Pflegeanamnese gesagt und dann kommt noch der Psychoonkologe mit einem Zettel'. Wenn das gelingt, in der pflegerischen Anamnese mit zu integrieren, dann wäre das hilfreich.“ (T1, Z. 319-322)

Die Assessments, die eine Erfassung des Gesprächsbedarfes berücksichtigen, wurden bereits mit den Expert*innen diskutiert (vgl. Kapitel 4.4.1.2)

5 Rahmenbedingungen

In dieser Phase der Konzeptentwicklung werden Rahmenbedingungen und Ressourcen benannt, die für die Umsetzung der Verfahren und Instrumente in die Praxis notwendig sind. Hierzu gehört das Festlegen von personellen, organisatorischen und räumlichen Rahmenbedingungen, die insbesondere die Anwendung der Assessments sowie die Umsetzung der entsprechenden Interventionen sicherstellen sollen.

5.1 Personelle Rahmenbedingungen

Allen Personen, die auf einer onkologischen Station arbeiten oder regelmäßig Kontakt zu den Stationen und ihren Patient*innen haben, sollte die Bedeutung der Kommunikation im onkologischen Setting bewusst sein. Durch den oftmals benannten Stress, Zeit- und Personalmangel auf den Stationen ist zu überlegen, ob verbindliche „Gesprächszeiten“ eingerichtet werden, die von bestimmten Pflegekräften (z.B. mit Fachweiterbildung oder Zusatzqualifikation als Berater*in) angeboten werden. Die Expert*innen äußerten ferner, dass die meisten Gespräche während anderer Tätigkeiten mit den Patient*innen stattfinden oder hinter anderen (höher gewerteten) Tätigkeiten zurückstehen. Als Hauptgrund werden in diesem Zusammenhang ebenfalls mangelnde zeitliche Ressourcen benannt. Eine weitere Möglichkeit, diesem Problem zu begegnen, wäre beispielsweise ein festgelegter zeitlicher Rahmen im Schichtdienst, in dem mehr Personal zu Verfügung steht, dass die Gesprächsbedarfe der Patient*innen aufgreift. Somit könnten Gespräche bewusst als solche geführt werden und finden nicht nur begleitend im Kontext anderer Pflegemaßnahmen statt.

Die Expert*innen gaben auch an, dass der Austausch mit anderen Akteur*innen, wie z.B. mit den Psychoonkolog*innen auf Grund personeller Veränderungen abgeschafft wurde, dieser aber in der Vergangenheit sehr hilfreich gewesen ist. Es wäre zu empfehlen, perspektivisch gemeinsame Zeitfenster zu finden, in denen ein kooperativer, interdisziplinärer Austausch stattfinden kann. Die Pflegenden befürworten einen Zeitpunkt unmittelbar vor dem Schichtwechsel, so dass die zuständigen Kolleg*innen der Früh- und Spätschicht anwesend sein können.

5.2 Organisatorische Rahmenbedingungen

Die Expert*innen beschrieben, dass Gespräche mit Patient*innen oftmals gestört oder zugunsten anderer Termine unterbrochen werden. Ein hauptsächlich Grund für die Unterbrechung sind anstehende Untersuchungen. Um Termine besser und systematischer zu koordinieren, könnten (elektronische) „Patient*innenkalender“ eingesetzt werden. Darin könnten u.a. geplante Gesprächstermine vermerkt werden, die als verbindlich gelten und nicht zugunsten anderer Termine verschoben werden sollten. Dafür muss allerdings die Akzeptanz bei allen Beteiligten vorhanden sein.

Als weiteres Problem wird eine mangelnde Verständigung, bedingt durch sprachliche Barrieren, beschrieben. Dieses Problem kann nicht immer durch das Hinzuziehen eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin oder durch Übersetzungen der Angehörigen gelöst werden, denn oftmals stehen Dolmetscher*innen oder dolmetschende Angehörige nicht ad hoc

zur Verfügung. Darüber hinaus können subjektive Interpretationen der dolmetschenden Person eine Verständigung erschweren. Dies könnte vor allem bei Übersetzungen durch Angehörige ein Problem darstellen. Insbesondere für Informationsgespräche sollten Broschüren und Flyer auf den Stationen in den unterschiedlichen (gängigen) Fremdsprachen vorrätig sein. Als hilfreich hat sich auch die Unterstützung mit Bilderkarten erwiesen, z.B. um Handlungsschritte zu erklären oder sich auf anatomisches (Laien)Wissen zu beziehen. Ebenso werden Übersetzungsapps, die über das Smartphone einfach zu bedienen sind, in ihrer Funktionalität und Anwendung stetig weiterentwickelt, so dass auch diese digitalen Hilfsmittel einen Beitrag zur besseren Verständigung leisten können.

Ferner werden interdisziplinäre Fallbesprechungen, die zum jetzigen Zeitpunkt nicht stattfinden, gewünscht. Hiervon erhoffen sich die Pflegekräfte, dass alle beteiligten Akteur*innen den gleichen Wissensstand in Bezug auf die Patient*innen (z.B. Stand der Aufklärung, Copingverhalten, Therapieplan) erhalten und dass ein Austausch hinsichtlich der Behandlungs- und Versorgungsplanung stattfindet. Damit eng verbunden ist der Wunsch nach interdisziplinären Visiten. Sie sollen die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen fördern und den Pflegekräften direkt die Möglichkeit bieten, an den Arzt-Patient-Gesprächen teilzunehmen und ggf. zwischen Ärzt*innen und Patient*innen zu vermitteln. Denn momentan werden Pflegekräfte oftmals mit Fragen der Patient*innen konfrontiert, die sich auf Inhalte der Visite beziehen, obwohl die Pflegekräfte dabei nicht anwesend sind. Dies kann zu Unsicherheiten auf beiden Seiten führen.

5.3 Räumliche Rahmenbedingungen

Nach Aussage der Expert*innen steht kein Raum auf den onkologischen Stationen zur Verfügung, der vorbehaltlich für Gespräche zwischen Pflegenden und onkologischen Patient*innen genutzt werden kann. Das hat zur Folge, dass die Privatsphäre der Patient*innen während des Gesprächs beeinträchtigt wird. Gründe hierfür sind beispielsweise Mitpatient*innen (in Mehrbettzimmern) oder Störungen durch Servicepersonal. Die Expert*innen halten es für sinnvoll, einen Raum für Patient*innengespräche einzurichten. In diesem Raum sollte genügend Platz auch für interdisziplinäre Gespräche sein, bei dem Angehörige anwesend sein können. Darüber hinaus sollte Platz für ein Patientenbett sein, falls der Patient oder die Patientin nicht in der körperlichen Verfassung ist, über einen längeren Zeitraum zu sitzen. In dem Raum sollten alle notwendigen Informationsmaterialien, Dokumentationsbögen und Schreibutensilien vorhanden sein. Ein Tisch bzw. Tische sind so zu stellen, dass sie die Kommunikation zwischen den Beteiligten fördern. Auch eine ansprechende räumliche Gestaltung ist von Bedeutung. Bei Gesprächen mit Patient*innen, die das Patientenzimmer nicht verlassen können, sollte ein Schild an der Tür auf das Gespräch hinweisen, um Störungen zu vermeiden. Die Akzeptanz der Schilder ist durch alle zu gewährleisten.

