

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Pflege und Management

Masterthesis

**Onkologische Pflegeberatung zum Zeitpunkt der  
chirurgischen Brustkrebstherapie aus Sicht von  
Betroffenen**

**Vorgelegt von:**

Sandra Nobmann

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Master of Science Pflege

Betreuende Prüferin: Frau Prof. Dr. Uta Gaidys

Zweite Prüferin: Frau Dr. Ulrike Michaelis

Vorgelegt am: 13.08.2024

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>6</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>7</b>
1.1 Problembeschreibung .....	7
1.2 Fragestellung .....	8
1.3 Zielstellung.....	9
<b>2 Erkenntnistheoretischer Hintergrund.....</b>	<b>9</b>
<b>3 Methodisches Vorgehen.....</b>	<b>13</b>
3.1 Explikation des Vorverständnisses.....	13
3.1.1 Vorverständnis durch die Literatur .....	14
3.1.2 Vorverständnis durch Provokation im Dialog .....	16
3.2 Datenerhebung .....	17
3.3 Datenauswertung.....	20
3.4 Forschungsethik und Datenschutz.....	21
3.5 Einhaltung von Gütekriterien.....	23
<b>4 Ergebnisse.....</b>	<b>24</b>
4.1 Angaben zu den Dialogen und Teilnehmerinnen .....	24
4.2 Grundlegende Bedeutung der Interviews.....	26
4.3 Verständnis der Teilnehmerinnen von onkologischer Beratung zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation .....	27
4.4 Vertieftes und erweitertes Verständnis von den Erfahrungen, die Betroffene mit Pflegeberatung machen .....	29
4.4.1 Hilfreich erlebte Aspekte für die Bewältigung.....	31
4.4.2 Bedeutsame Beratungsinhalte .....	34
4.4.3 Verbesserungspotenziale in der Beratung .....	40
4.4.4 Erweitertes und angepasstes Verständnis der Forscherin .....	44

<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>Limitationen .....</b>	<b>50</b>
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerungen.....</b>	<b>52</b>
	<b>Literatur.....</b>	<b>55</b>
	<b>Erklärung.....</b>	<b>61</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>I</b>
	Rechercheverlauf zu Pflegeinterventionen im Rahmen der chirurgischen Brustkrebstherapie .....	I
	Ethikvotum .....	II
	Muster des Informationsschreibens .....	III
	Muster der Einwilligungserklärung .....	IV
	Interviewleitfaden .....	V
	Interviewtranskript I_691 .....	VI
	Interviewtranskript I_575 .....	XVII
	Interviewtranskript I_305 .....	XXXIX
	Beispiel für Ergebnissynthese und Kategorienbildung .....	LVII

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AI	artificial intelligence (Englisch für „künstliche Intelligenz“)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
bzw.	beziehungsweise
CINAHL	Cumulated Index to Nursing & Allied Health Literature
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DGS	Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
et al.	et alii (Latein für „und andere“)
e.V.	eingetragener Verein
f.	folio (Latein für „auf der folgenden Seite“)
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (Englisch für „bevorzugte Berichtselemente für systematische Reviews“)
PubMed	Public Medline
RCT	randomized controlled trial (Englisch für „randomisiert kontrollierte Studie“)
S.	Seite
u.a.	unter anderem
z.B.	zum Beispiel
ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verstehen und Verständnis im hermeneutischen Zirkel 1 .....	11
Abbildung 2: Verstehen durch Horizontverschmelzung im Dialog .....	12
Abbildung 3: Verstehen und Verständnis im hermeneutischen Zirkel 2 .....	12
Abbildung 4: Themenbereiche für ein vertieftes und erweitertes Verständnis .....	30
Abbildung 5: Themen für hilfreich erlebte Aspekte für die Bewältigung.....	31
Abbildung 6: Themen für bedeutsame Beratungsinhalte.....	34
Abbildung 7: Themen für Verbesserungspotenziale in der Beratung .....	41

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Studien und Ergebnisse zu pflegerischen Interventionen bei Frauen, die sich einer Brustkrebsoperation unterziehen.....	15
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien .....	19
Tabelle 3: Soziodemografische Daten der Teilnehmerinnen.....	25
Tabelle 4: Behandlungsbezogene Daten der Teilnehmerinnen.....	25

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Pflegeberatungen haben sich in der Betreuung von Frauen, die sich einer Brustkrebsoperation unterziehen, etabliert. Die angstreduzierende Wirksamkeit einer Pflegeberatung zu vordefinierten Themen ist nachgewiesen (Fan et al., 2021). Wie Pflegeberatung erlebt wird und was für die Patientinnen von Bedeutung ist, wurde bisher kaum untersucht.

**Ziel:** Diese Interviewstudie soll das Erleben von Betroffenen im Zusammenhang mit onkologischer Pflegeberatung erfassen. Daraus sollen sich Implikationen für eine bestmögliche Betreuung von Brustkrebspatientinnen ableiten lassen.

**Methodik:** Es wurden  $n = 10$  leitfadengestützte Interviews mit Brustkrebspatientinnen geführt. Die Dialoge wurden nach den fünf Schritten der von Gaidys und Fleming (2005) beschriebenen hermeneutischen Textanalyse ausgewertet.

**Ergebnisse:** Es konnten *hilfreich erlebte Aspekte für die Bewältigung, bedeutsame Beratungsinhalte sowie Verbesserungspotenziale in der Beratung* aus Sicht der Betroffenen identifiziert werden. Hilfreich werden vor allem ein empathischer Umgang und gutes Informationsmaterial wahrgenommen. Inhaltlich spielen insbesondere mögliche Therapiefolgen sowie Empfehlungen zum Umgang mit diesen eine bedeutsame Rolle. Verbessern ließe sich die Pflegeberatung durch eine frühzeitigere Gesprächsmöglichkeit, idealerweise noch vor dem Klinikaufenthalt mit der Operation.

**Schlussfolgerung:** Pflegende mit hoher Fach- und Beratungskompetenz können Frauen mit Brustkrebs gezielt bei der Krankheitsbewältigung unterstützen. Für die Evaluation und Weiterentwicklung etablierter Beratungskonzepte sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich, die ebenfalls das subjektive Erleben von Brustkrebspatientinnen untersuchen.

Schlüsselwörter: *Pflegeberatung, Brustkrebsoperation, Sichtweise von Patientinnen*

## Abstract

**Background:** Nurse counseling is a well-established practice in caring for patients undergoing breast cancer surgery. Research has shown that nurse counseling on predefined topics effectively reduces anxiety (Fan et al., 2021). However, there has been limited investigation into how patients experience this counseling and what they find most important.

**Aim:** This interview study seeks to understand patients' experiences with oncological nurse counseling and use these insights to derive implications for improving breast cancer patient care.

**Methods:** n = 10 guideline-based interviews with breast cancer patients were conducted. The dialogues were evaluated by using the five-step hermeneutical text analysis method described by Gaidys and Fleming (2005).

**Results:** The analysis revealed *helpful coping aspects, significant counseling topics, and areas for counseling improvement* from the patients' perspective. Above all, patients valued empathetic interactions and good information materials. Key counseling topics included potential consequences of therapy and recommendations for managing them. Nurse counseling could be improved by offering earlier opportunities to talk, ideally before hospital admission.

**Conclusion:** Nurses with high levels of expertise and counseling skills can provide targeted support to help women with breast cancer cope with their disease. Further research is required to evaluate and refine established counseling concepts, with a particular focus on breast cancer patients' subjective experiences.

**Keywords:** *Nurse counseling, breast cancer surgery, patient perspective*

# 1 Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Weltweit ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen (Hernandez et al., 2023). Laut dem Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) erkranken in Deutschland jährlich rund 70.000 Frauen neu an Brustkrebs (ZfKD, 2022), während die Erkrankung bei Männern mit 1 % aller Neuerkrankungen selten auftritt (ZfKD, 2022). Das bedeutet, dass in Deutschland etwa eine von acht Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs erkrankt (Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), 2023). Die Heilungschancen für Brustkrebs liegen für die Betroffenen bei 86 % (Hernandez et al., 2023). In diesem Kontext gilt die frühzeitige operative Tumorsektion gemäß Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) als Primärtherapie (AWMF, 2021). Gerade Frauen, die sich einer Brustkrebsoperation unterziehen, sind nicht nur mit der noch frischen Krebsdiagnose konfrontiert, sondern auch mit Ängsten und möglichen Einschränkungen und Belastungen im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff und entsprechenden Therapiefolgen (Holtgräwe et al., 2007). Dazu zählen beispielsweise Körperbildveränderungen, die bei Frauen einen negativen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben können (Słowik et al., 2017).

Für eine optimale Behandlung und Beratung haben sich Brustkrebszentren in den Krankenhäusern etabliert, die besondere Zertifizierungsanforderungen erfüllen müssen (Ortmann et al., 2018). Die Anforderungen an den pflegerischen Bereich sind in den jährlichen Erhebungsbögen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) beschrieben. Auch in Leitlinien zur Behandlung von Brustkrebs wird Pflegefachpersonen eine besondere Rolle in der psychosozialen Begleitung der Betroffenen zugeschrieben (AWMF et al., 2021). Das pflegerische Potenzial liegt hier in einer professionellen Pflegeberatung, deren Hauptziel es ist, eine Bewältigung von Problemsituationen auf somatischer, psychischer und sozialer Ebene zu ermöglichen (Engel, 2020, S. 37 f.). In Brustkrebszentren müssen für die pflegerische Betreuung die krankheitsspezifischen Besonderheiten in einem onkologischen Pflegekonzept berücksichtigt, und fachspezifische Beratungsbedarfe definiert werden. (DKG & DGS, 2023, S. 19 f.). Zudem ist der nachweisliche Einsatz von onkologisch Zusatzqualifizierten Fachpflegepersonen zur Ermittlung individueller Beratungsbedarfe sowie zur



Durchführung strukturierter Beratungsgespräche Voraussetzung für eine Zertifizierung als Krebszentrum (DKG & DGS, 2023, S. 19). Strukturierte Beratungsgespräche dienen vor allem der Berücksichtigung bedeutsamer Aspekte aus Sicht von Expert:innen. Bei Brustkrebspatientinnen werden beispielsweise der Umgang mit der Körperbildveränderung infolge der operativen Therapie und der Umgang mit anderen erwarteten krankheits- oder therapiebedingten Symptomen fokussiert. Dazu bildet z.B. die AWMF-Leitlinie zur supportiven Therapie (AWMF et al., 2020) den Bezugsrahmen für relevante Inhalte. Gleichzeitig dient die Leitlinie als Nachschlagewerk für evidenzbasierte Antworten auf Fragen hinsichtlich der Bewältigung oder Linderung häufig vorkommender krankheits- oder therapiebedingter Folgen. Vorstrukturierte und definierte Beratungsinhalte können allerdings auch im Widerspruch zu den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen stehen. Frauen mit Brustkrebs wünschen sich in der Phase der chirurgischen Therapie vor allem eine angstreduzierende emotionale Unterstützung in Verbindung mit bedürfnisgerechter Kommunikation von Pflegenden (Pinkert et al., 2008). Zwar ist die angstreduzierende Wirksamkeit von personenzentrierten Betreuungskonzepten in Kombination mit gezielter Edukation zu vorstrukturierten Themen nachgewiesen (Fan et al., 2021), allerdings fehlt es an Kenntnissen zu individuellen Erfahrungen mit einer in Anspruch genommenen Pflegeberatung aus Sicht der Betroffenen. Es ist unklar, was während dieser Therapiephase von den Frauen als hilfreich für die Bewältigung wahrgenommen wird, welche Themen von Bedeutung sind und was möglicherweise bei retrospektiver Betrachtung noch hilfreich gewesen wäre. Diese Kenntnisse sind jedoch erforderlich, damit Pflegende nicht allein aus fachlicher Perspektive, sondern auf Basis eines verstehenden Zugangs betroffene Frauen bei der Bewältigung der individuellen Situation gezielt unterstützen können (Schrems, 2018). Ein solches hermeneutisches Fallverstehen ist grundlegend für die Umsetzbarkeit einer prognoseorientierten Beratung, die wiederum als pflegeprofessionelle Aufgabe zu verstehen ist (Bartholomeyczik, 2007).

