

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Übertherapie am Lebensende: Perspektiven von Gesundheits- und
Krankenpflegepersonen in onkologischen Entscheidungsprozessen

verfasst von | submitted by

Gerald Michelak BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Dr. Katharina Heimerl

Mitbetreut von | Co-Supervisor:

Dr. Andrea Kobleder

Zusammenfassung

Hintergrund: Übertherapie ist ein häufig beschriebenes Phänomen im klinischen Alltag, insbesondere in der Onkologie. Sie umfasst therapeutische Maßnahmen, die ohne klar definiertes Ziel erfolgen und Patient*innen keinen nachweisbaren Nutzen bringen oder Schaden zufügen können. Im Spannungsfeld zwischen onkologischen und palliativen Maßnahmen ist es entscheidend, reflektierte Entscheidungen zu treffen und Gesundheits- und Krankenpflegepersonen aktiv einzubeziehen.

Ziel: Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Erfahrungen von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bei der Entscheidungsfindung für terminal-onkologische Patient*innen zu untersuchen und deren Perspektiven im Zusammenhang mit Übertherapie zu beleuchten.

Methode: Es wurden qualitative, problemzentrierte Interviews durchgeführt, die mit einer thematisch passenden Fallvignette eingeleitet wurden. Insgesamt nahmen zehn Pflegepersonen aus Österreich und der Schweiz teil. Die Daten wurden mithilfe der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) ausgewertet, wobei deduktive und induktive Haupt- und Subkategorien gebildet wurden. Die Analyse erfolgte computergestützt mit MAXQDA 2024.

Ergebnisse: Pflegepersonen berichten von Ohnmacht und moralischem Stress, wenn sie Maßnahmen mittragen, die sie als nicht sinnvoll erachten. Dabei erleben sie ambivalente Rollen zwischen aktiver Mitgestaltung und reiner Ausführung. Besonders zu Beginn der beruflichen Laufbahn herrscht Unsicherheit, Beobachtungen fachlich angemessen einzubringen. Unklare Informationen im Team erschweren Entscheidungen. Entlastung bieten erfahrene Kolleg*innen, Psychoonkolog*innen, Supervision und interdisziplinäre Fallbesprechungen, die jedoch oft fehlen und Spannungsfelder zwischen Mitgefühl, Verantwortung und strukturellen Rahmenbedingungen verstärken.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen wesentlich von den Folgen von Übertherapie betroffen sind. Eine stärkere Einbindung in Entscheidungsprozesse, gezielte Kommunikations- und Kompetenztrainings sowie organisatorische und psychosoziale Strukturen können Belastungen reduzieren und eine reflektierte Entscheidungsfindung am Lebensende nachhaltig verbessern.

Schlüsselwörter: Übertherapie, Entscheidungsfindung, Pflegepersonen, Onkologie, Erfahrungen

Abstract

Background: Futility is a frequently described phenomenon in clinical practice, particularly in oncology. It encompasses therapeutic measures that are implemented without a clearly defined goal and provide no demonstrable benefit to patients or may even cause harm. In the context of oncological and palliative care, making reflective decisions and actively involving nurses is essential.

Objective: This study aims to explore the experiences of nurses in decision-making for terminal oncology patients and to examine their perspectives regarding overtreatment.

Methods: Qualitative, problem-centered interviews were conducted, each introduced with a thematically relevant case vignette. A total of ten nurses from Austria and Switzerland participated. Data were analysed using Kuckartz and Rädiker's (2022) content-structuring qualitative content analysis, applying both deductive and inductive development of main and subcategories. The analysis was supported by MAXQDA 2024 software.

Results: Nurses report feelings of powerlessness and moral distress when participating in interventions they consider futile, and experience ambivalent roles between active involvement and mere execution. Especially early in their careers, they feel uncertain about presenting observations in a professionally appropriate way. Unclear information within the team complicates decision-making. Support from experienced colleagues, psycho-oncologists, supervision, and interdisciplinary case discussions provides relief, but these are often lacking, revealing tensions between compassion, responsibility, and structural constraints.

Conclusion: The findings indicate that nurses are affected by the consequences of overtreatment. Greater involvement in decision-making, targeted communication and skills training, and improved organisational and psychosocial structures could help reduce stress and enhance the quality of end-of-life care.

Keywords: Futility, Decision-making, Nurses, Oncology, Experiences

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Klärung zentraler Begrifflichkeiten	3
2.1	<i>Fehlversorgung: Übertherapie</i>	3
2.2	<i>Abgrenzung Onkologie von der Palliative Care</i>	5
2.3	<i>Die vier Phasen nach Jonen-Thielemann</i>	7
3	Hintergrund & Problemstellung.....	9
3.1	<i>Sozio-kulturelle Einflussfaktoren der Patient*innen und Angehörigen</i>	9
3.2	<i>Persönliche Einflussfaktoren des medizinisch-pflegerischen Teams.....</i>	9
3.3	<i>Institutionelle & berufsrechtliche Faktoren</i>	10
3.4	<i>Fehlende Objektivität als Einflussfaktor</i>	10
3.5	<i>Kognitive Verzerrungen und Heuristiken als Einflussfaktor</i>	11
3.6	<i>Fehlende interdisziplinäre Kommunikation</i>	12
4	Forschungsziel & Forschungsfrage.....	13
5	Methodik	14
5.1	<i>Forschungsdesign</i>	14
5.2	<i>Feldzugang und Rekrutierung</i>	14
5.3	<i>Teilnehmendenbeschreibung</i>	16
5.4	<i>Methoden der Datenerhebung</i>	17
5.5	<i>Die Fallvignette als Erhebungsinstrument</i>	19
5.6	<i>Die Fallvignette</i>	22
5.7	<i>Methoden der Datenanalyse und Datenauswertung</i>	23
5.8	<i>Ethische Aspekte.....</i>	26
6	Ergebnisse.....	27
6.1	<i>Zwischen (emotionaler) Belastung und Berufsethos.....</i>	29
6.1.1	<i>Wahrnehmungen und (Mit)Gefühle in Bezug auf Übertherapie.....</i>	29

6.1.2	Pflegeethische Dilemmata.....	34
6.2	<i>Ambivalenz gegenüber der Verantwortungsübernahme</i>	35
6.2.1	Die Pflege zwischen Mitgestaltung und Abgrenzung	35
6.2.2	Die Beteiligung der Pflege bei begrenzter Entscheidungsmöglichkeit.....	37
6.2.3	Wahrung der Verantwortung und Entscheidungsfreiheit der Patient*innen	38
6.3	<i>Sprachlosigkeit & professionelle Kommunikation</i>	39
6.3.1	Fehlende Sprache und Unsicherheit	39
6.3.2	Professionalisierung und Entwicklung kommunikativer Kompetenz.....	41
6.4	<i>Zusammenspiel der Beteiligten in komplexen Versorgungssituationen.....</i>	43
6.4.1	Interprofessionelle Kommunikation.....	45
6.4.2	Kommunikation mit Patient*innen und Angehörigen	50
6.5	<i>Unterstützung durch Schlüsselpersonen und Rollen</i>	57
6.5.1	Interne Unterstützung im Team.....	57
6.5.2	Unterstützung durch externe Fachpersonen.....	58
6.5.3	Argumentationshilfe und Standing in Entscheidungsprozessen.....	61
6.5.4	Persönliche Netzwerke und private Unterstützung	63
6.6	<i>Ressourcen, Strukturen und organisatorische Unterstützungsangebote.....</i>	64
6.6.1	Formalisierte Gesprächs- und Reflexionsangebote	64
6.6.2	Organisatorische Rahmenbedingungen und Tools	66
6.6.3	Nutzung und Barrieren von Unterstützungsstrukturen	67
6.6.4	Entwicklung und Wünsche für zukünftige Ressourcen	69
7	Diskussion.....	72
7.1	<i>Limitationen.....</i>	80
8	Ausblick und Implikationen für Praxis und Forschung	82
9	Literaturverzeichnis	84
10	Abbildungsverzeichnis.....	91
11	Anhang	92

1 Einleitung

Die österreichische Bevölkerung wächst sowohl in ihrer Anzahl als auch in der Lebenserwartung. So stieg die Lebenserwartung bei Frauen von 72,8 Jahren im Jahr 1961 auf 83,9 Jahre im Jahr 2017. Auch Männer zeigen eine Zunahme von 66,5 Jahren auf 79,3 Jahre im gleichen Zeitraum (Fent & Fürnkranz-Prskaewetz, 2019). Trotz eines gut ausgebauten Gesundheitssystems, eines verbesserten Verständnisses von Gesundheit und zahlreicher gesundheitsfördernder Maßnahmen nimmt die Zahl altersbedingter Erkrankungen deutlich zu. Die Gesellschaft wird nicht nur älter, sondern auch multimorbider. Besonders die Krebsinzidenz und -prävalenz haben in den letzten Jahren stark zugenommen (Hackl, Hanika & Klotz, 2018).

Im Jahr 2009 lag die Krebsprävalenz bei 290.240 Personen, 2019 bereits bei 375.749, was einem Anstieg von rund 30 % entspricht. Diese Zunahme ist auf den demografischen Wandel, die steigende Lebenserwartung sowie verbesserte Behandlungs- und Überlebenschancen zurückzuführen (Hackl & Ihle, 2022). Prognosen zufolge wird die Prävalenz bis 2030 auf etwa 458.000 Personen ansteigen (Hackl, Hanika & Klotz, 2018).

Die steigende Zahl von Krebserkrankungen führt zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und zu häufigeren Krankenhausaufenthalten. Betroffene Patient*innen befinden sich vor allem auf onkologischen Stationen, bei fortgeschrittener Erkrankung auch auf palliativen Stationen und in akuten Verschlechterungsfällen auf Intensivstationen. Sterben und Tod sind unausweichliche Prozesse und Teil des Lebens, auch wenn es in der onkologischen Versorgung oft bis zuletzt Versuche gibt, diesen Prozess aufzuhalten oder sogar zu verhindern.

Obwohl die Mortalität in österreichischen Krankenhäusern tendenziell sinkt, verstarben 2023 dennoch 44.523 Personen im stationären Setting (Statistik Austria, 2024). Um Patient*innen ein würdiges Sterben zu ermöglichen, bedarf es einer multiprofessionellen pflegerischen und medizinischen Versorgung. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit im Team, Teilnahme an interprofessionellen Besprechungen sowie die Anerkennung der Perspektiven aller Beteiligten, um gemeinsam reflektierte Entscheidungen zu treffen. Hierbei ist der Abbau paternalistischer Strukturen und hierarchischer Barrieren entscheidend (Janda, 2018).

Entscheidungen der Ärzt*innen und anderer Professionen in Diagnostik und Therapie haben dabei besondere Bedeutung. Werden diese Entscheidungen hierarchisch oder unreflektiert getroffen, ist die Versorgungsqualität gefährdet, was zu Fehlversorgung in Form von Über- oder Unterversorgung führen kann (Janda, 2018). Übertherapie beschreibt die Bereitstellung von Leistungen über den tatsächlichen Bedarf hinaus ohne hinreichenden Nutzen, Unterversorgung das Unterlassen notwendiger Maßnahmen. Eine weitere Form der Fehlversorgung liegt vor, wenn angemessene Leistungen fachlich unsachgemäß erbracht werden und dadurch vermeidbarer Schaden entsteht (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2002).

In dieser Arbeit wird der Fokus auf Übertherapie gelegt. Studien zeigen, dass Übertherapie häufig beobachtet wird. So berichteten 50 % der befragten Pflegepersonen, dass sie (sehr) häufig zu viel Diagnostik oder Therapie im klinischen Setting beobachtet haben (Dierbach, 2021). Andere Untersuchungen unterstützen diese Zahlen: 27 % der Befragten auf Intensivstationen führten bereits nicht notwendige Maßnahmen durch (Piers & Ricou, 2011). Insgesamt waren 70 bis 90 % der Intensivpflegepersonen im Laufe ihrer Laufbahn mit Übertherapie konfrontiert (Mobley et al., 2007).

2 Klärung zentraler Begrifflichkeiten

Diese Arbeit befasst sich mit der Versorgung und den damit einhergehenden Entscheidungen bei Patient*innen in der Terminalphase im onkologischen Setting. Konkret wird das Phänomen der Überversorgung bzw. Übertherapie untersucht. Die Unterversorgung und Fehlversorgung aufgrund nicht fachgerechter Durchführung von Maßnahmen ist nicht Gegenstand dieser Masterarbeit. In diesem Kapitel sollen die wesentlichsten Begriffe für die vorliegende Arbeit definiert werden, um ein allgemeines Verständnis über die Thematik zu erhalten.

2.1 Fehlversorgung: Übertherapie

Zum besseren Verständnis bedarf es der Definition des Begriffs der Übertherapie, welcher als eine Form der Fehlversorgung, angesehen werden kann. Im Englischen werden vor allem die Begriffe „futility“ oder „futile care“ verwendet. Grundsätzlich stammt der Begriff „futilis“ aus dem Lateinischen, was so viel wie wertlos, nutzlos, sinnlos oder erfolglos bedeutet (Aghabarary & Nayeri, 2016a). Von medizinischer Übertherapie wird vor allem dann gesprochen, wenn ein Ziel vorliegt und dieses nicht klar definiert oder nicht ausreichend an die Patient*innen angepasst ist; wenn es in weiterer Folge eine Maßnahme zur Erreichung dieses Ziels gibt und mit hoher Wahrscheinlichkeit dieses Ziel durch diese Maßnahme jedoch nicht erreicht werden kann. In anderen Worten wird von Übertherapie gesprochen, wenn eine medizinische oder pflegerische Handlung, mit oder ohne konkretes Ziel, durchgeführt wird und ein Nutzen für Patient*innen nicht vorliegt (Kasman, 2004).

Aghabarary & Nayeri (2016a) identifizieren auf Basis der in der Literatur beschriebenen Definitionen folgende sechs Grundelemente, auf welchen das Konzept der Übertherapie beruht und die das Verständnis dieses Konzeptes der Übertherapie erweitern sollen:

(1) Es beruht auf der Wahrscheinlichkeit, mit der ein Nutzen bzw. eine physiologische Wirkung durch eine Behandlung erreicht werden kann. (2) Auf der Wahrscheinlichkeit, mit der definierte Ziele durch Behandlungen erreicht werden können, wobei Ärzt*innen, Patient*innen und ihre Familienangehörigen zur Vermeidung von Übertherapie bei der Bestimmung dieser Ziele mitwirken sollen. Eine weitere Grundlage stellt (3) die Höhe des Nutzens dar, welchen die vorhergesehene Behandlung der Patient*innen haben kann, die jedoch individuell bewertet und von Werten beeinflusst wird. Außerdem

stellen (4) die Überlebensrate der vorhergesehenen Behandlung, (5) die Lebensqualität nach einer durchgeführten Behandlung und (6) die Kostenwirksamkeit einer Behandlung die drei letzten Grundelemente dar, auf deren Basis medizinische Übertherapie definiert werden kann (Aghabarary & Nayeri, 2016a).

Cherny et al. (2025) unterscheiden außerdem drei grundlegende Formen von Übertherapie, die sich in der klinischen Praxis häufig überschneiden und gemeinsam auftreten. Die erste Kategorie umfasst Übertherapie durch diagnostische Verfahren. Dazu zählt beispielsweise Überdiagnostik, also das Erkennen von Krebserkrankungen, die entweder sehr langsam verlaufen oder mit hoher Wahrscheinlichkeit keine klinischen Probleme verursacht hätten. Auch zu frühe oder unnötige diagnostische Maßnahmen bei Patient*innen mit fortgeschrittener Erkrankung, die keinen relevanten Nutzen mehr bringen, fallen in diesen Bereich.

Die zweite Form betrifft Übertherapie durch therapeutische Maßnahmen. Hierzu zählen unnötige Operationen, die trotz weniger invasiver Alternativen durchgeführt werden oder nicht ausreichend an Tumoreigenschaften, Alter, Allgemeinzustand oder Behandlungsziele angepasst sind. Ebenso gehören ein exzessiver Einsatz systemischer Krebstherapien, etwa Chemotherapien, Immuntherapien oder zielgerichtete Therapien ohne nachweisbaren Nutzen, sowie übermäßige Strahlentherapie, bei der einfachere, schonendere Verfahren vergleichbare Erfolge liefern könnten, zu dieser Kategorie.

Die dritte Kategorie beschreibt Übertherapie durch patientenbezogene Faktoren. Diese entsteht vor allem, wenn Behandlungen trotz sehr schlechtem Allgemeinzustand oder in der unmittelbaren Sterbephase erfolgen, ohne realistische Aussicht auf Lebensverlängerung oder Gewinn an Lebensqualität. Auch das Ignorieren von Komorbiditäten, funktionellen Einschränkungen oder expliziten Patientenwünschen sowie das Fehlen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, bei der Behandlungen entgegen der Präferenzen der Patient*innen durchgeführt werden, zählen hierzu (Cherny et al., 2025).

Die Begriffe Überversorgung und Übertherapie werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet.

2.2 Abgrenzung Onkologie von der Palliative Care

Wie in der Einleitung bereits beschrieben, versterben viele Menschen im klinischen Setting und können hierbei einer Fehlversorgung, insbesondere einer Übertherapie, ausgesetzt sein. Da Übertherapie nicht nur, aber vor allem, Personen in der End-of-Life Phase betrifft, bedarf es einer Unterscheidung der zwei wichtigsten klinischen Settings, in der Patient*innen mit onkologischen Erkrankungen am Lebensende versorgt werden und dabei der Übertherapie ausgesetzt sein können. Während die Versorgung im onkologischen Setting Teil der Regel- bzw. Grundversorgung ist, stellt die Hospiz- und Palliativversorgung einen Spezialbereich in der Versorgung Schwerstkranker dar. Werden diese beiden Versorgungsformen verglichen, kann gesagt werden, dass sich die Palliative Care von der Grundversorgung in Österreich differenzieren lässt. Österreich verfügt dahingehend über einen nationalen Plan für die Versorgung am Lebensende, die sogenannte abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (Gesundheit Österreich GmbH, 2014). In diesem Plan wird einerseits von der Regelversorgung und andererseits von der spezialisierten Palliativversorgung gesprochen. Die Regelversorgung wurde ursprünglich als Grundversorgung, als Abwesenheit spezialisierter Palliativ- und Hospizangebote, definiert (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit [ÖBIG], 2004). Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung zielt darauf ab, Patient*innen sowie deren Angehörige in komplexen Situationen mit herausfordernden Fragestellungen zu unterstützen. Über die Grundversorgung hinaus bietet sie zusätzliche Betreuungs- und Unterstützungsangebote, die speziell auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt sind (Gesundheit Österreich GmbH, 2014). Im Jahr 2021 hat das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Rahmen der Pflegereform und unter Einführung einer Taskforce Pflege die Diskussion zur Versorgung von Patient*innen im Bereich Hospiz und Palliative Care erneut aufgenommen. Ziel ist es, die Palliativversorgung zu erweitern, um Angehörige besser zu unterstützen und schwerkranken Menschen einen längeren Verbleib zu Hause zu ermöglichen. Zudem soll die Hospiz- und Palliativversorgung in die Regelfinanzierung überführt werden (Dachverband Hospiz Österreich, 2021). Der österreichische Nationalrat beschloss dazu im Februar 2022 das Hospiz- und Palliativfondgesetz. Dieses stellt durch Zweckzuschüsse sicher, dass ein österreichweit bedarfsgerechter und flächendeckender Aus- und Aufbau sowie der laufende Betrieb spezialisierter

Hospiz- und Palliativangebote gewährleistet werden können (Gesundheit Österreich GmbH, 2025).

Die Onkologie, als Teil der Regelversorgung, beschäftigt sich vorwiegend mit der gezielten Diagnostik, Behandlungsplanung, Koordination der Therapie, der Durchführung der systemischen Tumorthherapie, dem Nebenwirkungsmanagement und der Einschätzung des therapeutischen Nutzens. Außerdem koordiniert sie die zeit- und problemgerechte Integration von Rehabilitation sowie die langfristige Betreuung von Patient*innen in der Nachsorge.

Die Onkologie umfasst dabei die Erfassung von Risiken einer Krebserkrankung und die Prophylaxe und Früherkennung. Für eine hohe Versorgungsqualität ist eine kompetente Koordination und Abstimmung in Diagnostik und Therapie unter Ausschöpfung der Therapie- und Hilfsangebote und einer zeitgerechten Integration von palliativmedizinischer Betreuung notwendig. Ebenso strebt die Onkologie verlaufsorientierte Kontrollen mit Therapieanpassungen und -umstellungen sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen an (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie, 2018).

Die Palliative Care hat ihren Fokus hingegen in anderen Bereichen. Demnach steht hier die Förderung der Lebensqualität im Vordergrund, indem Schmerzen bzw. Symptome gelindert werden. Dabei wird der Tod weder beschleunigt noch verzögert und das Leben soll bis zum Tod so aktiv wie möglich gestaltet werden. Die Unterstützung und der Einbezug der Patient*innen und ihrer Angehörigen stehen im Mittelpunkt. Maßnahmen, die auch eine Lebensverlängerung zum Ziel haben können, wie etwa Chemotherapien, werden auch in der Palliative Care durchgeführt, jedoch mit dem Ziel, diese nur dann anzuwenden, wenn sie dazu beitragen, belastende Komplikationen besser verstehen und behandeln zu können (World Health Organization [WHO], 2002).

Damit wird deutlich, dass im Palliativbereich die Versorgung und der Schwerpunkt andere sind als jene im onkologischen Bereich. Entscheidungen in Palliative Care passen sich vermehrt an die Bedürfnisse der Patient*innen, ihrer Angehörigen und ihrer Umgebung an. Maßnahmen werden differenzierter mit Blick auf die Lebensqualität betrachtet. Außerdem lässt sich feststellen, dass das Phänomen der Übertherapie weniger oft im palliativen Setting auftritt (Harris & Murray, 2013). Die rechtzeitige Koordination und Kooperation zwischen der Onkologie und Palliative Care

führen weniger oft zu Übertherapie bei Patient*innen am Lebensende (Persenaire, Spinosa, Brubaker & Lefkowitz, 2023).

Im Bereich der Onkologie wirken demnach andere Faktoren und Perspektiven, die das Konzept der Übertherapie begünstigen können. Daher liegt der Fokus dieser Arbeit auf dem onkologischen Setting, um ein tieferes Verständnis von Übertherapie in diesem Bereich zu erhalten.

2.3 Die vier Phasen nach Jonen-Thielemann

Die deutsche Palliativmedizinerin Ingeborg Jonen-Thielemann (2006) beschreibt aus ihren Erfahrungen insgesamt vier Phasen, in welche die letzte Lebensphase unheilbar erkrankter Personen eingeteilt werden kann. Diese Phasen orientieren sich an den Aktivitäten, die den Sterbenden noch möglich sind, sowie an der geschätzten verbleibenden Lebenszeit. Wichtig ist zu betonen, dass die vier Phasen nicht nur für onkologische Patient*innen gelten.

Die Einschätzung anhand der Krankheitsphasen soll die Planung der Behandlungsintensität und die Art der Schmerzbehandlung berücksichtigen und so zur Versorgung von schwer kranken und sterbenden Patient*innen beitragen. In allen Phasen, welche nachfolgend beschrieben werden, sollen die Patient*innen und ihre Angehörigen in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden (Schlisio & Kopf, 2010).

Rehabilitationsphase

Die betroffene Person kann trotz fortgeschrittener Erkrankung ein möglichst autonomes Leben führen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Die Rehabilitationsphase kann viele Monate, sogar Jahre dauern und kann durch palliative Maßnahmen begleitet werden.

Präterminalphase

In dieser Phase werden die Symptome durch die weit fortgeschrittene Erkrankung deutlich sichtbar. Palliative Maßnahmen können Symptome wie Schmerzen häufig noch behandeln und lindern. Das Leben ist jedoch deutlich eingeschränkt, die Prognose beträgt mehrere Wochen bis Monate.

Terminalphase

Der nahende Tod ist in dieser Phase bereits deutlich erkennbar. Die betroffene Person ist vermehrt bettlägerig und in ihrer Handlungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Symptome können schnell wechseln, Betroffene kehren in sich oder verfallen in Ruhelosigkeit. Die Prognose über die verbleibende Lebenszeit beträgt in dieser Phase wenige Tage bis hin zu einer Woche.

Finalphase

Die Finalphase wird auch als die eigentliche Sterbephase beschrieben, in der der Endpunkt des Lebens erreicht wird und der Eintritt des Todes in wenigen Stunden erfolgen kann. Das Bewusstsein richtet sich hierbei auf die Innenwelt der Person.

Die Präterminalphase, Terminalphase und Final- oder Sterbephase werden in der Literatur häufig als Terminalphase bzw. -stadium zusammengefasst (Schlisio & Kopf, 2010).

3 Hintergrund & Problemstellung

Dieses Kapitel beleuchtet die Herausforderungen, die das Auftreten von Übertherapie, als Form der Fehlversorgung, begünstigen können. Ziel ist es, die maßgeblichen Einflussfaktoren sowie die damit verbundenen Schwierigkeiten darzustellen und aufzuzeigen, wie sich Entscheidungen in diesem Kontext auf Patient*innen und Pflegepersonen auswirken.

3.1 Sozio-kulturelle Einflussfaktoren der Patient*innen und Angehörigen

Das Entstehen von Übertherapie ist auf ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Ursachen zurückzuführen. Ein wesentlicher Faktor kann der Wunsch von Patient*innen oder deren Angehörigen nach einer Fortführung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen sein, selbst wenn diese objektiv keine Verbesserung versprechen (Cherny et al., 2025; Janda, 2018). Soziale, kulturelle und religiöse Werte spielen dabei eine zentrale Rolle (Aghabarary & Nayeri, 2016a; Cherny et al., 2025; Jox et al., 2012; Sibbald et al., 2007). Dazu zählen die Hoffnung auf ein Wunder (Cherny et al., 2025; Jox et al., 2012) oder der Glaube, dass nur Gott über Leben und Tod entscheidet und deshalb alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden müssten (Aghabarary & Nayeri, 2016a; Sibbald et al., 2007). In manchen Fällen fühlen sich Patient*innen oder Angehörige durch religiöse oder kulturelle Normen verpflichtet, jede denkbare Maßnahme zuzulassen, unabhängig von der Einschätzung des Behandlungsteams.

Hinzu kommt, dass mögliche Folgen oder Komplikationen nicht immer in ihrer Tragweite erfasst werden, sei es aufgrund mangelnder Kenntnisse oder unzureichender Aufklärung (Cherny et al., 2025; Sibbald et al., 2007). Auch unvollständige informierte Einwilligungen und übersteigerte Erwartungen, die häufig durch optimistische Darstellungen therapeutischer Möglichkeiten entstehen, können eine reflektierte Entscheidungsfindung erschweren. Dadurch verzögern sich häufig Gespräche über das Lebensende, Prioritäten in der Versorgung oder den Einsatz palliativer Optionen (Cherny et al., 2025).

3.2 Persönliche Einflussfaktoren des medizinisch-pflegerischen Teams

Neben sozio-kulturellen Aspekten prägen auch persönliche Einstellungen, Emotionen und Überzeugungen des medizinisch-pflegerischen Teams die Entscheidungsfindung. So wird von Pflegepersonen betont, dass Pflege per se nicht „nutzlos“ sein könne und

klar von medizinischer Übertherapie abzugrenzen sei (Aghabary & Nayeri, 2016b). Individuelle Beweggründe wie Hilflosigkeit, die Angst vor negativen Reaktionen von Patient*innen oder Angehörigen, die Angst vor dem Tod infolge unterlassener Maßnahmen oder eine generelle Abneigung gegenüber palliativen Ansätzen tragen ebenfalls dazu bei (Jox et al., 2012). Weitere Studien verweisen auf Schuldgefühle und die Angst vor Konsequenzen, wenn Maßnahmen nicht gesetzt werden (Vieira et al., 2022; Sibbald et al., 2007). Besonders schwierig sei es, Eingriffe als sinnlos einzustufen, wenn eigene Angehörige oder Freund*innen betroffen sind (Vieira et al., 2022).