5.4 Bildungsmaßnahmen

In Bezug auf Fort- und Weiterbildungen geben die Expert*innen an, dass vor allem Schulungen zur Förderung der fachlichen Kompetenz der Pflegekräfte stattfinden. Dieses erworbene Fachwissen, so die Expert*innen, gibt den Pflegenden Handlungssicherheit in Gesprächssituationen. Schulungen in Bezug auf herausfordernde oder schwierige Gesprächssituationen finden derzeit eher nicht statt. Schulungen könnten sich thematisch an den (Pflege-)Situationen orientieren, die von den Expert*innen beschrieben wurden. Darüber hinaus sollte der Fortbildungsbedarf der Pflegenden auf den onkologischen Stationen erfasst werden (i.S. einer Bedarfsanalyse).

Insbesondere die Umsetzung von Advance Care Planning erfordert Bildungsmaßnahmen. Die Pflegenden sollten zunächst ihre Grundhaltung und ihr Rollenverständnis sowohl hinsichtlich der Pflegendenrolle als auch Patient*innenrolle verbalisieren und Dissonanzen zum Verständnis entsprechend ACP aufdecken. Dies scheint von Bedeutung, da in den Ausführungen der Expert*innen das Thema „Non-Compliance“ als Problem benannt wurde. Es ist zu hinterfragen, ob eine gemeinsame Entscheidungsfindung, an der die Patient*innen

gleichberechtigt beteiligt sind, bereits im Pflegeverständnis verankert ist. Das Verständnis einer gleichberechtigten Entscheidungsfindung sollten ebenso die Ärzt*innen haben und mittragen, da nur so eine konsequente Umsetzung von ACP möglich ist.

Schulungsmaßnahmen sollten neben theoretischem Hintergrundwissen möglichst viele Praxisbezüge und Austauschmöglichkeiten bieten. Daher ist es bei mehrtägigen Fortbildungsveranstaltungen sinnvoll, diese mit einem zeitlichen Abstand stattfinden zu lassen. Somit haben die Pflegenden die Möglichkeit, das erlernte Wissen in der Praxis umzusetzen und ihre Erfahrungen diesbezüglich in einer der nächsten Fortbildungsveranstaltung zu reflektieren.

Die Expert*innen äußerten, dass Gespräche zu den Themen Tod und Sterben oftmals Unsicherheit und teilweise auch Sprachlosigkeit auslösen, insbesondere nachdem Patient*innen über einen palliativen Krankheitsverlauf aufgeklärt wurden und sich mit dem nahenden Lebensende auseinandersetzen. Es wird als erschwerend erlebt, wenn Patient*innen unrealistische Vorstellungen über ihren Krankheitsverlauf haben und die palliative Situation verleugnen. Unterstützende Handlungs- bzw. Gesprächsleitfäden existieren derzeit nicht. Die Expert*innen befürworten Fortbildungen zum Erwerb kommunikativer Strategien, um auch in schwierigen Situationen professionell agieren zu können.

Die Expert*innen kritisieren, dass aktuelle Fortbildungsmaßnahmen nicht auf das onkologische Setting abgestimmt sind. Demzufolge fehlt der Bezug zur erlebten Pflegepraxis. Befürwortet werden stationsinterne Fortbildungen, in deren Rahmen Expert*innenwissen durch die eigenen Mitarbeiter*innen weitergegeben wird. Methoden, die sich für stationsinterne Fortbildungen anbieten, sind das „Lernen am Modell“, die „kollegiale Beratung“ und das „Reflexionsgespräch“. Ansätze für eine Implementierung der Methoden werden von den Expert*innen beschrieben (z.B. die gemeinsame Reflexion von Pflegevisiten, die Begleitung von erfahrenen Pflegekräften (fachweitergebildet, Expertise als Berater*in) in Gesprächssituationen). Auch die Möglichkeit der klinikinternen Fortbildungen wird beschrieben. Externe Fortbildungen sollen vor allem für die individuelle Förderung der einzelnen Pflegekräfte genutzt und spezifisch ausgewählt werden. Methoden, die die Expert*innen für Schulungen im Allgemeinen favorisieren, sind das Rollenspiel und praktische Übungen.

Weiterhin wünschen die Expert*innen Rahmenbedingungen, die den Austausch im Pflgeteam selbst, aber auch zwischen den Pflegenden und anderen Berufsgruppen (z.B. Psychoonkolog*innen, Ärzt*innen) ermöglichen, um Handlungsstrategien zu besprechen und sich gegenseitig kollegial zu beraten.

6 Konsequenzen und Empfehlungen für die Implementierung

Gespräche zwischen Pflegenden und onkologischen Patient*innen werden häufig im Kontext anderer (Pflege)Tätigkeiten geführt. Patient*innen nehmen die knappen zeitlichen und personellen Ressourcen des Pflegepersonals wahr und sind dadurch häufig gehemmt, Gesprächsbedarfe zu verbalisieren. Beeinträchtigungen in der Privatsphäre während der Gesprächssituationen (z.B. durch Mehrbettzimmer, fehlender Gesprächsraum, Störungen) hemmen die Gesprächsbereitschaft der Patient*innen zusätzlich. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Gesprächsatmosphäre verbessern und die Bereitschaft der Patient*innen fördern. Hierzu gehören das Unterbinden von Störungen (z.B. durch verbindliche Gesprächszeiten und Zuständigkeiten, die von allen Beteiligten des pflegerischen und therapeutischen Teams akzeptiert werden) und das Ermöglichen von Privatsphäre (z.B. durch Hinweisschilder an der Tür, dass ein Gespräch stattfindet oder durch das Bereitstellen von entsprechenden Räumlichkeiten). Gesprächstermine sind zu planen und mit anderen Terminen (z.B. mit diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen) gut abzustimmen. Eine Möglichkeit wäre ein digitaler Patient*innenkalendar, zu dem alle Beteiligten des Versorgungs- und Behandlungsteams Zugang haben.

Neben den onkologischen Patient*innen haben auch deren Angehörige einen hohen Gesprächsbedarf. Nicht selten nehmen Pflegenden eine divergierende Sichtweise (zwischen Betroffene und Angehörige) auf die Ausprägung der Erkrankung und den Krankheitsverlauf wahr, was mitunter zu konfliktbesetzten Situationen führen kann. Pflegenden nehmen dabei häufig eine vermittelnde Position ein. Im Sinne des Advance Care Planning – Konzeptes

obliegt es den Patient*innen, eine ihnen nahe stehende Person zu wählen, die an den geplanten Gesprächen teilnimmt. Im gemeinsamen Gespräch können Fragen geklärt werden und Vorstellungen zur Erkrankung und zum Krankheitsverlauf sowie die damit verbundenen Emotionen verbalisiert werden.