## **1.2 Fragestellung**

Die zuvor dargestellte Problembeschreibung lässt Fragen hinsichtlich des Erlebens onkologischer Pflegeberatung offen. Es gilt zu beantworten, wie Beratung durch Pflegende aus Sicht von Brustkrebspatientinnen wahrgenommen wird, was als hilfreich für die Bewältigung erlebt wird und welche Beratungsinhalte für die

Betroffenen von Bedeutung sind. Um ein Verständnis hiervon entwickeln zu können, stellt bereits die Entwicklung der Fragestellung den Zugang zum Verstehen dar. Die Forschungsfrage lautet:

### **Wie erleben Frauen mit Brustkrebs die onkologische Pflegeberatung zum Zeitpunkt der chirurgischen Behandlung?**

Zur Beantwortung der leitenden Forschungsfrage werden folgende Fragestellungen operationalisiert:

- Wie verstehen Frauen mit Brustkrebs onkologische Pflegeberatung?
- Welche Aspekte werden von Betroffenen als hilfreich für die Bewältigung erlebt?
- Welche Beratungsinhalte haben für die Betroffenen eine besondere Bedeutung?
- Wie ließe sich die Beratung künftig verbessern?

#### **1.3 Zielstellung**

Die Untersuchung soll die Entwicklung eines tieferen Verständnisses für die Erfahrung, die Brustkrebspatientinnen mit einer onkologischen Pflegeberatung machen, ermöglichen. Daraus sollen sich Implikationen für die onkologische Pflegepraxis bzw. für eine bestmögliche Betreuung von Brustkrebspatientinnen ableiten lassen.

Der Erkenntnisgewinn der Arbeit soll einen Beitrag zur optimalen Gestaltung von pflegerischen Beratungskonzepten leisten. Dabei liegt der Fokus auf einer gezielten Unterstützung von Brustkrebspatientinnen bei der Bewältigung der Krankheits- und Therapiefolgen auf Grundlage eines hermeneutischen Fallverständnisses.

## **2 Erkenntnistheoretischer Hintergrund**

Wie in der Zielstellung dargelegt, soll mit dieser Arbeit ein vertieftes Verständnis dafür entwickelt werden, wie Frauen zum Zeitpunkt einer Brustkrebsoperation die onkologische Beratung durch Pflegende wahrnehmen. Um dieses Ziel zu erreichen, stellt die Hermeneutik den methodologischen Bezugsrahmen für den Forschungsprozess dar. Leitend sind dafür die Überlegungen der philosophischen Hermeneutik nach Hans Georg Gadamer (2010), da hier Verständnis und Verstehen im Zentrum des Erkenntnisgewinns stehen. Auch das eigene Vorverständnis wird

dabei nicht ausgeblendet, sondern als Teil des Verstehensprozesses bewusstgemacht.

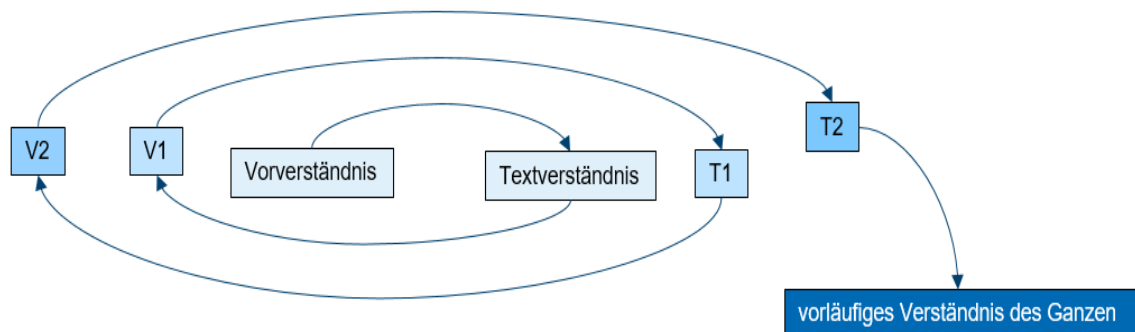
Das Erleben im Zusammenhang mit einer Brustkrebsoperation, das Wahrnehmen entsprechender Beratung sowie deren Bedeutung für eine Unterstützung der Problembewältigung sind für Betroffene sehr individuell. Diese Erfahrungen sind in Hinsicht auf die Konzeptionierung und Durchführung von onkologischen Pflegeberatungen bisher unzureichend untersucht (siehe Kapitel 1.1).

Das Forschungsvorhaben zielt darauf ab, ein erweitertes Verständnis davon zu entwickeln, wie Beratung zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation von Betroffenen wahrgenommen wird und welchen Aspekten eine besondere Bedeutung für die Bewältigung zugesprochen wird. Die Hermeneutik stellt an dieser Stelle nicht das konkrete methodische Vorgehen dar, sondern vielmehr den für die Arbeit zugrundeliegenden erkenntnistheoretischen Bezugsrahmen. Es soll entsprechend dargelegt werden, wie der Prozess des Verstehens erfolgt. Ein tieferes Verständnis entwickelt sich im Kontext hermeneutischer Überlegungen durch Verstehen im Dialog (Gadamer, 2010, S. 392).

Diese Annahme bestimmt auch das Vorgehen im Hinblick auf die Datenerhebung und Datenauswertung, die in Kapitel 3 näher beschrieben werden. Für die vorliegende Arbeit bilden Interviewgespräche und die entsprechend transkribierten Dialoge zwischen Studienteilnehmerinnen und Forscherin das Sprachmaterial. Dabei sind die Dialoge selbst, aber auch die transkribierten Dialoge in Textform im Sinne der hermeneutischen Vorgehensweise zentral für das Verstehen und die Entwicklung eines vertieften Verständnisses. Damit die Entwicklung dieses Verständnisses nachvollziehbar wird, ist es erforderlich, auf die hermeneutische Zirkelstruktur des Verstehens einzugehen. Der hermeneutische Zirkel bezieht sich auf den Interpretationsprozess im Rahmen des Verstehens. Nach Gadamer (2010, S. 271) wird ein Text mit einer gewissen Erwartung auf der Grundlage des eigenen Vorverständnisses gelesen. Das Vorverständnis beeinflusst ebenfalls das Verstehen der Sprache im Dialog und ist durch Vorurteile auf Seiten der zuhörenden / interpretierenden Person geprägt. Gadamer (2010, S. 275) beschreibt Vorurteile jedoch nicht als grundsätzlich negativ, sondern sieht in ihnen auch eine wesentliche Voraussetzung für Verstehen. Vorurteile stellen also auch ein für den Verstehensprozess relevantes Vorwissen dar. Entscheidend sei vielmehr das Bewusstmachen und die Reflexion eigener Vorurteile, da lediglich unbewusste und

unreflektierte Vorurteile die Entwicklung eines Verständnisses behindern (Gadamer 2010, S. 272). Für das geplante Forschungsvorhaben bedarf es daher einer reflektierten Darlegung von Vorurteilen auf Seiten der Forscherin, um diese im Verstehensprozess transparent zu machen. Die Explikation des Vorverständnisses im Kontext dieser Arbeit erfolgt in Kapitel 3.

Im hermeneutischen Zirkel werden die Erwartungen und das Vorverständnis durch das Zuhören im Dialog und das Lesen und Interpretieren eines Textes vertieft und zu einem erweiterten Verständnis angepasst. Für dieses Forschungsvorhaben soll die nachfolgende Abbildung 1 in Anlehnung an Danner (2006, S. 57) diese hermeneutische Zirkelstruktur veranschaulichen.

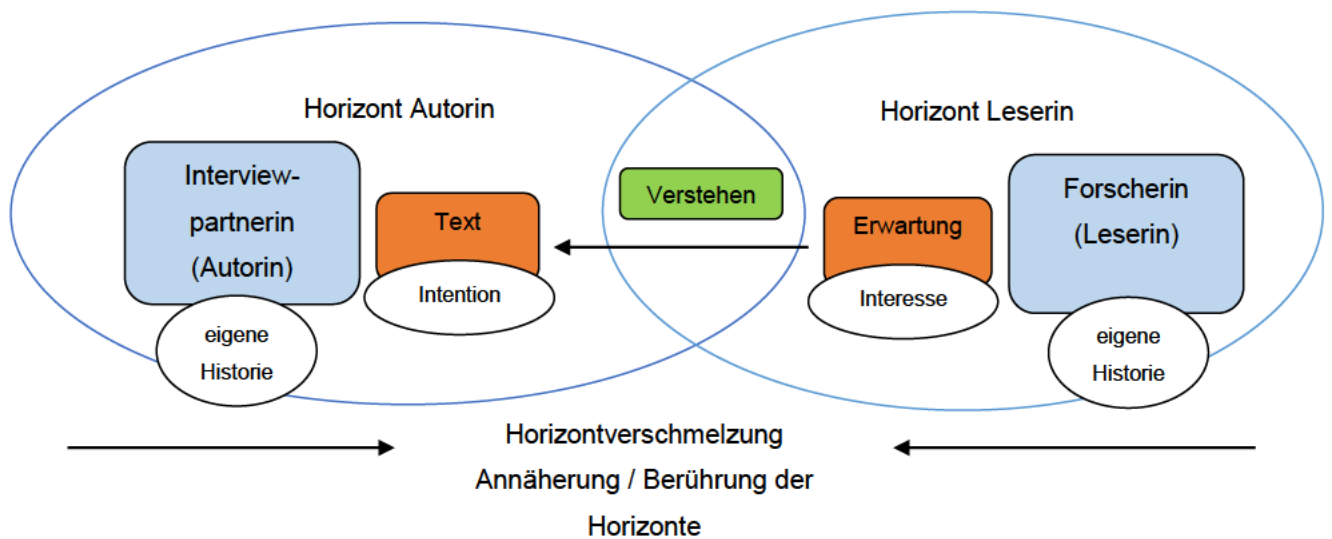


**Abbildung 1: Verstehen und Verständnis im hermeneutischen Zirkel 1**

V1 stellt dabei das erweiterte Verständnis durch Verstehen im Dialog mit den Interviewpartnerinnen dar, und V2 das erweiterte Verständnis durch Verstehen im Dialog mit dem Text im Rahmen der hermeneutischen Textanalyse.

T1 stellt das erweiterte Textverstehen durch V1, und T2 das vertiefte Textverstehen durch V2 dar.

Auch führt die Verschmelzung der Horizonte von der jeweiligen Interviewpartnerin (Autorin) und Forscherin (Leserin) nach Gadamer (2010, S. 311) zu einem weiterentwickelten Verständnis. Hiernach findet Verstehen dann statt, wenn es im Dialog zu einer Horizontverschmelzung kommt, wobei der gegenwärtige Horizont nicht ohne die Vergangenheit geschaffen werden kann. Das bedeutet, dass für ein gegenwärtiges Verständnis immer auch die Historie einbezogen werden muss (Gadamer 2010, S. 311). Diese Verschmelzung demonstriert Abbildung 2 auf der folgenden Seite.