Diese Faktoren können zu psychischer Belastung, Unzufriedenheit, Burnout und erhöhter Fluktuation führen (Cherny et al., 2025; Özden et al., 2013). Zudem berichten Pflegepersonen, dass die Durchführung als sinnlos empfundener Maßnahmen Gleichgültigkeit und eine verminderte Sensibilität gegenüber Patient*innen fördern kann mit negativen Folgen für die Pflegequalität (Aghabary & Nayeri, 2016a).

3.3 Institutionelle & berufsrechtliche Faktoren

Auch strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen begünstigen Übertherapie (Janda, 2018; Jox et al., 2012). Dazu gehören krankensicherungsrechtliche Vorgaben, eine zu starre Orientierung an Leitlinien ohne individuelle Anpassung (Janda, 2018) oder Schwierigkeiten bei Prognosestellungen und Konsensfindung (Jox et al., 2012). Cherny et al. (2025) beschreiben zudem, dass Ärzt*innen aus Sorge vor rechtlichen Konsequenzen eher zu übertherapeutischen Maßnahmen neigen.

3.4 Fehlende Objektivität als Einflussfaktor

Ein zentrales Problem bei der Erkennung von Übertherapie ist das Fehlen objektiver, valider Kriterien. Weder Laborwerte noch klinische Parameter erlauben eine eindeutige Identifikation von Patient*innen, die von nutzlosen Maßnahmen betroffen sind.

Daraus resultiert eine starke Subjektivität. Übertherapie wird von allen Beteiligten unterschiedlich wahrgenommen und definiert. Das Verständnis von Fachpersonen unterscheidet sich oft erheblich von jenem der Patient*innen oder Angehörigen. Entscheidungen allein durch Ärzt*innen oder Pflegepersonen greifen daher zu kurz, da die Bewertung des Nutzens von Behandlungen stark von individuellen Werten, Präferenzen und Erwartungen abhängt (Aghabary & Nayeri, 2016a). Es stellt sich

die grundsätzliche Frage, wer befugt ist, über den Nutzen von Maßnahmen zu entscheiden, zumal persönliche, kulturelle, religiöse und sozioökonomische Faktoren diese Wahrnehmung erheblich beeinflussen (Aghabarary & Nayeri, 2016a).

Die fehlende Objektivität in der Definition und Bewertung von Übertherapie wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass Entscheidungen im klinischen Alltag nicht ausschließlich rational getroffen werden. Unter den Bedingungen von Zeitdruck, Unsicherheit und emotionaler Belastung greifen Ärzt*innen wie auch Pflegepersonen häufig auf intuitive Entscheidungsstrategien zurück, die anfällig für kognitive Verzerrungen sind. Solche systematischen Denkfehler beeinflussen die Risiko-Nutzen-Abwägung maßgeblich und stellen damit einen weiteren zentralen Einflussfaktor im Entstehen von Übertherapie dar (Cherny et al., 2025).

3.5 Kognitive Verzerrungen und Heuristiken als Einflussfaktor

Neben der fehlenden Objektivität bei der Bewertung therapeutischer Maßnahmen spielt auch die Art und Weise, wie Entscheidungen unter klinischen Bedingungen getroffen werden, eine zentrale Rolle im Entstehen von Übertherapie. Ärzt*innen und Pflegepersonen agieren häufig unter Zeitdruck, Unsicherheit und emotionaler Belastung, wodurch intuitive Entscheidungsstrategien dominieren. Diese sind anfällig für kognitive Verzerrungen, die das Urteilsvermögen systematisch beeinflussen. So führt der Optimismus-Bias beispielsweise dazu, dass Behandlungserfolge überschätzt werden, während Risiken und Belastungen weniger stark gewichtet werden. Der Confirmation Bias verstärkt bestehende Überzeugungen, indem Informationen selektiv wahrgenommen und gedeutet werden, etwa durch den Fokus auf positive Einzelergebnisse bei gleichzeitiger Vernachlässigung unerwünschter Nebenwirkungen. Ähnliche Effekte zeigen sich beim Availability Bias, wenn prägende Erinnerungen an einzelne erfolgreiche Behandlungen die tatsächliche Evidenzlage überlagern, oder bei der Loss Aversion, wenn die Angst vor einem möglichen Versäumnis zur Wahl aggressiver Therapien führt. Cherny et al. (2025) betonen, dass diese Verzerrungen nicht nur das individuelle Handeln einzelner Teammitglieder, sondern auch die kollektive Entscheidungsfindung im gesamten Behandlungsteam, also Ärzt*innen und Pflegepersonen, prägen können. Sie untergraben eine objektive Risiko-Nutzen-Abwägung und erschweren die konsequente Umsetzung palliativer Konzepte (Cherny et al., 2025).

3.6 Fehlende interdisziplinäre Kommunikation

Dabei wird in der Literatur häufig von Problemen in der inter- und intradisziplinären Kommunikation berichtet, in der persönliche Werte und Überzeugungen der Beteiligten eine hohe Bedeutung einnehmen. So beschreiben etwa Lancaster et al. (2015) und Sibbald et al. (2007), dass die inter- und intraprofessionelle Kommunikation bei Pflegepersonen kaum bzw. verspätet stattfindet und es bei Behandlungsplänen zu wenig Übereinstimmung kommt. Ebenso beschreiben O'Leary et al. (2010), dass 26% der befragten Pflegepersonen im klinischen Setting den geplanten Untersuchungen, 42% der Umstellung von Medikamenten und 37% der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer von Patient*innen nicht zustimmen.

Kohlen (2018) betont die mangelnde Wahrnehmung bzw. Akzeptanz von Meinungen von Pflegepersonen durch andere Berufsgruppen. (Ethische) Probleme oder Fragestellungen von Pflegepersonen im intra- oder interdisziplinären Kontext werden nicht gehört, bzw. nicht ernstgenommen. So seien Pflegepersonen dazu gezwungen, sich den Umständen anzupassen, um überhaupt gehört und akzeptiert zu werden (Kohlen, 2018).

Diese andauernde Problematik der misslungenen Kommunikation bzw. Zusammenarbeit wird auch von Varcoe et al. (2003) festgehalten. Pflegepersonen fühlen sich nicht wahrgenommen und haben keinen Einfluss auf Entscheidungen oder stationäre Abläufe, müssen aber die Folgen dieser Dysfunktion hinnehmen und die Entscheidungen auch umsetzen. Auch Dierbach (2021) beschreibt, dass kritische Fragen von Pflegepersonen hinsichtlich der Patient*innenversorgung weniger oft oder gar nicht von Ärzt*innen ernst genommen oder umgesetzt werden und es dadurch häufiger zu Übertherapie kommt.

Nach Nennung vorhergehender Einflussfaktoren kann nun gesagt werden, dass sich die Durchführung von Übertherapie nicht nur negativ auf Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auswirkt, sondern auch das Leiden der Patient*innen dadurch verstärkt oder verlängert werden kann. Sterbeprozesse können hinausgezögert werden, nicht notwendige Untersuchungen führen bei Patient*innen zu zusätzlicher Belastung, Stress oder Schmerz (Sibbald et al., 2007; Yekefallah et al., 2015).

4 Forschungsziel & Forschungsfrage

Anhand der beschriebenen Problematik zeigt sich, dass das Netz aus Gründen für die Entstehung und für die Durchführung der Fehlversorgung, insbesondere der Übertherapie, ein sehr komplexes und vielschichtiges ist und auf mehreren Ebenen Handlungs- und Änderungsbedarf besteht. Diese Arbeit soll sich vor allem mit den Kommunikationsabläufen und möglichen -schwierigkeiten im multiprofessionellen Team beschäftigen. Konkret soll herausgefunden werden, wie Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Entscheidungsfindung in der interprofessionellen Kommunikation, insbesondere mit Ärzt*innen, erleben. Außerdem soll erhoben werden, wie Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Entscheidungen in Hinblick auf die Übertherapie wahrnehmen. Hierbei soll der Entscheidungsfindungsweg, welcher sich auf onkologische Patient*innen am Lebensende auswirkt, besser verstanden und nachvollziehbar gemacht werden. Dadurch soll die Situation von Pflegepersonen besser verstanden werden sowie Gründe für oder gegen den Einbezug in diese Prozesse identifiziert werden. Damit soll die Ist-Situation auf onkologischen Situationen erfasst und neue Erkenntnisse gewonnen werden. Es sollen Faktoren identifiziert werden, die dazu beitragen können, dass Pflegende in Entscheidungen am Lebensende eingebunden und diese im Sinne der Patient*innen getroffen werden.

Aus dem beschriebenen Forschungsziel lässt sich daher folgende Fragestellung ableiten:

Wie nehmen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Entscheidungsfindung bezüglich der klinischen Versorgung bei terminal-onkologischen Patient*innen, insbesondere im Zusammenhang mit der Übertherapie, wahr?

5 Methodik

Im folgenden Kapitel werden das Forschungsdesign, die Auswahl und Beschreibung der Teilnehmenden sowie die methodische Vorgehensweise für die Datenerhebung, Datenanalyse und -auswertung beschrieben.

5.1 Forschungsdesign

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer, explorativer Forschungsansatz gewählt, um das Erleben, die Gefühle und Wahrnehmungen von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen besser zu verstehen. Ziel war es, empirische Daten zu erheben, zu analysieren und daraus neue Erkenntnisse zu generieren.

In der qualitativen Forschung steht die Offenheit der Wahrnehmung im Vordergrund. Diese Offenheit ermöglicht es, im Forschungsprozess neue Perspektiven zu erkunden und bislang unentdeckte Phänomene sichtbar zu machen. Mayer (2022) betont, dass diese Offenheit ein hohes Maß an Flexibilität, Kommunikation und Interaktion zwischen den Forschenden und den zu Erforschenden erfordert. Diese Eigenschaften sind entscheidend, um die Dynamik und Komplexität der untersuchten Thematik angemessen zu erfassen.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit hat der Forschende die etablierten Gütekriterien der qualitativen Forschung konsequent eingehalten, um die Qualität, Verlässlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen. Dies ist besonders wichtig, da in der qualitativen Forschung Leitlinien anstelle starrer Regeln gelten und Transparenz sowie Reflexivität entscheidend sind, um die wissenschaftliche Robustheit der Untersuchung zu gewährleisten.

5.2 Feldzugang und Rekrutierung

In die Untersuchung wurden Pflegepersonen mit Erfahrungen aus dem stationären Bereich einbezogen, wobei der Fokus insbesondere auf Pflegepersonen mit Erfahrungen in onkologischen Bettenstationen liegt. Der onkologische Bereich zeichnet sich durch ein besonders ausgeprägtes Spannungsfeld zwischen kurativen und palliativen Maßnahmen aus, was die Entscheidungsfindung im klinischen Alltag erschwert. Oftmals ist eine klare Abgrenzung zwischen diesen Bereichen und

Maßnahmen nicht eindeutig. Daher war es von besonderer Bedeutung, die Wahrnehmung von Pflegepersonen in Bezug auf die Entscheidungsfindung bei terminal-onkologischen Patient*innen, insbesondere im Kontext einer möglichen Übertherapie, näher zu untersuchen.

Erfahrungsgemäß und basierend auf vorherrschender Literatur werden patientenbezogene Entscheidungen oder Änderungen des Behandlungsplans durch Ärzt*innen oftmals direkt an die zuständige diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) weitergegeben. Informationen, Meinungen oder Ansichten von Pflegefachassistent*innen (PFA) und Pflegeassistent*innen (PA) werden meist indirekt, über das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, an Ärzt*innen vermittelt. Deshalb war es wichtig, dass alle pflegerischen Berufsgruppen (DGKP, PFA, PA) als potenzielle Interviewpartner*innen angesprochen und eingeladen wurden.

Der Fokus lag dabei insbesondere auf Pflegepersonen, welche Erfahrungen im stationären-onkologischen Setting zum Thema Übertherapie gemacht haben. Dabei war es nicht unmittelbar von Bedeutung, ob die Teilnehmenden aktuell auf einer onkologischen Station tätig waren.

Der Feldzugang in Wien wurde über einen Gesundheitsträger ermöglicht. Zunächst wurde hierfür eine Genehmigung eingeholt. Die Stelle für Pflegeentwicklung fungierte als Gatekeeper und informierte die Stationsleitungen, Pflegeberater*innen sowie die Cancer Nurses der onkologischen Bettenstationen über die Masterarbeit. Das Studieninformationsschreiben (Anhang 1) wurde per E-Mail an die Zielgruppe versendet, sodass interessierte Personen direkt Kontakt mit dem Forschenden aufnehmen konnten.

In der Schweiz erfolgte der Feldzugang über ein Fachhochschulzentrum, in dem der Forschende selbst tätig war. Die Vorgesetzte machte potenzielle Interessent*innen mithilfe des Studieninformationsschreibens auf das Forschungsvorhaben aufmerksam und informierte diese direkt. Anschließend konnten die Teilnehmenden eigenständig Kontakt zum Forschenden aufnehmen. Zusätzlich wurde ein Aufruf zur Interviewteilnahme in einer schweizweiten Fachzeitschrift veröffentlicht.

5.3 Teilnehmendenbeschreibung

Das Sample für diese vorliegende Arbeit setzt sich aus insgesamt neun weiblichen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und einer männlichen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson zusammen. Um zu erforschen, ob nationale Rahmenbedingungen wie Finanzierung oder Gesetzeslage einen Einfluss auf das Erleben von Übertherapie haben, wurden bewusst Teilnehmende aus zwei verschiedenen deutschsprachigen Ländern rekrutiert. Darüber hinaus ermöglicht die Kombination von Österreich und der Schweiz einen Vergleich zweier Länder, die trotz sprachlicher und kultureller Nähe unterschiedliche Gesundheitssysteme und Versorgungsstrukturen aufweisen. Auf diese Weise kann ein breiteres Bild über Erfahrungen im onkologischen Setting gewonnen werden. Dabei wurden fünf Personen aus Wien und fünf Personen aus dem Raum (Ost-)Schweiz für die Masterarbeit ausgewählt. Die Teilnehmenden waren zwischen 25 und 57 Jahre alt. Die Arbeitserfahrung der Teilnehmenden lag im onkologischen Setting zwischen vier und über 30 Jahren. Alle zehn Personen hatten mindestens einen Diplom- bzw. Bachelorabschluss in Gesundheits- und Krankenpflege. Davon haben vier Personen einen Masterabschluss in Pflegewissenschaft oder Advanced Nurse Practice. Eine Person befindet sich im laufenden Doktoratsstudium für Pflegewissenschaft. Fünf Pflegepersonen hatten eine Weiterbildung im Bereich der onkologischen Pflege bzw. ein Weiterbildungsmodul im Bereich der Hämato-Onkologie abgeschlossen. Außerdem wurden noch zusätzliche Weiterbildungen im Bereich Wundmanagement, Dermatologie oder Gesundheitsförderung absolviert. Die eingeschlossenen Personen arbeiteten zumindest im onkologischen Setting, entweder in der direkten Pflege, als Pflegeexpert*in wie Cancer Nurse, Pflegeberater*in oder als Stationsleitung. Insgesamt verdeutlicht dies ein sehr hohes Qualifikationsniveau der Teilnehmenden.

5.4 Methoden der Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurden leitfadengestützte, problemzentrierte qualitative Interviews durchgeführt (Witzel, 2000).

Dies wird damit begründet, da in erster Linie das Erleben bzw. die Wahrnehmung über Kommunikations- und Entscheidungsabläufe geschildert werden sollen. Die befragten Personen sollen anhand einer vorgelegten Fallvignette und einer Impulsfrage zur Erzählung animiert werden. Das leitfadengestützte Interview stellt eine offene Gesprächsführung dar und soll sich auf vorabeingegrenzte Themen fokussieren, wodurch das Ziel der Untersuchung bestimmt werden soll. Jedoch sollen Unterbrechungen durch Fragen nur die Ausnahme darstellen und können gegen Ende des Interviews vermehrt gestellt werden damit wichtige, noch nicht genannte, Informationen in Erinnerung gerufen werden können (Mayer, 2022). Der Leitfaden wurde in Anlehnung an Helfferich (2011) erstellt worden, wobei in der Konzeption das „SPSS-Prinzip“ Anwendung gefunden hat (der gesamte Leitfaden befindet sich im Anhang).

1. Schritt: Sammlung der Fragen

Im ersten Schritt werden sämtliche Fragen gesammelt, die mit dem Forschungsthema in Verbindung stehen. Dabei sollte eine möglichst große Bandbreite an Fragen berücksichtigt werden. Zu diesem Zeitpunkt spielt weder die exakte Formulierung noch die inhaltliche Relevanz eine Rolle – es geht darum, ein möglichst umfassendes Spektrum an potenziellen Fragen zu erfassen.

2. Schritt: Überprüfung und Auswahl

Nun erfolgt eine kritische Durchsicht der gesammelten Fragen. Sie werden hinsichtlich ihrer Relevanz für die Forschungsfrage und eventueller theoretischer Annahmen überprüft. Zudem wird bewertet, ob die Fragen dazu geeignet sind, die Interviewpartner*innen zum Erzählen, Erklären oder Reflektieren zu motivieren. Fragen, die lediglich Fakten abfragen oder bestehende Annahmen bestätigen, werden aussortiert.

3. Schritt: Strukturierung und Anordnung

Die verbliebenen Fragen werden nun thematisch geordnet. Dabei wird darauf geachtet, eine inhaltlich sinnvolle und logische Reihenfolge zu schaffen, die den Gesprächsfluss im Interview erleichtert.

4. Schritt: Erstellung des Leitfadens

Im letzten Schritt erhält der Leitfaden seine finale Struktur. Dabei empfiehlt es sich, für jedes der im dritten Schritt definierten Themengebiete eine passende Einstiegsfrage oder Erzählaufforderung zu formulieren. Diese wird in einer Tabelle in der ersten Spalte festgehalten. In der zweiten Spalte werden die zugehörigen Fragen vermerkt – entweder in Stichpunkten oder in ganzen Sätzen. Diese dienen als Erinnerungsstütze für eventuelles Nachfragen, falls bestimmte Aspekte nicht von selbst thematisiert werden. Die dritte Spalte enthält zentrale Fragen, die in jedem Interview gestellt werden, während in der vierten Spalte unterstützende Hinweise wie ergänzende Fragen oder Erzählimpulse notiert werden, um den Gesprächsfluss zu fördern (Helfferich, 2011).

Für den Interviewleitfaden der vorliegenden Masterarbeit wurden die Schritte 1 bis 3 wie oben durchgeführt. Im letzten Schritt wurde jedoch keine Tabelle angefertigt, sondern die Fragen und Nachfragen im Leitfaden in passender Reihenfolge und nach Thema sortiert und aufgelistet.

Datenerhebung

Von den insgesamt zehn durchgeführten Interviews wurden acht Interviews online, zwei Interviews vor Ort durchgeführt. Die Teilnehmenden erhielten bereits im Vorfeld die Studieninformation (Anhang X) und eine Einverständniserklärung (Anhang X) zugesendet, welche direkt zum jeweiligen Termin der Datenerhebung gemeinsam durchbesprochen wurde und anschließend von der teilnehmenden Person im Sinne einer informierten Zustimmung unterschrieben. Jedes Interview startete mit dem Vorlegen der Fallvignette und der Bitte nach dem Lesen jeden in den Kopf kommenden Gedanken zu äußern, um sich so auf das Thema einlassen zu können. Wichtige Informationen nach Aufnahme des Interviews wurden handschriftlich festgehalten. Eine Teilnehmerin hat erweiternd am Tag nach dem Interview noch für sie wichtige Aspekte zum Thema per Mail mitgeteilt. Diese Inhalte wurden in die Datenanalyse miteinbezogen.

5.5 Die Fallvignette als Erhebungsinstrument

Als Gesprächseinstieg in den Interviews wurde den Interviewpartner*innen eine Fallvignette vorgelegt, in der eine Situation auf einer onkologischen Bettenstation beschrieben wurde. Dabei wurde eine Patientin einer möglichen Übertherapie ausgesetzt. Nachfolgend soll der theoretische Hintergrund einer Fallvignette erläutert werden.

Fallvignetten stellen in der sozialwissenschaftlichen Forschung eine Untersuchungsmethode von realen oder fiktionalen Szenarien dar, welche bei der Datenerhebung, -auswertung oder -interpretation in der empirischen qualitativen oder quantitativen Forschung eingesetzt werden (Rosenberger, 2016). Schnurr (2003) nennt als klassische Einsatzgebiete von Fallvignetten die empirische Gerechtigkeitsforschung bzw. sozialpsychologische Urteil- und Entscheidungsforschung oder die Gebiete, in denen Meinungen, Einstellungen oder nicht-expliziertes Wissen und Sinnggebungsmuster rekonstruiert werden sollen (Schnurr, 2003). Ebenso könne durch den Einsatz von Fallvignetten zwischen Gruppen von Professionen verglichen werden (Hughes & Huby, 2004).

Vignetten beziehen sich auf Texte, Bilder oder andere Formen von Stimuli, auf welche die Forschungsteilnehmer*innen reagieren sollen. In der Erstellung einer Fallvignette ist darauf zu achten, dass die interne Validität gewährleistet wird, wobei zu Beginn auf die vorhandene Literatur bzw. auf Fallstudienmaterial zurückgegriffen werden soll und diese Daten in die Erstellung miteinbezogen werden sollen. Aber auch persönliche und berufliche Erfahrungen werden berücksichtigt. Um den Grad der internen Validität möglichst hochzuhalten, sollen Fallvignetten pilotiert werden. (Hughes & Huby, 2004). Die Pilotierung der Fallvignette für die hier vorliegende Arbeit hat mit zwei Kolleginnen aus der onkologischen Praxis stattgefunden.

Von besonderer Relevanz zeigen sich kurze, textbasierte Fallvignetten, welche durch ihre kurze und prägnante Darstellung als Erzählimpuls oder Stimulus dient. Dabei soll das Interesse zur Erzählung geweckt werden, indem die Vignette möglichst realistisch und real erscheint, nah am Leben der Teilnehmenden ist und wenig hypothetisch wirkt. Dadurch steigt das Interesse der Teilnehmenden und somit auch die Qualität der erhobenen Daten.

Fallvignetten sollen außerdem einen möglichst offenen, diskursiven Charakter besitzen, wobei offene Fragen sinnvoll erscheinen, welche den Erzählimpuls einleiten

können. Offene Fragen fördern die individuelle Kreativität bei der Beantwortung und sollen eine realistischere Einschätzung der Reaktion auf reale Situationen nachvollziehbar machen (Hughes & Huby, 2004).

Auf die Fallvignetten können die Teilnehmenden aus verschiedenen Perspektiven antworten. Etwa aus der Sicht der Vignettenfiguren, der Personen im Allgemeinen oder aus ihrer persönlichen Sicht. Die jeweilige Perspektive hängt vom Thema, den Anforderungen der Forschung und der Gruppe der Teilnehmenden ab. Es kann von Vorteil sein, wenn Teilnehmende aus ihrer persönlichen Sicht auf die Fallvignette reagieren und sie möglichst offen dazu aufgefordert werden, auf Grundlage dessen zu antworten, wie in der Situation der Vignette gehandelt oder nicht gehandelt werden soll (Hughes & Huby, 2004).

Die Beantwortung der Frage aus der persönlichen Sicht kann jedoch die Gefahr der sozialen Erwünschtheit mit sich bringen, da sich die Teilnehmenden zu wenig depersonalisieren können und der Fokus zu stark am Individuum liegt. Wohingegen die Sicht aus der Vignettenfigur selbst sich positiv auf den Effekt der sozialen Erwünschtheit auswirken kann (Hughes & Huby, 2004).

Fallvignetten haben die Aufgabe, eine Situation möglichst vollständig und realitätsnah darzustellen, mit dem Anspruch kurz und prägnant zu sein. Das kann jedoch dazu führen, dass Informationen verloren gehen oder die Grundlage zur Beantwortung der Frage nicht ausreichend vorhanden ist. Genau diese Selektivität an Informationen und Merkmalen macht die Methode dieser Art von Datenerhebung jedoch aus. Vignetten können aus Prinzip nicht alle notwendigen Informationen enthalten, welche für die Teilnehmenden als essenziell erscheinen, da der Kontext konkret dafür ausgewählt wird. Diese fehlenden Informationen ermöglichen es erst den Teilnehmenden, einen kreativen Denkprozess zu eröffnen, um Verborgenes zu Phänomen oder Konzepten hervorzubringen. Dadurch können Prinzipien oder Situationen besser verstanden und wertvolle Daten generiert werden (Hughes & Huby, 2004).

Möglichst offene Fragen bzw. wenig strukturierte Vignettenformen lassen außerdem mehr Spielraum für die Interpretationen hinsichtlich der Reaktionen und Informationen. Konkrete Phänomene bzw. Konzepte oder bemerkenswerte Grauzonen, welche den Teilnehmenden vorerst nicht bewusst sind, können durch die selektive Darstellung der verschiedenen Elemente der Realität aufgedeckt und geklärt werden.

Wichtig ist, dass die Teilnehmenden darauf hingewiesen werden, dass es bei der Beantwortung der Vignetten keine richtigen oder falschen Antworten gibt (Hughes & Huby, 2004).

Das leitfadengestützte Interview in dieser Arbeit begann mit der Vorlage der Fallvignette, wonach die Teilnehmenden ihre ersten Assoziationen dazu frei äußern sollten und jeder hochkommende Gedanke, jede Idee oder Frage relevant sein könnten und geäußert werden sollten. Die Fallvignette diente demnach zum Erzähleinstieg und die Themenfelder der Vignette konnten durch das gesamte Interview führen.

Bei längeren Pausen wurden folgende Fragestellungen gestellt, um zur Erzählung anzuregen:

Was geht Ihnen nach dem Lesen des Fallbeispiels durch den Kopf?

Welche Gedanken haben Sie dazu? Kennen Sie ähnliche Situationen?

Abschließende Fragen zur Fallvignette haben folgendermaßen geklungen:

Wie hätte Ihrer Meinung nach gehandelt werden müssen damit das Fallbeispiel anders geendet hätte?

Was bräuchte es Ihrer Meinung nach, damit die Situation anders gelingen hätte können?

5.6 Die Fallvignette

Folgende Fallvignette wurde möglichst realitätsnah, anonymisiert, auf Grundlage recherchierter Literatur und eigener beruflicher Erfahrungen erstellt:

Frau B., 82-jährig, wurde aufgrund einer Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes und aufgrund des Fortschreitens ihres stark metastasierten Bronchialkarzinoms auf einer onkologischen Station aufgenommen. Sie ist auf der Station durch vorhergegangene Chemotherapiezyklen bekannt und ist nun zunehmend in den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt (Unterstützung bei der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme, Selbstpflege, Mobilisation) und wirkt zunehmend desorientiert und somnolent.