Es wird kritisiert, dass Pflegende oftmals nicht über den Informationsstand der Patient*innen (insbesondere zur Erkrankung selbst und zur Therapieplanung) in Kenntnis gesetzt werden. Mit der Implementierung von interdisziplinären Gesprächen könnte diesem Problem begegnet werden. Dadurch sind die Pflegenden in die Kommunikation zwischen den Patient*innen und Ärzt*innen oder Psychoonkolog*innen involviert. Der Wissensstand der Beteiligten aus dem Versorgungs- und Behandlungsteam gleicht sich an, so wie es im Konzept der vorausschauenden Kommunikation angestrebt wird. Im Mittelpunkt dieses Konzeptes steht die gemeinsame Entscheidungsfindung auf der Grundlage einer allumfassenden Information der Patient*innen und ihrer Angehörigen. Die interdisziplinären Gespräche bieten die Möglichkeit, dass sowohl die Patient*innen und Angehörigen als auch die professionellen Helfer*innen ihre Sichtweise auf die Erkrankung und die damit verbundenen Aspekte zum Ausdruck bringen können. Divergenzen, die zu Belastungen führen, können thematisiert und ggf. auch aufgelöst werden. In den Gesprächen kann den Patient*innen sowie den ihnen nahe stehenden Personen Therapiemaßnahmen und pflegerische Interventionsmöglichkeiten näher gebracht werden, so eine gemeinsame und nachvollziehbare Entscheidungsfindung möglich wird. Wichtig dabei ist, dass die Patient*innen letztendlich die Entscheidungsträger*innen sind und ihre Entscheidung von allen respektiert und bei der Umsetzung unterstützt wird. Bereits eine umfassende Information reduziert Ängste und Unsicherheiten auf Seiten der Patient*innen und ihrer Angehörigen.

Im Vorfeld einer Implementierung interdisziplinärer Gespräche ist es sinnvoll, konkrete (immer wiederkehrende) Gesprächsanlässe zu identifizieren und genau zu beschreiben. In Anlehnung an das Konzept der vorausschauenden Kommunikation (Tessmer et al., 2011) und unter Berücksichtigung der Interviewergebnisse werden im Folgenden Gesprächsanlässe bzw. die Ausrichtung des Gespräches benannt:

1. Interdisziplinäres Aufklärungs- und Informationsgespräch zur Erkrankung und der damit verbundenen Einschränkungen und Belastungen (→ medizinischer und pflegerischer Hilfebedarf),
2. Gespräch zur Annäherung des Krankheitsverständnisses zwischen den Akteur*innen des Gesundheitssystems und der Patient*innen sowie deren Angehörige,
3. Erfassung des aktuellen körperlichen und seelischen Befindens inklusive der Erfassung bereits vorhandener Strategien der Patient*innen im Umgang mit der Erkrankung sowie deren Wirksamkeit,
4. Partizipative Planung therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen unter Berücksichtigung möglicher Konsequenzen und Folgen,
5. Erfassung von Behandlungswünschen für potenzielle Krankheitsverläufe und Notfallsituationen, Erfassung priorisierter Behandlungsziele und der damit verbundenen Therapien.

Gesprächsanlässe können je nach Bedarf der Patient*innen und ihrer Angehörigen in einer Gesprächssituation zusammengefasst bzw. kombiniert werden. In der Gesprächssituation sind die kommunikativen Fähigkeiten der Beteiligten, die aktuelle Bedürfnislage und körperliche sowie seelische Verfassung der Patient*innen und nachgeordnet die Bedürfnisse ihrer Angehörigen zu berücksichtigen. Es erscheint sinnvoll, im Rahmen der Gespräche oder bereits im Vorfeld ein Assessment zur Erfassung der aktuellen Krankheits- und Belastungssituation anzuwenden. Bspw. könnte das Distress-Thermometer im Rahmen des Gesprächs zur Annäherung des Krankheitsverständnisses oder zur Erfassung des aktuellen körperlichen und seelischen Befindens Anwendung finden.

Das interdisziplinäre Aufklärungsgespräch sollte unmittelbar nach der Diagnosestellung erfolgen. Dabei erscheint es sinnvoll, eine Person, die dem Patienten oder der Patientin

nahesteht, mit einzubeziehen. Angehörige können als emotionale Stütze dienen und es wird eine gemeinsame Wissensbasis geschaffen, so dass die Angehörigen die Betroffenen im Verständnis der Diagnose unterstützen können. Neben der Aufklärung stehen mögliche Behandlungsalternativen, ihre Wirksamkeit, aber auch die damit verbundenen Nebenwirkungen im Fokus. Die Erkrankung an sich sowie deren Behandlung erfordern pflegerische Maßnahmen, die ebenfalls in diesem Gespräch thematisiert werden sollten. Das Vorwissen der Patient*innen sowie deren Erfahrungen sind in das Gespräch mit einzubeziehen. Kommt es innerhalb des Gespräches zu einer Überforderung der Patient*innen oder ihrer Angehörigen, sollten die professionellen Akteur*innen sensibel intervenieren und zunächst die Überforderungssituation bearbeiten. Das interdisziplinäre Aufklärungsgespräch sollte dann ggf. verschoben und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen werden. Ein generelles Ziel ist es, gemeinsam mit den Patient*innen und ihren Angehörigen eine Behandlungsstrategie zu entwickeln, die von allen Beteiligten getragen wird. Bei Unstimmigkeiten sind es letztendlich die Betroffenen, die „das letzte Wort“ im Entscheidungsprozess haben, das zu akzeptieren ist. Das Gespräch kann im Behandlungsprozess durchaus öfters geführt werden, z.B. wenn sich eine Behandlungsstrategie als nicht bzw. nicht mehr wirksam erweist.

Das Gespräch zur Annäherung des Krankheitsverständnisses und/oder des Behandlungsverständnisses, wenn ein Dissens diesbezüglich zwischen den Patient*innen und ihrer Angehörigen wahrzunehmen ist. Mit dem Gespräch soll konflikthaltigen Situationen vorgebeugt werden. Es ist sinnvoll, wenn das Gespräch von den Pflegenden vorbereitet wird. Dabei sollten die Pflegenden eine Bestandsaufnahme des aktuellen Wissensstandes der Patient*innen und ihrer Angehörigen vornehmen. Es ist bedeutsam, dass die Pflegekraft die Sichtweisen der Beteiligten anerkennt und nicht auf Inhalten, die in früheren Gesprächen thematisiert wurden, beharrt. Des Weiteren können Patient*innen und ihre Angehörigen dazu angeregt werden, sich ihre Einstellungen zu krankheits- und therapiebezogenen Themen bewusst zu machen und zu verbalisieren. Zudem soll ein Rahmen abgesteckt werden, der klar definiert, inwieweit die betroffene Person aufgeklärt werden will, an welchen Vorstellungen in Bezug auf die Erkrankung und Therapie sie festhalten will und welche Themen für sie aktuell die höchste Priorität haben und besprochen werden sollen. Als Hilfsmittel könnten hier Question Prompt Lists eingesetzt werden, insofern geeignete Versionen zur Verfügung gestellt werden können.

Das Gespräch zur Annäherung des Krankheitsverständnisses baut auf der Basis, die im vorbereitenden Gespräch erfasst wurde, auf. Deshalb ist es notwendig, dass vorab ein Austausch zwischen den beteiligten professionellen Akteur*innen erfolgt, so dass allen der aktuelle Wissensstand sowie die Positionen und Bedarfe der Patient*innen und ihrer Angehörigen bewusst sind. Im Gespräch ist zu vermeiden, dass die Patient*innen Informationen erhalten, die sie nicht haben möchten oder dass Themen bearbeitet werden, die für sie derzeit keine oder nur wenig Priorität haben. Im Gespräch ist einleitend die Erkrankung zu beschreiben und der Entscheidungsweg hin zu bestimmten Maßnahmen sollte skizziert werden. Darüber hinaus sollte die bisherige Wirkung der Therapie beschrieben werden und die Nützlichkeit der Maßnahmen aus den Perspektiven der beteiligten Personen heraus betrachtet werden. Ggf. treten neue Themen, die ebenfalls für die Behandlung von Relevanz sind, in den Fokus und es kommt zur Anpassung oder ggf. zu Veränderungen des Maßnahmenplans.