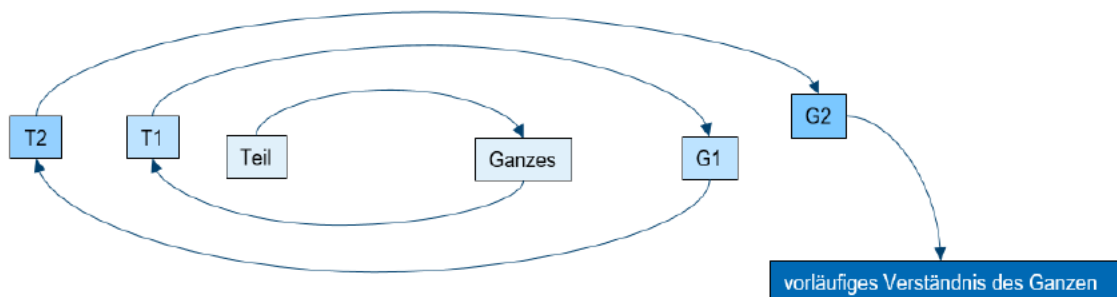


**Abbildung 2: Verstehen durch Horizontverschmelzung im Dialog**

Die Horizontverschmelzung soll dabei möglichst kontrolliert erfolgen (Gadamer, 2010, S. 312). Infolgedessen wird innerhalb des Forschungsprozesses die eigene Historie, also der eigene persönliche und berufliche Hintergrund, bewusst reflektiert und mit aktuellen Erkenntnissen und dem eigenen Vorverständnis verknüpft. Zugunsten des Erkenntnisgewinns wird für die vorliegende Arbeit die Horizontverschmelzung durch Formulierung von operationalisierten Fragestellungen bewusst begrenzt (Gadamer 2010, S. 369).

Gadamer (2010, S. 296) beschreibt weiterhin, wie das Verständnis des Ganzen durch das Verständnis seiner Teile und wiederum dieses Verständnis der Teile durch das Verständnis des Ganzen beeinflusst wird. Die Entwicklung des Verständnisses stellt einen theoretisch endlosen Verstehensprozess dar.

Auch diese Entwicklung von Verständnis lässt sich anhand der hermeneutischen Zirkelstruktur nach Danner (2006, S. 60) gut darstellen.



**Abbildung 3: Verstehen und Verständnis im hermeneutischen Zirkel 2**

Als Teil sind Worte oder Sätze des Dialogs zu verstehen. T1 stellt den vom Ganzen her interpretierten Teil dar, und G1 den vom Teil her interpretierter Teil. G2 ist entsprechend der von T2 her interpretierte Teil, und T2 der von G1 her interpretierte Teil. Für das Forschungsvorhaben bedeutet der hermeneutische Zirkel, dass sich das Verständnis während des gesamten Forschungsprozesses weiterentwickeln wird. Jedes Interview wird im Kontext des Verstehensprozesses Einfluss auf das nächste Interview und die Auswertung des Textmaterials haben. Zudem werden die Ergebnisse der Arbeit lediglich ein vorläufiges tieferes Verständnis bzw. Verständnis des Ganzen darstellen. Mit der philosophischen Hermeneutik nach Gadamer (2010), als theoretischen Bezugsrahmen für diese Arbeit, wird die Voraussetzung zur Entwicklung eines tieferen Verständnisses hinsichtlich des Erlebens einer onkologischen Pflegeberatung geschaffen. Die Orientierung an einer hermeneutischen Vorgehensweise kann es ermöglichen, bedeutsame Aspekte für die Gestaltung von onkologischen Pflegeberatungskonzepten aus der Sicht von Frauen mit Brustkrebs zum Zeitpunkt der chirurgischen Therapiephase zu identifizieren.

### **3 Methodisches Vorgehen**

In diesem Abschnitt wird die Forschungsmethodik beschrieben. Hierfür wird in Hinsicht auf den methodologischen Bezugsrahmen zunächst das eigene Vorverständnis expliziert. Im Anschluss daran werden die Methoden der Datenerhebung und -auswertung, sowie die forschungsethischen Prinzipien für die vorliegende Arbeit benannt. Abschließend werden Gütekriterien aufgeführt, an denen sich das Forschungsvorhaben orientiert.

#### **3.1 Explikation des Vorverständnisses**

Nachfolgend soll das vorläufige Vorverständnis der Forscherin dargelegt werden, um entsprechende Ansichten und Gedanken bzw. Interpretationen im Verstehensprozess nachvollziehbarer zu machen. Dabei ist einem als Forscherin bewusst, dass sich das vorläufige Vorverständnis durch die Datenerhebung und -auswertung im Laufe des Forschungsprozesses weiterentwickeln wird und auch verändern kann. Zur Identifizierung des Vorverständnisses und etwaigen unbewussten Vorurteilen wurde zunächst eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um sich mit dem theoretischen Hintergrund auseinanderzusetzen. Zudem erfolgte eine bewusste Provokation des Vorverständnisses in einem Dialog.

### 3.1.1 Vorverständnis durch die Literatur

Eine systematische Literaturrecherche zu Pflegeinterventionen zum Zeitpunkt der chirurgischen Brustkrebstherapie sollte einen Überblick zum aktuellen Stand der Forschung verschaffen, sowie daraus resultierende Forschungsdefizite identifizieren. Die Rechercheergebnisse dienen im Zusammenhang mit dem persönlichen Vorverständnis auch der Problembeschreibung für die vorliegende Arbeit. Die Recherche wurde zwischen Oktober und Dezember 2023 in den Datenbanken PubMed (Public Medline), Cochrane und CINAHL (Cumulated Index to Nursing & Allied Health Literature) durchgeführt. Die unter der Nutzung von Trunkierungen und booleschen Operatoren sowie von MeSH-Terms verwendeten Schlagworte waren immer „nurs\* intervention“ OR „nurse\* program“ OR „nurse\* counselling“ AND „women with breast cancer“ AND „hospital“ OR „acute care“ AND „surgery“. Die Suche wurde erweitert durch einen Filter für Veröffentlichungen, die nicht älter als 10 Jahre sein sollten. Zudem wurde eine Google Scholar-Suche mit den Begriffen „nurse intervention“ und „breast cancer surgery“ durchgeführt. Darüber hinaus wurden die Literaturquellen bereits identifizierter Artikel bzw. der inspizierten Volltexte auf relevante Studien durchsucht und eine Handsuche in der Zeitschrift *Pflege*<sup>1</sup> vorgenommen. Es wurden Publikationen berücksichtigt, wenn a) die Studien auf einem quantitativen oder qualitativen Design basierten, b) die Intervention zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation (prä- und/oder postoperativ) durchgeführt wurde, c) die Intervention gezielt von Pflegefachpersonen durchgeführt wurde, d) die Intervention im stationären Kliniksetting stattfand, e) Frauen mit neu aufgetretenem Brustkrebs aller Stadien Zielgruppe der Intervention waren und f) die Studie auf Deutsch oder Englisch publiziert wurde. Der Rechercheverlauf nach dem PRISMA-Statement (Page et al., 2021) ist im Anhang dargestellt. Im Rahmen dieser systematischen Literaturrecherche konnten lediglich fünf Studien herangezogen werden, die sich insbesondere mit edukativen Pflegeinterventionen zum Zeitpunkt der chirurgischen Brustkrebstherapie beschäftigen haben. Dabei handelte es sich um vier randomisiert kontrollierte Studien (Cho et al. 2013; Fan et al. 2021; Freysteinson et al. 2015; Goldschmidt Mertz et al. 2017) und eine Korrelationsstudie (Ghaffari et al. 2020). Ein Überblick zu den einzelnen Studien und entsprechenden Intervention findet sich in Tabelle 1.

---

<sup>1</sup> Es handelt sich hier um *Pflege* - die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe von Hogrefe. Weitere Informationen unter URL: <https://www.hogrefe.com/ch/zeitschrift/pflege>

**Tabelle 1: Studien und Ergebnisse zu pflegerischen Interventionen bei Frauen, die sich einer Brustkrebsoperation unterziehen**

Referenz / Jahr	Land	Sample	Design	Form der Intervention	Instrument(e)	Zentrale Ergebnisse
Cho et al., 2013	USA	145	RCT	1) präoperative Edukation und Informationsmaterialien 2) Tragen eines speziellen Kittels 3) Kombination von 1+2	Postmastectomy Activity Scale (PAS) Body Image Scale (BIS) Postmastectomy Gown Comfort Instrument (PMGCI) Breast Cancer Knowledge Questionnaire (BCKQ) Armmumfangmessung	Intervention verbessert das krankheitsbezogene Wissen, das Komfortgefühl sowie körperliche Aktivität und senkt die Inzidenz von Lymphödemen; die Kombination beider Interventionen verstärkt die Effekte; kein Effekt der Intervention(en) auf das Körperbild
Fan et al., 2021	China	256	RCT	Vertrauensbasierte Bezugspflege und Informationsmaterial	Bestimmung von ACTH und Kortisol (Stresshormone) Piper Fatigue Scale (PFS) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) Hamilton Anxiety Scale (HAMA) Hamilton Depression Scale (HAMD)	Signifikant verbesserte Werte bezogen auf Stresslevel, Fatigue, Schlafqualität, Angst, Depression im Vergleich zur Kontrollgruppe; keine Gruppenunterschiede bezüglich postoperativer Komplikationen
Freysteinson et al., 2015	USA	19	RCT	Präoperative Edukation zur Vorbereitung der Spiegelbetrachtung nach Brustkrebsoperation	Body Image Scale (BIS) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) 36-Item Short Form Survey (SF-36) Mirror Questionnaire	Verbessertes Körperbild und allgemeines Wohlbefinden postoperativ in der Interventionsgruppe
Ghaffari et al., 2020	Iran	275	Querschnitt	Patientenzentrierte Kommunikation	Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ) Patient Centred Communication Questionnaire (PCCQ)	Patientenzentrierte Kommunikation korreliert mit der Ausprägung von Körperbildstörungen.
Goldschmidt Mertz et al., 2017	Dänemark	50	RCT	Assessment-basiertes Symptomscreening mit entsprechender Pflegeberatung durch eine/n <i>Nurse Navigator</i>	Numeric Rating Scale (NRS) 0-10 Distress-Thermometer Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)	Disstress, Angst und Depression waren zwölf Monate nach Operation in der Interventionsgruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.



Es konnten edukative, patientenzentrierte und Hilfsmittel-basierte Pflegeinterventionen identifiziert werden. Diese konnten Angst, Depression und Disstress signifikant reduzieren sowie krankheitsbezogenes Wissen, körperliche Aktivität und Schlafqualität verbessern. Die Studien bestätigen das pflegerische Potenzial in der Krankheitsbewältigung von Frauen mit Brustkrebs. Unklar bleibt, welche Aspekte der pflegerischen Unterstützung von Betroffenen als besonders hilfreich wahrgenommen werden oder welche Bedürfnisse unberücksichtigt bleiben. Nach Sichtung der Literatur wurde hinsichtlich des eigenen Vorverständnisses daher die Annahme gestützt, dass das Erleben einer onkologischen Pflegeberatung bisher unzureichend untersucht wurde. Bedeutsame Aspekte und Themen aus Sicht von Frauen, die sich einer Brustkrebsoperation unterziehen, werden auf Literaturbasis nicht erklärt und lassen nur Spekulationen auf dem Boden eigener Annahmen zu.