Neben der Verschlechterung ihres klinischen Bildes sind ihre Blutbefunde zwar außerhalb der Norm, jedoch nicht lebensbedrohlich. Die zuständigen Ärzt*innen besprechen sich in der morgendlichen Besprechung und entscheiden sich dazu, Frau B. nochmalig Chemotherapeutika/Immuntherapie, so wie es dem Schema und dem Wunsch der Patientin und ihrer Angehörigen entspreche, zu verabreichen. Die Pflegepersonen können aufgrund ihrer Erfahrung die Notwendigkeit palliativer Maßnahmen erkennen und besprechen sich in der pflegerischen Dienstbesprechung über die Sinnhaftigkeit und den Nutzen bzw. Schaden der geplanten Chemotherapie-/Immuntherapiegabe und der weiter fortlaufenden intravenösen Therapie (Antibiotika, Flüssigkeit, parenterale Ernährung). Diese Vor- und Nachteile werden in der interprofessionellen Visite, mit Blick auf das klinische Erscheinungsbild der Patientin und basierend auf Erfahrungswissen, den Ärzt*innen entgegengebracht und argumentiert.

Neben der Fortführung weiterer intravenöser Therapie erhält Frau B. noch am selben Tag ihre Chemotherapeutika/Immuntherapie.

Frau B. zeigt eine akut-progrediente Verschlechterung in ihrem Zustand und verstirbt nach weniger als 72 Stunden im Beisein ihrer Angehörigen.

5.7 Methoden der Datenanalyse und Datenauswertung

Die durchgeführten Interviews wurden nach den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2018) verschriftlicht und mithilfe des Auswertungsprogrammes MAXQDA 2024 ausgewertet.

Dabei erfolgt die Datenauswertung auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022). Hierbei wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse angewendet (Kuckartz & Rädiker, 2022). Nachfolgend wird der Ablauf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) bildhaft dargestellt und anschließend beschrieben.

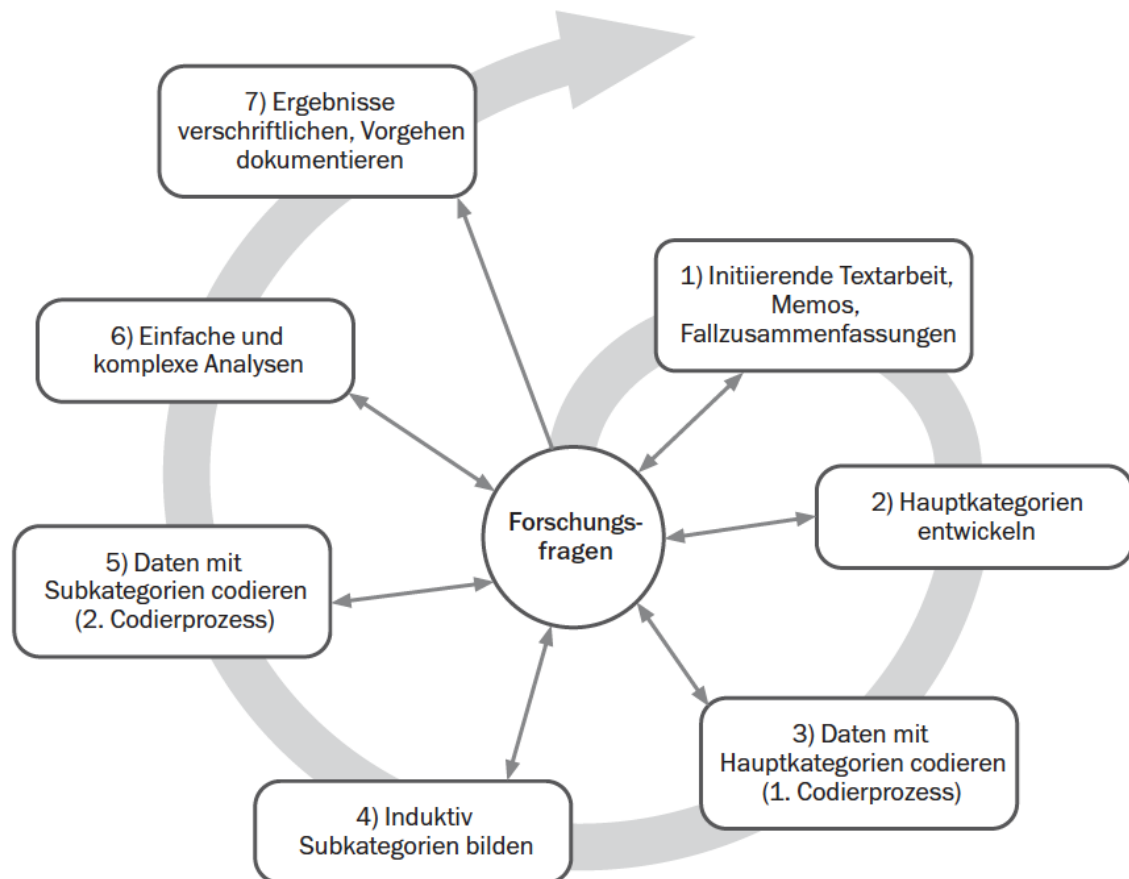


Abbildung 1: Ablauf einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse. Kuckartz und Rädiker, 2022, S. 32

Phase 1: Initiierende Textarbeit, Memos, Fallzusammenfassungen

Im ersten Auswertungsschritt erfolgte eine initiierende Textarbeit, die die Grundlage für die weitere qualitative Inhaltsanalyse bildete. Dabei wurden die erhobenen Texte zunächst sorgfältig und mehrfach gelesen, um ein erstes vertieftes Verständnis zu entwickeln. Besonders relevante oder auffällige Textstellen wurden markiert und mit Bemerkungen versehen. Parallel dazu wurden Interpretationsideen und erste analytische Gedanken in Form von Memos festgehalten. Diese dienten sowohl der Dokumentation des Analyseprozesses als auch der Sicherung erster theoretischer und inhaltlicher Überlegungen.

Phase 2: Hauptkategorien entwickeln

Im zweiten Auswertungsschritt wurden Hauptkategorien entwickelt, die der inhaltlichen Strukturierung des Materials dienen. Grundlage hierfür waren zum einen die Forschungsfrage sowie die leitenden Themen des Interviewleitfadens, aus denen zentrale Kategorien deduktiv abgeleitet wurden. Ergänzend dazu wurden im Rahmen der initiierenden Textarbeit auch neue, zuvor nicht erwartete Themen identifiziert und in Form zusätzlicher Kategorien berücksichtigt. Auf diese Weise entstand ein Kategoriensystem, das sowohl theoretisch fundiert als auch empirisch offen gestaltet war.

Phase 3: Daten mit Hauptkategorien codieren (1. Codierprozess)

Im dritten Auswertungsschritt erfolgte der erste systematische Codierprozess. Dazu wurde das gesamte Datenmaterial sequenziell durchgearbeitet, indem Textstellen in Sinneinheiten gegliedert und den zuvor entwickelten Hauptkategorien zugeordnet wurden. Nicht relevante oder nicht sinntragende Passagen blieben dabei uncodiert. Mehrfachzuordnungen waren möglich, wenn ein Abschnitt mehrere Themen gleichzeitig berührte. Es war wichtig, dass die codierten Segmente auch ohne ihren ursprünglichen Kontext verständlich blieben.

Phase 4: Induktiv Subkategorien bilden

Nach der ersten Codierung erfolgte eine weitere Präzisierung der Hauptkategorien durch die induktive Entwicklung von Subkategorien. Dafür wurden sämtliche Textpassagen, die einer Hauptkategorie zugeordnet waren, gebündelt und anschließend systematisch auf wiederkehrende Muster sowie inhaltliche Unterschiede hin untersucht.

Die zunächst offen gesammelten Vorschläge für Subkategorien wurden anschließend geordnet, verdichtet und zu einem übersichtlichen Kategoriensystem zusammengefasst. Jede Subkategorie erhielt eine kurze Beschreibung und wurde durch geeignete Zitate illustriert.

Phase 5: Daten mit Subkategorien codieren (2. Codierprozess)

Im fünften Auswertungsschritt erfolgte ein zweiter Codierprozess, bei dem die in Phase 4 entwickelten Subkategorien systematisch auf das Material angewendet wurden. Dafür wurden die bereits mit Hauptkategorien codierten Textstellen erneut durchgesehen und den differenzierten Subkategorien zugeordnet. Dieser Schritt diente der weiteren Präzisierung der Analyse und erforderte gegebenenfalls Anpassungen oder Erweiterungen der Subkategorien, falls diese auf Basis zu geringer Materialanteile gebildet worden waren. Bei der Anzahl der Subkategorien wurde eine pragmatische Vorgehensweise gewählt, um sowohl analytische Differenzierung als auch Vergleichbarkeit zwischen den Fällen zu gewährleisten. Nicht alle Hauptkategorien wurden gleichermaßen ausdifferenziert; der Fokus lag auf jenen Kategorien, die in direktem Zusammenhang mit der Forschungsfrage standen.

Phase 6: Einfache und komplexe Analysen

Die Analyse wurde auf Basis der Hauptkategorien durchgeführt. Anschließend wurden die Beziehungen zwischen den Unter- und Subkategorien innerhalb einer Hauptkategorie untersucht, um mögliche Themencluster erkennen zu können.

Phase 7: Ergebnisse verschriftlichen und Vorgehen dokumentieren

In der abschließenden Phase wurden die Analyseergebnisse im Kapitel „Ergebnisse“ schriftlich dargestellt und das methodische Vorgehen dokumentiert. Zur Veranschaulichung wurde eine Grafik erstellt, die die Hauptkategorien sowie die zugehörigen Ankerzitate darstellt (Kuckartz & Rädiker, 2022).

5.8 Ethische Aspekte

Für die Teilnahme an der Studie gaben die Teilnehmer*innen freiwillig, nach umfassender mündlicher und schriftlicher Aufklärung durch den Forschenden, eine schriftliche Zustimmung in Form eines Informed Consent geben. Darin wurden Informationen über den Ablauf und das Ziel der Studie, über mögliche Risiken und Nutzen, die Möglichkeiten zum Austritt aus der Studie und weitere datenschutzrechtliche Bestimmungen festgehalten. Von besonderer Bedeutung war die Freiwilligkeit an der Teilnahme der Studie sowie die Tatsache, dass die Teilnehmer*innen jederzeit, ohne Angabe von Gründen, bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung der Daten, aus der Studie aussteigen konnten (Mayer, 2022). In Anbetracht einer möglichen Abhängigkeit wurde darauf geachtet, dass der Forschende in keinem persönlichen oder beruflichen Verhältnis zu den Teilnehmer*innen stand. Studieninformation und Einverständniserklärung finden sich im Anhang.

Die Interviews wurden auf einem externen Audiogerät aufgenommen und gespeichert, nur der Forschende hat Zugriff auf das erhobene Datenmaterial und die persönlichen Daten der Teilnehmer*innen. Anschließend erfolgte eine Pseudonymisierung der personenbezogenen Daten, indem die Namen der Teilnehmer*innen durch andere Identifikationsmerkmale ersetzt wurden und die Zuordnung einer Person nicht mehr möglich ist. Der Gesundheitsträger sowie die jeweiligen Einrichtungen und Orte wurden anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse mehr möglich sind. Die Audiodateien wurden nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet und nach Auswertung und Fertigstellung der vorliegenden Arbeit gelöscht. Die Transkripte werden an einem sicheren Ort für 10 Jahre aufbewahrt.

Da es sich bei der Befragung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen um keine vulnerable Personengruppe handelt und nach ausführlicher mündlicher und schriftlicher Aufklärung eine schriftliche informierte Zustimmung gegeben wurde, konnte von einer Antragsstellung bei der Ethikkommission abgesehen werden.

Die Anonymität des Gesundheitsträgers sowie der Interviewpartner*innen wurde zu jeder Zeit gewahrt, um eine Identifikation auszuschließen.

6 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die analysierten Interviews systematisch dargestellt.

Ziel der Analyse war es, auf Grundlage der erhobenen Daten die zentrale Forschungsfrage zu beantworten: *Wie nehmen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Entscheidungsfindung bezüglich der klinischen Versorgung bei terminal-onkologischen Patient*innen, insbesondere im Zusammenhang mit der Übertherapie, wahr?*

Im Zuge der Auswertung konnten sechs Hauptkategorien mit mehreren Unter- und Subkategorien identifiziert werden. Die Kategorien stehen teilweise in wechselseitigem Zusammenhang und lassen sich nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen. Übergeordnete thematische Schwerpunkte betreffen insbesondere die Wahrnehmung und Verarbeitung emotionaler Belastungen, Fragen der Verantwortungsübernahme, kommunikationsbezogene Herausforderungen sowie verschiedene Formen professioneller Unterstützung.

Die nachfolgende Abbildung soll die sechs Hauptkategorien anhand zentraler Ankerzitate grafisch darstellen, um eine Übersicht über die wesentlichen Ergebnisse zu erhalten.

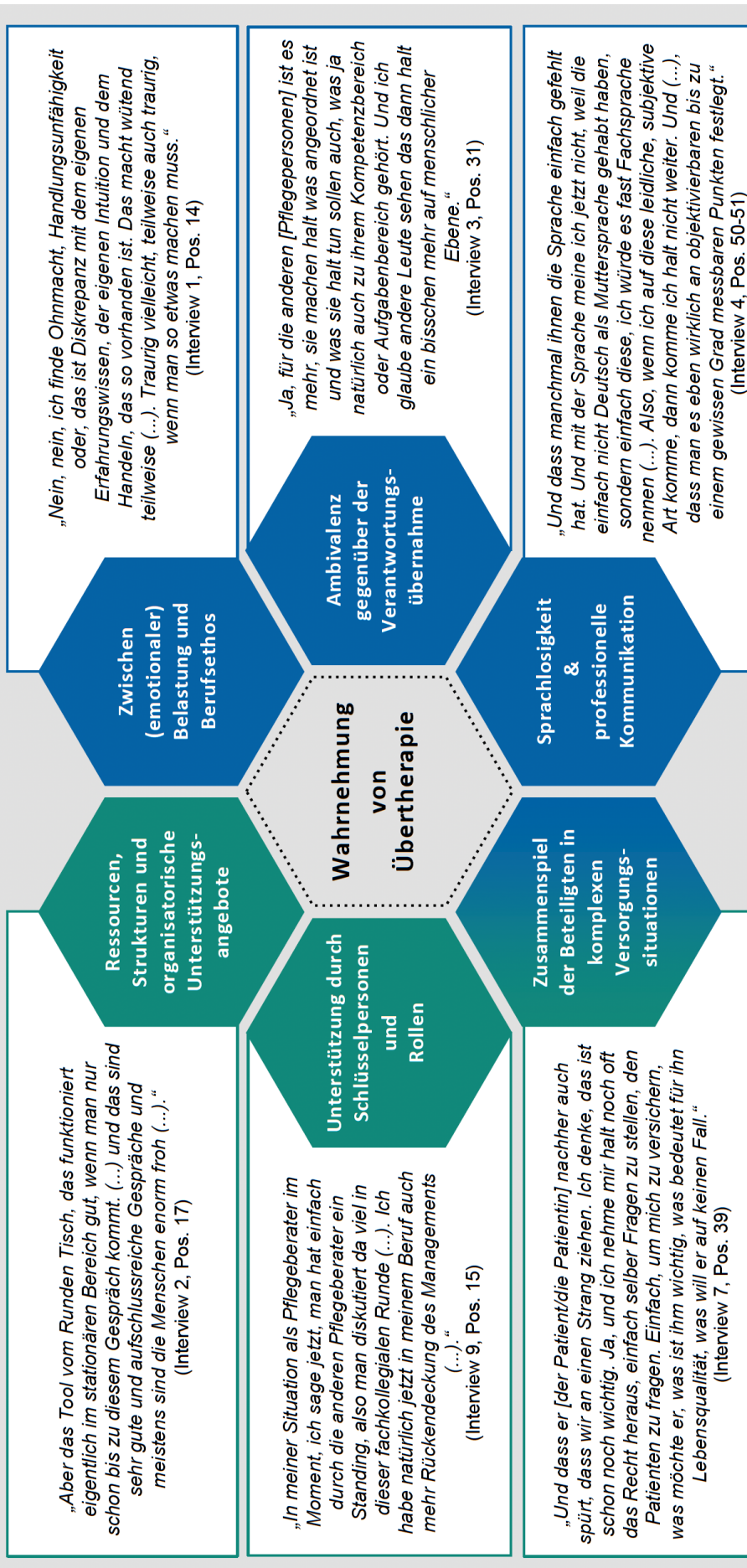


Abbildung 2: Das Erleben von Übertherapie durch Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Eigene Darstellung

6.1 Zwischen (emotionaler) Belastung und Berufsethos

6.1.1 Wahrnehmungen und (Mit)Gefühle in Bezug auf Übertherapie

Diese Unterkategorie beschreibt die unterschiedlichen Reaktionen, die bei Pflegepersonen im Umgang mit Übertherapie auftreten können. Dabei zeigt sich, dass solche Situationen nicht nur fachlich herausfordernd, sondern auch emotional belastend und anspruchsvoll sind. Die Aussagen verdeutlichen, wie stark Pflegepersonen in ihrem beruflichen Alltag gefordert sind, wenn sie mit Entscheidungen konfrontiert werden, die nicht mit dem eigenen pflegerischen Verständnis übereinstimmen.

Belastung und psychische Beanspruchung

Diese Subkategorie beschreibt die emotionale und psychische Belastung, die Pflegepersonen im Zusammenhang mit Übertherapie und den daraus resultierenden Entscheidungen erleben. Die Pflegepersonen schildern eine Vielzahl intensiver Gefühle, die von Traurigkeit, Wut und Verzweiflung bis hin zu Ohnmacht und Frustration reichen. Die Spannungen entstehen häufig aus der Diskrepanz zwischen dem eigenen Erfahrungswissen und den medizinischen Entscheidungen, die sie in ihrem Arbeitsumfeld beobachten und teilweise mittragen müssen.

Eine Pflegeperson beschreibt die emotionale Belastung, die entsteht, wenn pflegerisches Erfahrungswissen im Widerspruch zu therapeutischen Entscheidungen steht. Besonders belastend sei es, wenn Handlungen ausgeführt werden müssen, die nicht mit der eigenen Haltung vereinbar sind.

„Nein, nein, ich finde Ohnmacht, Handlungsunfähigkeit oder, das ist Diskrepanz mit dem eigenen Erfahrungswissen, der eigenen Intuition und dem Handeln, das so vorhanden ist. Das macht wütend teilweise, wenn man dann, wenn man eine Handlung ausführen muss, die man nicht dahinterstehen kann. Traurig vielleicht, teilweise auch traurig, wenn man so etwas machen muss.“ (Interview 1, Pos. 14)

Eine weitere Pflegeperson beschreibt, dass belastende Entscheidungen nicht nur während des Arbeitsalltags wirken, sondern auch emotional nachhallen. Die Traurigkeit bleibt über Tage spürbar, wobei gleichzeitig das Erlebte als Lernmöglichkeit reflektiert wird.

„Also so Sachen machen mich traurig. Ich bin manchmal mehrere Tage daheim auch traurig. Das vergeht dann wieder, aber man lernt ja immer auch etwas daraus.“ (Interview 7, Pos. 41)

Die Pflegepersonen sprechen von einem regelrechten „Kampf“, den sie im Umgang mit Übertherapie führen. Eine Pflegeperson schildert, wie sie sich in einer persönlichen Situation, bei einer nahestehenden Person, gegen eine weitere Therapie stark machen musste. Dabei wird die Bedeutung fachlicher Kompetenz hervorgehoben, um sich in solchen Grenzsituationen durchsetzen zu können.

„Und ich musste mich richtig, ich musste richtig kämpfen, dass sie keine Therapie haben soll, und das war für mich so auch sehr eine eindrückliche Erfahrung, dass, wenn ich das Fachwissen nicht gehabt hätte, hätte ich jetzt nicht gewusst, ob ich das zustande gebracht hätte mich gegen diese Therapie zu entscheiden. (...) Ich fand das so eindrücklich, dass ich mich wehren musste gegen eine Therapie.“ (Interview 1, Pos. 45)

Die zweite jüngere Pflegeperson fügt dem noch hinzu, dass eine erfahrene Pflegeperson in einer Situation, in der eine Patientin in sehr schlechtem Allgemeinzustand im palliativen Setting weiterhin Chemotherapie erhält, vermutlich anders mit den Beteiligten umgehen würde. Sie betont, dass gerade in solchen Situationen ein gemeinsames Vorgehen wichtig ist, auch wenn die Zeit oft drängt und es schwierig ist, sich gegen ärztliche Entscheidungen zu positionieren.

*„Ja, einfach so auch: ‚wir müssen etwas therapieren, also was machen wir jetzt?‘, ja, also. Ja, da kann ich fast nicht mehr dazu sagen. Ja, ist aber nicht selten. Das sind so die Kämpfe, die wir Pflegenden dann, also Kämpfe (fragend). Ich denke immer, da kommt eine erfahrene Pflegefachperson, die würde hier anders mit den Mediziner*innen umgehen und auch versuchen mit der Patientin das Gespräch zu suchen, aber die Zeit, die drängt sehr oft. Also soll*

ich mich gegen die Mediziner aufstellen? Das ist häufig sehr (atmet kurz und tief ein), kommt das nicht sehr gut an. Also es muss ja ein Miteinander sein, (...).“ (Interview 2, Pos. 3)

Abschließend beschreibt eine befragte Pflegeperson, dass Übertherapie aus ihrer Sicht nicht hilfreich ist und sie vielmehr eine Belastung für das gesamte Team darstellt. Sie betont, dass durch fachliche Kompetenz und Wissen viele dieser Problematiken reduziert werden könnten.

„Weil schlussendlich hilft die Übertherapie niemandem. Und ich finde es auch einfach eine extreme Belastung für das Team. Und wenn das Fachwissen vorhanden ist, dann habe ich das Gefühl, dann könnte man ganz viele Probleme beheben.“ (Interview 6, Pos. 31)

Gefühl von Sinnlosigkeit und innerer Zerrissenheit

Ein besonders starkes Gefühl der Sinnlosigkeit zeigt sich in Situationen, in denen medizinische Maßnahmen bis zum Lebensende fortgeführt werden, obwohl aus Sicht der Pflegepersonen kein Nutzen mehr erkennbar ist. Eine Pflegeperson beschreibt die emotionale Schwierigkeit, wenn ein/eine Patient*in trotz schlechten Allgemeinzustandes weiterhin eine Chemotherapie erhält und kurz darauf verstirbt. Rückblickend wird diese Maßnahme als nicht sinnvoll erlebt, vielmehr hätte der/die Patient*in früher nach Hause entlassen werden sollen. Das Versterben im stationären Kontext nach einer belastenden Therapie wird als „irrsinnig unbefriedigend“ bezeichnet und stellt für die Pflegeperson eine emotionale Belastung dar.

„Und das ist halt schwierig. Irrsinnig unbefriedigend ist es, wenn der Patient dann eigentlich bei uns verstirbt, hat Chemo gekriegt, hat sich verschlechtert und verstirbt. Das ist unbefriedigend, weil der hätte schon längst Heim gehört vorher. Und das ist halt schwierig zu verarbeiten.“ (Interview 5, Pos. 35)

Eine andere Pflegeperson beschreibt, dass Patient*innen in Unwissenheit bleiben und erst von Therapien oder Maßnahmen erfahren, wenn die Pflegeperson die Patient*in damit konfrontiert und diese daraufhin erschrocken reagiert.

„Weil das passiert auch manchmal, dass die Leute selber eigentlich gar keine Ahnung haben, dass sie jetzt doch noch irgendwie eben parenterale Ernährung zum Beispiel kriegen, obwohl das jetzt nicht Sinn der Sache ist. Und dann halt natürlich noch einmal sich wundern, oh Gott, was kommt da jetzt und es hängt jetzt wieder 24 Stunden und so.“ (Interview 10, Pos. 23)

Auch das Gefühl, mit der eigenen Berufserfahrung nicht durchzudringen, wird von Pflegepersonen als frustrierend erlebt. Besonders dann, wenn sie versuchen, aktiv in Entscheidungsprozesse einzuwirken und das Gefühl haben, dass ihre Einschätzungen keine Berücksichtigung finden.

„Es macht direkt betroffen, wieder einmal, weil es natürlich bis zu einem gewissen Grad frustrierend ist, wenn du als professionelle Pflegeperson versuchst entsprechend zu argumentieren, was das Für und Wider ist und dann entgegen deiner Fachkompetenz und Berufserfahrung entschieden wird.“ (Interview 4, Pos. 5)

Eine weitere Facette des Gefühls der Sinnlosigkeit zeigt sich in der Wahrnehmung von Pflegepersonen, wenn Maßnahmen durchgeführt werden, deren Nutzen aus ihrer Sicht fraglich ist. Diese Situation wird als emotional sehr belastend erlebt, besonders dann, wenn auch Angehörige anwesend sind und kritisch nachfragen. Eine Pflegeperson beschreibt diese Erfahrung sehr konkret.

„Vor allem auch, wenn dann noch Angehörige dabei sind und dann auch fragen, was ist das, was kriegt er, warum. Und wenn man dann auch ganz ehrlich manchmal sagen würde, weiß ich nicht, warum er das kriegt, ja, hilft ihm sicher nicht, aber irgendwelche Handlungen durchzuführen, es fühlt sich einfach falsch an. Weil man möchte eigentlich als Pflegeperson den Leuten helfen und ihnen was Gutes tun und teilweise fühlt sich das dann einfach schon ein bisschen unmenschlich an.“ (Interview 3, Pos. 27)

Mitgefühl mit Patient*innen und Angehörigen

Diese Subkategorie beschreibt das Mitgefühl der Pflegepersonen gegenüber Patient*innen und deren Angehörigen. Es wird deutlich, wie wichtig es ihnen ist, dass Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase Zeit und Raum gegeben wird. Sowohl für den Abschied als auch für Gespräche und für das Verarbeiten der Situation. Gleichzeitig zeigt sich die pflegerische Haltung im Wunsch, diesen Weg aktiv und unterstützend zu begleiten.

Eine Pflegeperson beschreibt, dass Patient*innen oft die Möglichkeit genommen wird, sich in Ruhe zu verabschieden oder letzte Angelegenheiten zu regeln. Dabei bringt sie ihre Aussage in Verbindung mit eigenen Erfahrungen und zeigt so ihr Mitgefühl und Verständnis für die Betroffenen.

„Extrem schade, wenn man den Patienten die Zeit zu Hause nimmt, um sich zu verabschieden. Und jeder Mensch, der irgendwann, jemanden sehr nahegestanden ist und verloren hat, wird verstehen, wie wichtig das ist. Ob man gewisse Sachen noch ausgesprochen hat oder nicht oder regelt. Und die Chance nimmt man dem Patienten dann eigentlich.“ (Interview 5, Pos. 35)

Eine andere Pflegeperson sieht ihre Aufgabe bzw. Kompetenz ebenso in der professionellen Begleitung von Patient*innen und deren Angehörigen und bringt dabei ihre pflegerische Haltung zum Ausdruck. Sie zeigt ihr Mitgefühl, indem sie da ist, aufklärt und in dieser schwierigen Situation unterstützend zur Seite steht.

„Das größte Problem für mich als Pflegeperson, die das begleitet, ist einerseits das Begleiten der Patientin dahindurch, wobei die Frage ist, wie viel Leidensdruck das bei ihr ausgeübt hat oder auch nicht, das weiß ich nicht, aber vor allem auch die Begleitung von Angehörigen. Ich sehe es sehr wohl in unserer Verantwortung, Informationen zur Verfügung zu stellen und die Situation auch so darzustellen, wie sie ist. Weil, wir können ja begleiten.“ (Interview 8, Pos. 3)

6.1.2 Pflegeethische Dilemmata

In dieser Unterkategorie stehen die eigenen moralischen Vorstellungen der Pflegepersonen im Spannungsfeld zu äußeren Erwartungen und therapeutischen Entscheidungen. Die Befragten berichten davon, Entscheidungen und Maßnahmen mittragen zu müssen, auch wenn der Nutzen der jeweiligen Therapie ausbleibt. Eine Pflegeperson wirft dabei auch die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit auf und betrachtet diese als gesamtgesellschaftliche Herausforderung.