Die Erfassung des aktuellen körperlichen und seelischen Befindens inklusive der Erfassung bereits vorhandener Strategien im Umgang mit der Erkrankung und Therapie stellt einen übergeordneten Anlass dar, der mit den anderen Gesprächsanlässen kombiniert werden kann. Zu diesem Anlass sollten regelmäßig Gespräche stattfinden, um Veränderungen rechtzeitig zu erkennen und Verläufe darzustellen. Welche zeitlichen Intervalle Patient*innen mit einem längeren Aufenthalt geeignet sind, ist aus den Erfahrungen der Praxis abzuleiten. Bei Wiederaufnahme ist immer eine Erhebung des aktuellen Befindens angezeigt. Die Erfassung bereits bestehender Strategien kann die Maßnahmenplanung beeinflussen. So können bestimmte Maßnahmen bereits im Vorfeld als ‚ungeeignet‘ oder als (mit Wahrscheinlichkeit) ‚geeignet‘ charakterisiert werden. Der Einsatz von Assessments bei der Durchführung dieses Gespräches kann als Strukturierungshilfe dienen. Allerdings darf es

nicht zu einem „Abfragen“ führen. Vielmehr ist eine offene Gesprächsführung mit einem hohen Gesprächsanteil der Patient*innen anzustreben.

Die Erfassung von Behandlungswünschen für potenzielle Krankheitsverläufe und Notfallsituationen, die Erfassung priorisierter Behandlungsziele und der damit verbundenen Therapien sowie die umfassende Aufklärung über potenzielle Behandlungen und Maßnahmen soll den Erkenntnissen aus dem Advance Care Planning Rechnung tragen. Die Patient*innen sollen für Situationen, in denen sie selbst nicht entscheidungsfähig sind, bereits im Vorfeld entscheidungsrelevante Parameter für die Behandlung festlegen, so wie es z.B. in MAPS dargestellt wurde. Hierdurch erlangen auch die Angehörigen vertiefende Einblicke in die Werte, Vorstellungen und Gedanken der Patient*innen. Sie sollen sich sicher und entscheidungsfähig fühlen in Situationen, in denen die Betroffenen selbst nicht mehr entscheiden können.

Grundsätzlich gilt für alle Gespräche, dass die Patient*innen im Fokus stehen. Ein Gesprächsangebot ist immer etwas, das die Patient*innen annehmen, aber auch ablehnen können. Es ist zu berücksichtigen, dass der Gesprächsprozess so früh wie möglich zu initiieren und kontinuierlich fortzuführen ist. Um an bereits geführte Gespräche sinnhaft anknüpfen zu können und um Wiederholungen und Intransparenz zu vermeiden, ist eine einheitliche Dokumentation und ein einfacher Zugriff darauf notwendig.

7 Fazit und Ausblick

Die befragten Expert*innen aus dem onkologischen Setting beschreiben bereits Strategien der Kommunikation, die sich als wirksam in ihrem Alltag bewiesen haben. Diese finden sich auch zum Teil in dem beschriebenen Konzept „Advance Care Planning“ und im Konzept der vorrausschauenden Kommunikation wieder. Es zeigt sich jedoch, dass diese Strategien nicht allen Pflegekräften zur Verfügung stehen und auch nicht systematisch und kontinuierlich zum Einsatz kommen. Des Weiteren beschreiben die Expert*innen Rahmenbedingungen, die Gespräche mit Patient*innen und deren nahestehenden Personen erschweren. Vor allem werden mangelnde zeitliche Ressourcen und Defizite in den räumlichen Gegebenheiten beschrieben. Diesbezüglich sollten institutionsbezogene Lösungsmöglichkeiten erarbeitet und umgesetzt werden. Als Ideen wurden festgelegte Gesprächszeiten und ausgewiesene Räume, die dem Führen von Gesprächen vorbehalten sind, benannt. Weiterhin wünschen sich die Pflegenden mehr Möglichkeiten des Austausches und der Abstimmung mit anderen, an der Versorgung und Behandlung beteiligten Berufsgruppen. Als Maßnahmen werden interdisziplinäre Visiten und Fallbesprechungen benannt.

Die derzeitigen angebotenen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegenden zielen meist auf die Erweiterung des fachlichen Wissens ab. Bildungsangebote zum Thema Kommunikation sind häufig zu unspezifisch für das onkologische Setting. Perspektivisch sollten Fortbildungsveranstaltungen sich stärker an den Bedingungen (Klientel, Krankheitsverläufe, Belastungen etc.) sowie an konkreten Situationen, die Pflegenden in ihrem Pflegealltag erleben, ausrichten.

Im Rahmen der projektbezogenen Problemanalyse konnten aus Perspektive der Expert*innen insbesondere Faktoren und Zusammenhänge erfasst werden, die die pflegerische Kommunikation im onkologischen Setting erschweren oder gar unterbinden. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus den Interviews fand eine Literaturanalyse zu Assessmentinstrumenten und Konzepten statt, die eine systematische Erfassung der psychosozialen Situation und der kommunikativen Bedürfnisse onkologischer Patient*innen ermöglichen und Strategien sowie Orientierung für eine hilfreiche Kommunikation bieten. Anschließend wurden ausgewählte Assessmentinstrumente und Lösungsansätze für die beschriebenen Problemlagen mit den Expert*innen der Pflegepraxis diskutiert. Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen (in Verbindung mit den in der Literatur beschriebenen Assessmentinstrumenten und Konzepten) können anschließend genutzt werden, um einrichtungsbezogene Konzepte zur Verbesserung der pflegerischen Kommunikation zu entwickeln. Aus dem Repertoire der hier vorgestellten Instrumente (Assessmentinstrumente) und Verfahren (Interventionen i.S. von Lösungsansätzen) sind diejenigen auszuwählen, die geeignet und

umsetzbar erscheinen. Die Auswahl sollte konsensorientiert erfolgen. Insbesondere bei interdisziplinären Interventionen sind die beteiligten Berufsgruppen in den Entscheidungsprozess und in die Konzeptentwicklung zu integrieren.

8 Literatur

Bohnsack, R. (2000): Gruppendiskussion. In: Flick, U./Kardorff, E.v./Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.

Braeken, A., Kempen, G., Eekers, D., van Gils, F., Houben, R. & Lechner, L. (2011): The usefulness and feasibility of a screening instrument to identify psychosocial problems in patients receiving curative radiotherapy: a process evaluation. In: BMC cancer 11, S. 479. DOI: 10.1186/1471-2407-11-479.

Brown, R. F., Bylund, C. L., Li, Y., Edgerson, S. & Butow, P. (2012): Testing the utility of a cancer clinical trial specific Question Prompt List (QPL-CT) during oncology consultations. Patient education and counseling, 88 (2), 311-317. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.02.009>

Bundesministerium für Gesundheit (2012). Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. Unter: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/120223_Nationaler-Krebsplan_2012.pdf. Stand: Januar 2012. Abruf am: 13.05.2012.

Carlson, L. E.; Waller, A.; Mitchell, A. J. (2012): Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. In: *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 30 (11), S. 1160-1177. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.5509.

Cicely Saunders Institute (2012): POS early development. Unter: <https://pos-pal.org/maix/background.php>. Abruf am: 07.09.2018.