### **3.1.2 Vorverständnis durch Provokation im Dialog**

Zur tieferen Auseinandersetzung mit dem Vorverständnis erfolgte, ergänzend zur Literaturrecherche, ein gemeinsamer Dialog mit onkologisch Fachpflegenden. In diesem wurde offen diskutiert, warum das Erleben onkologischer Beratung durch Pflegende ein Forschungsinteresse darstellt und welche persönlichen bzw. beruflichen Erfahrungen mit dem Thema gemacht wurden. Dabei ist das Vorverständnis der Forscherin bereits vor dem Dialog durch die eigene langjährige Berufserfahrung in der Pflege und Betreuung von u.a. onkologisch erkrankten Menschen geprägt. Durch den Dialog mit speziell onkologisch fachweitergebildeten Pflegenden sollten jedoch bewusst Vorurteile provoziert und aufgedeckt werden. Das auf Basis dieses Gesprächs identifizierte Vorverständnis beinhaltet die Ansicht, dass vollständig vorstrukturierte Beratungsgespräche für Frauen mit Brustkrebs nur begrenzt eine optimale Unterstützung der Situationsbewältigung ermöglichen können. Es wird davon ausgegangen, dass Informationsbedarfe unterschiedlich ausgeprägt, und Therapiefolgen, wie z.B. Körperbildveränderungen, individuell bewertet werden. Zudem wird vermutet, dass die Frauen während ihres Klinikaufenthaltes durch den Kontakt zu zahlreichen Personen aus verschiedenen Berufsgruppen mit einer Flut an Informationen konfrontiert sind. Es wird daher angenommen, dass Frauen zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation zwar oftmals gezielte Fragen haben, sie allerdings in der Situation nur eingeschränkt abschätzen und verbalisieren können, welche Unterstützung für die Bewältigung ihrer individuellen Probleme oder Belastungen

besonders hilfreich wäre. Als Grund hierfür wird die oftmals noch frische Krebsdiagnose mit entsprechenden Ängsten vermutet. Weiterhin können auch Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem Behandlungsablauf und den Operationsfolgen eine Rolle spielen. Das eigene Vorverständnis ist daher auch geprägt von der Annahme, dass sich die Pflegeberatung, trotz des Anspruchs an eine individualisierte Ausrichtung, überwiegend an vorstrukturierten Inhalten auf Basis von professionellen Expertenmeinungen orientiert. Die Durchführung der Beratungsgespräche findet daher stets im Spannungsfeld zwischen Informationsflut und Informationslücken statt.

Zugunsten einer bewussten Auseinandersetzung mit dem Vorverständnis und entsprechenden Vorurteilen wird im Laufe der Datenerhebung und -auswertung ein Forschungstagebuch geführt. Dieses soll mögliche Auswirkungen der Vorurteile auf die Dialoge und deren Interpretation bewusstmachen und ein möglichst reflektiertes Vorgehen im Forschungsprozess ermöglichen.

### **3.2 Datenerhebung**

Ein tieferes Verständnis von Phänomenen entwickelt sich im Kontext hermeneutischer Überlegungen durch Verstehen im Dialog (Gadamer, 2010, S. 392). Darauf basierend erfolgt die Datenerhebung für das Forschungsvorhaben anhand eines dialogischen Verfahrens. Zugunsten einer Orientierung an den für die Arbeit leitenden Fragestellungen wird der Dialog entsprechend strukturiert, ohne dabei die Offenheit als Grundprinzip qualitativer Forschung (Helfferich, 2011, S. 24) zu gefährden. Der Dialog findet daher im Rahmen semistrukturierter, leitfadengestützter Interviews mit Betroffenen statt. Die Fragen für den Leitfaden orientieren sich an den Forschungsfragen. Die Erstellung des Leitfadens folgt dem SPSS-Prinzip, wobei SPSS die Anfangsbuchstaben für die vier Schritte der Leitfadenerstellung steht, welche nachfolgend kurz erläutert werden.

- S – sammeln: Offenes Brainstorming zum Sammeln von Fragen
- P – prüfen: Fragen auf die Geeignetheit überprüfen; ungeeignete Fragen (geschlossene Fragen, reine Faktenabfragen, wertende Fragen, suggestive Fragen) werden gestrichen

- S – sortieren: Die verbliebenen Fragen sortieren - nach offenen Erzählaufforderungen, Aufrechterhaltungsfragen und konkreten Nachfragen
- S – subsumieren: Fragen subsumieren, bzw. an entsprechender Stelle in den Leitfaden einordnen (Helfferich, 2011, S. 182 ff.)

Der Leitfaden für die Interviews findet sich im Anhang.

Die Interviewpartnerinnen werden für den Dialog in einen ungestörten Raum der Klinik eingeladen, in der sie chirurgisch behandelt und pflegerisch beraten wurden, um hier die Nähe zum Gegenstand als Gütekriterium qualitativer Forschung zu schaffen (Mayring 2016).

Aufgrund von Gadammers (2010) Überlegungen, dass sich Verständnis innerhalb einer hermeneutischen Zirkelstruktur entwickelt, richtet sich die Untersuchung nicht nach einer bestimmten festgelegten Anzahl von Interviewpartnerinnen. Da der Verstehensprozess im hermeneutischen Zirkel theoretisch endlos ist, wird mit der Arbeit keine theoretische Datensättigung<sup>2</sup> angestrebt. Der Fokus liegt vielmehr auf einem tiefgreifenden Verständnis und auf Informationsreichtum. Zugunsten eines solchen Informationsreichtums wird die Durchführung von 10 bis 12 Interviews anvisiert. Im Zuge der Auswahl von geeigneten Interviewpartnerinnen bzw. Rekrutierung soll sichergestellt werden, dass die Befragten<sup>3</sup> ihre Erfahrungen, Wahrnehmungen und Bewertungen im Zusammenhang mit ihrer Brustkrebsoperation und entsprechender Pflegeberatung ausführlich beschreiben können. Als primäres Einschlusskriterium gilt es, dass nur Frauen befragt werden, die mindestens eine onkologische Pflegeberatung durch eine onkologische Fachpflegeperson zum Zeitpunkt der chirurgischen Brustkrebsbehandlung erhielten. Weiterhin sollen Frauen befragt werden, deren Klinikaufenthalt mindestens zwei, aber nicht länger als zwölf Monate zurückliegt, um auf möglichst reflektierte, und trotzdem noch wenig verblasste Erinnerungen zurückgreifen zu können. Die Interviews sollen ausschließlich auf Deutsch erfolgen, sodass im Rahmen der Untersuchung nur solche Personen befragt

---

<sup>2</sup> Eine theoretische Datensättigung ist erreicht, wenn ausreichend Erkenntnisse für ein umfassendes Verständnis des untersuchten Phänomens gewonnen wurden und keine neuen Erkenntnisse die bisherigen verändern (Lamnek, 2005).

<sup>3</sup> Bei den Befragten handelt es sich um die Interviewpartnerinnen als Teilnehmerinnen; die Begriffe sind synonym zu verstehen und werden zur Vermeidung von Wortwiederholungen im Fließtext genutzt.

werden, die über (annähernd) muttersprachliche Kenntnisse verfügen. Es werden nur Frauen eingeschlossen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, da Minderjährige mit einer Brustkrebserkrankung als besondere Ausnahme gelten. Auch soll die Rekrutierung nicht durch ein Zustimmungserfordernis von Sorgeberechtigten verkompliziert und eine potenzielle Einflussnahme auf die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme verhindert werden. Bei den Befragten soll keine vorbestehende psychische oder psychiatrische Erkrankung bereits diagnostiziert sein, um den Einfluss entsprechender Belastungen auf das Erleben der Pflegeberatung auszuschließen. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 2 aufgeführt.

**Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien**

<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
Brustkrebserkrankung	psychische / psychiatrische Erkrankung
Brustkrebsoperation	Brustkrebserkrankung als Rezidiv
Dokumentation einer Pflegeberatung	
Vollendung des 18. Lebensjahres	
Beherrschen der deutschen Sprache	
Einwilligungsfähigkeit	

Ausschlusskriterien, die das Gegenteil der jeweiligen Einschlusskriterien darstellen, werden bewusst nicht nochmal explizit aufgeführt.

Der Zugang zu den Interviewpartnerinnen wird über die Regio Kliniken GmbH hergestellt, da hier auf Grundlage des Beschäftigungsverhältnisses der Forscherin auf entsprechende Kontakt- und Behandlungsinformationen von Patientinnen des Brustkrebszentrums zurückgegriffen werden kann. Hierdurch lassen sich für die Identifizierung geeigneter Teilnehmerinnen auch die Ein- und Ausschlusskriterien prüfen. Das Beschäftigungsverhältnis mit beruflicher Tätigkeit im Bereich der onkologischen Pflegeentwicklung wird nicht als Interessenkonflikt bewertet, sondern als nützliche Nähe zum Forschungsgegenstand betrachtet. Zu den potenziellen Interviewpartnerinnen bestand während des Klinikaufenthaltes kein Kontakt, sodass von einer ausreichenden Offenheit der Teilnehmerinnen ausgegangen wird. Alle geeigneten Interviewpartnerinnen werden telefonisch auf die Möglichkeit der Studienteilnahme hingewiesen. Bei diesem Erstkontakt wird die Möglichkeit gegeben, noch vor einer Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme, Fragen zu klären. Weiterhin werden den interessierten Teilnehmerinnen 48 Stunden Bedenkzeit

eingräumt und im Anschluss an das Telefonat ein schriftliches Informationsschreiben versandt. Darüber hinaus werden die potenziellen Interviewpartnerinnen informiert, dass ihre Teilnahme freiwillig ist und sie ihr Einverständnis jederzeit zurückziehen können. Ort und Zeitpunkt für das Interview werden mit den Teilnehmerinnen abgestimmt und entsprechend vereinbart. Die Interviews als Dialoge werden mit einem Rekorder digital aufgezeichnet und anschließend passwortgeschützt auf dem Computer der Forscherin gespeichert. Die Audiodateien werden mithilfe des AI-Assistenten des Softwareprogramms MAXQDA (2024) vollständig transkribiert, um eine Textanalyse durchführen zu können. Im Anschluss an die AI-basierte Transkription folgt eine Überprüfung der Transkripte durch die Forscherin. Im Bedarfsfall wird eine Korrektur mit leichter Sprachglättung nach den Transkriptionsregeln von Kuckartz (2014) vorgenommen. Drei exemplarische Interviewtranskripte werden im Anhang dieser Arbeit dargestellt.

### **3.3 Datenauswertung**

Die für das Forschungsvorhaben ausgewählte und nachfolgend beschriebene Auswertungsmethodik orientiert sich an der hermeneutischen Vorgehensweise. Hierfür werden die fünf Schritte der Textanalyse für ein Verstehen durch den Dialog in Anlehnung an Gaidys und Fleming (2005, S. 394) durchgeführt.

Diese Schritte werden nachfolgend erläutert:

**1) Untersuchung des Textes auf Aussagen (Sätze), die die fundamentale Bedeutung des Textes als Ganzes widerspiegeln.**

Der erste Schritt umfasst das Lesen aller Interviewtranskripte und die Zusammenfassung der grundlegenden Bedeutung für zunächst jedes Interview und dann für das gesamte Textmaterial.

**2) Es werden Textpassagen (Sätze) ausgewählt, die das Verständnis der Teilnehmerinnen hinsichtlich des zu untersuchenden Phänomens darstellen.**

In jedem Transkript wird ein von den Befragten geäußertes Satz ausgewählt, der das Verständnis von Pflegeberatung zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation der Teilnehmerinnen erfasst. Hier kommt es zur Horizontverschmelzung von Forscherin und Teilnehmerinnen.

**3) Es werden alle Sätze auf ihre Bedeutung für den Forschungsgegenstand analysiert.**

In dem Schritt werden Themen als vorläufige induktive Kategorien für ein eigenes vertieftes Verständnis identifiziert und einem endgültigen Kategoriensystem zugeordnet.