Maßnahmen, die aus Sicht der Pflegeperson als sinnlos oder nicht zielführend empfunden werden, können eine starke Diskrepanz zwischen dem eigenen Berufsethos und den äußeren Erwartungen erzeugen. Eine Pflegeperson äußert, dass sie im Berufsalltag mit Situationen konfrontiert war, in denen sie Handlungen durchführen musste, die nicht mit ihren moralischen Vorstellungen vereinbar waren.

„(...) Ich konnte mich dem sehr einfühlen, dass man eine Handlung machen muss, die man mit dem eigenen Gewissen oder mit den eigenen Moralvorstellungen eigentlich nicht dahinterstehen kann und eigentlich so, die ja, innerlich diese Diskrepanz hat zwischen vielleicht auch dem eigenen Berufsethos oder was und dem, was von einem erwartet wird.“ (Interview 1, Pos. 2)

Auch eine andere Pflegeperson schildert eine vergleichbare Situation, hebt jedoch hervor, dass in ihrem Arbeitsumfeld häufig der Eindruck entsteht, starke Therapeutika seien grundsätzlich sinnvoll und gerechtfertigt. Gleichzeitig stellt sie jedoch den tatsächlichen Nutzen und die Kosten solcher Maßnahmen infrage. Dabei wirft sie eine übergeordnete ethische Fragestellung auf, nämlich wie gerecht der Einsatz hochpreisiger Therapien ist, wenn der Nutzen eventuell nicht abschätzbar ist.

„Was eben auch immer wieder eine Thematik ist bei uns, sehr stark irgendwie, wenn Chemotherapie nicht mehr geht, dann geben wir halt ein bisschen Immuntherapie, das macht ja nichts, also das kann man ruhig auch geben. Was natürlich aus meiner Sicht ethisch sehr problematisch ist, weil es jetzt abgesehen von einem fehlenden Nutzen dann auch einer Verteilungsgerechtigkeit eigentlich nicht entspricht. Also, wenn man einen

Antikörper um 6.000 Euro anhängt, der dazu noch keinen Nutzen hat.“
(Interview 9, Pos. 3)

Neben der empfundenen Sinnlosigkeit bestimmter Maßnahmen berichtet eine weitere Pflegeperson, dass ihr Erfahrungswissen keinen Einfluss auf die Therapieentscheidung hat und der erwartete Behandlungserfolg ausbleibt.

„Da hat weder Chemotherapie noch Antibiotikagabe noch irgendeinen Nutzen für die Patientinnen, und dass das dann teilweise auch nicht ernst genommen wird oder wahrgenommen wird und die Therapiemaßnahmen trotzdem fortgeführt werden, auch wenn das Pflegepersonal damit nicht einverstanden ist, beziehungsweise aufgrund der Erfahrungen weiß, dass diese Maßnahmen keinen Erfolg oder keine Verbesserung oder keinen Nutzen bringen werden.“
(Interview 3, Pos. 3)

6.2 Ambivalenz gegenüber der Verantwortungsübernahme

In dieser Kategorie und ihren Unterkategorien wird die Ambivalenz thematisiert, in der sich die befragten Pflegepersonen befinden, wenn Therapieentscheidungen getroffen werden. Hier zeigen sich Aussagen, Spannungen, Widersprüchlichkeiten sowie die Verlagerung von Verantwortlichkeiten in der Zusammenarbeit zwischen Pflege und ärztlichem Personal. Dem gegenübergestellt werden außerdem die Verantwortung und Entscheidungsfreiheit der Patient*innen.

6.2.1 Die Pflege zwischen Mitgestaltung und Abgrenzung

Das erste Unterkapitel widmet sich der Wahrnehmung der Entscheidungsfindung von Pflegepersonen. Dabei geht es um die Balance zwischen der Mitgestaltung der Therapieentscheidungen und der Abgrenzung von der finalen Verantwortung, die nahezu immer beim ärztlichen Personal liegt.

Eine Pflegeperson beschreibt die gelebte Verantwortlichkeit im pflegerischen Team so, dass Kolleg*innen das tun, was angeordnet ist und in ihren Kompetenz- und

Aufgabenbereich fällt. Andererseits berichtet sie, dass es auch Kolleg*innen gibt, die sich gegenüber den Ärzt*innen argumentativ positionieren und so eine Reduktion oder Beendigung der Therapie erreichen können. Sie nehmen dabei eine kompensatorische Rolle ein, indem sie aktiv Fragen stellen und damit Verantwortung im Entscheidungsprozess mittragen.

„Ja, für die anderen [Pflegepersonen] ist es mehr, sie machen halt was angeordnet ist und was sie halt tun sollen auch, was ja natürlich auch zu ihrem Kompetenzbereich oder Aufgabenbereich gehört. Und ich glaube andere Leute sehen das dann halt ein bisschen mehr auf menschlicher Ebene.“ (Interview 3, Pos. 31)

Eine andere Pflegeperson sieht die Verantwortung klar beim ärztlichen Personal und sagt dabei, dass es sich bei der Ärztin bzw. dem Arzt um den „Bad Cop“ handelt, da diese*r die Therapie verordnet, die schädlich für die Patient*in sein kann. Wohingegen die Pflegeperson den „Good Cop“ in der Behandlung darstellt, präsent ist und sich aufklärend um die Patient*in kümmert. Diese Rollenverteilung kann zu einer Verschiebung der Wahrnehmung von Verantwortung sowie zu Widersprüchlichkeiten in der Behandlung führen.

„Wir in der Pflege können uns zurücklehnen, weil die Verantwortlichkeit beim Arzt liegt. Wir sehen nur den Benefit oder die Belastung danach. Wir sind sozusagen der „Good Cop“ und der Arzt ist der „Bad Cop“. Der kommt mit den Sachen, die schädigen den Patienten, aber die Heilung steht im Hintergrund. Ob es realistisch ist, kann ich auch nicht beurteilen, weil ich kein Arzt bin. Aber das ist so diese Good-Cop-Bad-Cop-Geschichte. Wir sind beim Patienten. Wir versuchen auch, Therapien dem Patienten nahe zu bringen, worüber es da geht.“ (Interview 5, Pos. 3)

In einem Interview äußert eine Pflegeperson die Wahrnehmung, dass Ärzt*innen das Gefühl der Verpflichtung verspüren, das Leben von Patient*innen zu erhalten, und daher Therapiemöglichkeiten vorschlagen. Die pflegerische Berufsgruppe sieht sich dabei eher in der nachfragenden Rolle, in der es darum geht, den Zweck der

Maßnahme zu hinterfragen. Beide Perspektiven sind jedoch von der jeweiligen Erfahrung der Beteiligten geprägt.

„Es kommt auch immer auf die Erfahrung des Arztes drauf an, wie auch bei der Pflege. Häufig haben Ärzte das Gefühl, sie müssen entscheiden und sie haben ihren Schwur geleistet, das Leben zu erhalten. Und wir Pflege sind ja häufig in der Tendenz, dass es auch aber nein, was möchtest du jetzt hier noch machen? Da, musst du jetzt da noch Flüssigkeit geben? Also was kommt, wenn du keine Flüssigkeit gibst?“ (Interview 2, Pos. 31)

6.2.2 Die Beteiligung der Pflege bei begrenzter Entscheidungsmöglichkeit

Pflegepersonen beschreiben, dass ihre Möglichkeiten, sich für die Patient*innen stark zu machen oder sich gegen bestimmte Maßnahmen oder Therapien einzusetzen, durch hierarchische Strukturen und Spannungen begrenzt sind. Trotz dieser Einschränkungen sehen sich die befragten Pflegepersonen befähigt, ihre Meinung aktiv zu vertreten, auch wenn dies oft mit Unsicherheit und der Bereitstellung von fundierten Argumenten verbunden ist.

Eine Pflegeperson hebt die Bedeutung der Beziehung zum ärztlichen Personal hervor, wenn es darum geht, die eigene Meinung in Therapieentscheidungen einzubringen. Sie betont, dass das Vertrauen zum Gegenüber es ihr ermöglicht, fordernd zu sein und ihre Perspektive klar zu äußern:

*„Es gibt ja immer Leute, die sind schon seit Monaten, Jahren da und dann gibt es Patient*innen, die kenne ich auch noch nicht so gut, aber ich denke, dass ich da auch schon recht fordernd bin und auch oft eine Meinung hab, die ich dann auch vertrete zu Dingen, wie sie gemacht werden und wie sie gemacht werden sollen. Und ich habe auch ein gutes Verhältnis, Gott sei Dank, zu unseren Oberärzten. Und die kennen mich auch schon, also die wissen, wenn ich was zu sagen habe, dann mache ich das auch.“ (Interview 3, Pos. 21)*

Während die erste Pflegeperson auf die Beziehung zum ärztlichen Personal hinweist, um ihre Meinung in Therapieentscheidungen einzubringen, zeigt die zweite

Pflegeperson, dass sie trotz fehlender Entscheidungsbefugnis durch fundierte Argumente Einfluss auf Entscheidungen nehmen kann:

„Also wir hätten auch unsere Möglichkeiten, die Entscheidungen mitzubeeinflussen, wenn wir mit etwas gar nicht einverstanden sind. (...) Dann sage ich, ich glaube nicht, dass das gut ist. Und je nachdem wäre ich auch bereit, einen Chefarzt zu rufen. Wenn ich jetzt wirklich das Gefühl habe, nein, ich glaube, das ist falsch. Wir hatten früher auch einen Chefarzt, bei dem wir das immer machen durften. Aber dann muss man wirklich Argumente haben. Dann denke ich, kann man manchmal auch etwas ein bisschen mit beeinflussen.“ (Interview 7, Pos. 11)

6.2.3 Wahrung der Verantwortung und Entscheidungsfreiheit der Patient*innen

Die Wahrung der Verantwortung der Patient*innen und ihre Entscheidungsfreiheit, sowie ihr Recht auf Selbstbestimmung, sind wesentliche Elemente, die von den Pflegepersonen immer wieder betont werden. Eine Pflegeperson hebt hervor, wie wichtig es ist, dass Patient*innen selbständig Entscheidungen treffen, auch wenn das der Pflegeperson schwerfällt:

„Aber wenn dann das Gespräch und alles trotzdem ganz anders läuft, dann müssen wir uns halt irgendwo auch zurücknehmen und sagen, ja.“ (Interview 7, Pos. 45)

Eine andere Pflegeperson betont, dass die Entscheidung letztlich bei den Patient*innen liege:

„Und ich erzähle der Patientin immer: ‚Nein, Sie sind die letzte, die entscheidet, Sie dürfen entscheiden, ob eine Therapie stattfindet oder nicht.‘“ (Interview 1, Pos. 43)

Der Auftrag der Pflege besteht dabei unter anderem darin, die Patient*innen auf ihrem Entscheidungsweg zu begleiten und sie zu ermutigen, ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen in den Entscheidungsprozess einzubringen, sodass diese angemessen berücksichtigt werden:

„Und in die Richtung, wo der Patient geht, das ist unser Auftrag. Und ich versuche bei den Patienten immer in Erinnerung zu bringen, dass sein Wunsch und Wille geschehe.“ (Interview 5, Pos. 23)

6.3 Sprachlosigkeit & professionelle Kommunikation

Pflegepersonen geben an, dass sie über eine wertvolle Wahrnehmung im klinischen Alltag verfügen. Damit diese jedoch in interprofessionellen Entscheidungsprozessen gehört und berücksichtigt wird, braucht es die Fähigkeit, Beobachtungen und Einschätzungen klar und sachlich zu kommunizieren. Besonders zu Beginn der beruflichen Laufbahn fehlt es aus Sicht der Interviewteilnehmer*innen oft noch an der richtigen Sprache, dem nötigen Selbstbewusstsein und der Erfahrung. Im Laufe der Zeit und durch gezielte Weiterbildung entwickeln Pflegepersonen eine professionelle Kommunikationskompetenz, die es ihnen ermöglicht, ihre Expertise sichtbar zu machen und fundierte Argumente einzubringen. Die folgenden Unterkategorien zeigen diesen Entwicklungsweg auf.

6.3.1 Fehlende Sprache und Unsicherheit

Die befragten Pflegepersonen erleben anfangs häufig die Unsicherheit im sprachlichen Ausdruck gegenüber Ärzt*innen und in der interprofessionellen Kommunikation. Erst durch Erfahrung, gezielte Weiterbildung und eine Orientierung an medizinischer Fachsprache gelingt es, Argumente fundiert darzulegen und damit stärker in Entscheidungsprozesse einzubringen.

Eine Pflegeperson meint, dass die Pflege lernen muss, nicht „aus dem Bauchgefühl heraus“ zu argumentieren, sondern medizinisch korrekt gesprochen werden soll, um ernst genommen zu werden und Einfluss auf Entscheidungen zu nehmen.

„Aber je nachdem, wenn wir gute Argumente haben, können wir auch dagegen argumentieren. Das ist eigentlich auch das, was ich in all diesen Jahren auch ein bisschen gelernt habe. Erstens versuche ich, mich besser zu formulieren. Wirklich auch in der Sprache wie die Ärzte ticken. Nicht, ‘ich habe das Gefühl, dass‘ (...) Also ich glaube schon auch, wir müssen auch lernen, dass wir uns

medizinisch korrekt ausdrücken. Und dann denke ich, hätten wir auch Argumente, um z.B. eine Fallbesprechung anzuregen.“ (Interview 7, Pos. 11)

Eine andere Pflegeperson beschreibt ähnliches und setzt die Bedeutung auf die gemachten Erfahrungen und den Erkenntnissen daraus. Aber nicht nur auf die Erfahrungen, sondern auch das Studium kann dabei helfen, um eine Sprache zu entwickeln, die bei der Argumentation helfen kann. Außerdem können Pflegepersonen mit Hilfe objektivierbarer Kriterien sachlich begründen, warum eine Therapie nicht mehr sinnvoll ist.

„Weil du siehst da eine 82-jährige Omi, die sichtlich sehr viele belastende Symptome und Nebenwirkungen hat und sie tut dir mal einfach leid. Und mit den Jahren, und da muss ich sagen, da hat mir natürlich auch das Studium geholfen, lernt man mit objektivierbarer Argumenten dem Ärzteteam entgegenzutreten. Nämlich, dass man sie anhand bestimmter Parameter festhält, warum man jetzt der Meinung ist, dass eben bestimmte Therapien jetzt keinen Sinn mehr machen für die Patientin.“ (Interview 4, Pos. 8)

Neben dem Bauchgefühl sind auch obsoleete Routineabläufe wie „das haben wir immer schon so gemacht“ hinderlich. Die Pflegeperson beschreibt, dass konkrete Parameter hinzugezogen werden sollen, die eine weitere Therapie hinterfragen sollen.

„Also wir haben das immer schon so gemacht, das ist sicher nicht der richtige Ansatz und nicht nur das Bauchgefühl, sondern ich muss mit Argumenten kommen, wirklich nachfragen, ‘hey, ich sehe die Leberwerte, ich sehe die Nierenwerte, wenn wir jetzt da eine Antibiotikatherapie machen, was ist zu erwarten?’ Dass ich wirklich mit Facts komme.“ (Interview 2, Pos. 27)

Neben dem mühsam entwickelten sprachlichen Standing stellt auch der Mangel an zeitlichen Ressourcen eine Herausforderung dar. Es ist schwer, evidenzbasierte Argumente im pflegerischen Alltag vorzubereiten und einzubringen. Pflegepersonen berichten davon, dass der Anspruch, medizinische Argumente zu liefern, oft an der hohen Arbeitsbelastung scheitert.

„Und dann wurde auf der Visite gesagt, du bringst mir eine Quelle zu dem und dem. Und dann können wir es besprechen. Weil es mir am Herzen lag, habe ich eine Literaturrecherche gemacht. Und ihm das zukommen lassen. Es war auch ein humorvoller Diskurs. Aber ich habe nicht in meinem Alltag die Ressourcen, um mir jedes Mal bei etwas nachzugehen, eine Literaturrecherche zu machen. Von ihm wurde dann gesagt, ist das wieder etwas, das einfach auf Erfahrung basiert und was ihr hier macht? Oder ist das evidenzbasiert? Ich zeige dir schon, dass das evidenzbasiert ist. Aber ich habe diese Ressourcen in meinem Alltag nicht. Und auch nicht die Energie, mich auf so etwas einzulassen.“ (Interview 6, Pos. 19)

„Ich muss die Zeit haben, mich einzulesen und zum gute Argumente finden. Ja, das ist nicht immer mehr möglich.“ (Interview 2, Pos. 29)

Eine Pflegeperson betont außerdem, wie wichtig es ist, bei der Kommunikation mit Patient*innen diplomatisch vorzugehen. Besonders bei kritischen Themen, wie etwa der Besprechung von Therapieentscheidungen, kommt es darauf an, Fragen so zu formulieren, dass die Patient*in sich verstanden und respektiert fühlt. Dabei wird die Bedeutung der richtigen Wortwahl und des richtigen Timings hervorgehoben, um Missverständnisse zu vermeiden und die Entscheidungsfindung der Patient*innen zu unterstützen.

„Aber es kommt sehr auf die Diplomatie drauf an, wie ich das frage. Das ist, sei es beim Patienten etwas zu hinterfragen und zu sagen, ‘haben Sie das verstanden, was der Mediziner gesagt hat?’ So ‘wollen Sie das wirklich so, und was denken Sie jetzt, was möchten Sie?’“ (Interview 2, Pos. 25)

6.3.2 Professionalisierung und Entwicklung kommunikativer Kompetenz

Die befragten Pflegepersonen geben an, dass sie wichtige, intuitive Wahrnehmungen in Entscheidungsprozesse einbringen. Damit diese jedoch Gehör finden und wirksamer Einfluss genommen werden kann, braucht es eine zunehmende

Professionalisierung sowie die Entwicklung einer sachlichen Kommunikationskompetenz.

Eine Pflegeperson beschreibt, dass die pflegerische Berufsgruppe eine wertvolle, intuitive Wahrnehmung besitzt, aber Schwierigkeiten dabei hat, diese präzise und sachlich auszudrücken.

„Und wir haben manchmal so ein wenig den Gesamteindruck, oder nehmen Sachen wahr, die nicht immer so ganz klar, ähm, sachlich zu beschreiben sind. Oder wir schaffen es nicht, es gut zu beschreiben. Manchmal fehlt auch uns die Sprache, genau.“ (Interview 7, Pos. 3)

Nicht nur das Fehlen der Sprache und der damit fehlende Ausdruck der pflegerischen Wahrnehmung sorgen dafür, dass sich Pflegepersonen nicht wahrgenommen oder wertgeschätzt fühlen. Eine Pflegeperson schildert weiter, dass junge Kolleg*innen aus der Pflege oft noch nicht das Selbstbewusstsein oder die rhetorische Sicherheit mitbringen, um sich gegenüber anderen Berufsgruppen durchzusetzen.

„Und die jungen Kolleginnen, die trauen sich es auch nicht, also die sind, die haben weder das Standing noch, ich sage jetzt, die wollen oft dann einfach, ich sage jetzt nicht, weil sie jünger sind, oder so, sondern ich glaube einfach, weil man sich entwickelt in dieser beruflichen Laufbahn, die sind einfach quasi, trauen sich noch nicht diese Argumente quasi so vorzubringen, glaube ich, und sie werden halt auch nicht dazu ermuntert, dass sie es machen.“ (Interview 9, Pos. 9)

Eine andere Pflegeperson schildert eindrücklich, wie sie lernt subjektive Eindrücke (wie etwa: „die Patientin tut mir so leid“) in objektive, messbare Kriterien zu übersetzen und daraus eine professionelle Sprache zu entwickeln. Durch den Einsatz von Fachsprache und die Objektivierung wird die pflegerische Argumentation für Ärzt*innen nachvollziehbar und annehmbar.

„Und dass manchmal ihnen die Sprache einfach gefehlt hat. Und mit der Sprache meine ich jetzt nicht, weil die einfach nicht Deutsch als Muttersprache gehabt haben, sondern einfach diese, ich würde es fast Fachsprache nennen,

in der sie eben nicht sagt (in mitleiderregender Stimme), ‘mah, aber die Frau B., die ist so arm, mah, die kann nur liegen.’ (...) Also, wenn ich auf diese leidliche, subjektive Art komme, dann komme ich halt nicht weiter. Und das habe ich dann mit der Zeit irgendwie gelernt, dass man es eben wirklich an objektivierbaren, bis zu einem gewissen Grad messbaren Punkten festlegt, (...) den Mobilitätsstatus bespricht, den Ernährungsstatus bespricht, die Orientiertheit, die Symptome eben anhand von numerischen Rangskalen diskutiert. Also so. Und das ist dann viel greifbarer gewesen.“ (Interview 4, Pos. 50-51)

Von dieser Professionalität, die sich erst im Laufe der Jahre entwickelt, äußert eine andere Pflegeperson noch, dass es einen Wandel in der Entwicklung der pflegerischen Berufsgruppe gegeben hat. Demnach basierte früher vieles auf Erfahrungswissen und Bauchgefühl. Heute zeigt sich, dass es strukturierte Argumente und eine professionelle Kommunikation bedarf, um die Pflege stärker in Entscheidungsprozesse einzubringen.

„Die Pflege in der Vergangenheit war sehr viel auf Erfahrungswissen und Bauchgefühl. Ich denke, wenn wir das ein bisschen strukturieren können, dass wir Argumente an den Tag legen, die nicht nur auf ‘ich denke, ich sehe, ich fühle, ich habe das Gefühl, dass’. Sondern, dass wir das wirklich objektivieren können und dann stark auftreten. Und das heißt: wichtiges Argument gilt. Das wäre mir ganz wichtig, dass wir dieses Wissen und diese Expertise, die da ist, auch so als solche präsentieren können in einer Diskussion.“ (Interview 8, Pos. 11)

6.4 Zusammenspiel der Beteiligten in komplexen Versorgungssituationen

Das Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen sowie die Kommunikation mit Patient*innen und Angehörigen erweist sich in komplexen onkologischen Versorgungssituationen als entscheidender Faktor für das Treffen von Entscheidungen. Die folgenden Ergebnisse zeigen, wie interprofessionelle Kommunikation sowie Gesprächsführung mit Betroffenen sowohl unterstützend wirken als auch erhebliche Herausforderungen mit sich bringen können. Dabei wird deutlich, dass gelingende Kommunikation maßgeblich zur Vermeidung von Übertherapie beiträgt, ihr Fehlen hingegen bestehende Problemlagen verschärfen kann.

Sehr eindrücklich berichtet eine Pflegeperson auf die Frage nach ihrem Wunsch zur Vermeidung von Übertherapie, dass dies trotz aller Bemühungen kaum zu erreichen sei. Sie vergleicht dabei ihren Wunsch mit dem nach Weltfrieden, etwas das sehr utopisch klingt.

„Ja, boah, schwierig, ist so wie, als würde man sich Weltfrieden wünschen. Es ist irgendwie so ein Wunsch, der irgendwie sehr utopisch ist, wahrscheinlich.“
(Interview 3, Pos. 43)

Anschließend spricht sie über die Bedeutung der Aufklärung von Patient*innen und deren Angehörigen. Sie fordert dahingehend, dass Patient*innen selbstbestimmt und autonom ihre Entscheidungen treffen sollen und ihnen die Vor- und Nachteile von Therapieoptionen aufgezeigt werden sollen. Außerdem, dass das Erfahrungswissen der Pflegepersonen wertgeschätzt und in den Diskurs aufgenommen werden soll, wenn Therapieentscheidungen getroffen werden.

„Ahm, ich würde mir wünschen, dass, ähm, Leute mehr informiert werden. Patientinnen, Patienten, Angehörige, dass es irgendwie eine bessere Entscheidungsfindung gibt. Mehr eben informiert, selbstbestimmt, teilweise auch mehr Zeit den Leuten gegeben wird eben andere Möglichkeiten aufgezeigt wird. Es gibt nicht nur A, sondern es gibt auch A, B und C. Und wenn Sie A nehmen, passiert das, wenn Sie B nehmen, passiert das, wenn Sie C nehmen, passiert das, aber es kann auch bei A, B und C passieren. Dann dass die Erfahrung von den Pflegekräften mehr wertgeschätzt wird und auch deren Meinungen. Dass man im Team darüber sprechen kann und sich nicht irgendwie verurteilt fühlt oder nicht ernst oder wahrgenommen fühlt.“ (Interview 3, Pos. 43)

Auch eine weitere Pflegeperson hebt die Bedeutung gelingender Kommunikation als zentralen Faktor bei Therapieentscheidungen hervor. Dabei verweist sie sowohl auf die Komplexität des Themas als auch auf dessen vermeintliche Einfachheit.

„Also eben, ich finde, Kommunikation ist so ein Riesenthema und wär halt auch eigentlich so ein einfaches Thema.“ (Interview 10, Pos. 29)

Diese Interviewausschnitte zeigen, dass Kommunikation nicht nur im Zentrum von Entscheidungsprozessen steht, sondern maßgeblich dazu beitragen kann, Übertherapie zu vermeiden oder eben zu begünstigen.

6.4.1 Interprofessionelle Kommunikation

Diese Unterkategorie beschreibt den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen der pflegerischen und medizinischen Berufsgruppe. Dabei werden positiv, wie auch negativ erlebte Erfahrungen beschrieben, die sich als förderlich bzw. hinderlich darstellen, wenn es um Therapieentscheidungen bzw. um weitere Maßnahmen geht. Abgerundet werden diese Schilderungen durch das Aufzeigen von unterstützenden informellen Austauschmöglichkeiten.

Austausch & Zusammenarbeit auf Augenhöhe

In dieser Subkategorie werden die positiven Aspekte der Kommunikation beschrieben, die die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und anderen Pflegepersonen stärken. Die Spannweite reicht von der Notwendigkeit der Aufklärung der Pflegepersonen durch Ärzt*innen über konstruktive Diskussionen zum weiteren Vorgehen bis hin zur erlebten Wertschätzung der Pflegepersonen.

Dabei beschreibt eine Pflegeperson, dass sie Entscheidungen von Ärzt*innen umso besser verstehen und nachvollziehen könne, je mehr sie selbst informiert und aufgeklärt werde. Dieses Wissen ermögliche es ihr, Patient*innen selbstsicherer zu begegnen.

„Aber in dem Moment, wo dir quasi ein Kollege von der Ärzteschaft erklärt, (...) das ist jetzt die Situation, wie wir uns einmal aus medizinischer Sicht entschieden haben, aus den und den Gründen, dann ist es auch greifbarer für uns als Pflegepersonen und nachvollziehbarer (...). Wissen gibt einem immer mehr Sicherheit in der Praxissituation. Wenn ich weiß, wie die Therapie wirkt, dann kann ich den Patienten voll darüber informieren. (...) Dann kann ich das auch bis zu einem gewissen Grad kommunizieren.“ (Interview 4, Pos. 41-42)

Dieses Miteinander geht jedoch über die reine Informiertheit der pflegerischen Berufsgruppe hinaus. Es werden auch Diskussionen mit Ärzt*innen geführt, die alternativen Optionen aufzeigen und zu einem Umdenken führen können.

„(...) da haben wir sicher 30-40 Minuten, habe ich mit dem Primararzt vor der Tür diskutiert, ahm, dass das meiner Meinung nach überhaupt keinen Sinn macht, aus den und den Gründen. Und er hat das auch gesagt, nein, das sind absolut berechtigte Gründe. Und er sieht das auch ein. Und jetzt, wo wir diskutiert haben, ist er eigentlich auch der Meinung, dass man das vielleicht lassen soll.“ (Interview 4, Pos. 23-24)

Sie beschreibt weiter, dass durch das Führen solcher Diskussionen es *„ein bisschen einen Stein ins Rollen gebracht hat, weil natürlich sich dann andere Kolleginnen auch bei der Visite getraut haben zu hinterfragen und Fragen zu stellen.“* (Interview 4, Pos. 39-40)

Damit hat sie nicht nur eine konkrete Entscheidung mitgestaltet, sondern auch andere Pflegepersonen darin bestärkt, ihren pflegerischen Standpunkt zu äußern und selbstbewusst zu vertreten.