Cicely Saunders Institute (2012): POS v1 in Germany. Unter: <https://pos-pal.org/maix/pos-translations.php#german>. Abruf am: 07.09.2018.

Cicely Saunders Institute (2012): How to score POS version 1 and version 2. Unter: <https://pos-pal.org/maix/how-to-score.php> Abruf am: 07.09. 2018.

Cicely Saunders Institute (2012): IPOS Translations. Unter: <https://pos-pal.org/maix/i-pos-translations.php#german> Abruf am: 01.09. 2018.

Cicely Saunders Institute (2012): POS- How to interpret. Unter: <https://pos-pal.org/maix/how-to-interpret.php> Abruf am: 07.09. 2018.

Cicely Saunders Institute (2012): The Palliative care Outcome Scale outline for new & current users. Unter: <https://pos-pal.org/maix/pos-and-ipos-summary.php> Abruf am: 07.09. 2018.

Coors, M., Jox, R. & Schmitzen, J. in der (2015): Advance Care Planning: eine Einführung. In M. Coors, J. in der Schmitzen & R. Jox (Hrsg.), Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung (S. 11-22). s.l.: W. Kohlhammer Verlag.

Cox, A. / Jenkins, V. / Catt, S. / Langridge, C. / Fallowfield, L. (2006): Information needs and experiences: An audit of UK cancer patients. In: *European Journal of Oncology Nursing*, 10 (4), pp. 263-272.

Cox, A. / Jenkins, V. / Catt, S. / Langridge, C. / Fallowfield, L. (2006): Information needs and experiences: An audit of UK cancer patients. In: *European Journal of Oncology Nursing*, 10 (4), pp. 263-272.

Deininger, C. (2009): *Soziale Unterstützung bei Leiden bei Krebs. Eine systemische Literaturanalyse*. Unter: <http://othes.univie.ac.at/9514/>. Letzte Änderung: k.A. Abruf am: 15.01.2011.

Deutsche Krebshilfe (2016). Unter: <http://www.krebshilfe.de/wir-foerdern.html>, Abruf am 05.08.2016.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2016): ADVANCE CARE PLANNING (ACP) in stationären Pflegeeinrichtungen. Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG). Verfügbar unter https://www.dhpfv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Handreichung_AC

Dokken, H. / Stukenkemper, J. / Huber, B. / Thoke-Colberg, A. (2005): Wissens- und Beratungsbedarf von Tumorpatienten zu Nebenwirkungen der Chemotherapie. Unter: <http://www.printernet.info/suche.asp>. Letzte Änderung: 23.08.2010. Abruf am: 20.12.2010.

Elsbernd, A. (2013): Konzepte für die Pflegepraxis: Theoretische Einführung in die Konzeptentwicklung pflegerischer Arbeit. In: Riedel, A.; Lehmeyer, S. und Elsbernd, A. (Hrsg.): Einführung von ethischen Fallbesprechungen: Ein Konzept für die Pflegepraxis. Ethisch begründetes Handeln praktizieren. 3. Auflage. Jacobs Verlag: Lage, S. 13 – 38.

Elsbernd, A. (2007): Konzeptentwicklung in der Pflege. In: Stolz, K.; Warmbrunn, J.; Schmolz, U. und Elsbernd, A.: *Betreuungsrecht und Pflegemanagement*. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 52 – 65.

Faller, H. (1998): Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Reihe Psychosoziale Medizin. Band 5. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Fischbeck, S. & Laubach, W. (2016): Erfüllung von Informationsbedürfnissen onkologischer Patienten. *Der Onkologe*, 22 (11), 864–869.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Springer Verlag.

Glaus, A. / Frei, I.A. / Knipping, C. / Ream, E. / Browne, N. (2002): Schade, dass ich dies nicht vorher gewusst habe! Was Krebskranke von den Informationen über Fatigue halten: eine Beurteilung durch Patienten in der Schweiz und in England. In: *Pflege*, 15. Jg., Heft 5, S. 187-194.

Herschbach, P.; Weis, J. (Hrsg.) (2010): Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Eine Empfehlung der PSO für die psychoonkologische Behandlungspraxis.

Herschbach, P. & Marten-Mittag, B. (2009): *Manual und Interviewleitfaden zur Psychoonkologischen Basisdokumentation. Standardversion*. Verfügbar unter http://www.pobado.med.tum.de/pdf/Standard-Version/Manual_PO-Bado_2.2009.pdf Abruf am 21.01.2020.

Holtgräwe, M. / Pinkert, C. / Remmers, H. (2007): Belastungen und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Brustkrebs in der Phase der chirurgischen Primärtherapie – aus Sicht der Pflegenden. In: *Pflege*, 20. Jg., Heft 2, S. 72-81.

In der Schmittgen, J. & Marckmann, G. (2015): Das Pilotmodell beizeiten begleiten. In M. Coors, J. in der Schmittgen & R. Jox (Hrsg.), *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung* (S. 234–257). s.l.: W. Kohlhammer Verlag.

In der Schmittgen, J. & Marckmann, G. (2015): Was ist Advance Care Planning? Internationale Besanndsaufnahme und Plädoyer für eine transparente, zielorientierte Definition. In M. Coors, J. in der Schmittgen & R. Jox (Hrsg.), *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung* (S. 75–91). s.l.: W. Kohlhammer Verlag.

Krones, T., Otto, T., Karzig, I. & Loupatazis, B. (2015): Advance Care Planning im Krankenhaussektor. Erfahrungen aus dem Zürcher "MAPS" Trail. In M. Coors, J. in der Schmittgen & R. Jox (Hrsg.), *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung* (S. 270–287). s.l.: W. Kohlhammer Verlag.

Krones, T., Loupatatzis, B., Otto, T., Karzig – Roduner, I. & Budilivski, A. (2017): Multi-professionelle gesundheitliche Vorausplanung und gemeinsame Entscheidungsfindung für Entscheidungen am Lebensende für urteilsfähige und urteilsunfähige Patienten mit ihren vertretungsberechtigten Personen (MAPS 1 und MAPS 2). Universität Zürich, Zürich. Unter: <http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/lay-summary-final-report-krones.pdf> Abruf am: 21.01.2020.

Kühn T. & Kschel K.V. (2018): Gruppensdiskussionen. Ein Praxishandbuch (2. Auflage). Berlin: Springer VS.

Lamnek, S. (1998): Gruppensdiskussion: Theorie und Praxis. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion. 12

Lehmann, C., Koch, U., Mehnert, A. (2012): Psychometric properties of the German version of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF34-G). In: *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 20 (10), S. 2415–2424. DOI: 10.1007/s00520-011-1351-1.

Leitlinienprogramm Onkologie (2015): S-3 Leitlinie Palliativmedizin. Unter: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/LL_Palliativmedizin_Langversion_1_1.pdf Abruf am 21.01.2020.

Lukasczik, M.; Seekatz, B.; Radina, S.; Häckel, A.; Neuderth, S.; van Oorschot, B. (2016): Computergestütztes Screening auf Palliativbedarf bei onkologischen Patienten. In: *Onkologie* 22 (1), S. 56–60. DOI: 10.1007/s00761-015-3075-1.

Maier, G.W., Bartscher, T. & Nissen, R. (2018): Gabler Wirtschaftslexikon. von: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/faehigkeit-36322/version-259779>. Abruf am 15.06.2018.