**4) Es werden Satzpassagen den im Schritt 3 identifizierten Themen bzw. Kategorien zugeordnet und in Beziehung zu der Bedeutung des Ganzen gesetzt.**

Hier werden die Teile in Beziehung zum Ganzen gesetzt, was innerhalb der in Kapitel 2 dargestellten hermeneutischen Zirkelstruktur zu einem erweiterten Verständnis führen soll.

**5) Es werden Textpassagen (Sätze) identifiziert, die für die Beantwortung der Forschungsfragen repräsentativ sind.**

Die entsprechend ausgewählten Aussagen werden als Originalzitate im Ergebnisteil dieser Arbeit dargestellt.

Für die Auswahl von Textpassagen und Identifizierung von Themen als Kategorien wird ebenfalls MAXQDA (2024) genutzt. Die Software soll das Markieren und Wiederauffinden von bedeutsamen Aussagen in den Transkripten unterstützen sowie die induktive Kategorienbildung durch Codieren von Textstellen erleichtern.

### **3.4 Forschungsethik und Datenschutz**

Grundsätze der Forschungsethik sind im Ethikkodex der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) beschrieben (Stemmer & Bartholomeyczik, 2017). Die forschungsethischen Grundsätze sind für das Forschungsvorhaben leitend und werden entsprechend beachtet. Einige dieser Grundsätze sind der Schutz der Würde, der Rechte, der Sicherheit und des Wohlergehens der Teilnehmerinnen. Voraussetzung hierfür ist eine uneingeschränkte Freiwilligkeit und eine informierte und autonome Entscheidung zur Teilnahme. Die potenziellen Interviewpartnerinnen erhalten eine schriftliche sowie mündliche Information zum Forschungsvorhaben. Zudem wird die Möglichkeit gegeben, der Forscherin Fragen zu stellen, bevor sie sich final für oder gegen eine Teilnahme entscheiden. Es wird explizit darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist und die Teilnehmerinnen ihr Einverständnis jederzeit

zurückziehen können. Vor Beginn jedes Interviews wird eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Die Interviewpartnerinnen werden zudem mündlich aufgeklärt, das Interview jederzeit abbrechen zu können. Vor dem Interview wird auch verdeutlicht, dass es sich bei den Interviewfragen um erzählgenerierende Fragen handelt, auf die sie keine „falschen“ Antworten geben können. Vor Beginn des Feldzugangs werden mögliche Risiken für die Teilnehmerinnen eingeschätzt. Die Teilnehmerinnen werden im Zusammenhang mit dem Forschungsgegenstand als vulnerabel eingeschätzt, da die Gefahr für das (Wieder-)Erleben einer besonderen Belastungssituation durch den Dialog erwartet wird. Die Gespräche werden daher in einer ungestörten vertrauensvollen Atmosphäre erfolgen und den Teilnehmerinnen wird verdeutlicht, das Interview jederzeit unter-, oder abbrechen zu können. Die Teilnehmerinnen werden ermutigt, negative Gefühle offen anzusprechen. Auf diese kann aufgrund der eigenen pflegerischen Fachexpertise mit langjähriger Berufserfahrung in der Onkologie professionell, empathisch und sensibel eingegangen werden. Im Bedarfsfall wird Kontakt zu einer Psychoonkologin hergestellt. Ein weiterer ethischer Grundsatz der DGP ist die vertrauliche Behandlung personenbezogener Daten. Die im Rahmen des Forschungsvorhabens zu erhebenden persönlichen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Die Transkripte werden mittels Codes (Buchstaben- und Zahlenkombinationen) den Interviewpartnerinnen zugeordnet, sodass eine Rückverfolgbarkeit durch Dritte ausgeschlossen wird. Der Code enthält jeweils die letzten drei Ziffern der Fallnummer aus dem Klinikaufenthalt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass im Falle des Widerrufs ein Transkript der entsprechenden Person zugeordnet werden kann. Bei Widerruf der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten gelöscht und es wird keine weitere Analyse dieser Daten vorgenommen. Die Auswertung, Nutzung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten erfolgen entsprechend ebenfalls in pseudonymisierter Form. Alle erhobenen Daten sind vor dem Zugriff durch Dritte geschützt. Die Aufbewahrung und Speicherung von Daten erfolgt passwortgeschützt auf dem Computer der Forscherin. Die Audiodateien der Interviews werden nach vollständiger Transkription unwiderruflich gelöscht. Vor dem Beginn der Feldforschung wird zur forschungsethischen Bewertung ein Votum des Ethikkomitees der Regio Kliniken GmbH eingeholt. Das Ethikvotum ist im Anhang der vorliegenden Arbeit zu finden.

### 3.5 Einhaltung von Gütekriterien

Das Forschungsvorhaben orientiert sich an den sechs Gütekriterien für qualitative Inhaltsanalysen nach Mayring (2016) und werden im Kontext der vorliegenden Arbeit nachfolgend beschrieben.

1. Regelgeleitetheit:

Alle Analyseschritte werden im Kontext des Forschungsvorhabens beschrieben und unterliegen dabei einer strukturierten Vorgehensweise im Sinne der hermeneutischen Textanalyse.

2. Verfahrensdokumentation:

Alle Transkripte der geplanten Interviews sowie der darauf basierte Erkenntnisgewinn werden dokumentiert.

3. Nähe zum Gegenstand:

Die Interviewdurchführung wird im Klinikumfeld geplant und den Teilnehmerinnen explizit angeboten, da der Forschungsgegenstand die klinische Behandlungssituation betrifft.

4. Kommunikative Validierung:

Da die Subjektivität der Forscherin nicht auszuschließen ist und das jeweilige Vorverständnis Einfluss auf den Verstehensprozess und die Interpretation nimmt, tauscht sich die Forscherin mit einer Kollegin zum Textmaterial aus und überprüft, ob sie zu gleichen oder ähnlichen Schlüssen kommen. Weiterhin werden die Befragten nach den ersten drei Schritten der hermeneutischen Textanalyse mit den Ergebnissen konfrontiert. Die Teilnehmerinnen haben hierdurch die Möglichkeit, in einem Gespräch Zustimmung oder Kritik zu äußern.

5. Triangulation:

Es werden verschiedene Datenquellen in die Forschung einbezogen. Die Untersuchung erfolgt mit verschiedenen bzw. mehreren Teilnehmerinnen (Daten-Triangulation).



## 6. Argumentative Interpretationsabsicherung:

Alle Datenquellen werden benannt und die Analyseergebnisse im Diskussionsteil argumentativ interpretiert.

## **4 Ergebnisse**

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Interviews dargestellt. Nach Angaben zu den Interviews und den Teilnehmerinnen werden die Ergebnisse der Datenauswertung präsentiert. Die Darstellung der Ergebnisse folgt dabei in der Struktur den im vorherigen Kapitel beschriebenen fünf Schritten der hermeneutischen Textanalyse. Entsprechend erfolgt zunächst eine Beschreibung der grundlegenden Bedeutung der Interviews. Im Anschluss hieran wird das Verständnis der Teilnehmerinnen dargelegt. Das vertiefte und im Forschungsprozess erweiterte Verständnis wird als angepasstes Verständnis der Forscherin im letzten Abschnitt des Kapitels abgebildet.

### **4.1 Angaben zu den Dialogen und Teilnehmerinnen**

Im Rahmen der Rekrutierung konnten  $n = 31$  potenzielle Interviewpartnerinnen identifiziert werden, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen. Zu rund der Hälfte der Frauen konnte aufgrund fehlender Erreichbarkeit kein telefonischer Erstkontakt hergestellt werden. Bei den kontaktierten Frauen bestand mehrheitlich Interesse an einer Teilnahme. Letztlich ließen sich, wie anvisiert,  $n = 10$  Interviews im Erhebungszeitraum realisieren. Alle Interviews erfolgten nach individueller Terminabsprache mit den Teilnehmerinnen. Die Interviews wurden überwiegend in einer ungestörten Räumlichkeit der Klinik durchgeführt, in der die Frauen ihre Brustkrebsoperation hatten. Lediglich zwei Dialoge fanden auf Wunsch der Interviewpartnerinnen in ihrem jeweiligen Zuhause statt. Die Interviewdauer betrug durchschnittlich 35 Minuten (zwischen mindestens 13 Minuten und höchstens 70 Minuten).

Alle Gespräche fanden in einer angenehmen Atmosphäre statt, in der die Frauen offen und ausführlich von ihren Erfahrungen berichteten.

Bei allen Befragten handelt es sich um Frauen, die während ihres Klinikaufenthaltes mit der Brustkrebsoperation von einer onkologischen Fachpflegeperson beraten wurden. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmerinnen beträgt 53 Jahre. Die erhobenen Daten sind in Tabelle 3 und Tabelle 4 aufgeführt.

**Tabelle 3: Soziodemografische Daten der Teilnehmerinnen**

Merkmal		Anteil bzw. Wert
<i>Alter in Jahren</i>		
	Minimum / Maximum	39 / 61
	Mittelwert / Median	53 / 56
<i>Familienstand</i>		
	ledig, nicht in Partnerschaft	$n = 2$
	ledig, in Partnerschaft	$n = 1$
	verheiratet	$n = 4$
	geschieden	$n = 2$
	verwitwet, in neuer Partnerschaft	$n = 1$
<i>Kinder</i>		
	0	$n = 2$
	1	$n = 1$
	2	$n = 4$
	3	$n = 3$

**Tabelle 4: Behandlungsbezogene Daten der Teilnehmerinnen**

Merkmal		Anteil
<i>Operationsart</i>		
	Segmentresektion	$n = 5$
	Mastektomie	$n = 5$
<i>Neoadjuvante Chemotherapie (vor der Operation)</i>		$n = 4$
<i>Adjuvante Chemotherapie (nach der Operation)</i>		$n = 1$
<i>Strahlentherapie im Anschluss an operative Versorgung</i>		$n = 7$
<i>Zeit seit Brustkrebsoperation zum Interviewzeitpunkt</i>		
	2 bis 3 Monate	$n = 4$
	4 bis 5 Monate	$n = 4$
	6 bis 9 Monate	$n = 2$
	10 bis 12 Monate	$n = 0$

Alle Befragten wurden im Sinne der kommunikativen Validierung in einem weiteren Gespräch mit den Ergebnissen der ersten drei Schritte der hermeneutischen Textanalyse konfrontiert. Auf Wunsch der Teilnehmerinnen fanden diese Gespräche telefonisch statt. Eine Teilnehmerin war zum Zeitpunkt der zweiten Kontaktaufnahme nicht erreichbar. Von den erreichten Befragten waren die Rückmeldungen ausnahmslos zustimmend hinsichtlich der getroffenen Aussagen und der identifizierten Themen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die in den

folgenden Abschnitten präsentierten Ergebnisse die Sichtweise der Befragten abbilden und den Sinngehalt, bzw. die Intention ihrer Aussagen treffen.

## 4.2 Grundlegende Bedeutung der Interviews

Nachfolgend wird die grundlegende Bedeutung der Interviews dargestellt. Hierdurch wird das im ersten Schritt der Textanalyse entwickelte Verständnis aller Interviews im Ganzen transparent. Dieses erste Textverständnis ist als Ausgangspunkt für das Verstehen aller Teile in Bezug auf das gesamte Sprachmaterial innerhalb der hermeneutischen Zirkelstruktur zu betrachten (siehe hierzu Kapitel 2).

Zwar weisen die Erzählungen der Interviewpartnerinnen Unterschiede auf, allerdings lassen sich ebenso Gemeinsamkeiten in dem erkennen, was die Frauen in den Interviewgesprächen mitteilen.