Fortgeführt wird diese Argumentation durch andere Pflegepersonen, die sich unter anderem interprofessionelle Visiten wünschen, wo Dinge angesprochen werden können und die Meinung und Sichtweisen von Pflegepersonen geschätzt und angenommen werden.

„Aber ich denke, eine der Lösungen wäre wirklich, wenn es eine interprofessionelle Visite gäbe. Wo wir Pflegende auch sagen könnten, was wir für einen Eindruck haben. Und wo man vielleicht auch fragen könnte, ob es jetzt Sinn macht, in dieser Situation noch eine Chemotherapie zu machen.“ (Interview 7, Pos. 3)

„Es ist immer schön, mit Ärzten zusammenzuarbeiten, bei denen man das Gefühl hat, hey, sie hören uns, sie nehmen uns ernst und wertschätzen uns.“ (Interview 7, Pos. 19)

„Aber es gibt schon eine Möglichkeit, dass man irgendwie nochmal nachfragt. Die gibt es immer. Und da habe ich jetzt nicht das Gefühl, dass man, sondern jetzt irgendwie, boah, jetzt fragt die schon wieder nach, jetzt denkt die schon wieder darüber nach, ob das dann Sinn macht oder nicht. Das habe ich nicht das Gefühl, weil die einfach hier, das ist schon so gut konstruiert, dass man weiß, okay, die Pflege hat auch was zu sagen.“ (Interview 10, Pos. 23)

Hierarchien & fehlende Einbindung der Pflege

Der zuvor beschriebenen Subkategorie wird hier eine gegenteilige Perspektive gegenübergestellt. Es geht um die negativen Erfahrungen, die die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Pflege und Medizin beeinträchtigen.

Insbesondere fehlt es an strukturierten Gelegenheiten, in denen Entscheidungen gemeinsam im Team besprochen werden. Weder Zeit noch Raum werden dafür ausreichend eingeräumt.

„(...) Aber so eine richtige [Besprechung], man setzt sich mit dem behandelnden Arzt/Ärztin zusammen und spricht über bevorstehende Entscheidungen, gibt es eigentlich nicht wirklich.“ (Interview 3, Pos. 15)

Entscheidungen, die etwa im Tumorboard ohne Einbindung der Pflege getroffen werden, erscheinen aus pflegerischer Perspektive oftmals nicht nachvollziehbar. Nicht weil die Argumentation für diese Entscheidungen nicht vorhanden ist, sondern weil diese nicht den Weg bis auf die Station und weiter zur pflegerischen Berufsgruppe findet.

„(...), wenn zum Beispiel im Tumorboard Beschlüsse gemacht werden und die werden dann umgesetzt in der Praxis, auf der Station, dann hat die Pflege ja oft keinen Einblick darin. Dass vielleicht eh da auch lange diskutiert worden ist über das Für und Wider und macht man jetzt die Operation noch oder gibt man die Therapie, weil wie es zu dieser Entscheidung kommt, dass einfach der Arzt sagt,

ich kriege die Therapie. Da passiert sehr viel dazwischen, aber das kriegst ja du nicht mit auf der Station als Pflegeperson.“ (Interview 4, Pos. 40-41)

Informelle Kommunikation & Kompensationsstrategien

Informelle Möglichkeiten des Austausches werden von den Pflegepersonen beim gemeinsamen Mittagessen oder einer kurzen Kaffeepause beschrieben. Der Bedarf sich auszutauschen ist vorhanden, aber strukturierte Möglichkeiten nicht, daher ist der Austausch im pflegerischen Team so wichtig, auch in Hinblick auf das weitere Vorgehen.

Eine Pflegeperson, die in der onkologischen Pflegeberatung tätig ist, schildert, dass sie sich in Vier-Augen-Gesprächen mit den betreuenden Ärzt*innen und den Kolleg*innen aus der Pflege auf der Station austauscht. Vor allem mit den erhaltenen und kanalisierten Informationen kann sie anschließend das Gespräch mit den Ärzt*innen führen.

„Also derzeit ist es für mich dann so, dass ich eher das Vier-Augen-Gespräch suche mit der betreuenden Ärztin und auch mit der Pflege. Ich rede ganz viel mit der Pflege auf der Station und schaue dann, dass diese Punkte, die sie bringen, dass ich ein bisschen das weitergebe. (...) Dann kann ich das Kanalisieren und weitergeben.“ (Interview 8, Pos. 27)

Außerdem schildert sie, dass der informelle Austausch rund um den Mittagstisch stattfindet, wenn viele der auf der Station tätigen Pflegepersonen anwesend sind. Dort erhält sie die Informationen gebündelt, da sie dort oftmals alle im Dienst tätigen Pflegepersonen antrifft.

„Also ich suche gezielte Gespräche auch, da nimmt sich auch die Pflegeperson die Zeit dafür. Aber meistens, ich sage ganz ehrlich, meistens rund um den Mittagstisch davor oder danach, wenn sie dann alle sitzen. Da schaue ich natürlich auch, dass ich ihnen ihre Pause gönne.“ (Interview 8, Pos. 31)

Darüber hinaus berichtet sie, dass die Pflegepersonen von der Station auch aktiv auf sie zukommen und sich Rat bei ihr als Pflegeberaterin einholen.

„Aber oft sprechen mich dann auch Pflegepersonen an. Also die kommen auch aktiv zu mir und sagen, hey, warum müssen wir das jetzt?“ (Interview 8, Pos. 31)

Eine weitere Pflegeperson mit jahrelanger Erfahrung im stationären onkologischen Setting, die nun als Pflegeexpertin im ambulanten Setting tätig ist, äußert, dass der Austausch durchaus in Fallbesprechungen mit den Ärzt*innen stattfindet. Mit anderen Pflegepersonen erfolgt der Austausch eher zu Schichtende oder bei kürzeren Kaffeepausen.

„In den, so am Schichtende im onkologischen ambulatorischen Bereich wird das, wird sicher noch mal darüber gesprochen und mit den Ärzten dann wird das dann entweder an dieser Fallbesprechung oder dass man es in einer Kaffeepause oder so mal kurz bespricht.“ (Interview 1, Pos. 73)

Eine weitere Pflegeperson beschreibt einen weiteren informellen Weg, wie sie in Kontakt tritt, wenn Unklarheiten oder Unsicherheiten bestehen und nicht kommunizierte Anordnungen oder Therapieänderungen in der Patientenakte entdeckt werden. Nämlich durch den Austausch über das Telefon, wo Rückfragen geklärt werden.

„Und dann macht man es schon oft so, dass man die dann nochmal direkt anruft und fragt, hey, ich dachte jetzt irgendwie, das war das Gespräch oder der Inhalt der Visite, warum will man da jetzt noch unbedingt das und das geben? Weil man auch einfach gar nicht den Grund nachvollziehen kann. Und entweder sie sagen dann den Grund oder sie sagen, ja, das habe ich dann doch noch mit dem Patienten besprochen. Und dann ist es halt einfach so.“ (Interview 10, Pos. 23)

6.4.2 Kommunikation mit Patient*innen und Angehörigen

In den Interviews zeigt sich, dass die Kommunikation mit Patient*innen und deren Angehörigen eine zentrale, jedoch oftmals unzureichend umgesetzte Aufgabe in der onkologischen Versorgung darstellt. Pflegepersonen berichten von Unsicherheiten, vermiedenen oder unklaren Gesprächen sowie fehlender Transparenz, insbesondere beim Übergang in die palliative Versorgung. Gleichzeitig wird der Bedarf an frühzeitiger, ehrlicher und bedürfnisorientierter Kommunikation betont, um Überforderung zu vermeiden und partizipative Entscheidungsprozesse zu ermöglichen. Die nachfolgenden Subkategorien beschreiben zentrale Herausforderungen und Anforderungen an die kommunikative Begleitung schwerkranker Menschen.

Unklare oder vermiedene Gesprächsführung

In dieser Subkategorie werden die Schilderungen über unklare oder vermiedene Gesprächsführungen mit Patient*innen und deren Angehörigen aufgezeigt. Ebenso zeigt sich, dass Patient*innen häufig überfordert sind und mit den erhaltenen Informationen nicht umgehen können. Roundtable-Gespräche können dieser Problematik entgegenwirken.

Mehrere Pflegepersonen berichten, dass es oft einfacher erscheint, Patient*innen zusätzliche Therapien anzubieten, anstatt sie umfassend über ihre Möglichkeiten am Lebensende aufzuklären. Dabei betont eine Pflegeperson das Tabu rund um das Thema Tod das durch das Anbieten von Therapie umgangen werden kann.

„Also ja, ich habe das Gefühl, es ist manchmal fast ein einfacher Weg, um einfach nochmal eine Therapie anzuhängen, das nochmal zu probieren, statt den schwierigen Weg von dieser Erklärung zu nehmen. (...) Und ja, ich habe das Gefühl, dem wollen viele nicht begegnen. Oder halt auch denen den Tod zu kommunizieren, was doch immer noch ein Tabuthema ist. Und da habe ich das Gefühl, dann ist es einfacher, wenn man nochmal eine Therapie macht.“
(Interview 6, Pos. 3)

Eine andere Pflegeperson beschreibt weiter, dass Patient*innen in Unwissenheit bleiben und erst von Therapien oder Maßnahmen erfahren, wenn die Pflegeperson die Patient*in damit konfrontiert und diese daraufhin erschrocken reagiert.

„Weil das passiert auch manchmal, dass die Leute selber eigentlich gar keine Ahnung haben, dass sie jetzt doch noch irgendwie eben parenterale Ernährung zum Beispiel kriegen, obwohl das jetzt nicht Sinn der Sache ist. Und dann halt natürlich noch einmal sich wundern, oh Gott, was kommt da jetzt und es hängt jetzt wieder 24 Stunden und so.“ (Interview 10, Pos. 23)

Grundsätzlich beschreiben die interviewten Pflegepersonen, dass die Patient*innen häufig mit Informationen zu ihren Krankheitsbildern überfordert sind, da es sich schlussendlich meist um Leben und Tod handelt. Diese Überforderung wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass Patient*innen oft nicht umfassend oder verständlich über ihre Erkrankung und die Prognose informiert werden.

„Es bleibt ja oft einfach viel, also nicht viel hängen nach so einem Gespräch, wo es eigentlich um Leben und Tod geht. Also viel Überforderung auch ist da, ja.“ (Interview 3, Pos. 13)

Diesem Argument folgend, beschreibt eine weitere Pflegeperson, dass die Patient*innen nicht ausreichend aufgeklärt werden und daher das Ausmaß ihrer Erkrankung nicht wahrnehmen können. Auch sie betont die einhergehende Überforderung der Patient*innen, weil diese entweder durch die Fachsprache der Ärzt*innen die Informationen nicht verstehen können oder nicht ausführlich und verständlich informiert sind. Die Pflegeperson sieht hier wesentlichen Bedarf an professioneller Unterstützung und Begleitung, sei es durch die Pflege direkt oder durch andere Gesundheitsberufe.

„Da waren ganz viele Patientinnen, die zu mir gekommen sind, wo ich das Gefühl hatte, die hatten keine Ahnung von der Prognose, die bevorsteht. Beim Glioblastom ist das ganz heftig. Da wird ihnen nicht gesagt, dass das eine Terminalerkrankung ist, dachte ich. Ich bin dann über die Jahre draufgekommen, dass das vielleicht einmal nebenbei in einer Fachsprache erwähnt wird, die nicht verstanden wird. Ich denke, wir müssen da regelmäßig

immer wieder aufklären, psychoonkologisch ganz stark begleiten, weil das einfach so eine traumatische Situation ist, dass die Leute das nicht verarbeiten können. Dass wir da wirklich aktiv, auch die Ärzte, immer wieder dasselbe Gespräch führen. Einmal sagen, reicht nicht, da voll unterstützen.“ (Interview 8, Pos. 9)

Um dieser Problematik entgegenzuwirken, sollen sogenannte Roundtable-Gespräche stattfinden, in denen Patient*innen und ihre Angehörigen aufgeklärt werden. Dort kann mit ihnen gemeinsam und strukturiert über den Krankheits- und Therapieverlauf kommuniziert werden und offene Fragen oder Unklarheiten können geklärt werden. Eine Pflegeperson schildert jedoch, dass *„(...) die Angehörigen oft gar nicht wissen, dass es die Möglichkeit eines Roundtable Gesprächs nochmal gibt.“* (Interview 10, Pos. 21)

Herausforderungen beim Übergang zur palliativen Versorgung

In dieser Subkategorie werden die Schwierigkeiten thematisiert, die beim Übergang von kurativer zu palliativer Versorgung auftreten. Pflegepersonen berichten, dass dieser Wechsel häufig zu spät, zögerlich oder gar nicht erfolgt, oft aus Angst, die Endlichkeit des Lebens offen ansprechen zu müssen. Das Thematisieren palliativer Optionen wird als emotional belastend empfunden und daher vermieden. In der Folge wird der Wechsel hinausgezögert, was eine klare Kommunikation erschwert und zu Unsicherheiten bei Patient*innen sowie Angehörigen führen kann.

Der Übergang von kurativer zu palliativmedizinischer Behandlung wird von mehreren Pflegepersonen als häufige Schwierigkeit beschrieben.

„Also ich habe das Gefühl, sobald es wechselt von kurativ zu palliativ, dann ist das ja der erste Schritt von einer Verabschiedung, der erste Schritt von einer Trauer, die da entstehen kann. Und ja, ich habe das Gefühl, dem wollen viele nicht begegnen.“ (Interview 6, Pos. 3)

Eine befragte Pflegeperson, die als Cancer Nurse tätig ist, schildert, wie schwer es ihr fällt, Möglichkeiten der palliativen Versorgung überhaupt anzusprechen. Der Übergang müsse klar ausgesprochen werden, was jedoch oft ausbleibe.

„Ich habe selber die Erfahrung gemacht, dass ich immer wieder die Schwierigkeit gehabt habe, zum Beispiel als Cancer Nurse, wenn das Wort ‘palliativ’ noch nie ausgesprochen war und dementsprechend ich jetzt zum Beispiel kein mobiles Palliativteam anfordern habe können, weil damit hätte ich dieses Wort in den Mund nehmen müssen und das habe ich nicht können, weil es nicht ausgesprochen war, dass es kein kuratives Setting mehr war.“
(Interview 9, Pos. 3)

Sie ergänzt, dass Onkolg*innen häufig alle vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten voll ausschöpfen. In jeder noch so ausweglosen Situation wird eine Möglichkeit der Therapie gefunden und der Übergang in die palliative Versorgung wird hinausgezögert oder verhindert.

„Also, meine Erfahrung ist immer wieder die gewesen eigentlich, dass die, sage ich jetzt, diese sehr unangenehmen Gespräche sehr häufig eben dann nicht stattfinden, weil man umgeht sie, indem man weitere Therapien anbietet. Also, ich sage jetzt ganz hart gesagt, ein Onkologe sagt nie, wir haben nichts mehr, sondern wir haben immer noch irgendeine Idee, wie wir weitermachen und das wird halt leider teilweise auch den Patienten so kommuniziert.“ (Interview 9, Pos. 3)

In der Folge werden mögliche negative Auswirkungen weiterer Therapien häufig nicht transparent kommuniziert. So können zusätzliche Behandlungen nicht nur schwere Nebenwirkungen verursachen, sondern im schlimmsten Fall auch den Tod als direkte Folge haben.

„Oft auch dann überraschend für die Angehörigen, weil die nicht wissen oder nicht gut informiert worden sind, was eine weitere Therapie in diesem Setting auch noch bewirken könnte, anstatt das Voranschreiten zu verhindern, sondern dass eben der Tod auch eine Nebenwirkung und ein Ergebnis sein kann von weiterer Therapie oder weiteren Therapiemaßnahmen.“ (Interview 3, Pos. 3)

Bedeutung frühzeitiger und transparenter Kommunikation über Prognose und Therapieoptionen

Pflegepersonen betonen die Bedeutung einer frühzeitigen und transparenten Kommunikation über Prognose und Therapieoptionen, um Patient*innen Sicherheit zu geben, Ängste abzubauen und eine selbstbestimmte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Durch offene Gespräche kann zudem der Umgang mit der eigenen Endlichkeit erleichtert werden.

Eine Pflegeperson fordert die frühe Kommunikation mit den Patient*innen. Sie betont die Wichtigkeit vorausschauender Gespräche im Sinne von Advance-Care-Planning, um Ängste vor zukünftigen Ereignissen oder dem Lebensende abzubauen, selbst dann, wenn sich Patient*innen noch in einer stabilen oder kurativen Phase befinden.

„Ich würde mir wünschen, dass man diese Gespräche schon viel, viel früher angehen würde. Advance-Care-Planning, denke ich. Das wäre schon in der kurativen Phase manchmal gut, wenn man das Thema einmal besprechen würde. (...) Und das würde den Patienten auch Angst nehmen, überhaupt über das Thema Sterben. Es muss ja nicht im ersten Gespräch sein, wo die Leute sowieso Angst haben, sie müssten jetzt sterben. (...) Dann, wenn es noch nicht so Angst macht. Genau. Weil nachher ist man so gestresst, dass man vielleicht auch gar nicht mehr richtig darüber sprechen kann. (...) Aber dann wären gewisse Sachen wie schon vorgespurt oder einmal ausgesprochen, dann wüsste man es voneinander.“ (Interview 7, Pos. 49)

Selbstbestimmung und Wahrhaftigkeit im Umgang mit Patient*innen fordert eine weitere Pflegeperson. Sie betont, dass Patient*innen die Chance erhalten, um selbständig über den weiteren Verlauf entscheiden zu können, nachdem ihnen ausführlich der Nutzen und die Risiken weiterer Therapien erläutert wurden. Je informierter eine Patient*in ist, desto selbstsicherer wird sie in ihrer Entscheidungsfindung und in der Annahme der eigenen Endlichkeit.

„Ich glaube, wünschen würde ich mir, dass man den Patienten die Entscheidungsfindung leichter macht. Dass man dem Patienten von Anfang an sagt, wie die Chancen stehen. Auch wenn das vielleicht hart ist im ersten

Moment. Aber je länger sich ein Patient mit seiner Endlichkeit auseinandersetzen kann, desto besser kann er es verarbeiten und desto sicherer wird er dann auch in der Entscheidungsfindung. (...) Wenn man einem Patienten nicht die Wahrheit sagt und immer die Hoffnung gibt, es könnte eh noch werden, wenn man jetzt die Infusion noch akzeptiert, ist es schwierig, dass der Patient die Realität und die Endlichkeit erkennt und auch dann die richtigen Entscheidungen treffen kann und das belastet. (...) Man soll den Patienten stärken in seiner Entscheidungsfindung, man soll ihm ermöglichen, es selbst abzuschätzen.“ (Interview 5, Pos. 37)

Frühzeitige und transparente Kommunikation kann außerdem helfen, den Tod als natürlichen Teil des Lebens zu begreifen und damit Angst und Schockreaktionen abzumildern. Voraussetzung dafür ist eine offene Information und das Aufzeigen von realistischen Perspektiven.

„Dann ist dieser Schock, dass man sterben kann oder, dass das vielleicht mit dem Tod endet, auch nicht so überraschend, wenn man eben früh genug sagt, das ist die Diagnose und das ist die Prognose. Und ja, es gibt Therapie, aber es gibt auch die Möglichkeit, und das ist eine Möglichkeit, die auch irgendwann mal eintreten wird und man sollte sich um diese Sachen kümmern oder man sollte sich Informationen diesbezüglich holen.“ (Interview 3, Pos. 41)

Individuelle Begleitung und Berücksichtigung von Patienten- und Angehörigenbedürfnissen

Die individuelle Begleitung orientiert sich stark an den Wünschen, Bedürfnissen und Emotionen der Patient*innen und deren Angehörigen. Pflegepersonen betonen die Bedeutung von einfühlsamer Kommunikation, bedürfnisorientierter Versorgung und ausreichender Zeit für persönliche Gespräche.

Das Eingehen auf emotionale Bedürfnisse und Patientenwünsche steht klar im Zentrum pflegerischen Handelns, wie eine Pflegeperson betont. Es sei zentral, herauszufinden, was Patient*innen beschäftigt, welche Ängste sie haben und welche

Wünsche sie äußern. Im Vordergrund stehe: „(...) was der Patient will, nicht was ich finde, was richtig wäre.“ (Interview 7, Pos. 39)

„Und dass er [der Patient/die Patientin] nachher auch spürt, dass wir an einem Strang ziehen. Ich denke, das ist schon noch wichtig. Ja, und ich nehme mir halt noch oft das Recht heraus, einfach selber Fragen zu stellen, den Patienten zu fragen. Einfach, um mich zu versichern, was möchte er, was ist ihm wichtig, was bedeutet für ihn Lebensqualität, was will er auf keinen Fall. (...) Und da denke ich, ist es auch wichtig, dass wir wahrnehmen, in welcher Aufregung oder in welchem Gefühlszustand sie auch sind. Und dass wir sie dann auch wirklich ansprechen und fragen: ‘Vor was haben Sie Angst? Was regt Sie jetzt so auf?’“ (Interview 7, Pos. 39)

Neben den häufig herausfordernden Erfahrungen schildert eine andere Pflegeperson, dass eine individuelle, bedürfnisorientierte Versorgung auch gelingen kann, insbesondere dann, wenn Informationsweitergabe und Sicherheit gegeben sind.

„Und manchmal gibt es wirklich Entlassungen, wo ich mir denke, okay, das ist schlimm, weil der wird jetzt nicht mehr lange sein, aber der hat zumindest seine Familie und da ist alles organisiert für zu Hause. Und der kann genauso sterben, wie er sterben möchte. Und das funktioniert von A bis Z eigentlich gut und die fühlen sich auch gut informiert und die wissen genau, was sie machen müssen, wenn das und das eintritt.“ (Interview 10, Pos. 31)

Eine ausreichende zeitliche Ressource wird als Voraussetzung genannt, um auf individuelle Bedürfnisse eingehen zu können. Eine Pflegeperson bringt diesen Wunsch nach mehr Zeit und Raum für individuelle Begleitungen klar zum Ausdruck.

„Und als Pflegefachfrau wünsche ich mir mehr Zeit für solche Gespräche, mehr Entschleunigung, genau, zwei Wünsche.“ (Interview 2, Pos. 50)

6.5 Unterstützung durch Schlüsselpersonen und Rollen

Im klinischen Alltag onkologischer Pflege zeigt sich, dass Pflegepersonen in komplexen oder moralisch herausfordernden Situationen stark von unterstützenden Strukturen sowie bestimmten Schlüsselpersonen abhängig sind. Solche Unterstützung kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen, sei es im direkten Team, durch externe Fachpersonen, durch gezielte Argumentationshilfen in Entscheidungsprozessen oder auch im privaten Umfeld. Die folgenden Unterkategorien differenzieren, in welcher Form und von welchen Akteur*innen diese Unterstützung erlebt wird und welche Rolle sie für die Bewältigung von moralischem Stress spielt.

6.5.1 Interne Unterstützung im Team

Teaminterne Unterstützung findet im Pflegealltag überwiegend informell statt. Während in manchen Teams gezielte Reflexionsräume existieren und durch die Stationsleitung gefördert werden, berichten die Pflegepersonen von einem Mangel an strukturierten Austauschformaten. Stattdessen entstehen Gespräche über belastende Situationen meist spontan in Pausen oder abseits formeller Settings.

„Also, wenn man wirklich drüber spricht, dann halt im Team. Aber das ist oft auch einfach in so kleinen Momenten, wo vielleicht die Stationsleitung nicht anwesend ist, wo man dann auch noch mal sagt: ‘Ich finde das eigentlich nicht ok, was man macht, wie das läuft.’ Und es gibt halt auch Kolleginnen und Kollegen, die dann sagen: ‘Ja, macht mir nichts aus, ich mach das halt, ja.’“ (Interview 3, Pos. 29) „Offiziell würde ich sagen, gibt es glaube ich nicht die Möglichkeit, dass man sagt, ja man bespricht sich nochmal im Team oder macht eine Supervision. (...) Es ist einfach auch keine Zeit, würde ich sagen oft darüber noch nachzudenken und zu reflektieren und sich da zu besprechen.“ (Interview 3, Pos. 33)

Sie führt fort, dass ein Austausch am ehesten informell in kurzen Pausen stattfindet.

„Ich würde sagen, wahrscheinlich im Team. Dann bei eben so Sachen wie gemeinsamen Frühstück oder Mittagessen, wenn das geht oder bei einer Jause, bei der Kaffeepause.“ (Interview 3, Pos. 37)

In einigen Teams bestehen Strukturen für kollegiale Rückmeldungen und gegenseitige Unterstützung. Die Rolle der Stationsleitung sowie kurze Fallbesprechungen im Pflege team werden dabei als hilfreich erlebt, um schwierige Situationen gemeinsam zu reflektieren.

„Auf der Station erlebe ich das im Moment sehr gut mit unserer Leitung, dass wir dann wirklich das weitermelden können (...) Auch von der Stationsleitung erfahre ich dort wirklich Unterstützung (...) Auch im Team, da haben wir wirklich Rückhalt. (Interview 2, Pos. 37) Es ist wirklich häufig so, hey, das müssen wir im Team besprechen. Außer wenn es so schwierige Situationen sind, da müssen wir jetzt eine Fallbesprechung machen, das wird dann auch so kurz in 20 Minuten stellst du den Fall vor und ‘wie würdet ihr jetzt?’ Das ist wirklich so eine Lernsituation häufig auch für die anderen Beteiligten. ‘Hey, ich möchte gern die Situation nochmals anschauen. Können wir das?’ (...) Das ist aber meistens so im Pflege team.“ (Interview 2, Pos. 42)

Drei weitere Pflegepersonen berichten ebenfalls von nachbesprochenen Situationen im pflegerischen Team. Teils in kurzen Pausen, teils etwas strukturierter. Eine Pflegeperson hebt die Bedeutung des informellen Austauschs im Sozialraum hervor (Interview 5, Pos. 25), während eine andere den täglichen Rapport am Abend nicht nur als Informationsweitergabe, sondern auch als „Befindlichkeitsaustausch“ beschreibt, den sie als wichtig und notwendig empfindet (Interview 1, Pos. 61–67). Auch eine klare Haltung zeigt sich: *„Also wir können wirklich im Team über solche Sachen reden, ja.“* (Interview 7, Pos. 41)

6.5.2 Unterstützung durch externe Fachpersonen

Im Umgang mit schwierigen Entscheidungs- und Belastungssituationen greifen Pflegepersonen auf verschiedene externe Unterstützungsangebote zurück. Neben Psychoonkolog*innen werden auch Ethikberatungen, Pflegeexpert*innen oder andere spezialisierte Berufsgruppen als wertvolle Hilfen beschrieben, die entweder direkt in Gespräche eingebunden oder als Reflexionspartner*innen aufgesucht werden.

Eine Pflegeperson beschreibt die Wichtigkeit von Psychoonkolog*innen, dass diese auch an Gesprächen mit Patient*innen teilnehmen und zur Entlastung beitragen können, um mit schwierigen Situationen oder Entscheidungen umgehen zu können.