Mathis, G. (2017): Palliative Onkologie. Möglichkeiten und Herausforderungen. In S. Husebø & G. Mathis (Hrsg.), *Palliativmedizin*. Mitbegründet von E. Klaschik (S. 257–278). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Mangold, W. (1960): Gegenstand und Methode des Gruppensdiskussionsverfahrens aus der Arbeit des Instituts für Sozialforschung. Frankfurt/ Main: Europäische Verl.-Anst.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.

McCorkle, R. / Dowd, M. / Ercolano, E. / Schulman-Green, D. / Williams, A. I. / Siefert, M. L. / Steiner, J. / Schwartz, P. (2009): Effects of a nursing intervention on quality of life

outcomes in postsurgical women with gynecological cancers. *Psycho-Oncology*, 18, pp. 62 – 70.

McLawnhorn, V. C., Vess, J. & Dumas, B. P. (2016): Integrating a Question Prompt List on an Inpatient Oncology Unit to Increase Prognostic Awareness. *Clinical journal of oncology nursing*, 20 (4), 385–390.

Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P. & Koch, U. (2006): Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie--Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 56 (12), S. 462–479. DOI: 10.1055/s-2006-951828.

Mitchel, A. (o.J.): Emotion Thermometers Tool ©. A rapid modular screening tool for detection and monitoring of emotional disorders in clinical practice. Abgerufen am 03.12.2017 von <http://www.psycho-oncology.info/ET.htm> Abruf am 03.12.2017.

O'Donnell, E. (2013): The distress thermometer. A rapid and effective tool for the oncology social worker. In: *International journal of health care quality assurance* 26 (4), S. 353–359. DOI: 10.1108/09526861311319573.

Pinkert, C. / Holtgräwe, M. / Remmers, H. (2008): Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen nach pflegerischer Unterstützung während der stationären Erstbehandlung. In: *Pflege*, 21. Jg., Heft 1, S. 7-15.

Raschper, P. (2015): Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patienten. Eine empirische Kompetenzerfassung als Beitrag zur Qualifikationsforschung im Berufsfeld Pflege. Lage: Jacobs Verlag.

Remmers, H. (2001): Belastungs- und Verarbeitungsprobleme bei Patientinnen mit Brustkrebs – Anforderungen an pflegerische Betreuungs- und Unterstützungskonzepte. In: *Pflege*, 14. Jg., Heft 6, S. 367-376.

Robert Koch Institut. Zentrum für Krebsregisterdaten (2012): Krebs in Deutschland

Shaha, M. (2003): Life with intestinal cancer. A phenomenologic-empirical study. In: *Pflege*, 16. Jg., Heft 6, S. 323-330.

Rodenbach, R. A., Brandes, K., Fiscella, K., Kravitz, R. L., Butow, P. N., Walczak, A. et al. (2017): Promoting End-of-Life Discussions in Advanced Cancer: Effects of Patient Coaching and Question Prompt Lists. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35 (8), 842–851.

Schrems, B. (2013): Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Wien: Falcultas Verlag.

Schmidt, H., Merkel, D., Koehler, M., Flechtner, H.-H., Sigle, J., Klinge, B. et al. (2016): PRO-ONKO-selection of patient-reported outcome assessments for the clinical use in cancer patients-a mixed-method multicenter cross-sectional exploratory study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24 (6), 2503–2512.

Schubart, J. R., Emerich, M., Farnan M., Smith, J. S., Kauffman, G. L. & Kass R. B. (2014): Screening for Psychological Distress in Surgical Breast Cancer Patients. *Annals of Surgical Oncology*. Official Journal of the Society of Surgical Oncology, 21, 3348-3353.

Tessmer, G., Zaba, O. & Grohé, C. (2011): Konzept einer vorausschauenden Kommunikation in der palliativen Behandlung von Patienten mit pneumologisch-onkologischen Erkrankungen. *Pneumologie* (Stuttgart, Germany), 65 (8), 503–509. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1256307>.

Weis, J. (2002): *Leben nach Krebs. Belastung und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung. Rehabilitation. Band 46.* Bern: Hans Huber.

Yeh, J. C., Cheng, M. J., Chung, C. H. & Smith, T. J. (2014): Using a question prompt list as a communication aid in advanced cancer care. *Journal of oncology practice*, 10 (3), 41. <https://doi.org/10.1200/JOP.2013.001295>

Zellhofer, H. (2008): Die Bedeutung von Beratung. Eine qualitative Fallstudie. In: *Onkologiepflege. Ausgabe 2. Fachzeitschrift der Onkologiepflege Schweiz.* Unter: www.onkologiepflege.ch. Letzte Änderung: k.A. Abruf am: 01.04.2010.

9 Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden für Expert*inneninterviews

Anhang 2: Leitfaden für die Gruppendiskussion (exemplarisch Problemlage 1)

Anhang 3: Informationsschreiben für die Mitwirkenden

Anhang 4: Einverständniserklärung

Interviewleitfaden im Rahmen des Projektes:

„Pflegerisches Konzept zur hilfreichen und unterstützenden Kommunikation mit onkologischen Patientinnen und Patienten“ (PuntKomm)

Ansprechpartner:

| |
|--|
| Projektleitung: |
| Prof. Dr. Patrizia Raschper |
| Professur für Pflegewissenschaft/ Schwerpunkt Pflegedidaktik Fachhochschule Bielefeld Fachbereich V Wirtschaft und Gesundheit „Lehrinheit Pflege und Gesundheit“ Interaktion 1 33619 Bielefeld Email: patrizia.raschper@fh-bielefeld.de |

| |
|---|
| Projektmitarbeiterin: |
| Severin Pietsch M.A. |
| Fachhochschule Bielefeld Fachbereich V Wirtschaft und Gesundheit „Lehrinheit Pflege und Gesundheit“ Artilleriestraße 9 (Raum F112) 32427 Minden Telefon: +49.571.8385265 Email: severin.pietsch@fh-bielefeld.de |

Einleitung:

In dem folgenden Interview geht es um die Kommunikation mit onkologischen Patienten. Dabei ist es für uns besonders wichtig zu erfahren, wie Sie diese Kommunikation als Pflegeexperten erleben und welche Faktoren sie als förderlich und hemmend für eine hilfreiche und unterstützende Kommunikation wahrnehmen. Ziel ist es, auf Grundlage dieser Interviews geeignete Verfahren und Instrumente zu entwickeln die sie in Ihrer Kommunikation unterstützen sollen. Um das Interview inhaltlich etwas zu lenken, werde ich Ihnen einige Fragen stellen. Ich möchte Sie jedoch ermuntern, auch das anzusprechen, was aus Ihrer Sicht bedeutsam ist und von mir nicht erfragt wird. Wenn Ihnen etwas einfällt, können Sie jederzeit von meinen Fragestellungen abweichen.

Fragen Teilbereich 1: Einflussfaktoren und Stellenwert

1. Welchen Stellenwert bzw. welche Bedeutung nimmt die Kommunikation mit onkologischen Patienten für Sie ein?
2. Welchen Stellenwert bzw. welche Bedeutung hat die Kommunikation mit onkologischen Patienten in Ihrem Team?
3. Welche Faktoren nehmen Einfluss auf die Gesprächssituation?
 - a. Was empfinden Sie als förderlich / was als hemmend?
 - b. Welchen Einfluss hat Ihre Berufserfahrung auf die Kommunikation?
 - c. Welche patientenbezogenen Faktoren beeinflussen die Gesprächssituation?