*„Ja, das war natürlich erst mal ein Schock.“ (I\_924, Abs. 2)*

*„Im ersten Moment war ich geschockt, weil ich ja immer zur Vorsorge gegangen bin und nie was gekommen ist.“ (I\_361, Abs. 2)*

Dazu kommen Ängste vor Auswirkungen auf die persönliche Lebenssituation:

*„Ich hatte Angst davor, keinen Sport machen zu können. Also mein Leben ist im Prinzip von einer Sekunde auf die andere weg.“ (I\_691, Abs. 10)*

Daraus resultieren laut der befragten Frauen einerseits viele offene Fragen, andererseits können Informationen in der Situation kaum verarbeitet werden, wie sich in den folgenden Zitaten zeigt:

*„Also du bist ja sofort in deinem eigenen Gedankenkarussell und hörst ja schon gar nicht mehr weiter zu. Und dann stand mein Mann da und sagt: Sie hat das und das gesagt. Ja. Und ich: Mag sein. Wenn du das sagst, dann ja.“ (I\_305, Abs. 110)*

*„[...] einem fallen dann auch gar nicht die Fragen ein. Es sind ganz viele Sachen, die da im Kopf so rumgeistern.“ (I\_924, Abs. 2)*

In diesen Aussagen drückt sich die grundlegende Bedeutung des Textmaterials aus. Zudem wird deutlich, dass der Zeitraum bzw. die Dauer zwischen Diagnosestellung und Brustkrebsoperation bedeutungsvoll für das Erleben dieser besonderen Therapiephase ist. Frauen, bei denen noch vor der Operation weitere Behandlungsschritte erforderlich waren, heben die Wartezeit in ihren Erzählungen hervor:

*„Also von der Mammographie bis nachher zur Biopsie, dann bis zu dem Termin im Brustzentrum waren schon mal fast fünf Monate. Und das war einfach unfassbar lang.“ (I\_305, Abs. 2)*

Auch Betroffene, die sich kurz nach Diagnosestellung der Brustkrebsoperation unterzogen haben, betonen das Warten als belastend:

*„[...] die Woche vorher, die war schon Mist. Die Wartezeit (.). Abends dann, wenn man dann auf dem Sofa sitzt, dann machst du dir Gedanken.“ (I\_863, Abs. 56)*

Grundsätzlich berichten die Interviewpartnerinnen nicht isoliert von ihren Erfahrungen im Zusammenhang mit der Operation und einer damit verbundenen Pflegeberatung. Vielmehr werden bedeutsame Aspekte ihrer gesamten, individuellen Krankheits- und Lebenssituation in ihren Schilderungen hervorgehoben.

#### **4.3 Verständnis der Teilnehmerinnen von onkologischer Beratung zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation**

In diesem Abschnitt wird das Verständnis der Teilnehmerinnen auf Basis der im zweiten Schritt der hermeneutischen Textanalyse ausgewählten Aussagen deutend dargestellt. Hiermit wird das Ergebnis der Horizontverschmelzung, wie von Gadamer (2010) beschrieben, dargestellt.

Das Verständnis der Interviewpartnerinnen von onkologischer Beratung zum Zeitpunkt der chirurgischen Therapie beruht auf der Entwicklung eines Vorverständnisses im Krankheitserleben. Dabei beeinflusst die jeweilige Historie der Betroffenen ihren Horizont (siehe Kapitel 2). Die Zeit vor der Brustkrebsoperation, die den diagnostischen Prozess, die Behandlungsplanung und teilweise auch eine neoadjuvante Chemotherapie umfasst, hat einen nachhaltigen Eindruck auf die

Befragten hinterlassen. Obwohl diese Zeit länger zurückliegt, ist die Erzählung davon sehr umfangreich und detailliert, was auch die Teilnehmerinnen im Dialog wahrnehmen:

*„Also das [die zystische Brustveränderung] war bei mir bekannt, und als ich dann am 8. Januar, das weiß ich komischerweise noch alles auf den Tag genau, nochmal da war, da hat sie gesagt: Nein, nicht wegen den Zysten, wir haben was gesehen.“ (I\_691, Abs. 4)*

Im Verständnis der Teilnehmerinnen wird dem chirurgischen Klinikaufenthalt als Zeitpunkt für Beratung nicht die höchste Priorität zugeschrieben:

*„Wie gesagt, das wäre besser schon vielleicht, also auch schon eher gewesen. Also der Zeitpunkt, der hätte auch schon eher sein können. Also auch schon vor der OP, wo man ja sowieso öfters mal hier im Krankenhaus war, im Brustzentrum, um einen vielleicht auch mal so ein bisschen die Angst auch zu nehmen.“ (I\_680, Abs. 40)*

Der ungünstig erlebte Zeitpunkt spiegelt sich zudem im folgenden Zitat wider:

*„Das war für mich ein bisschen zu viel, zu schnell. Denn die standen alle gleich am nächsten Tag, nach der großen OP, vor dem, vor meinem Bett. Und zwar wirklich alle nacheinander. Und ich war noch immer etwas beduselt und konnte das alles gar nicht so aufnehmen.“ (I\_774, Abs. 12)*

Auch erinnern die Befragten meist nicht mehr, wer in welcher Funktion beratend bei ihnen war, und ob sie im Speziellen Kontakt zu einer onkologischen Fachpflegeperson hatten, wie die nachfolgenden Aussagen auf eine entsprechende Frage zeigen:

*„Wer das war, also da kamen so viele verschiedene rein. Also so viele verschiedene, aber wer das alles war. Ich weiß nicht.“ (I\_575, Abs. 16)*

*„Weiß ich nicht. Nein. Kann ich Ihnen so nicht mehr sagen, wer da alles war.“ (I\_863, Abs. 28)*

Während des postoperativen stationären Aufenthaltes auf der Station werden Pflegende im Allgemeinen als Beratende und Ansprechpartner bei aufkommenden Fragen wahrgenommen, wie die nachfolgenden Aussagen zeigen:

*„Informationen? Beraten? Das waren eigentlich die Schwestern, möchte ich mal sagen. Auch mit dem Pflaster hinterher. Mit was man duschen, baden wie auch immer sollte und nicht sollte.“ (I\_863, Abs. 26)*

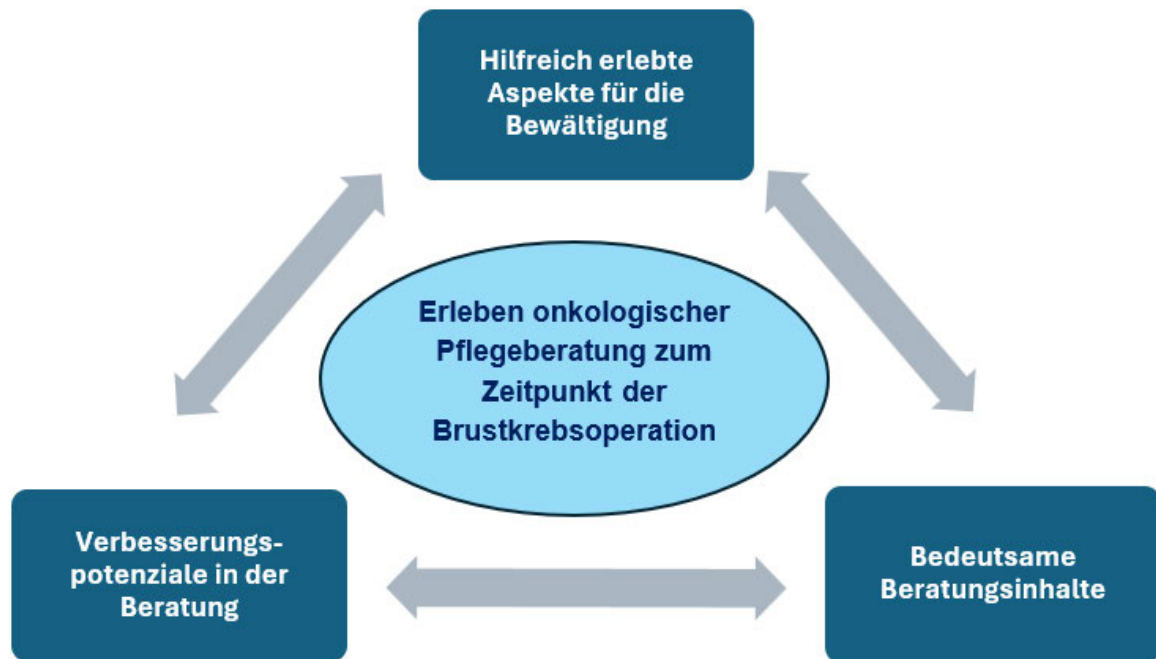
*„Das habe ich dann tatsächlich immer bei Schwestern oder Ärzten gestellt. Also ich habe nie (.), ich bin jetzt nicht hier rausgegangen und habe gesagt: Mir fehlt diese Info oder diese Info.“ (I\_305, Abs. 58)*

Wie die Teilnehmerinnen onkologische Pflegeberatung im Zusammenhang mit der Brustkrebsoperation verstehen, lässt sich auch in Aussagen zu konkreten Erwartungen an eine Beratung erkennen. Hier zeigt sich, dass unter Pflegeberatung eine aufklärende Beratung verstanden wird, die zunächst allgemeine Ablaufinformationen im Zusammenhang mit der Operation vermittelt. Zudem werden Problemlösungsansätze im Umgang mit postoperativen Folgen sowie Hinweise für eine optimale Wundheilung erwartet.

*„Na ja, was im Endeffekt auf einen zukommt, operationsmäßig. Wie das dann alles funktioniert und wie das alles gut verheilt.“ (I\_361, Abs. 16)*

#### **4.4 Vertieftes und erweitertes Verständnis von den Erfahrungen, die Betroffene mit Pflegeberatung machen**

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den letzten drei Schritten der hermeneutischen Textanalyse präsentiert. Die Darstellung der Themen erfolgt in Kategorien. Dies erfolgt in einem System aus Haupt- und Oberkategorien. Die Hauptkategorien stellen die Themenbereiche dar, die sich aus dem Textmaterial ergeben und durch die in Kapitel 1.2 formulierten Fragestellungen geleitet sind. Auf Grundlage des bereits im vorherigen Abschnitt präsentierten Verständnisses der Teilnehmerinnen, ergeben sich drei Hauptkategorien als Themenbereiche. Diese sind in Hinsicht auf die leitende Forschungsfrage thematisch eng miteinander verbunden und können Abbildung 4 entnommen werden.