„Und ja, also eben, was noch gut ist, ich finde es bei uns, du hast immer noch die Möglichkeit, auch ein psychoonkologisches Gespräch anzubieten. Und da denke ich mir dann oft, ‘hey, vielleicht wäre es gar nicht so schlecht, dass die auch noch dabei sind bei diesen größeren Gesprächen‘ (...).“ (Interview 10, Pos. 29)

Eine andere Pflegeperson führt weiter aus, dass Psychoonkolog*innen nicht nur in der Begleitung von Patient*innen hilfreich sein können, sondern auch als Ressource für das pflegerische Team dienen. Diese werden vor allem dann kontaktiert, wenn belastende Situationen entstehen und moralischer Stress bei den Pflegepersonen vorherrscht.

„Also wenn ich wirklich Mühe habe, dann habe ich auch ein Team der Psychoonkologie zu denen wir auch jederzeit gehen können und sagen, ‘hey, da habe ich wirklich einen ethischen Konflikt, das geht einfach nicht.‘“ (Interview 2, Pos. 37)

Eine Pflegeperson, die in der Rolle als Pflegeexpertin tätig ist, beschreibt ihre eigene Rolle und Funktion als Unterstützung, da sie sich anders um die Patient*innen annehmen kann als Pflegepersonen in der unmittelbaren Versorgung.

„Das bedeutet nur schon, dass ich zum Beispiel, wenn ich einen Patienten besuche auf der Onkologie bei uns, kann ich einen Stuhl nehmen, ich kann mich ans Bett setzen und ich habe das Gefühl, ich kriege dann ganz andere Informationen vom Patienten, als wenn ich als diplomierte Pflegefachperson arbeite mit dem Zeitdruck.“ (Interview 1, Pos. 71)

Sie führt aber fort, dass diese Rolle noch nicht vollständig etabliert ist und noch nicht als ein fester Bestandteil in der Entscheidungsfindung angesehen wird.

„Aber wir könnten sicher noch, es gibt unsere Rolle, wir sind ja auch etabliert, aber wir könnten noch festerer Bestandteil im interprofessionellen Team sein, dass wir auch automatisch zu Entscheidungen eine größere Rolle einnehmen könnten, aber wir sind noch am Arbeiten (lacht).“ (Interview 1, Pos. 71)

Eine Pflegeperson schätzt die Möglichkeit einer Ethikberatung, bei der externe Expert*innen hinzugezogen werden können, um schwierige Situationen möglichst objektiv und aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Dabei werden Empfehlungen ausgesprochen, die für den weiteren Therapieverlauf richtungsweisend sein können.

„(...) und dann ist eben die Ethikberatung dazu gekommen und es hat dann einfach wirklich eine sehr gute, sage ich jetzt für alle, gut tragbare Lösung gegeben am Schluss und ich glaube, das ist halt eine gute Möglichkeit, wo jemand von außen, der nicht in diese Situation involviert ist, vielleicht einfach auch noch, sage ich jetzt, da mitentwickeln kann oder die gemeinsamen Gedanken irgendwie entwickeln kann.“ (Interview 9, Pos. 15)

Eine weitere Pflegeperson schildert, dass ihre Abteilungsleitung in Ethik habilitiert hat und sich um notwendige Gespräche und ethische Fragestellungen kümmert bzw. als Ansprechperson fungiert.

„Und wenn sie (die wöchentliche Besprechung) auf der Station ist, dann haben wir eben am Freitag den Patienten durchbesprochen. Und dann finden schon Diskussionen statt. Ich habe das große Glück, dass mein Klinikleiter in Ethik habilitiert hat sogar. Also der ist da. Ja, den muss man noch mal ein bisschen so anschubsen. Aber der sagt dann auch mal in der Runde, wer führt jetzt mit diesem Patienten das Gespräch.“ (Interview 8, Pos. 19)

In anderen Interviews werden auch weitere Fachpersonen als hilfreiche Ressourcen genannt. Wie etwa Psycholog*innen, die gemeinsam mit Patient*innen Patientenverfügung erstellen (Interview 5, Pos. 37), oder das klinische Entlassungsmanagement, das eine wesentliche Unterstützung bei der Überleitung

vom onkologischen in das palliative Setting bzw. in die Hospizversorgung leisten kann (Interview 3, Pos. 21).

6.5.3 Argumentationshilfe und Standing in Entscheidungsprozessen

Im klinischen Alltag ergeben sich zahlreiche Situationen, in denen Pflegepersonen ihre Einschätzungen in interprofessionellen Runden einbringen müssen. Dabei erweist sich nicht nur Fachwissen als relevant, sondern auch die Fähigkeit, Anliegen gezielt und strategisch zu platzieren. Pflegeexpert*innen, kollegialer Austausch und Rückendeckung durch das Pflegemanagement können dabei eine wesentliche Stütze sein.

Diskussionen zu kritischen Situationen finden teilweise im Rahmen der Visite statt, wobei insbesondere jüngere Pflegepersonen darin weniger präsent erscheinen. Die Einbindung von Pflegeexpert*innen wird dabei als hilfreiche Unterstützung erlebt, um fachlich fundiert argumentieren zu können.

„Also, so Diskussionen, würde ich schon sagen, dass die auf der Visite geführt werden. Aber von den Jungen, also ich nehmen da jetzt die Jungen in die Mangel, würde ich sagen, weniger. Es kann auch helfen, eine Fachexpertin oder eine Pflegeexpertin beizuziehen, um argumentieren zu können. Dann funktioniert es schon eher.“ (Interview 6, Pos. 19)

Neben der beschriebenen Situation bei der Visite spielt auch das Wissen um zugängliche ärztliche Ansprechpersonen eine Rolle. Das gezielte Platzieren von Anliegen bei bestimmten Ärzt*innen, die offen für Diskussionen sind, wird strategisch genutzt.

„Also man hat, man kennt die Player, man hat halt auch genau gewusst, wenn gewisse Ärzte im Dienst sind, dann hat man halt das auch genutzt. (...) Dann hat man einfach irgendwie das dort vorgebracht.“ (Interview 9, Pos. 15)

Zudem wird deutlich, dass ein gewisses Standing und Rückhalt auf struktureller Ebene das eigene Argumentationsvermögen stärken kann. Besonders im Kontext der Pflegeberatung bzw. der Rolle der Pflegeexpert*innen wird ein fachlicher Austausch

unter Kolleg*innen sowie die Unterstützung durch das Pflegemanagement als Ressource hervorgehoben.

„In meiner Situation als Pflegeberater im Moment, ich sage jetzt, man hat einfach durch die anderen Pflegeberater ein Standing, also man diskutiert da viel in dieser fachkollegialen Runde (...). Ich habe natürlich jetzt in meinem Beruf auch mehr Rückendeckung des Managements (...), weil ich einfach einen direkten Draht habe zu meinem Vorgesetzten und sage quasi oder rede mit ihm darüber, wie man strategisch vielleicht vorgehen könnte.“ (Interview 9, Pos. 15)

Im stationären Alltag zeigt sich, wie Pflegeexpert*innen sowie Stationsleitungen zur Reflexion und Einordnung moralisch belastender Situationen beitragen. Ihre Funktion in internen Fallbesprechungen wird als wesentlich beschrieben, um pflegerische Perspektiven gegenüber dem ärztlichen Team zu vertreten.

„Und wenn jetzt aber, jetzt sagen wir mal, wenn wir das Fallbeispiel, wenn das jetzt so eins zu eins bei uns auf der Station passiert wäre, dann haben wir auch noch Pflegeexperten, die halt dann auch meistens in sowas involviert werden (...). Die hat dann wie auch nochmal einen anderen Draht zu den Ärzten und hat auch vielleicht nochmal andere Beispiele oder andere Argumente. Und sagen wir mal, die Situation ist jetzt aber trotzdem so geschehen, dann würde entweder die Pflegeexpertin oder unsere Stationsleitung auch noch auf jeden Fall eine Fallbesprechung quasi eine interne einberufen. Und da ist dann meistens ein Assistenzarzt und ein Oberarzt dabei.“ (Interview 10, Pos. 25)

Nicht zuletzt wird von einer Pflegeperson auch der Einfluss von Berufserfahrung und persönlicher Präsenz benannt, wenn es darum geht, im interprofessionellen Diskurs gehört zu werden:

„Also ob es gehört wird. Die grauen Haare helfen ein wenig.“ (Interview 2, Pos. 25)

6.5.4 Persönliche Netzwerke und private Unterstützung

Belastende Erfahrungen aus dem Berufsalltag finden häufig auch in privaten Kontexten Raum. Einige Pflegepersonen berichten von gezielter Unterstützung durch Angehörige mit fachlicher Expertise, andere betonen die Bedeutung informeller kollegialer Gespräche nach Dienstschluss. Gleichzeitig zeigen sich dabei auch Grenzen der Nachvollziehbarkeit für Personen außerhalb des Berufsfelds.

Manche Befragte berichten von einer gezielten fachlichen oder emotionalen Rückversicherung im privaten Umfeld. So schildert eine Pflegeperson, wie sie bei Unsicherheiten im Umgang mit palliativen Situationen auf die Expertise ihrer Mutter zurückgreift:

„Also ich persönlich, aber das ist jetzt von mir persönlich einfach, mein größter Support ist meine Mutter, weil sie eine Expertin in der Palliativ-Care ist. Und egal, welche Frage ich habe, kann ich sie kontaktieren und sie hat für mich eine fachliche Antwort.“ (Interview 6, Pos. 25)

Daneben spielen informelle Gespräche mit Kolleg*innen außerhalb der Dienstzeit eine zentrale Rolle im Umgang mit belastenden Situationen. In einem Interview wird deutlich, dass sich diese Austauschräume oft spontan und ohne offizielle Struktur ergeben.

„Tatsache ist, wenn es die Leute belastet, ist nach wie vor meistens der Weg eigentlich zur kollegialen Postdienst-Quasi-Zusammenhock-Geschichte, wo man sich dann halt irgendwo trifft und einfach irgendwie privat darüber philosophiert oder vielleicht, ja.“ (Interview 9, Pos. 21)

Ein weiterer Umgang zeigt sich im Auslagern beruflicher Erfahrungen ins private Umfeld, etwa in Gesprächen mit Freund*innen oder Familienmitgliedern. Eine befragte Pflegeperson betont dabei jedoch die Grenzen des Verständnisses außerhalb des pflegerischen Kontexts:

„Ich weiß, ich bin so persönlich und viele Leute wahrscheinlich auch, dass sie das auch ein bisschen mit nach Hause nehmen natürlich und dann auch bei Freunden, Familie auch irgendwie auslassen. Aber die können das natürlich nicht

auf der Ebene nachvollziehen und verstehen, wie man es als Pflegekraft oder wenn man eben persönlich irgendwie involviert ist.“ (Interview 3, Pos. 37)

6.6 Ressourcen, Strukturen und organisatorische Unterstützungsangebote

Diese Hauptkategorie beleuchtet, wie vorhandene Ressourcen, institutionelle Rahmenbedingungen sowie kulturelle und strukturelle Faktoren die Entscheidungsfindung und Bewältigung palliativer Situationen beeinflussen. Deutlich wird dabei ein Spannungsfeld zwischen formalen Angeboten und deren tatsächlicher Inanspruchnahme. Die befragten Pflegepersonen benennen sowohl hilfreiche Strukturen als auch Defizite und formulieren konkrete Entwicklungswünsche.

6.6.1 Formalisierte Gesprächs- und Reflexionsangebote

Strukturierte Gesprächs- und Reflexionsformate stellen für viele Pflegepersonen eine wichtige Möglichkeit dar, um belastende Situationen aufzuarbeiten und gemeinsame Bewertungen im Team zu ermöglichen. Besonders hilfreich werden solche Angebote erlebt, wenn sie auf Eigeninitiative basieren und der Wunsch nach Nachbesprechung ernst genommen wird. Etablierte Formate wie Fallbesprechungen, Supervisionen oder interprofessionelle „runde Tische“ schaffen Räume für Austausch, Verarbeitung und fachliche Orientierung. Gleichzeitig zeigen die Aussagen auch, dass formale Strukturen nicht immer notwendig sind.

Wenn Pflegepersonen den Wunsch nach Reflexion äußern, wird dies vielerorts ernst genommen.

„Aber ja, ich würde sagen, es ist dann eben auch wieder eine Fallbesprechung, um etwas abzuschließen. Ja, also ich erlebe wirklich, dass es sehr ernst genommen wird. Wenn ich jetzt zum Beispiel sage, ‘hey, das geht mir immer noch nach, das beschäftigt mich noch, könnte man nicht bitte so etwas machen, dann wird auf das gehört.’“ (Interview 7, Pos. 45)

Einige Institutionen verfügen über etablierte Tools wie den sogenannten „runden Tisch“, bei dem interprofessionell Fallverläufe reflektiert und gemeinsam bewertet werden.

„Ich weiß nicht, wie ihr das in Österreich habt, aber wir haben wirklich hier das Tool, also vor allem im stationären Bereich vom runden Tisch. Ich war erst jetzt hier wieder bei einem Gespräch dabei auf der Palliativabteilung, wo man sich dann wirklich zusammensetzt und sagt: so und jetzt, wie sieht die Situation aus.“

(Interview 2, Pos. 17)

Sie führt fort:

„Aber das Tool vom runden Tisch ist, das funktioniert eigentlich im stationären Bereich gut, wenn man nur schon bis zu diesem Gespräch kommt. (...) Und das sind sehr gute und aufschlussreiche Gespräche und meistens sind die Menschen enorm froh, obwohl vielleicht der Plan gar nicht so durchgezogen werden kann. Aber nur ein solches Gespräch, um die Optionen und so ein Ziel, so ein anderes Ziel der Lebensverlängerung aufgezeigt wird, ist enorm entlastend für die Familie und den Patienten.“ (Interview 2, Pos. 17)

Auch Supervisionen bieten Raum für psychische Entlastung und Fallbesprechung. Wo sie etabliert sind, werden sie als sinnvoll erlebt.

„Das tut uns sehr gut psychisch. Ähm, ja, wir konnten jetzt auf dem onkologischen Ambulatorium konnten wir jetzt auch mit Supervisionen beginnen. Dieses, letztes Jahr hatten wir die erste und da wäre auch der Sinn und Zweck, dass man dann mal eine Fallbesprechung machen könnte.“

(Interview 1, Pos. 75)

Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass formale Strukturen nicht immer notwendig oder gewünscht sind. Niederschwellige Gespräche im Teamalltag, etwa im Sozialraum, werden ebenfalls als hilfreich empfunden.

„Wir haben im 23er-Jahr eine Supervision gehabt. Da sind solche Dinge besprochen worden. In der letzten Zeit besprechen wir das, wenn dann in Pausen, einfach so im Sozialraum. Ich bin froh, dass wir jetzt nicht mehr unbedingt eine Supervision brauchen, um miteinander reden zu können. Das ist irgendwie auch entlastend. Es werden schon manchmal Fälle

nachbesprochen, die vor allem sehr belastend für das Pflegepersonal sind.“
(Interview 5, Pos. 25)

6.6.2 Organisatorische Rahmenbedingungen und Tools

Organisatorische Strukturen und standardisierte Instrumente bilden eine wichtige Grundlage, um palliative Entscheidungen zu unterstützen und komplexe Versorgungssituationen zu steuern. Einige Pflegepersonen benennen konkrete Tools, die im klinischen Alltag Anwendung finden. Sie reflektieren dabei deren Nutzen wie auch bestehende Lücken.

Ein Beispiel für ein solches strukturiertes Vorgehen ist die Anwendung standardisierter Leitfäden für die Sterbephase. Solche Instrumente können helfen, Sicherheit im Team zu schaffen und zentrale Aspekte der Versorgung im Sinne der Patient*innen systematisch zu berücksichtigen.

„Also kennst du das HES (Handlungsempfehlung Sterbephase)? Oder LCP (Liverpool Care Pathway) vielleicht? Also es gibt so wie eine Handlungsempfehlung für die Sterbephase. Dann besprechen wir vielleicht, ob wir einem Patienten in das HES aufnehmen können. Und dann ist eigentlich wie ein Leitfaden, der vorgegeben ist, dass man Medikamente, alle nötigen, also alle, die nicht nötig sind, dass man diese stoppt, dass man möglichst wenig Flüssigkeitszufuhr gibt, möglichst subkutan, solche Dinge.“ (Interview 7, Pos. 39)

Strukturierte interdisziplinäre Gespräche werden als zentrale Ressource beschrieben, sowohl zur Koordination der Versorgung als auch zur emotionalen Entlastung der Beteiligten. Dabei wird nicht nur die inhaltliche Qualität dieser Gespräche betont, sondern auch die Bedeutung klarer zeitlicher und struktureller Rahmenbedingungen

„Und ja, das sind eigentlich immer wirklich gute, sehr gute Gespräche und mit einer guten Effizienz, weil der Sozialdienst kann gleich, ja dann brauchen wir das und das. Mit einer vorgegebenen Struktur, wie das Gespräch auch verlaufen sollte, mit zeitlicher Absprache. Hier haben wir jetzt eine halbe Stunde Zeit oder wir nehmen uns Zeit, um das zu planen, dass es auch nicht eine never-

ending-Story gibt für alle Beteiligten, die da am Tisch sitzen auch.“ (Interview 2, Pos. 21)

Gleichzeitig wird sichtbar, dass bestehende Instrumente in bestimmten Bereichen noch ausgebaut werden könnten. Insbesondere bei älteren Patient*innen fehlt es aus Sicht einer Pflegeperson an systematischen Entscheidungsgrundlagen.

„Ich würde mir alleine schon bei der ersten Therapieentscheidung wünschen, dass man vielleicht in einer Form, gerade wenn ich jetzt so die Frau B. im Kopf habe, ich meine die ist über 80, dass es standardisiert quasi ein geriatrisches Assessment gibt und ein Screening, um generell einmal die Toxizität von solchen Substanzen besser einschätzen zu können.“ (Interview 4, Pos. 58)

6.6.3 Nutzung und Barrieren von Unterstützungsstrukturen

Obwohl im klinischen Alltag zahlreiche unterstützende Strukturen wie Supervision, ethische Konsile oder Fallbesprechungen vorgesehen sind, zeigen sich in der Praxis erhebliche Barrieren in deren Nutzung. Diese liegen häufig nicht nur in einem Mangel an Ressourcen, sondern auch in strukturellen und kulturellen Herausforderungen begründet.

So wird etwa der organisatorische Aufwand als zentrales Hindernis für die Durchführung interdisziplinärer Gespräche erlebt, obwohl deren Nutzen außer Frage steht.

„Ich meine, ich habe so das Gefühl, es bräuchte manchmal mehr so Roundtable Gespräche, aber der organisatorische Aufwand für das ist halt natürlich enorm.“ (Interview 10, Pos. 19)

Auch die Möglichkeit, bei komplexen oder moralisch belastenden Situationen ein ethisches Konsil beizuziehen, wird in der Praxis kaum genutzt. Hier scheint es eine Unsicherheit im Umgang mit formalen Verfahren sowie eine Hemmschwelle in der Initiierung zu geben:

„Ein ethisches Konsil, habe ich noch nie erlebt. Ich glaube, wir wagen es manchmal fast nicht. Aber ich habe auch schon Beispiele erlebt, wo ich gefunden habe, das hätte ich machen sollen. Aber irgendwie, ja, das ist dann schon nochmal ein Schritt mehr.“ (Interview 7, Pos. 33)

Dabei geht die Problematik mancherorts noch weiter. Selbst wenn ein ethisches Konsil theoretisch von pflegerischer Seite angestoßen werden könnte, bestehen massive Ängste vor Konsequenzen, was die Nutzung solcher Instrumente faktisch verhindert.

„In diesen fünf Jahren haben wir das noch nicht einmal erlebt. (...) Und ein ethisches Konsil darf von pflegerischer Seite oder von ärztlicher Seite angemeldet werden. Aber wenn wir das anmelden, ohne diese Rücksprache, dann eskaliert es völlig. Also, das würde sich niemals jemand trauen und ich habe das Gefühl, dass die Konsequenzen aus dem auch sogar relativ weit gehen würden. Also, es ist sehr tragisch, wenn ich es so erzähle, finde ich es noch viel schlimmer. So vor Augen führen, dass einfach, ja, es fehlen die Gefäße für den Austausch.“ (Interview 6, Pos. 27)

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Fallbesprechungen. Auch wenn solche Gesprächsanlässe als Möglichkeit zur Entlastung und Reflexion wahrgenommen werden, scheitert ihre Durchführung im Alltag oftmals schlicht an fehlender Zeit:

„Zum einfach meine Last so loszuwerden aber Fallbesprechungen (längeres Durchatmen), das ist so eine Zeitproblem, wirklich nachher das noch aufzunehmen.“ (Interview 2, Pos. 40)

Hinzu kommen strukturelle Leerstellen auf Stations- oder Teamebene. So sind in manchen Einrichtungen zwar bestimmte Verantwortlichkeiten, etwa für Palliative-Care, formal vorgesehen, im Arbeitsalltag jedoch kaum spürbar. Die fehlende Präsenz dieser Funktion wird von einer Pflegeperson als klare Lücke empfunden.

„Also ich muss sagen, wir haben bei uns so geregelt, es gibt so Thementrägerinnen, die gibt es für Hygiene, Tracheo, Asthma, usw. Und eben eins wäre auch die Palliative-Care, aber die spürt man nicht. Also ich spüre da

weder Fachwissen, noch Inputs, noch Kurzschulungen, gar nichts. Und die wäre eigentlich für mich auf der Bettenstation, wäre das für mich die erste Ansprechperson. Und ja, ich würde sagen, da fehlt es extrem.“ (Interview 6, Pos. 25)

Auch die Nachbesprechung belastender Situationen, etwa nach dem Tod einer Patient*in infolge von Übertherapie, scheint in manchen Teams kaum institutionalisiert zu sein. Trotz eines klar artikulierten Bedarfs auf pflegerischer Seite bleiben solche Reflexionsräume häufig ungenutzt, wie eine befragte Pflegeperson beschreibt:

„Gar nicht. Also, ich muss sagen, wir haben hier eine ganz, ganz, ganz schlechte Kultur. Auch wenn der Bedarf von der pflegerischen Seite da wäre, findet das häufig nicht statt.“ (Interview 6, Pos. 27)

Besonders deutlich wird die Kluft zwischen theoretischen Angeboten und tatsächlicher Inanspruchnahme im Bereich der Supervision. Hier spielen nicht nur strukturelle, sondern auch kulturelle Faktoren eine Rolle, etwa die Angst, als „nicht belastbar“ wahrgenommen zu werden. Dies zeigt sich exemplarisch in folgendem Zitat.

„Aber also so Supervision-Angebot und so weiter werden so gut wie nicht angenommen, also das ist immer noch ein großes Thema. (...) Ich weiß, dass es sehr hilfreich wäre, die teilweise aber halt auch dann verwendet werden, es dann quasi heißt, naja, du bist ja nicht belastbar, weil du hast ja gesagt, es hat dich so belastet und solche Dinge. Also das ist, glaube ich, dieses Vertrauen in Leitungen oder Management muss da sein, damit das halt auch funktioniert.“ (Interview 9, Pos. 21)

6.6.4 Entwicklung und Wünsche für zukünftige Ressourcen

Viele Pflegepersonen blicken kritisch auf bestehende Strukturen und formulieren klare Vorstellungen davon, was sie sich für eine bessere Versorgung und Entscheidungsfindung wünschen.

Ein zentraler Wunsch, der sich durch mehrere Interviews zieht, ist der nach einem niederschweligen Zugang zu ethisch moderierten Fallbesprechungen, insbesondere

in akuten Entscheidungssituationen. Die interviewten Pflegepersonen betonen dabei die Notwendigkeit, solche Gespräche zeitnah, interdisziplinär und im Einbezug aller relevanten Akteur*innen führen zu können, ohne aufwendige Voranmeldungen oder lange Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen.

„Und wenn es Situationen gibt, gerade im stationären Bereich, wo eben Situation Frau B. auftritt, dass es Möglichkeiten gibt, wie man gemeinsam das diskutiert, das ist jetzt sehr salopp formuliert, aber dass man einen niederschweligen und kurzfristigen Zugang eben zu gut moderierten Fallbesprechungen hat. Also wo man nicht irgendwie vier Wochen vorher anmelden muss und keine Ahnung, sondern dass man wirklich sagt, morgen bei oder vor der Visite besprechen wir die Situation einmal durch und dann wird eben auch mit den Angehörigen/Patienten gemeinsam die Empfehlung vom Behandlungsteam besprochen. Und wirklich bewusst Behandlungsteam, also nicht, dass eine Person alleine entscheidet, sondern dass man das im Team gemeinsam entscheidet.“ (Interview 4, Pos. 60-61)

Auch der Ausbau von spezifischem Fachwissen im Bereich der palliativen Versorgung wird als dringender Entwicklungsbedarf benannt. Eine Pflegeperson kritisiert, dass sowohl Pflegepersonal als auch ärztliches Personal im onkologischen Setting häufig unzureichend auf den Umgang mit palliativen Situationen vorbereitet seien. Daraus ergibt sich der Wunsch nach gezielten Weiterbildungsangeboten, die auch in kurativ geprägten Bereichen verankert werden sollten.

„Dass es vielleicht noch wie eine Weiterbildung, Fortbildung zu Palliativbetreuung oder Hospizbetreuung gibt. Vor allem in dem Setting, in dem onkologischen Setting und auch wenn man hauptsächlich kurativ arbeitet, ist halt die Möglichkeit immer gegeben, dass es sich dann irgendwann mal um eine palliative Situation handelt und ich denke schon, dass auch viel Unwissenheit herrscht, sowohl auf Pflegekraftseite als auch bei Arztpersonen. Wie man jemanden gut palliativ betreut und versorgt (...), das wäre mein Wunsch, ja.“ (Interview 3, Pos. 43)

Diese Einschätzung wird auch von einer anderen Pflegeperson gestützt, die mit einem prägnanten „Teaching, teaching, teaching“ den dringenden Bedarf an praxisnahem

Wissen unterstreicht. Vor allem direkt im Stationsalltag, wo formale Ausbildungen nicht immer ausreichen, um komplexe Situationen professionell zu bewältigen. (Interview 6, Pos. 31)

Darüber hinaus wird der Wunsch nach einer vorausschauenden Kommunikation im Hinblick auf den Umgang mit dem Lebensende deutlich. Vergleichbar mit einem „Schlechtwetterplan“ fordert eine Pflegeperson klare, frühzeitig kommunizierte Perspektiven, um Patient*innen und Angehörige nicht unvorbereitet in hochbelastende Situationen zu entlassen.

„Ich wünsche mir (...) viel mehr Bergführer, die auch mit dem Schlechtwetterplan umgehen können und nicht nur mit dem super schönen Wetter planen, weil mit diesem Plan irgendwie geht das Leben zu Ende, kommen die Menschen nicht weiter, das wird ganz, ganz hektische Aktionen geben, die unschön sind und schwer zu ertragen und viel Nachbearbeitung brauchen. Gibt es immer weniger, leider.“ (Interview 2, Pos. 31)

7 Diskussion

Bereits zu Beginn der Datenerhebung und in der anschließenden Auswertung zeigte sich, dass das Thema Übertherapie für alle Interviewpartner*innen von hoher Relevanz war. Die präsentierte Fallvignette wurde von sämtlichen Teilnehmenden als realistisch eingeschätzt und diente als geeigneter Anknüpfungspunkt, um eigene Erfahrungen zu reflektieren.