Fragen Teilbereich 2: Die Gesprächssituation

1. Welche Situationen oder Gegebenheiten veranlassen Sie, ein Gespräch zu beginnen (keine Tür- und Angelgespräche)?
2. Was nutzen Sie bzw. wie erfassen Sie den individuellen Gesprächsbedarf eines Patienten?
3. Wie bereiten Sie sich auf eine Gesprächssituation vor?
4. Was sind zentrale Gesprächsinhalte in der Kommunikation mit onkologischen Patienten?
5. Welche Strategien oder Routinen, die sie in Gesprächssituationen verwenden, haben sich als besonders hilfreich erwiesen?

Zusatzfragen für Führungs- und Leitungskräfte

1. Werden bereits Assessments oder Standards im Bereich der Kommunikation, beispielsweise zur Erfassung des individuellen Gesprächsbedarfes, in ihrer Klinik genutzt?
 - a) Wenn ja, welche?
 - b) Wie ist die Akzeptanz der Assessments oder Standards bei den Pflegekräften?

Fragen Teilbereich 3: gelungene Kommunikation

1. Was verstehen Sie unter gelungener Kommunikation?
2. Beschreiben Sie eine typische Gesprächssituation aus ihrem beruflichen Alltag, die Sie als besonders gelungen wahrgenommen haben!
3. Welche Aspekte haben in dieser Situation zum Gelingen beigetragen?

Fragen Teilbereich 4: Fähigkeiten der Pflegenden

1. Welche Fähigkeiten zur Gestaltung von Gesprächssituationen bringen Sie mit?
2. Wie haben Sie diese Fähigkeiten erworben?

Zusatzfragen für Führungs- und Leitungskräfte

1. Welche Fähigkeiten/Kompetenzen im Bereich der Kommunikation benötigen Pflegefachkräfte im onkologischen Setting um professionell agieren zu können?
2. Welche Maßnahmen nutzen Sie bisher, um die kommunikativen Kompetenzen der Pflegekräfte zu fördern?

Fragen Teilbereich 5: Schwierige Gesprächssituationen

1. Welche Gesprächssituationen empfinden Sie als schwierig?
2. Schildern sie eine Gesprächssituation die sie als besonders schwierig empfunden haben?
 - a) Welche Aspekte/Faktoren haben ihrer Meinung nach zu der schwierigen Gesprächssituation geführt?
 - b) Welche Lösungsansätze haben Sie für sich gefunden, um mit schwierigen Gesprächssituationen umzugehen?
 - c) Welche Möglichkeiten des Austausches und der Unterstützung haben Sie im Team, um mit schwierigen Gesprächssituationen umzugehen?

Zusatzfragen für Führungs- und Leitungskräfte

1. Welche organisierten Foren gibt es, in denen sich Pflegekräfte über schwierige (Gesprächs)Situationen austauschen können?
2. Wie werden diese Foren i.S. des Austausches und der eigenen Unterstützung angenommen?

Fragen Teilbereich 6: Erwartungen/ Bedarf von Pflegekräften

1. Welche Unterstützungsangebote wünschen Sie sich für eine gelingende pflegerische Kommunikation?
2. Welche Voraussetzungen sollten perspektivisch geschaffen werden, um die Kommunikation zwischen Pflegekräften und onkologischen Patienten zu fördern?

Zusatzfragen für Führungs- und Leitungskräfte

1. Welche Handlungsbedarfe zur Verbesserung/Förderung der Kommunikation sehen Sie?
2. Durch welche Maßnahmen kann die Kommunikation zwischen Pflegekräften und onkologischen Patienten verbessert werden?
3. Welche Bedürfnisse/Bedarfe zur Verbesserung der Kommunikation wurden von den Pflegekräften geäußert?

Abschlussfrage:

Fällt ihnen noch irgendetwas ein, was für Sie bedeutsam ist und auf das wir noch nicht eingegangen sind?

Leitfaden für die Gruppendiskussion - Problemlage 1 „Kommunikation als pflegerische Handlung“

1. Welche Möglichkeiten haben Sie, um die Akzeptanz von Kommunikation als pflegerische Handlung im Praxisalltag zu fördern?
 - a. Wie können Sie als Pflegende Einfluss nehmen auf die Rahmenbedingungen (organisatorisch/institutionell)
2. Wie müsste die Dokumentation von Gesprächen im Berufsalltag gestaltet werden?
 - a. Wie schätzen Sie die Akzeptanz dieser Maßnahme ein?
3. Welche Maßnahmen können sie sich vorstellen um gelungene Gesprächssituationen zu fördern?
 - a. Stellt die Bereitstellung eines geeigneten Raumes für Gespräche eine unterstützende Maßnahme dar?
 - b. Welchen Beitrag könnte eine einheitliche Erfassung des individuellen Gesprächsbedarfes der Patienten leisten?
 - c. In welchen Bereichen können sie sich feste Gesprächseinheiten zu ausgewählten Themenbereichen vorstellen?
 - i. Wie schätzen sie die Umsetzungsmöglichkeiten von festen Gesprächseinheiten in der beruflichen Praxis ein?
 - ii. Wie schätzen Sie die Akzeptanz ein?
 - iii. Welche Rahmenbedingungen müssten vorhanden sein um feste Gesprächseinheiten in den beruflichen Alltag zu gewährleisten?
4. Die Interviews haben gezeigt, dass Sie sich Fallbesprechungen wünschen!
 - a. Wie müssten Fallbesprechungen durchgeführt werden um einen Beitrag zu leisten?
 - b. Welche Berufsgruppen sollten beteiligt sein?
 - c. Wie schätzen Sie die Akzeptanz dieser Maßnahme ein?

Erläuterungen zu der Problemlage:


- Die Bedeutung der Kommunikation wird zwar als hoch beschrieben, die Umsetzung in der Praxis verweist jedoch häufig auf ein konträres Verhalten der Akteure
- Gespräche werden in der Regel nie losgelöst von anderen Pflegehandlungen durchgeführt und ergeben sich zufällig/spontan
- Gespräche werden nicht als Pflegehandlung thematisiert
- Gespräch werden als „Nichts tun“ wahrgenommen
- Gespräche werden in der Regel spontan geführt, eine gezielte Vorbereitung findet nicht statt. In einigen Fällen werden vorbereitende Maßnahmen vorrangig im Bereich der Rahmenbedingungen getroffen (Information von Kollegen, Stuhl ans Bett, Austausch von Wissensständen etc.).
- Eine systematische Erfassung des Gesprächbedarfes erfolgt nicht. Die Erfassung erfolgt fast ausschließlich intuitiv. Dadurch ist es von den Pflegekräften abhängig welche Informationen ein Patient bekommt und welche die Pflegekraft als bedeutsam erachtet und ob ein Gesprächsbedarf als solcher auch erkannt wird.
- Gesprächssituationen sind in der Regel gekennzeichnet von fehlender Privatsphäre, unpassenden Räumlichkeiten, einer stressigen Atmosphäre, Zeitmangel

Interventionen und Unterstützungsangebote die bisher genutzt werden

- Nutzung von Gesprächstechniken (voranging zur Bedarfserfassung)
- Unterstützung durch Dritte/andere Berufsgruppen
- Einen Konsens finden
- Eigeninitiative
- Teamrückhalt

Unterstützungsangebote die gewünscht werden

- **Fallbesprechungen** (Supervision) (Austausch führt zu einer Sensibilisierung der Bedeutung für diese Thematik, Standpunkte können verdeutlicht werden)
- **Assessmentinstrumente** (Legitimierung von Gesprächen)
- **Dokumentation** (Kommunikation als fester Bestandteil pflegerischer Arbeit, Legitimierung von Gesprächen)
- **Schaffung von Rahmenbedingungen die eine professionelle Gestaltung von Gesprächssituationen ermöglicht** (Raum, Zeit, Privatsphäre, Akzeptanz)
- **Feste Gesprächseinheiten zu ausgewählten Themen** (Verankerung in Dokumentation, Themen: Chemotherapie, Angehörigengespräche, Verhaltensmaßnahmen im häuslichen Setting etc.)