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurden die Erfahrungen von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen beschrieben, welche sie in der Entscheidungsfindung bei terminal-onkologischen Patient*innen erleben. Insbesondere wurde dabei der Fokus auf Entscheidungen gelegt, die eine mögliche Übertherapie begünstigen. Die Forschungsfrage, die mit dieser Masterarbeit beantwortet wurde, lautet wie folgt:

*Wie nehmen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Entscheidungsfindung bezüglich der klinischen Versorgung bei terminal-onkologischen Patient*innen, insbesondere im Zusammenhang mit der Übertherapie, wahr?*

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews zusammengefasst, kritisch reflektiert und um eine Darstellung der Limitationen der Arbeit sowie der Implikationen für Praxis und Forschung ergänzt. Der Schwerpunkt der Diskussion liegt auf den Kategorien 1, 2 und 3, da diesen Themenbereichen in den Interviews eine besondere Bedeutung zukam. Für den Forscher erwies sich dies als besonders aufschlussreich, da hier bisherige blinde Flecken sichtbar wurden und zugleich unerwartete inhaltliche Aspekte zur Sprache kamen. Die verbleibenden Kategorien (4, 5 und 6) werden im Anschluss inhaltlich zusammengefasst. Auch wenn sie nicht den thematischen Schwerpunkt dieses Kapitels bilden, sollen sie als gleichermaßen wertvoll und relevant betrachtet werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen in Situationen möglicher Übertherapie stark belastet sind, sei es emotional, in ihrem moralischen Empfinden oder in ihrer professionellen Rolle. Immer wieder wird eine Diskrepanz zwischen dem eigenen pflegerischen Erfahrungswissen und medizinischen Entscheidungen beschrieben. Besonders herausfordernd sind Situationen, in denen Pflegepersonen Maßnahmen mittragen müssen, die sie persönlich als nicht sinnvoll oder nicht im Sinne der Patient*innen empfinden. Diese Widersprüche lösen Gefühle wie Ohnmacht,

Frustration und Traurigkeit aus. Diese Gefühle wurden von den Befragten als fester Bestandteil ihres Berufsalltags beschrieben.

Zugleich zeigt sich, dass das Berufsethos der Pflege, welcher von Fürsorge, Verantwortung und dem Wunsch, Menschen in belastenden Situationen bestmöglich zu begleiten geprägt ist, unter Druck gerät. Die befragten Pflegepersonen berichten davon, dass sie oft versuchen, ihre Einschätzungen einzubringen, aber nur selten gehört oder ernst genommen werden. Frustration entsteht vor allem dann, wenn das eingebrachte Wissen nicht in die Entscheidungsprozesse einfließt.

Auffällig ist auch, dass diese Erfahrungen nicht nur im Moment belastend sind, sondern emotional nachwirken. Es wird davon berichtet, dass die Pflegepersonen auch im privaten Umfeld noch über das Erlebte nachdenken oder Traurigkeit empfinden. Das unterstreicht, wie tief solche Situationen gehen und wie sehr sie die Pflegepersonen beschäftigen.

Außerdem wird deutlich, dass viele Pflegepersonen trotz dieser Herausforderungen ihr Mitgefühl für Patient*innen und Angehörige nicht verlieren. Sie zeigen ein starkes Bedürfnis, Menschen in der letzten Lebensphase nicht nur fachlich zu betreuen, sondern auch menschlich zu begleiten, auch wenn das im Alltag nicht immer möglich ist. Das Erleben von Übertherapie stellt damit nicht nur eine fachliche, sondern auch eine ethische Belastung dar, die langfristige Folgen für das Wohlbefinden und die Berufszufriedenheit von Pflegepersonen haben kann.

Viele der geschilderten Situationen spiegeln ein Spannungsfeld zwischen emotionaler Belastung und persönlichem Berufsethos wider. Dieses Spannungsfeld lässt sich mit dem von Andrew Jameton geprägten Begriff des „moralischen Stresses“ beschreiben. Jameton (1984, S. 6) definiert moralischen Stress als das Erleben, „wenn man weiß, was das Richtige zu tun wäre, aber institutionelle Rahmenbedingungen es jedoch nahezu unmöglich machen, die richtige Vorgehensweise zu verfolgen“.

Dieses Erleben findet sich auch in der Literatur wieder. Grech et al. (2018) zeigen in ihrer qualitativen Studie, dass Pflegepersonen von hämato-onkologischen Stationen ebenfalls regelmäßig moralischen Stress empfinden, wenn sie Therapien umsetzen müssen, die sie selbst als Übertherapie oder sinnlos einschätzen. Auch die Befragten dieser Masterarbeit schildern, dass sie das Leiden der Patient*innen unmittelbar miterleben, sich aber verpflichtet fühlen, Maßnahmen durchzuführen, die sie als nicht mehr sinnvoll ansehen. Diese Parallele verdeutlicht, dass die Wahrnehmung von

„sinnloser Therapie“ kein Einzelfall, sondern ein strukturelles Problem in der Versorgung schwerkranker Patient*innen ist.

Mobley et al. (2007) ergänzen diese Perspektive, indem sie aufzeigen, dass die Wahrnehmung von Übertherapie nicht nur emotionale Belastungen erzeugt, sondern langfristig auch zu „Moral Distress“ oder erhöhter beruflicher Fluktuation führen kann. Auch in den Interviews wird dieser Aspekt beschrieben. Einige Pflegepersonen berichten, dass sie belastende Situationen noch nach Dienstschluss mit sich tragen und teilweise sogar den Gedanken äußern, den Beruf infrage zu stellen.

Ein zentraler Auslöser für diesen inneren Konflikt ist die Diskrepanz zwischen dem pflegerischen und medizinischen Verständnis bzw. Praxis. Die Befragten betonen, dass sie Patient*innen eng über lange Zeit begleiten und deren körperlichen und seelischen Belastungen sehr nah miterleben. Wenn sie dann sehen, dass belastende oder auch invasive Therapien fortgeführt werden, obwohl keine Aussicht auf Besserung mehr erkennbar ist, entsteht ein Spannungsfeld zwischen ihrem Mitgefühl, ihrem Fachwissen und ihrem begrenzten Handlungsspielraum. Vieira et al. (2022) konnten ähnliche Ergebnisse identifizieren. In der Studie zeigt sich, dass Pflegepersonen ihre Einschätzungen zum Zustand der Patient*innen zwar einbringen, diese aber im ärztlich dominierten Entscheidungsprozess oft wenig berücksichtigt werden. Genau dieses „Nicht-Gehört-werden“ wird als besonders frustrierend erlebt und verstärkt die emotionale Belastung.

Die Befragten berichten, dass Zeitdruck, strukturelle Vorgaben oder mangelnde Absprache im multiprofessionellen Team das Anliegen einer ganzheitlichen Versorgung häufig einschränken. Grech et al. (2018) schildern ähnliche Spannungsfelder. Pflegepersonen fühlen sich oft „zerrissen“ zwischen ihrem Anspruch, ganzheitlich zu begleiten, und den realen Bedingungen des klinischen Alltags. Diese Parallelen zeigen, dass die Diskrepanz zwischen pflegerischem Anspruch und der Realität ein zentrales Merkmal des beruflichen Erlebens ist.

Insgesamt verdeutlichen sowohl die Interviews als auch die vorliegenden Studien, dass die emotionale Belastung von Pflegepersonen nicht primär aus einer klassischen Überforderung entsteht, sondern aus der Spannung zwischen ethischem Anspruch, Mitgefühl und strukturellen Grenzen. Die Interviewaussagen machen klar, dass Pflegepersonen die Bedürfnisse der Patient*innen sehr deutlich wahrnehmen, aber oft nicht die Möglichkeit haben, entsprechend zu handeln.

Besonders hervorzuheben ist dabei, dass es sich nicht nur um individuelle Emotionen handelt, sondern um ‚Mitgefühle‘, die aus einer empathischen Haltung gegenüber Patient*innen und Angehörigen entstehen. Diese Form von Mitgefühl verstärkt die emotionale Betroffenheit, da das Leiden der Betroffenen miterlebt und innerlich mitgetragen wird.

Weiters wird deutlich, dass sich Pflegepersonen in einem Spannungsfeld zwischen Mitverantwortung und Abgrenzung erleben, wenn Therapieentscheidungen am Lebensende getroffen werden. Die Interviews zeigen, dass diese Ambivalenz nicht nur durch die individuelle Haltung, sondern auch durch strukturelle und hierarchische Rahmenbedingungen geprägt ist. So berichten einige Pflegepersonen davon, sich aktiv in Entscheidungsprozesse einzubringen. Beispielsweise durch gezielte Rückfragen, argumentatives Positionieren gegenüber ärztlichem Personal oder das Thematisieren möglicher Belastungen für die Patient*innen. Andere wiederum betonen ihre eher passive Rolle, bei der sie sich auf die Ausführung ärztlicher Anordnungen beschränken, was sie auch als Teil ihrer Kompetenz- und Aufgabenbeschreibung sehen.

Gleichzeitig wird die Verantwortung für belastende oder aus ihrer Sicht unangemessene Therapien dem ärztlichen Personal zugewiesen. Das wird teilweise explizit als „Bad Cop“ beschrieben, während sich Pflegepersonen in der Rolle des „Good Cop“ sehen, also näher an den Patient*innen, präsenter im Alltag und stärker am subjektiven Wohlbefinden orientiert. Dieses Rollenverständnis trägt zur Verschiebung von Verantwortlichkeiten bei und schafft ein Klima, in dem kritische Perspektiven aus der Pflege zwar vorhanden sind, jedoch nicht automatisch in Entscheidungsprozesse einfließen. Hier zeigt sich ein gewisses Dilemma. Die Pflege ist nah an den Patient*innen, erkennt deren Bedürfnisse oft frühzeitig, fühlt sich jedoch nicht immer in der Position, auf Maßnahmen Einfluss zu nehmen oder empfindet es als notwendig, dies über informelle Wege, etwa durch persönliche Beziehungen zu Ärzt*innen, zu tun.

Die Beteiligung an Entscheidungen hängt häufig von der Dynamik im Team und vom Vertrauensverhältnis zum ärztlichen Gegenüber ab. Einige Pflegepersonen berichten davon, dass sie, wenn sie sich gut im beruflichen Setting etabliert haben oder über langjährige Erfahrung verfügen, in der Lage sind, ihre Meinung zu äußern und auch Maßnahmen kritisch zu hinterfragen. Allerdings ist dies vielfach an die Bedingung

geknüpft, ihre Meinung durch fundierte Argumente untermauern zu können, was als zusätzliche Hürde erlebt wird, da die Suche nach evidenzbasierten Argumenten sehr zeitintensiv und anspruchsvoll sein kann. Trotz dieser strukturellen Begrenzungen empfinden sich viele Pflegepersonen als handlungsfähig und bereit, Verantwortung mitzutragen, auch wenn sie formal keine Entscheidungsbefugnis besitzen.

Einen hohen Stellenwert nimmt bei den Pflegepersonen auch die Rolle der Patient*innen ein. Mehrfach betonen die befragten Pflegepersonen, wie wichtig es sei, dass Patient*innen in Therapieentscheidungen einbezogen werden und ihre Entscheidungsfreiheit gewährleistet wird. Dies wird als Teil des pflegerischen Auftrags verstanden, selbst wenn die getroffenen Entscheidungen nicht immer mit den eigenen Überzeugungen übereinstimmen. Das bedeutet für Pflegepersonen mitunter auch, sich bewusst zurückzunehmen und eigene Meinungen zugunsten der Selbstbestimmung der Patient*innen hintanzustellen.

Insgesamt zeigt sich ein komplexes Zusammenspiel aus Rollenbildern, Verantwortung, strukturellen Bedingungen und ethischen Fragestellungen. Die Ambivalenz entsteht dabei nicht aus mangelndem Engagement, sondern vielmehr aus der Spannung zwischen der Nähe zu den Patient*innen, der moralischen Haltung und der eingeschränkten Einflussmöglichkeiten. Es wirft die zentralen Fragen auf, wie Verantwortung zwischen Berufsgruppen sinnvoll verteilt werden kann und welche strukturellen Voraussetzungen nötig sind, damit die pflegerische Expertise wirksam in Entscheidungen einfließen kann.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Pflegepersonen in Entscheidungsprozessen am Lebensende oft eine Nebenrolle einnehmen. Trotz ihrer engen Beziehung zu den Patient*innen und der damit verbundenen Wahrnehmung wichtiger Bedürfnisse, Belastungen und nonverbaler Ausdrucksweisen fühlen sie sich häufig unzureichend einbezogen. Diese Erfahrung deckt sich mit den Ergebnissen aus der Studie von Grech et al. (2018), die zeigen, dass Pflegepersonen ihre Einschätzungen zur Symptomlast oder Lebensqualität zwar einbringen, diese jedoch im medizinisch dominierten Entscheidungsprozess oftmals wenig Gewicht haben. Auch die befragten Pflegepersonen schilderten, dass ihre Beobachtungen von Ärzt*innen eher beiläufig aufgenommen werden, was bei ihnen zu Frustration und einem Gefühl der Geringschätzung führt.

Besonders deutlich wird diese Problematik auch, wenn Patient*innen selbst nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen aktiv mitzugestalten. Gerade in solchen Situationen wären die Einschätzungen der Pflege zentral, da sie die Betroffenen eng begleiten und Veränderungen im Befinden frühzeitig wahrnehmen. Dennoch berichten die Befragten, dass ihre Expertise oft nicht systematisch abgefragt wird. Vieira et al. (2022) beschreiben in diesem Zusammenhang, dass Pflegepersonen zwar einen hohen Anspruch an Mitbestimmung haben, ihnen aber faktisch nur ein begrenzter Handlungsspielraum bleibt, was die Diskrepanz zwischen Anspruch und Realität weiter verschärft.

Die Interviews verdeutlichen außerdem, dass fehlende oder unklare Kommunikation im Team ein zentrales Hindernis darstellt. Pflegepersonen gaben an, dass wesentliche Informationen zu Therapiezielen oder Prognosen oft verspätet oder nur unvollständig weitergegeben werden. Dadurch entsteht Unsicherheit, die sich nicht nur auf die Pflege selbst, sondern auch auf die Patient*innen überträgt. Cherny et al. (2025) zeigen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit, dass genau diese Kommunikationslücken das Sicherheitsempfinden von Patient*innen negativ beeinflussen und ihre Entscheidungsfähigkeit einschränken können. Die Aussagen der Pflegepersonen unterstützen diesen Aspekt, da auch sie betonten, dass fehlende Klarheit über Ziele und Abläufe nicht nur für sie selbst belastend ist, sondern auch zu Verunsicherung bei den Betroffenen führt.

Trotz dieser Schwierigkeiten versuchen Pflegepersonen, den Patient*innen Orientierung und Halt zu geben. Mehrfach wurde betont, dass Gespräche über Ängste, Sorgen und Unsicherheiten zu den zentralen Aufgaben ihres Berufs gehören. In der Literatur finden sich ähnliche Hinweise. Brighton und Bristowe (2016) beschreiben Pflegepersonen als wichtige Ansprechpartner*innen am Lebensende, nicht nur aufgrund ihrer ständigen Anwesenheit bzw. Verfügbarkeit, sondern vor allem wegen ihrer Empathie und kommunikativen Kompetenz. Diese Rolle wird auch in den Interviews deutlich, wo die Befragten schilderten, wie sie trotz Zeitdruck bewusst Raum für solche Gespräche schaffen.

Insgesamt zeigt sich, dass Pflegepersonen in der Entscheidungsfindung häufig unterrepräsentiert sind, obwohl sie entscheidende Informationen und Perspektiven beitragen könnten. Das mangelnde Einbeziehen verstärkt nicht nur ihre eigene Belastung, sondern kann auch die Patientenversorgung beeinträchtigen.

Die Ergebnisse der Interviews veranschaulichen außerdem, dass Pflegepersonen zu Beginn ihrer Laufbahn häufig Schwierigkeiten haben, ihre Wahrnehmungen und Einschätzungen klar und fachlich adäquat in interprofessionelle Entscheidungsprozesse einzubringen. Es fehlt ihnen an einer „Sprache“, die von Ärzt*innen gehört und akzeptiert wird. Vor allem zu Beginn der beruflichen Laufbahn zeigt sich ein Gefühl von Unsicherheit und fehlender sprachlicher Präsenz. Diese Unsicherheit zu Beginn der Berufslaufbahn wird auch in der Studie von Yang et al. (2025) beschrieben. Pflegerische Berufsanfänger*innen berichten über mangelndes Selbstvertrauen, unzureichende Vorbereitung auf komplexe Gespräche und Schwierigkeiten, ihre Sichtweise durchzusetzen. Mit wachsender Erfahrung, Weiterbildung und dem Erwerb einer Fachsprache entwickeln sie jedoch eine zunehmend professionelle Kommunikationskompetenz, die ihre Expertise sichtbar macht und auf Entscheidungen Einfluss nimmt.

Ein wiederkehrendes Spannungsfeld liegt zwischen dem starken intuitiven Erfahrungswissen der Pflege und der Notwendigkeit, dieses in objektivierbare Argumente und eine fachlich anerkannte Sprache zu übersetzen. Gleichzeitig stellt der vorherrschende Zeitmangel eine erhebliche Barriere dar, da fundierte Argumentationen oft eine Vorbereitung und Recherche erfordern, die im klinischen Alltag kaum leistbar ist. Darüber hinaus wird deutlich, dass kommunikative Kompetenzen nicht nur im interprofessionellen Kontext, sondern auch in der direkten Interaktion mit Patient*innen eine wesentliche Rolle einnehmen. Hier zeigt sich, dass ein umsichtiges Vorgehen, eine sensible Wortwahl und das richtige Timing entscheidend dafür sind, Vertrauen aufzubauen und Patient*innen in Entscheidungen einzubeziehen.

Pflegepersonen verfügen häufig über wertvolle Beobachtungen und Einschätzungen des Patientenzustands, welche sie jedoch nicht immer in interprofessionelle Entscheidungsprozesse einbringen können. Butler und Fox (2024) bestätigen, dass Pflegepersonen sich in interprofessionellen Besprechungen oft nebensächlich fühlen, obwohl sie wichtige Informationen beitragen könnten. Aussagen wie „[...] *‘our [nurses] voices aren't being heard or listened to’*“ (Butler & Fox, 2024, S. 403) verdeutlichen, dass die fehlende professionelle Ausdrucksfähigkeit direkt mit der Wahrnehmung und Wertschätzung der pflegerischen Expertise zusammenhängt.

Mit zunehmender Erfahrung und gezielter Weiterbildung verbessern sich die kommunikativen Fähigkeiten deutlich. Die Studie von Toh et al. (2021) zeigt, dass Berufserfahrung, Alter und Schulungen, etwa in der Palliativversorgung, entscheidend die Fähigkeit beeinflussen, klar, sachlich und empathisch zu kommunizieren. Dies unterstreicht die Bedeutung kontinuierlicher professioneller Entwicklung, um sprachliche Unsicherheiten abzubauen und die eigene Expertise überzeugend einzubringen.

Ein systematischer Review von Berg et al. (2021) zeigt auf, dass gezielte Kommunikationstrainings wirksam sind. Schulungen führen zu mehr Selbstbewusstsein und Kompetenz in der interprofessionellen Kommunikation. Wichtig sei eine verständliche, empathische und patientenzentrierte Sprache, um nicht nur die Pflegeexpertise zu vertreten, sondern auch die Autonomie und Bedürfnisse der Patient*innen zu wahren.

Insgesamt zeigt sich, dass die erlebte Sprachlosigkeit eine Barriere für die aktive Mitgestaltung von Therapieentscheidungen darstellt. Professionalisierung, Erfahrung und gezielte Schulung ermöglichen es Pflegepersonen, ihre Beobachtungen und Einschätzungen klar, strukturiert und ethisch verantwortungsvoll einzubringen.

Nachfolgend werden nochmals die wichtigsten Ergebnisse aus den Kategorien (3, 5 und 6) zusammengefasst. An dieser Stelle ist nochmal hervorzuheben, dass auch diese Kategorien von großer Bedeutung und Relevanz sind.

Deutlich wurde auch, dass das Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen sowie die Kommunikation mit Patient*innen und Angehörigen maßgeblich die Qualität von Therapieentscheidungen beeinflusst. Gelungene interprofessionelle Kommunikation, insbesondere auf Augenhöhe zwischen pflegerischem und ärztlichem Personal, unterstützt die Reflexion, Einbindung pflegerischer Expertise und die Vermeidung von Übertherapie. Pflegepersonen erfahren Entlastung und Rückhalt durch interne Teamstrukturen, externe Fachpersonen wie Psychoonkolog*innen oder Ethikberatungen sowie durch argumentatives Standing in Entscheidungsprozessen. Gleichzeitig zeigen sich Defizite in der Nutzung bestehender formaler Strukturen, Supervisionen und ethischer Konsile, die häufig durch Zeitmangel, kulturelle Barrieren oder fehlende Niederschwelligkeit eingeschränkt sind. Daraus ergibt sich ein klarer Bedarf an frühzeitigen, interdisziplinären und patientenzentrierten

Reflexionsangeboten sowie gezielten Weiterbildungen, um die pflegerische Rolle zu stärken, informierte und selbstbestimmte Entscheidungen der Patient*innen zu ermöglichen und moralischen Stress zu reduzieren.

7.1 Limitationen

Auch diese Masterarbeit ist, wie jede wissenschaftliche Arbeit, mit bestimmten Limitationen verbunden, die für das Verständnis der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten.

Zunächst ist die Stichprobengröße zu nennen. Es wurden nur eine begrenzte Anzahl an Pflegepersonen interviewt, wodurch die Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf andere Kontexte oder Einrichtungen übertragbar sind. Außerdem ist nicht auszuschließen, dass die Teilnehmenden durch ihre freiwillige Teilnahme besonders reflektiert oder motiviert waren, sodass eine Selektionsbias vorliegen könnte. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass von den zehn befragten Pflegepersonen neun Frauen und nur ein Mann waren. Mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung, beispielsweise im Umgang mit Hierarchien im Spital, könnten die Ergebnisse beeinflussen. Männer könnten aufgrund gesellschaftlicher und beruflicher Strukturen andere Erfahrungen oder Perspektiven haben, die in dieser Arbeit nicht ausreichend abgebildet sind.

Ein weiterer Aspekt betrifft den Kontext, in dem die Teilnehmenden tätig waren. Die Interviews spiegeln die Situation in einem spezifischen klinischen Setting wider. Strukturelle Rahmenbedingungen, organisatorische Vorgaben und institutionelle Kulturen prägen die Erfahrungen der Pflegepersonen maßgeblich. Entsprechend können die Ergebnisse in anderen Versorgungsumgebungen, wie etwa in Pflegeheimen oder kleineren Krankenhäusern abweichen. Es zeigte sich jedoch, dass es im Österreich-Schweiz-Vergleich zu keinen nennenswerten Unterschieden gekommen ist. Dies deutet darauf hin, dass die Erfahrungen und Perspektiven der Pflegepersonen trotz unterschiedlicher nationaler Rahmenbedingungen, wie Finanzierung, Gesetzeslage und Versorgungsstrukturen, weitgehend vergleichbar sind. Gleichzeitig unterstreicht dies die Relevanz der gezielten Auswahl von Teilnehmenden aus zwei Ländern, da so die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf ähnliche deutschsprachige Kontexte übertragen werden können.

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass die befragten Pflegepersonen über ein insgesamt sehr hohes Qualifikationsniveau verfügten. Dies könnte ihre ausgeprägte Reflexionsfähigkeit begünstigt haben und somit die Ergebnisse in eine bestimmte Richtung geprägt haben. Die Ergebnisse sind daher möglicherweise nicht auf Pflegepersonen mit weniger Aus- oder Weiterbildungen übertragbar.

Inhaltlich ist zu betonen, dass sich die Arbeit ausschließlich auf die Perspektive diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen konzentriert. Andere pflegerische Berufsgruppen wie Pflegefachassistenz oder Pflegeassistenz konnten nicht erreicht werden, obwohl ihre Perspektiven für ein vollständigeres Bild interessant gewesen wären. Ebenso bleiben die Perspektiven von Ärzt*innen, Patient*innen oder deren Zu- und Angehörigen unberücksichtigt, sodass ein Gesamtbild unvollständig bleibt.

Hinzu kommt, dass keine Teilnehmenden mit Migrationsbiografie in die Studie eingeschlossen wurden. Sprachliche Ausdrucksweisen und kulturspezifische Sichtweisen, die für die Interpretation der Ergebnisse von Bedeutung sein könnten, sind daher nicht berücksichtigt.

Schließlich ist hervorzuheben, dass es sich um eine explorative qualitative Studie handelt. Eine Quantifizierung der Ergebnisse hat nicht stattgefunden, sodass Aussagen zur Häufigkeit oder Verteilung einzelner Erfahrungen nicht getroffen werden können. Die Ergebnisse sind im Sinne einer Exploration und als wichtige Grundlage für weiterführende Forschungsarbeiten zu verstehen. Zudem handelt es sich um eine Momentaufnahme, die den gegenwärtigen Stand in einem spezifischen Zeitraum abbildet, wobei strukturelle Veränderungen in der Versorgung die Erfahrungen und Sichtweisen von Pflegepersonen künftig verändern können.

8 Ausblick und Implikationen für Praxis und Forschung

Die Untersuchung hat gezeigt, dass Pflegepersonen die Entscheidungsfindung in der klinischen Versorgung von terminal-onkologischen Patient*innen überwiegend als von ärztlicher Seite dominiert erleben und ihre eigene Rolle darin eher nachgeordnet sehen. Besonders im Zusammenhang mit Fragen der Übertherapie führt dies zu Spannungsfeldern, die sowohl emotionale Belastungen als auch strukturelle Einschränkungen mit sich bringen. Aus diesen Ergebnissen lassen sich wichtige Konsequenzen für die Praxis ableiten, zugleich eröffnen sie Ansatzpunkte für weiterführende Forschung.

Für die **Praxis** ergibt sich zunächst die Notwendigkeit, die pflegerische Expertise stärker in medizinische Entscheidungsprozesse einzubinden. Pflegepersonen begleiten Patient*innen kontinuierlich und verfügen über ein besonderes Wissen um deren körperliche, emotionale und soziale Situation. Dieses Erfahrungswissen sollte systematisch berücksichtigt werden, etwa durch feste Strukturen für interprofessionelle Fallbesprechungen oder verbindliche Beteiligung der Pflege an Therapieentscheidungen. Damit könnte nicht nur die Versorgungsqualität gesteigert, sondern auch die moralische Belastung von Pflegepersonen reduziert werden.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die **Kommunikation** sowohl im interprofessionellen Team als auch mit Patient*innen und Angehörigen eine zentrale Ressource darstellt, die jedoch häufig durch Unsicherheit, Hierarchien und mangelnde Gesprächsräume eingeschränkt ist. Hier sind gezielte **Schulungs- und Trainingsprogramme** angezeigt, die auf den Ausbau kommunikativer Kompetenzen, den Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen sowie die Stärkung des Selbstbewusstseins insbesondere jüngerer Pflegepersonen abzielen. Gleichzeitig sollte auch die Organisation Verantwortung übernehmen, indem sie ausreichend Zeit, geschützte Räume und Supervisionsangebote zur Verfügung stellt. Außerdem soll das Tool des „runden Tisches“ als Möglichkeit gesehen werden, wo Fachpersonen gemeinsam mit Patient*innen und Angehörigen Entscheidungen treffen.

Ein weiterer Aspekt betrifft die **emotionalen und ethischen Belastungen** und moralische Konflikte, die im Rahmen der Übertherapie entstehen können. Hier sind Strukturen der **psychosozialen Unterstützung** wie Supervision, Peer-Gruppen oder ethische Fallbesprechungen notwendig, um langfristige Folgen wie Unzufriedenheit oder Burnout vorzubeugen.

Für die **Forschung** ergeben sich mehrere Anschlussfragen. Zukünftige Studien sollten stärker multiperspektivisch angelegt sein und neben der Pflege auch die Sichtweisen von Ärzt*innen, Patient*innen und An- und Zugehörigen einbeziehen. Dadurch könnte ein umfassenderes Bild der Entscheidungsfindung am Lebensende gewonnen werden. Zudem wäre es sinnvoll, quantitative oder mixed-methods-Designs einzusetzen, um die Häufigkeit bestimmter Belastungen zu erfassen und die qualitativen Erhebungen zu untermauern. Auch die Wirksamkeit konkreter Interventionen, wie etwa Kommunikationstrainings, ethische Konsile oder neue interprofessionelle Modelle sollte in weiteren Untersuchungen systematisch evaluiert werden.

Schließlich zeigt sich, dass die Erfahrungen von Pflegepersonen stark von den jeweiligen **organisationalen Rahmenbedingungen** geprägt sind. Vergleichende Studien in unterschiedlichen Settings, etwa zwischen Universitätskliniken, Regionalspitälern oder Pflegeheimen, könnten wertvolle Hinweise geben, welche Strukturen besonders förderlich für eine patientenzentrierte und zugleich für die Pflegeperson tragbare Entscheidungsfindung sind.

Insgesamt unterstreicht die Arbeit, dass die Integration pflegerischer Perspektiven, die Förderung professioneller Kommunikation und die Bereitstellung struktureller Unterstützung nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen stärken, sondern auch die Qualität und Menschlichkeit der Versorgung am Lebensende nachhaltig verbessern können.

9 Literaturverzeichnis

- Aghabarary, M., Nayeri, N. (2016a). Medical futility and its challenges: a review study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9(11).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5203684/>
- Aghabarary, M., Nayeri, N. (2016b). Nurses' Perceptions of Futile Care: A Qualitative Study. *Holistic Nursing Practice*, 30(1), 25-32.
<https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000128>
- Berg, M. N., Ngune, I., Schofield, P., Grech, L., Juraskova, I., Strasser, M., Butt, Z., & Halkett, G. K. B. (2021). Effectiveness of online communication skills training for cancer and palliative care health professionals: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 30(9), 1405–1419. <https://doi.org/10.1002/pon.5702>
- Brighton, L. J., & Bristowe, K. (2016). Communication in palliative care: Talking about the end of life, before the end of life. *Postgraduate Medical Journal*, 92(1090), 466–470. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133368>
- Butler, J. I., & Fox, M. T. (2024). “Our voices aren’t being heard”: A qualitative descriptive study of nurses’ perceptions of interprofessional collaboration in care supporting older people’s functioning during a hospital stay. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38(2), 398–408. <https://doi.org/10.1111/scs.13243>
- Cherny, N. I., Nortjé, N., Kelly, R., Zimmermann, C., Jordan, K., Kreye, G., Le, N.-S., & Adelson, K. B. (2025). A taxonomy of the factors contributing to the overtreatment of cancer patients at the end of life. What is the problem? Why does it happen? How can it be addressed? *ESMO Open*, 10(1), Article 104099. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.104099>

- Dachverband Hospiz Österreich. (2021). Auf dem Weg zu einer Regelfinanzierung in der Hospiz- und Palliativversorgung. *Auf dem Weg zu einer Regelfinanzierung in der Hospiz- und Palliativversorgung - Dachverband HOSPIZ Österreich*
- Dierbach, H. (2021). Pflegende beobachten oft Übertherapie – und sprechen das an. *Pflegekammer interaktiv*, 2021 (22), 55.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Fent, T., Fürnkranz-Prskawetz, A. (2019). Demographischer Wandel – geänderte Rahmenbedingungen für den Sozialstaat? Übersicht über den Demographischen Wandel in Österreich. *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*: Wien.
- Gesundheit Österreich GmbH. (2014). Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene – Aktualisierung 2014. (hospiz.at)
- Gesundheit Österreich GmbH. (2025). Arbeiten im Rahmen der Umsetzung des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes. Gesundheitsministerium Österreich. https://goeg.at/umsetzung_hospalfg
- Grech, A., Depares, J., & Scerri, J. (2018). Being on the frontline: Nurses' experiences providing end-of-life care to adults with hematologic malignancies. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(3), 237–244. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000433>

- Hackl, M., Hanika, A., Klotz, J. (2018). Prognose der Krebsprävalenz bis 2030. *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*: Wien.
- Hackl, M, Ihle, P. (2022). Krebserkrankungen in Österreich. STATISTIK AUSTRIA: Wien.
- Hallek, M., Bokemeyer, C., Lüftner, D., Weißinger, F. (2018). Positionspapier. Gegenwart und Zukunft der Medizinischen Onkologie. *Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie*: Berlin
- Harris, I., Murray, SA. (2013). Can palliative care reduce futile treatment? A systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3, 389-398. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000343>
- Hughes, R., Huby, M. (2004). The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work and Social Sciences Review*, 11(1). 36-41. <https://doi.org/10.1921/swssr.v11i1.428>
- Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Janda, C., (2018). Überversorgung am Lebensende – Ursachen und Lösungsansätze. *Medizinrecht*, 36, 778-784. <https://doi.org/10.1007/s00350-018-5047-0>
- Jox, R., Schaider, A., Marckmann, G., Borasio, G. (2012). Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *Journal of Medical Ethics*, 38(1), 540-545. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100479>

- Kasman, D. (2004). When is medical treatment futile? A guide for students, residents, and physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 19(10), 1053-1056. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40134.x>
- Kohlen, H. (2018). Caring About Care in the Hospital Arena and Nurses' Voices in Hospital Ethics Committees: Three Decades of Experiences. In Krause, F., Boldt, J. (eds), *Care in Healthcare* (S. 237-263). Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61291-1_12
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (5. Aufl.). Grundlagentexte Methoden. Beltz Juventa.
- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., Gree-Williams, N. (2015). Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275-284. <https://doi.org/10.1111/jnu.12130>
- Mayer, H. (2022): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 6., überarbeitete Auflage. Wien: facultas.
- Mobley, M. J., Rady, M. Y., Verheijde, J. L., Patel, B., & Larson, J. S. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(5), 256–263. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.03.011>
- O'Leary, K. J., Thompson, J. A., Landler, M. P., Kulkarni, N., Haviley, C., Hahn, K., Jeon, J., Wayne, D. B., Baker, D. W., & Williams, M. V. (2010). Patterns of nurse–physician communication and agreement on the plan of care. *Quality and Safety in Health Care*, 19(3), 195–199. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030221>

- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit – ÖBIG. (2004). *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich*. Autorinnen des Berichtes: Nemeth, C. & Rottenhofer, I. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Wien.
- Özden, D., Karagözoğlu, S., & Yildirim, G. (2013). Intensive care nurses' perception of futility: Job satisfaction and burnout dimensions. *Nursing Ethics*, 20(4), 436–447. <https://doi.org/10.1177/0969733012466002>
- Persenaire, C., Spinosa, D. L., Brubaker, L. W., & Lefkowitz, C. J. (2023). Incorporation of palliative care in gynecologic oncology. *Current Oncology Reports*, 25(11), 1295–1305. <https://doi.org/10.1007/s11912-023-01457-7>
- Piers, R. D., Azoulay, E., & Ricou, B. (2011). Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *Journal of the American Medical Association*, 306(24), 2694–2703. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1888>
- Rosenberger, K. (2016). Fall-Vignetten. Ein methodisches Instrument in der Bildungsforschung. *Forschungsperspektiven*, 7, 203-215.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2002). *Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schlisio, B., Kopf, A. (2010). Schmerztherapie in der Palliativmedizin. Besonderheiten zur Indikationsstellung der Schmerztherapie in der Palliativmedizin. In Standl, T., Schulte am Esch, J., Treede, R.D., Schäfer, M., Bardenheuer, H.J. (Hrsg), *Schmerztherapie: Akutschmerz, Chronischer Schmerz, Palliativmedizin* (S. 497-504). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

- Schnurr, S. (2003). Vignetten in quantitativen und qualitativen Forschungsdesigns. In Otto, H.U., Oelerich, G., Micheel, H.G. (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit* (S. 393-400). München: Luchterhand.
- Sibbald, R., Downar, J., & Hawryluck, L. (2007). Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units. *Canadian Medical Association Journal*, 177(10), 1201–1208. <https://doi.org/10.1503/cmaj.070144>
- Statistik Austria. (2024). 2023 erneut weniger Spitalsaufenthalte als vor der Pandemie. <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2024/10/20241022Spitalsentlassungen2023.pdf>
- Toh, S. W., Hollen, V. T., Ang, E., Lee, Y. M., & Devi, M. K. (2021). Nurses' communication difficulties when providing end-of-life care in the oncology setting: A cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 29(5), 2787–2794. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05787-1>
- Varcoe, C., Rodney, P., & McCormick, J. (2003). Health care relationships in context: An analysis of three ethnographies. *Qualitative Health Research*, 13(7), 957–973. <https://doi.org/10.1177/1049732303253483>
- Vieira, J. V., Deodato, S., & Mendes, F. (2022). Therapeutic futility in nursing: A focus group. *SAGE Open Nursing*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.1177/23779608221134768>
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-1.1.1132>

World Health Organization (2002). *WHO Definition of Palliative Care 2002*. WHO. Zugriff im Jänner 2024 unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf

Yang, H. L., Jang, I., Kim, J.-S., & Lee, W. (2025). Newly graduated nurses' experiences of interprofessional communication: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 27(2), e70141. <https://doi.org/10.1111/nhs.70141>

Yekefallah, L., Ashktorab, T., Manoochehri, H., & Hamid, A. (2015). Nurses' experiences of futile care at intensive care units: A phenomenological study. *Global Journal of Health Science*, 7(4), 235–242. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p235>

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse. Kuckartz und Rädiker, 2022, S. 32	23
Abbildung 2: Das Erleben von Übertherapie durch Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Eigene Darstellung	28

11 Anhang

Anhang 1: Studieninformation & Einverständniserklärung

Anhang 2: Studieninformation/Factsheet für Interviewteilnehmer*innen in der Schweiz

Anhang 3: Interviewleitfaden

Anhang 1

Die Rolle von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Entscheidungsfindung bei onkologischen Patient*innen in der Terminalphase mit Fokus auf die Übertherapie

Studieninformation & Einverständniserklärung

Hintergrund & Zweck der Studie

Die Vermeidung von Übertherapie ist ein zentrales Ziel in der Behandlung und Betreuung von terminal-onkologischen Patient*innen. Übertherapie beschreibt medizinische oder pflegerische Maßnahmen, die – mit oder ohne konkretes Ziel – durchgeführt werden, aber keinen Nutzen für die Patient*innen haben. Ihre Vermeidung trägt wesentlich zur Sicherung der Versorgungsqualität und zur Wahrung der Lebensqualität bei.

Die Entscheidungsfindung im Kontext der Onkologie findet häufig im Spannungsfeld zwischen kurativen und palliativen Ansätzen statt. Pflegefachpersonen leisten mit ihrer originären Perspektive einen wesentlichen Beitrag im Rahmen dieser Entscheidungsprozesse. Speziell ihre Wahrnehmung hinsichtlich Übertherapie bei terminal-onkologischen Patient*innen im stationären Bereich soll im Fokus der geplanten Masterarbeit stehen.

Im Rahmen meiner Masterarbeit führe ich, [Name], Studierender des Masterstudiengangs Pflegewissenschaft an der Universität Wien, leitfadengestützte Interviews durch. Ziel ist es, die Erfahrungen von Pflegefachpersonen bei Entscheidungsfindungen für terminal-onkologische Patient*innen hinsichtlich Übertherapie besser zu verstehen. Begleitet wird die Arbeit von [Name von betreuender Person] und [Name von betreuender Person].

Wie erfolgt die Datenerhebung?

Die Datenerhebung erfolgt einmalig in einem Einzelinterview, das ca. 30-60 Minuten dauert. Dieses kann persönlich oder digital stattfinden. Im Mittelpunkt stehen Ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen als Pflegefachperson, um den Entscheidungsprozess hinsichtlich der Übertherapie am Lebensende onkologischer Patient*innen besser zu verstehen.

Was passiert mit den Daten und den Ergebnissen?

Das Interview wird aufgezeichnet, wobei nur die Audioaufzeichnung festgehalten wird, und keine Videoaufzeichnung stattfindet. Anschließend werden die Aufzeichnungen verschriftlicht (transkribiert), wobei durch die Anonymisierung personenbezogener Daten und analysierter Ergebnisse keine

Rückschlüsse auf Einzelpersonen gemacht werden können. Zugriff auf die erhobenen Daten hat nur der Forscher selbst, welche nur im Rahmen des Projektes und bis zum Ende des Projektes gespeichert und anschließend gelöscht werden. Einzelne Aussagen aus Ihrem Interview werden als anonymisierte Zitate in der Masterarbeit veröffentlicht.

Nutzen und mögliche Risiken einer Teilnahme

Ein unmittelbarer direkter Nutzen für die einzelnen Teilnehmer*innen kann nicht erwartet werden, allerdings kann das Interview dazu beitragen, dass die aktuelle Arbeitssituation reflektiert wird. Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur Einschätzung der aktuellen Situation auf onkologischen Stationen und tragen dazu bei, ein tieferes Verständnis für diese Thematik zu gewinnen.

Mit der Teilnahme an der Studie sind keine Risiken verbunden. Die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen (DSGVO) wird gewährleistet. Das Interview und die Teilnahme an der Studie kann jederzeit, ohne Nennung von Gründen und ohne jegliche Konsequenzen, abgebrochen werden.

Einverständniserklärung

Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig und Sie können schriftlich bis zum Ende der Datenerhebung (voraussichtlich Ende März 2025) Ihre Teilnahme widerrufen oder die Löschung der erfassten Daten einfordern. Dazu sende Sie bitte eine E-Mail, ohne Angabe von Gründen, an die unten angeführte E-Mailadresse. Mit Erhalt Ihrer Nachricht werden Ihre Daten gelöscht und nicht in die Studie mitaufgenommen.

Kontaktaufnahme

Für weitere Fragen und zur Kontaktaufnahme senden Sie bitte eine Nachricht an:

Name: [...]

E-Mail: [...]

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

Ich, _____ (Vor- und Nachname), erkläre mich dazu bereit, an der Studie „Die Rolle von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Entscheidungsfindung bei onkologischen Patient*innen in der Terminalphase mit Fokus auf die Übertherapie“ in Form eines Einzelinterviews teilzunehmen.

Ich wurde sowohl mündlich als auch schriftlich anhand des beigelegten Informationsschreiben ausreichend über die Teilnahme und den daraus entstehenden Nutzen oder Risiken informiert und habe diese Informationen verstanden. Offene Fragen wurden geklärt und ich habe zum aktuellen Zeitpunkt keine weiteren Fragen.

Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig und mir wurde genügend Bedenkzeit gegeben. Ich wurde darüber informiert, dass ich die Teilnahme widerrufen oder die Löschung der erfassten Daten bis zum Ende der Datenerhebung (voraussichtlich Ende März 2025) einfordern kann. Dazu sende ich eine E-Mail, ohne Angabe von Gründen, an die unten angeführte E-Mailadresse.

Ich wurde ausreichend über die Datenschutzbestimmungen (DSGVO) informiert und bestätige, dass meine Daten aufgezeichnet und anonymisiert verwendet werden dürfen und gegebenenfalls einzelne anonymisierte Aussagen in der Masterarbeit veröffentlicht werden dürfen.

Das Informationsschreiben und die Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie habe ich erhalten.

Datum und Unterschrift der teilnehmenden Person

Kontaktaufnahme

Für weitere Fragen und zur Kontaktaufnahme senden Sie bitte eine Nachricht an:

Name: [...]

E-Mail: [...]

Anhang 2

Die Rolle von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Entscheidungsfindung bei onkologischen Patient*innen in der Terminalphase mit Fokus auf die Übertherapie

Hintergrund der Studie

Hintergrund der Studie

Die Vermeidung von Übertherapie ist ein zentrales Ziel in der Behandlung und Betreuung von terminal-onkologischen Patient*innen. Übertherapie beschreibt medizinische oder pflegerische Massnahmen, die – mit oder ohne konkretes Ziel – durchgeführt werden, aber keinen Nutzen für die Patient*innen haben. Ihre Vermeidung trägt wesentlich zur Sicherung der Versorgungsqualität und zur Wahrung der Lebensqualität bei.

Die Entscheidungsfindung im Kontext der Onkologie findet häufig im Spannungsfeld zwischen kurativen und palliativen Ansätzen statt. Pflegefachpersonen leisten mit ihrer originären Perspektive einen wesentlichen Beitrag im Rahmen dieser Entscheidungsprozesse. Speziell ihre Wahrnehmung hinsichtlich Übertherapie bei terminal-onkologischen Patient*innen im stationären Bereich soll im Fokus der geplanten Masterarbeit stehen.

Ziel & Durchführung

Im Rahmen meiner Masterarbeit führe ich, [Name], Studierender des Masterstudiengangs Pflegewissenschaft an der Universität Wien, leitfadengestützte Interviews durch. Ziel ist es, die Erfahrungen von Pflegefachpersonen bei Entscheidungsfindungen für terminal-onkologische Patient*innen hinsichtlich Übertherapie besser zu verstehen. Begleitet wird die Arbeit von [Name von betreuender Person] und [Name von betreuender Person].

Die Datenerhebung erfolgt einmalig in einem Einzelinterview, das ca. 60 Minuten dauert. Dieses kann persönlich oder digital stattfinden. Im Mittelpunkt stehen Ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen als Pflegefachperson, um den Entscheidungsprozess hinsichtlich der Übertherapie am Lebensende onkologischer Patient*innen besser zu verstehen. Vor Beginn des Interviews erhalten Sie ausführliche Informationen zum Zweck der Studie, zum Ablauf und zum Umgang mit den erhobenen Daten. Teilnehmen können Pflegefachpersonen HF/FH mit Erfahrungen im stationären, onkologischen Setting.

Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur Einschätzung der aktuellen Situation auf onkologischen Stationen und tragen dazu bei, ein tieferes Verständnis für diese Thematik zu gewinnen.

Für weitere Fragen und zur Kontaktaufnahme

senden Sie bitte eine Nachricht an:

Name: [...]

E-Mail: [...]

Anhang 3

Interviewleitfaden

Forschungsfrage: *Wie nehmen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Entscheidungsfindung bezüglich der klinischen Versorgung bei terminal-onkologischen Patient*innen, insbesondere im Zusammenhang mit Übertherapie, wahr?*

Begrüßung und Einstiegsphase

Ich möchte mich herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich Zeit für das Interview nehmen. Mein Name ist Gerald Michelak und ich freue mich, dass Sie Ihre Erfahrungen heute mit mir teilen. Wir haben heute runde eine Stunde für das Interview Zeit. Sollte die Zeit heute nicht ausreichen, dann besteht die Möglichkeit einen Folgetermin zu vereinbaren. Wenn Sie damit einverstanden sind, wird das Interview mit einem Diktiergerät aufgenommen und die Inhalte werden verschriftlicht und anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf Sie als Person möglich sind. Es kann sein, dass ich mir nebenbei noch Notizen mache, lassen Sie sich davon bitte nicht irritieren.

Ich studiere Pflegewissenschaft an der Universität Wien und im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema der Übertherapie bei onkologisch-terminalen Patient*innen. Die Übertherapie beschreibt medizinische oder pflegerische Maßnahmen, die – mit oder ohne konkretes Ziel – durchgeführt werden, aber keinen Nutzen für die Patient*innen haben. Die Entscheidungsfindung im Kontext der Onkologie findet häufig im Spannungsfeld zwischen kurativen und palliativen Ansätzen statt. Pflegefachpersonen leisten mit ihrer originären Perspektive einen wesentlichen Beitrag im Rahmen dieser Entscheidungsprozesse. Speziell Ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen hinsichtlich Übertherapie bei terminal-onkologischen Patient*innen im stationären Bereich sollen dabei im Fokus stehen. Es ist die Durchführung von rund 10 Interviews geplant, um die Erfahrungen von Pflegefachpersonen bei Entscheidungsfindungen für terminal-onkologische Patient*innen hinsichtlich Übertherapie besser zu verstehen. Die Einverständniserklärung haben Sie bereits erhalten, haben Sie dazu oder zum Interview jetzt noch Fragen? (...)

Ich würde Sie bitten, wenn sie im Moment keine Fragen mehr zum Forschungsprojekt haben, diese zu unterschreiben.

[Unterschrift Informed Consent]

Vielen Dank. Ich werde Ihnen nun zu Beginn des Interviews ein Fallbeispiel/eine Fallvignette, passend zum Thema, vorlegen, das/die Sie bitte lesen sollen. Darin wird die Darstellung einer

Situation beschrieben, welche auf einer onkologischen Station stattfindet und sich mit dem Thema der Übertherapie befasst. Ich werde Sie im Anschluss bitten, dass Sie mir Ihre Gedanken, Ideen, Reaktionen bzw. alles, was Ihnen dabei in den Kopf kommt, mitzuteilen. Es ist noch wichtig zu erwähnen, dass es dabei keine richtigen oder falschen Antworten gibt und jede Aussage oder jeder Gedanke geäußert werden soll.

Ich lege Ihnen nun die Fallvignette vor und würde Sie bitten diese zu lesen.

[Vorlegen der Fallvignette]

Ich werde das Diktiergerät nun einschalten.

[Start der Tonbandaufzeichnung]

Sie haben nun die Fallvignette gelesen:

- Was geht Ihnen dabei spontan durch den Kopf?
 - Bzw. welche Gedanken haben Sie dazu?
 - Welche Gefühle hat das Lesen der Situation bei Ihnen hinterlassen?

Übergang in die Hauptphase

Erleben

- Inwieweit haben Sie in Ihrer klinischen Praxis ähnliche Situationen mit Patient*innen am Lebensende erlebt, in denen es um Übertherapie ging? Können Sie mir bitte die eine oder andere Situation kurz schildern?
 - Woran haben Sie in dieser Situation erkannt, dass es sich dabei um Übertherapie handelt? Was hat Sie so sicher gemacht?
 - Welches Gefühl löst es bei Ihnen aus, wenn eine Entscheidung zur Übertherapie getroffen wurde?

Rahmenbedingungen

- Wenn Sie an die konkreten Beispiele denken, über die wir gerade gesprochen haben: Wie kommt es Ihrer Erfahrung nach dazu, dass Patient*innen am Lebensende zu viel und unnütze Therapie erhalten?

- Welche Faktoren begünstigen/behindern die Durchführung von Maßnahmen der Übertherapie in den genannten Beispielen, aber auch in anderen Situationen?
- Welche Rahmenbedingungen hindern Sie daran, um für Sie gute und richtige Entscheidungen für terminale, onkologische Patient*innen treffen zu können?
 - Welche Rahmenbedingungen müssen geändert werden, damit richtige Versorgungsentscheidungen getroffen werden?

Kommunikation

- Wo und wann werden Entscheidungen rund um die Therapie am Lebensende getroffen?
 - Wer trifft Ihrer Erfahrung nach diese Entscheidungen?
 - Wo und wann kann eine mögliche Übertherapie angesprochen werden?
- Wie erleben Sie Ihr Gegenüber (z.B. Ärzt*innen oder Kolleg*innen), wenn Sie Ihre Sichtweise bei patientenbezogenen Entscheidungen am Lebensende einbringen oder einbringen wollen?
 - Inwiefern wird nach Ihrer Meinung/Sichtweise gefragt?
 - Wie wird in der interprofessionellen Kommunikation mit kritischen Gedanken oder Fragen umgegangen?
- Welche Faktoren fördern oder behindern Ihrer Erfahrung nach die Kommunikation zwischen Pflege und Medizin oder anderen Berufsgruppen im interprofessionellen Team in Bezug auf Übertherapie am Lebensende?
 - Welchen Einfluss hat dabei die persönliche Beziehung zum Gegenüber (Patient*in/Ärzt*in), wenn Entscheidungen getroffen werden?
- Wie wird im Team sowie in der Kommunikation mit Patient*innen und Angehörigen das Thema End-of-Life Care in der Onkologie angesprochen?
 - Welche Rolle spielen Ihrer Erfahrung nach die Angehörigen/Anvertrauten bei der Entscheidungsfindung?

Die Rolle der Pflegeperson

- Wenn Sie nochmal an die Fallvignette denken, welche Rolle würden dabei Sie in der Entscheidungsfindung einnehmen?
 - Inwiefern bringen Sie sich bei Entscheidungen von Patient*innen ein?
 - Welche Meinung hat Ihrer Erfahrung nach besonderes Gewicht, und warum?

- Inwieweit spielt bei Entscheidungen zum Therapieverlauf die Erfahrung/das Erfahrungswissen eine Rolle?
- Wie nehmen Sie die Rolle der Patient*innen und der Angehörigen wahr?
 - Zeigen sich bestimmte Verhaltensmuster? Wenn ja, welche?
- Welche Haltung nehmen Sie ein, wenn es um Versorgungsentscheidungen/Entscheidungen zum Therapieverlauf für Patient*innen geht?
 - Wie treten Sie den Patient*innen gegenüber, an denen Sie nicht notwendige Maßnahmen durchführen? Bzw. wie geht es Ihnen dabei? Bzw. verhalten Sie sich anders als anderen Patient*innen gegenüber?
- Denken Sie, dass Sie als Frau/Mann/nicht binäre Person anders in Versorgungsentscheidungen durch Ihr Gegenüber eingebunden werden?
 - Welchen Einfluss hat Ihrer Erfahrung nach das Geschlecht der Pflegefachperson auf die Kommunikation?

Unterstützung und Ressourcen

- Wie können Ihre Kolleg*innen, Stationsleitung/Stellvertretung Sie in Situationen, in denen es um Übertherapie am Lebensende geht unterstützen? Bzw. welche Aufgaben übernehmen sie? Bzw. welche Rolle übernehmen sie?
 - Inwieweit treffen Sie bei pflegerischen Kolleg*innen auf Verständnis, wenn Sie erkennen, dass es sich um Übertherapie handelt und dies ansprechen?
- Inwieweit werden Situationen, wie jene, die in der Fallvignette beschrieben wurde, oder Entscheidungen im pflegerischen Team besprochen?
 - Gibt es Supervision oder Teamsitzungen, wo die von Ihnen geschilderten Situationen/Beispiele nochmal besprochen werden? Wer ist daran beteiligt? Wie läuft das ab?
 - Welche Strategien könnten helfen, um kritische Fragen und Meinungen im Team besser einzubinden?

Abschlussphase

Wenn Sie nochmal an das Fallbeispiel denken:

- Was müsste geändert werden, damit das Fallbeispiel anders geendet hätte?
- Was wünschen Sie sich hinsichtlich dieses Themas?
- Möchten Sie zum Abschluss noch etwas besonders Wichtiges erzählen, was bis jetzt noch nicht erzählt wurde?

**Allgemeine Nachfragen:**

- Könnten Sie das bitte noch einmal konkretisieren in Bezug auf die Übertherapie am Lebensende?
- Fällt Ihnen dazu ein Beispiel ein?
- Wie schätzen Sie das in Bezug auf die Fallvignette, die Sie am Anfang gelesen haben, ein?
- Oder in Bezug auf die Beispiele, die Sie am Anfang aus Ihrer beruflichen Erfahrung erzählt haben?

Ausblick:

Ich möchte mich recht herzlich bei Ihnen für das wertvolle Gespräch bedanken. Wenn Sie an den Ergebnissen der Masterarbeit interessiert sind, dann geben Sie mir Bescheid und ich kann Ihnen die Ergebnisse zukommen lassen.

[Ende der Tonbandaufzeichnung]

[Kontakt wird hinterlegt]

[Erhebung sozio-demografischer Daten]

Gegebenenfalls nicht aufgezeichnete Inhalte nach dem eigentlichen Interview protokollieren und Einverständnis dazu mündlich einholen.