**Informationen für die
Mitwirkenden an der
pfl egewissenschaftlichen Studie:**

**„Pflegerisches Konzept zur hilfreichen und
unterstützenden Kommunikation mit onkologischen
Patientinnen und Patienten“ (PuntKomm)**

Sehr geehrte/r Teilnehmer/ in der Studie,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an diesem Forschungsvorhaben.

Hiermit möchten wir Ihnen einige Informationen zu der geplanten Studie geben. Diese Informationen sollen Ihnen Transparenz vermitteln und eine Entscheidungsfindung zur Teilnahme an dieser Studie ermöglichen. Bitte nehmen Sie sich Zeit, um das Ihnen vorliegende Informationsblatt durchzulesen.

Das Projekt „PuntKomm“ dient der Entwicklung eines pflegerischen Unterstützungs- und Betreuungskonzeptes für den onkologischen Bereich. Ziel des Projektes ist das Sicherstellen einer hilfreichen und unterstützenden Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patienten.

Epidemiologische Daten zeigen, dass die Zahl der krebserkrankten Menschen steigt, woraus ein erhöhter Behandlungs- und Betreuungsbedarf für diese Zielgruppe, sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor, resultiert. In Anlehnung an das Deutsche Krebsforschungszentrum waren im Jahr 2012 ca. 1,4 Millionen Menschen von einer Krebsdiagnose, die in den letzten fünf Jahren gestellt wurde, betroffen. Die Zahl der Neuerkrankungen ist von 1980 bis 2006 bei Frauen um 35% und bei Männern sogar um 80% gestiegen (Robert-Koch-Institut, 2012).

Vor allem in der stationären Patientenversorgung sind es die Pflegenden, die den häufigsten Kontakt zu den Betroffenen und ihren Angehörigen haben. Die Pflegenden sind die ersten Ansprechpartner, wenn es um körperliche Beschwerden, um Fragen zu Therapie Nebenwirkungen oder auch um psychische Belastungen geht. Demnach gehören Kommunikation und emotionale Unterstützung zu den wesentlichsten pflegerischen Aufgaben in onkologischen Abteilungen.

In einer von der Projektleitung durchgeführten qualitativen Untersuchung (2015) zu kommunikativen Kompetenzen von Pflegenden in der Onkologie stellte sich heraus, dass die Pflegenden jeweils in der konkreten Situation aufgrund ihrer Wahrnehmung und Deutung intuitiv entscheiden, *wie* und auch über *was* sie mit den Betroffenen kommunizieren. Dabei orientieren sie sich insbesondere an der psychischen Verfassung und an den Bedürfnissen der Patienten.

Projektleitung:

Prof. Dr. Patrizia Raschper

Professur für Pflegewissenschaft/
Schwerpunkt Pflegedidaktik
Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich V Wirtschaft und
Gesundheit
„Lehrinheit Pflege und
Gesundheit“
Interaktion 1
33619 Bielefeld
Email: [patrizia.raschper@fh-
bielefeld.de](mailto:patrizia.raschper@fh-
bielefeld.de)


Projektmitarbeiterin:

Severin Pietsch M.A.

Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Wirtschaft und
Gesundheit
Lehrinheit "Pflege und
Gesundheit"
Artilleriestraße 9 (Raum F112)
32427 Minden

Telefon: +49.571.8385265
Email: [severin.pietsch@fh-
bielefeld.de](mailto:severin.pietsch@fh-
bielefeld.de)






Um die subjektive Perspektive der Pflegenden sowie förderliche und hemmende Faktoren für eine hilfreiche und unterstützende Kommunikation zu erfassen, möchten wir Experteninterviews mit ca. vier bis sechs Pflegenden auf onkologischen Abteilungen durchführen. Auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse werden geeignete Instrumente und Verfahren entwickelt, durch die die pflegerische Kommunikation verbessert werden kann (z.B. Assessment zur Erhebung der kommunikativen Bedürfnisse, Methoden der Gesprächsführung, Vorschläge für zeitliche und räumliche Rahmenbedingungen, Strukturen für interdisziplinäre Absprachen, Schulungsangebot für Pflegende).

Die Daten werden im Rahmen von Einzelinterviews in Ihrer Klinik erhoben, wobei die ungefähre Interviewdauer bei 60 Minuten liegt und sich individuell nach den Bedürfnissen des Interviewten richtet. Von diesem Interview wird eine digitale Aufzeichnung erstellt. Nach Abschluss des Interviews erfolgt eine Verschriftlichung (Transkription) des Gespräches. Alle Informationen, die Sie uns geben, werden vertraulich behandelt. Die Dokumente und Interviewaufzeichnungen werden an einem sicheren, für Dritte unzugänglichen Ort, aufbewahrt. Die Ergebnisse werden anonymisiert in die Arbeit aufgenommen. Das Interview wird so anonymisiert, dass niemand Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen kann. Die allgemeinen Datenschutzrichtlinien NRW werden gewahrt.

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Interviews, unterbrechen, abbrechen oder keine Antwort geben, ohne Gründe dafür nennen zu müssen. Sie können jederzeit Ihr Einverständnis zur Studienteilnahme ohne Angabe von Gründen widerrufen und aus der Studie ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Auch nach Abschluss der Untersuchung haben Sie das Recht, Ihre Daten in mündlicher oder schriftlicher Form zurückzuziehen, sodass die Aufzeichnungen und deren Verschriftlichung gelöscht werden. Dies ist jedoch nicht mehr möglich, sobald Ihre Daten ausgewertet wurden.

Wenn Sie weitere Fragen haben, können Sie sich gerne an Frau Pietsch oder an Frau Prof. Dr. Raschper wenden.



Projektleitung:
Prof. Dr. Patrizia Raschper
Professur für Pflegewissenschaft/ Schwerpunkt Pflegedidaktik
Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich V Wirtschaft und Gesundheit
„Lehreinheit Pflege und Gesundheit“
Interaktion 1
33619 Bielefeld
Email: patrizia.raschper@fh-bielefeld.de

Einverständniserklärung zur Mitwirkung an der pflegewissenschaftlichen Studie:

„Pflegerisches Konzept zur hilfreichen und unterstützenden Kommunikation mit onkologischen Patientinnen und Patienten“ (PuntKomm)

Ich wurde von der Interviewerin vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der o.g. Studie aufgeklärt. Ich habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ich habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie. Ich bin über die mit der Teilnahme an der Studie verbundenen Risiken und auch über den möglichen Nutzen informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und dieser Einverständniserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Mitwirkenden

Unterschrift des Forschers/der Forscherin