**Abbildung 4: Themenbereiche für ein vertieftes und erweitertes Verständnis**

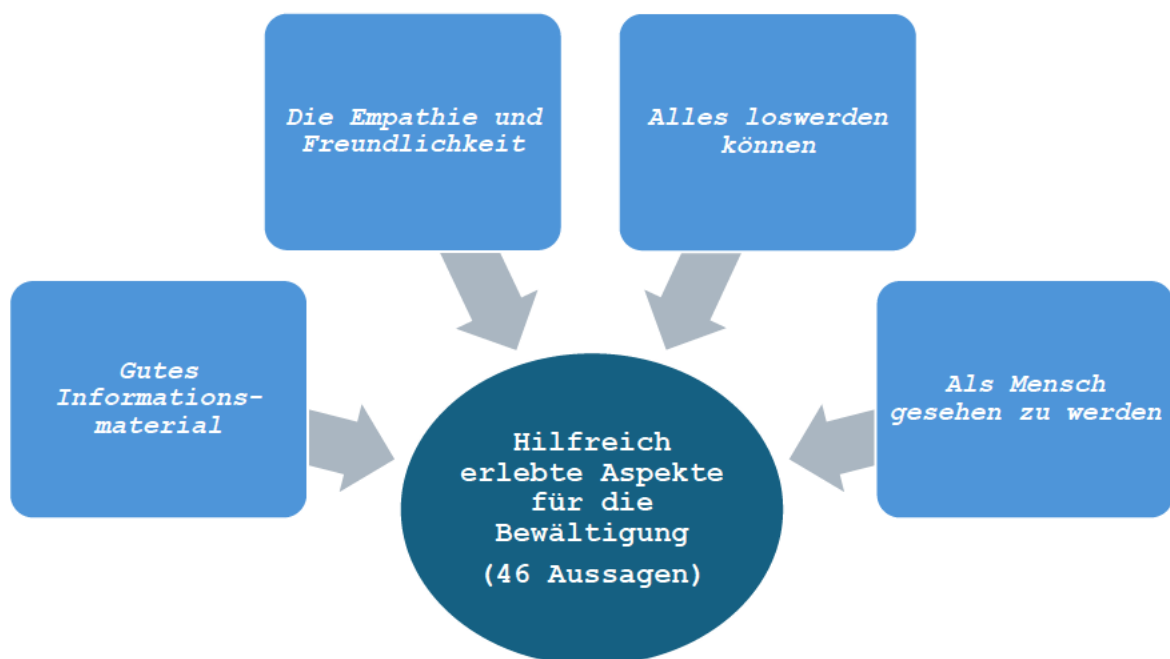
Den Hauptkategorien werden Themen zugeordnet, die im dritten Schritt der Textanalyse als Kategorien identifiziert werden konnten. Bei diesen Themen handelt es sich um die Oberkategorien, die das eigene vertiefte Verständnis darstellen. Die Oberkategorien sind das Ergebnis von initial vorläufigen Kategorien auf Basis der ausgewählten Textpassagen. Ein Beispiel für die Ergebnissynthese ist exemplarisch für die Hauptkategorie *Verbesserungspotenziale in der Beratung* im Anhang zu finden. In den nachfolgenden Unterabschnitten werden die Oberkategorien unterteilt nach den jeweiligen Hauptkategorien dargestellt, sowie im Sinne der Datennähe dicht am Ausgangsmaterial formuliert und mit Originalzitaten aus den Interviews belegt. Bei den Zitaten handelt es sich um Dialogausschnitte bzw. Aussagen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind und auch die Aussagen von anderen Befragten repräsentieren. Das endgültige Kategoriensystem ist das Ergebnis einer Einordnung von bedeutsamen Aussagen in einen Gesamtzusammenhang.

Im letzten Unterabschnitt erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der mit Originaldaten belegten Analyseergebnisse. Hierdurch wird das erweiterte und im Forschungsprozess veränderte Verständnis der Forscherin abgebildet.

#### 4.4.1 Hilfreich erlebte Aspekte für die Bewältigung

Dieser Abschnitt präsentiert die identifizierten Themen auf die Frage, was die Befragten in ihrer Situation für die Bewältigung und im Zusammenhang mit Beratung als hilfreich empfunden haben.

Im Rahmen der Textanalyse kristallisiert sich heraus, dass den insgesamt 46 identifizierten Aussagen vier wesentliche Themen zugeordnet werden können, welche in der nachfolgenden Abbildung 5 dargestellt sind und im Anschluss erläutert werden. Die Reihenfolge entspricht dabei keiner besonderen Gewichtung.



**Abbildung 5: Themen für hilfreich erlebte Aspekte für die Bewältigung**

##### Gutes Informationsmaterial

Die Erfahrung der Befragten zeigt, dass die Aushändigung von schriftlichen Informationsmaterialien, die auch Bilder enthalten, helfen, sich auf die optischen Operationsfolgen einstellen zu können:

*„Ich habe ja eine Informationsmappe bekommen und die war schon ganz gut. Wo auch die Fotos drin waren, dass man so ein bisschen so einen optischen Eindruck auch hatte.“ (I\_774, Abs. 50)*

Ebenfalls hilfreich wahrgenommen wird die Aushändigung einer Informationsmappe, wenn diese gezielt für Frauen mit Brustkrebs Kontaktadressen, z.B. für



Selbsthilfegruppen, sozialrechtliche Beratungsstellen oder spezielle Unterstützungsangebote, enthält:

*„Also gut ist diese Informationsbroschüre gewesen, dass man da, je nachdem, was kommt, schon mal irgendwie so alle möglichen Adressen hat.“ (I\_575, Abs. 8)*

### Die Empathie und Freundlichkeit

Bei der Analyse der Dialoge zeigt sich, dass alle Befragten den freundlichen Umgang wiederholt hilfreich und positiv erleben. Besonders deutlich wird dies im nachfolgenden Dialog zwischen Forscherin (F) und einer Befragten (B):

*„F: Und was war so das Positivste, wenn man von Positiven sprechen kann? Was Sie aus all Ihren Erlebnissen im Zusammenhang mit dem Aufenthalt für sich mitnehmen?“*

*B: Also ich denke, die Freundlichkeit. Ich fand schon, dass die (..) alle, wie sie da waren, doch sehr freundlich auf einen zugegangen sind.“ (I\_774, Abs. 69-70)*

Ebenso wird empathisches Verhalten von den Teilnehmerinnen als bedeutsam in der besonderen Situation erfahren, wie die folgenden Aussagen belegen:

*„Also selten irgendwie solche Ärzte oder auch Schwestern erlebt die (.), ja, die das so toll machen und die einem auch ansehen, wie es einem geht (..).“ (I\_924, Abs. 48)*

*„[...] die Empathie war wirklich sehr, sehr gut halt. Wie gesagt, sowas ist für mich dann ganz, ganz wichtig in solchen Situationen.“ (I\_575, Abs. 32)*

### Alles loswerden können

Aus Sicht der Betroffenen wird deutlich, dass es positiv erlebt wird, wenn ihnen zugehört wird und sie ihre Ängste und Sorgen im Gespräch mit Pflegenden loswerden können:

*„Ja, ich konnte alles loswerden an sie und sie [die Pflegenden] haben zugehört.“ (I\_319, Abs. 68)*

Obwohl auch das soziale Netzwerk für das Sprechen über Ängste als Ressource wahrgenommen wird, ist die professionelle psychosoziale Begleitung für die Befragten von großer Wichtigkeit:

*„[...] also irgendwie jemanden zu haben, mit den Ängsten darüber zu sprechen, weil auch im Freundeskreis (.). Ja, ich habe den einen oder anderen angerufen, die waren auch soweit süß, aber die sind dafür auch nicht ausgebildet.“ (I\_575, Abs. 4)*

Ebenso wird die Beantwortung von aufkommenden und auch wiederholten Fragen als hilfreich wahrgenommen und entsprechend betont. Das zeigt sich in den nachfolgenden Dialogausschnitten:

*„Und auch die Krankenschwestern und. (..) Genau. Immer wieder die gleichen Fragen, ob alles in Ordnung ist und wann der Arzt kommt. Ja, und (.). Weiß ich nicht. Sie haben trotzdem. (...) alles, alle meine Fragen immer wieder beantwortet. Wie von einem Kind, wissen Sie?“ (I\_319, Abs. 74)*

*„Es war egal, welche dumme Frage man gestellt hat, es kam nie nach dem Motto: Ach Gott, das fragt die jetzt zum dritten Mal.“ (I\_305, Abs. 20)*

*„Man hat immer Antworten bekommen, wenn man was gefragt hatte.“ (I\_863, Abs. 20)*

#### Als Mensch gesehen zu werden

Ein hilfreich erlebter Aspekt ist es für Betroffene auch, wenn sie sich als Person wahrgenommen und entsprechend gut aufgehoben fühlen:

*„Da hat man sich eigentlich auch so gefühlt, man ist eine Person hier, nicht irgendeine Nummer oder so.“ (I\_863, Abs. 60)*

Damit verbunden wird auch die Wahrnehmung eines fürsorglichen Verhaltens während des chirurgischen Klinikaufenthaltes:

*„Die haben sich einfach so gut um mich gekümmert.“ (I\_319, Abs. 92)*

Die Wahrnehmung wird durch das Erleben vermeintlich kleiner Gesten, wie dem Händehalten, beispielhaft konkretisiert:

*„[...] dass man die Hand gehalten hat. So, also das sind so Kleinigkeiten, die, finde ich, in dem Moment eine ganz, ganz große Rolle spielen.“ (I\_575, Abs. 4)*

#### 4.4.2 Bedeutsame Beratungsinhalte

In diesem Abschnitt werden Beratungsinhalte dargestellt, die zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation aus Sicht von Betroffenen von Bedeutung sind. Auf Basis des analysierten Textmaterials mit insgesamt 52 ausgewählten Textpassagen ergeben sich vier Oberkategorien, die sich insbesondere aus der rückblickenden Sicht der Befragten identifizieren lassen. Dabei handelt es sich sowohl um Inhalte, die von den Interviewpartnerinnen zu dem Zeitpunkt als bedeutsam erlebt wurden, als auch um Themen, die retrospektiv betrachtet von Bedeutung gewesen wären. Eine Übersicht zu den vier Oberkategorien findet sich in Abbildung 6.

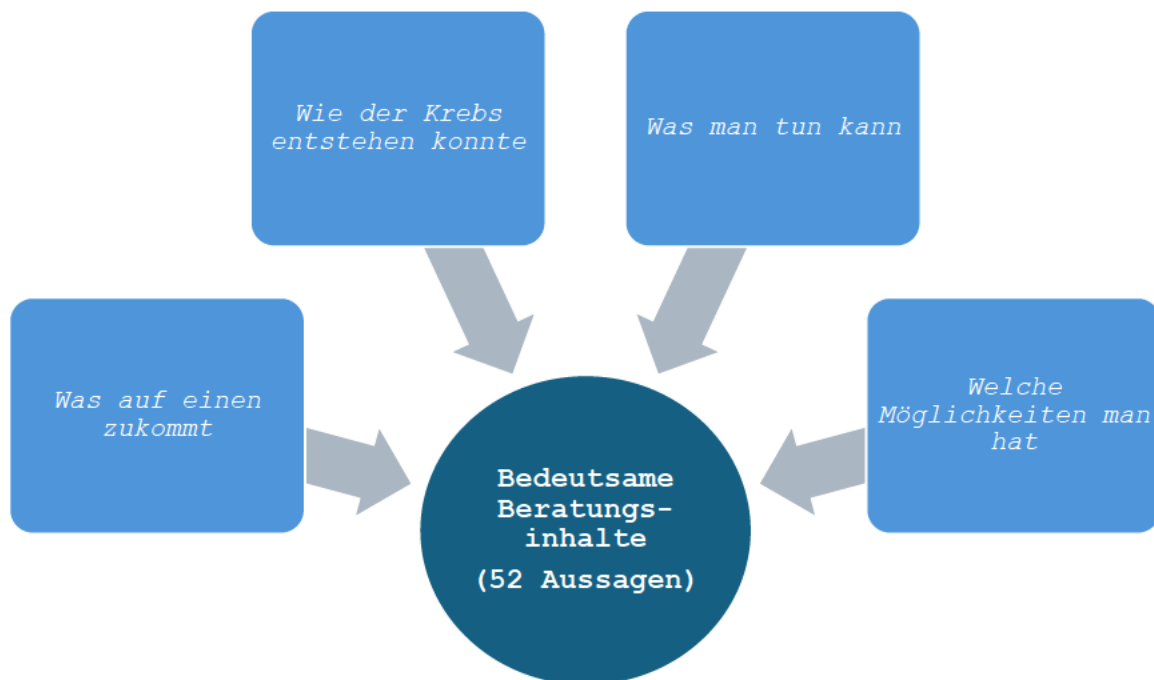


Abbildung 6: Themen für bedeutsame Beratungsinhalte

### Was auf einen zukommt

Zu der eigentlichen Operation haben die Befragten zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes aufgrund der ärztlichen Aufklärung im Vorfeld eher weniger Beratungsbedarf. Daher wird entsprechenden Informationen in den Dialogen keine wesentliche Bedeutung zugeschrieben:

*„Also ich wurde von der Ärztin sehr gut aufgeklärt, was die OP betrifft. Also da war alles für mich klar. Alles in Ordnung. Das war richtig erklärt.“ (I\_691, Abs. 40)*

Vielmehr sind für Betroffene das Wissen und eine realistische Vorstellung von dem, was auf sie zukommt von besonderer Bedeutung. Dabei spielt vor allem eine offene und ehrliche Aufklärung zum gesamten Behandlungsprozess eine Rolle, wie die folgende Aussage einer Befragten zeigt:

*„[...] auf was man die Leute da eigentlich, also auf was sie sich einlassen müssen, dass das eben auch kein Spaziergang ist.“ (I\_680, Abs. 104)*

Konkretisiert wird die Bedeutung einer ehrlichen Aufklärung am Beispiel der Körperbildveränderung durch die Brustentfernung. Das folgende Zitat zeigt deutlich, dass vage Formulierungen und beschönigende Aussagen zu unrealistischen Erwartungen in Bezug auf die postoperativ veränderte Brust führen können:

*„[...] aber es hieß: Wir müssen gucken, ob die Brustwarze erhalten bleibt. Aber ich glaube schon. Und das ist ja gerade für eine Frau nicht so unwichtig.“ (I\_305, Abs. 32)*

*„Diese Aussage: Sie werden fast keinen Unterschied sehen, ob das die echte oder die [künstliche] Brust ist. Also das tun vielleicht Blinde und die können tasten und die sind auch nicht - Auch das fühlt sich, genau, anders an.“ (I\_305, Abs. 48)*

Die Wichtigkeit einer realistischen Aufklärung wird auch in Hinsicht auf mögliche Nebenwirkungen einer im Anschluss an die Brustkrebsoperation erforderlichen Bestrahlungstherapie deutlich:

*„Da haben mir wirklich Informationen gefehlt. Ich dachte am Anfang der Bestrahlung, das ist ja ein Spaziergang hier. Du merkst ja gar nichts. Und, ja, das wurde dann immer schlimmer.“ (I\_924, Abs. 37)*

*„Und alle haben sie immer gesagt: Das ist nicht schlimm. Das ist nicht schlimm. Das ist nicht schlimm. Ja, danke. Also, das war schon schlimm, muss ich sagen.“ (I\_863, Pos. 50)*

Für Betroffene, die sich nach der chirurgischen Behandlung einer antihormonellen Therapie unterziehen müssen, ist es ebenso von Bedeutung, was diesbezüglich konkret auf sie zukommt und mit welcher Wirkung auf den Körper zu rechnen ist:

*„Was macht dieses Medikament mit meinem Körper?“ (I\_774, Abs. 36)*

In diesem Kontext haben ebenfalls erwartete Nebenwirkungen eine hohe Relevanz für Betroffene:

*„Was ist auch mit dieser Tabletten-Therapie? Hat das jetzt wieder Nebenwirkungen?“ (I\_575, Abs. 4)*

Zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation sind daher vor allem Informationen im Zusammenhang mit der Folgetherapie bedeutsam für die Beratung von Betroffenen. Dies wird auch durch die Aussage einer Befragten deutlich, die sich zwar selbst keiner zusätzlichen Chemotherapie oder Bestrahlung unterziehen musste, den Aspekt jedoch explizit hervorhebt:

*„Wenn mir eine Chemotherapie ins Haus gestanden hätte oder Bestrahlung, dann hätte ich garantiert die onkologische Fachkraft da sehr viel mehr in Anspruch genommen.“ (I\_774, Abs. 36)*

#### Wie der Krebs entstehen konnte

Für Betroffene scheint das Wissen über Entstehungszusammenhänge der eigenen Brustkrebserkrankung von großer Bedeutung für die Krankheitsverarbeitung zu sein. Auf die Nachfrage, über welche Themen sie konkret mit der onkologischen Fachpflegenden noch gesprochen hätte, antwortet eine Befragte beispielsweise:

*„Naja, ich hätte nur eben halt, wie das Ganze überhaupt zusammen entstehen konnte, weil es ist nie in der Familie vorgekommen bei mir und deswegen war ich natürlich auch geschockt.“ (I\_361, Abs. 42)*

Auch in anderen Interviewausschnitten spiegelt sich die Bedeutung von Informationen über die Krebsentstehung wider:

*„Ich habe den Genetiktest machen lassen. Wegen meiner Tochter. Es ist nicht vererbbar. Gott sei Dank. Das ist dann auch noch mal super. Aber warum ich ihn gekriegt habe, weiß ich dann ja auch nicht.“ (I\_691, Abs. 52)*

Das Wissen über mögliche selbst beeinflussbare Ursachen ist für die Befragte auch in Hinsicht auf die Rezidivprävention bedeutsam, um das eigene (Wieder-) Erkrankungsrisiko minimieren zu können:

*„Wäre interessant, glaube ich. Dann würde ich das sofort abstellen. Wenn die sagen, ich darf kein Wasser mehr trinken, würde ich das sofort nicht mehr machen.“ (I\_691, Abs. 54)*

### Was man tun kann

Aus den Dialogen geht hervor, dass es aus Sicht von Betroffenen von Bedeutung ist, wenn sie wissen, was sie selbst zur Krankheits- und Therapiebewältigung tun können. Zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation stehen hier Verhaltens- und insbesondere Bewegungsempfehlungen im Vordergrund, die eine Wund- und Narbenheilung unterstützen können, wie der folgende Dialogausschnitt zwischen Forscherin (F) und einer Befragten (B) zeigt:

**B:** *[...] nachdem ich operiert, das letzte Mal operiert worden bin, dass ich die Narben dehnen soll.*

**F:** *Also mit Bewegung?*

**B:** *Ja. Er [nachbehandelnder Arzt] sagt sonst verkürzen die sich. Ich glaube, die Info habe ich in [während des Klinikaufenthaltes] nicht bekommen.“ (I\_168, Abs. 58-60).*

Auch die folgenden Aussagen bekräftigen die Bedeutung von Bewegungsempfehlungen, welche zunächst den postoperativen Heilungsprozess begünstigen:

*„Zu der Zeit [direkt nach der Operation] wollte ich dann wissen, was ich dann für Übungen und Sport machen sollte.“ (I\_319, Abs. 52)*

Wichtig sind auch entsprechende Hinweise bzw. Anleitungen, wie Betroffene durch gezielte Bewegungsabläufe, trotz operationsbedingter Einschränkung, Alltagshandlungen wie das An- und Auskleiden selbstständig durchführen können:

*„[...] oder wenn man mir gesagt hätte: Mensch, Sie haben jetzt hier oben keine Brüste mehr, Mastektomie, Arme können Sie nicht bewegen. Wie können Sie sich selber ein T-Shirt anziehen. Oder so, und so ein paar Hilfsmittel, wo man denkt: Oh Gott, wie mache ich das denn jetzt? Und (.), also sowas hätte ich mir gewünscht.“ (I\_305, Abs. 66)*

Wichtig für Betroffene sind zudem Informationen darüber, was sie tun können, um Therapie-Nebenwirkungen vermeiden oder zumindest lindern zu können. Dazu gehören:

*„[...] also, was ich wie gesagt jetzt erst erfahren habe, dass man da auch mit Vitaminen und Mineralstoffen gegengesteuert hätte. Und das hat mir eben sehr gefehlt. So, was mir vielleicht diese ganzen Beschwerden, die ich jetzt so habe. Die hätte man vielleicht etwas eindämmen können.“ (I\_680, Abs. 10)*

*„Eventuell mit den Nebenwirkungen, die dann vielleicht noch auftreten könnten, womit man da ein bisschen gegensteuern kann.“ (I\_680, Abs. 16)*

Eine andere Befragte hebt diese Bedeutung am Beispiel ihrer Erfahrung im Zusammenhang mit Hautschäden infolge der Bestrahlung hervor:

*„Ich habe ja jetzt diese Bestrahlung gemacht und ich musste ja 20-mal, und nach dem 15. Mal, ich habe ja die ganze Haut hier kaputt gehabt, das war ja richtig schlimm. Da hätte ich mir auch so ein bisschen was gewünscht, was, was ich machen kann.“ (I\_863, Abs. 42)*

### Welche Möglichkeiten man hat

Zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation ist es für Betroffene zunächst bedeutungsvoll, auch nicht-chirurgische Möglichkeiten zur kosmetischen Anpassung von operationsbedingten Körperbildveränderungen zu kennen. Hierzu gehört beispielsweise die Option, sich eine entfernte Brustwarze auf die rekonstruierte Brust tätowieren lassen zu können:

*„So, (.) ich könnte mir ja, wenn ich wollte, in einem halben Jahr noch Brustwarzen tätowieren lassen.“*

(I\_774, Abs. 62)

In diesem Kontext sind dann wiederum realistische Erwartungen an das mögliche optische Ergebnis bedeutsam, wie schon in der Oberkategorie *Was auf einen zukommt* beschrieben:

*„Dass ich einmal die Möglichkeit gehabt hätte zu fragen: Wie sieht dann eigentlich so eine künstlich tätowierte Brustwarze aus?“* (I\_774, Abs. 62)

Das Aufzeigen von Möglichkeiten zur Krankheitsverarbeitung wird von Betroffenen ebenfalls als wichtig empfunden, wie die folgenden Aussagen demonstrieren:

*„[...], dass man auch so psychologische Betreuung in Anspruch nehmen kann.“* (I\_575, Abs. 4)

*„Also was, was ich auch so wichtig empfunden habe, dass es hinterher viele Möglichkeiten gibt, um das eigentlich zu verarbeiten.“* (I\_863, Abs. 34)

Auch Informationen darüber, welche sozialrechtlichen Ansprüche man im Zusammenhang mit der Brustkrebskrankung hat, sind für die Befragten relevant. Dazu zählt z.B. der Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis:

*„Also so andere Geschichten wie jetzt auch Schwerbehindertenstatus, da gibt es also diesen Schwerbehindertenausweis, also Steuererleichterung, was es da eben alles so gibt. Das fand ich wichtig, so solche Sachen, weil wie gesagt, darüber hatte ich mir bisher gar keine Gedanken gemacht, was da halt alles noch so für Sachen sind, die auch von Vorteil sein können.“* (I\_575, Abs. 28)



Das Wissen über die Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme wird ebenfalls auf Nachfrage nach bedeutsamen Themen explizit benannt:

*„Also mir wurde beispielsweise auch gesagt, dass man eine Reha beantragen kann.“ (I\_924, Abs. 25)*

Die Relevanz des Themas wird mit der Chance für eine verbesserte Rückkehr in den eigenen Alltag und das Berufsleben begründet:

*„Ja, und da hoffe ich mir jetzt nachher auch in der Reha, dass die mir da den restlichen Weg sozusagen, dass es dann auch wirklich wieder bergauf gehen kann und ich kann wieder in der Firma eingegliedert werden. Denn das ist für mich mit fast das Wichtigste, dass ich wieder meinen strukturierten Alltag wiederhabe.“ (I\_680, Abs. 74)*

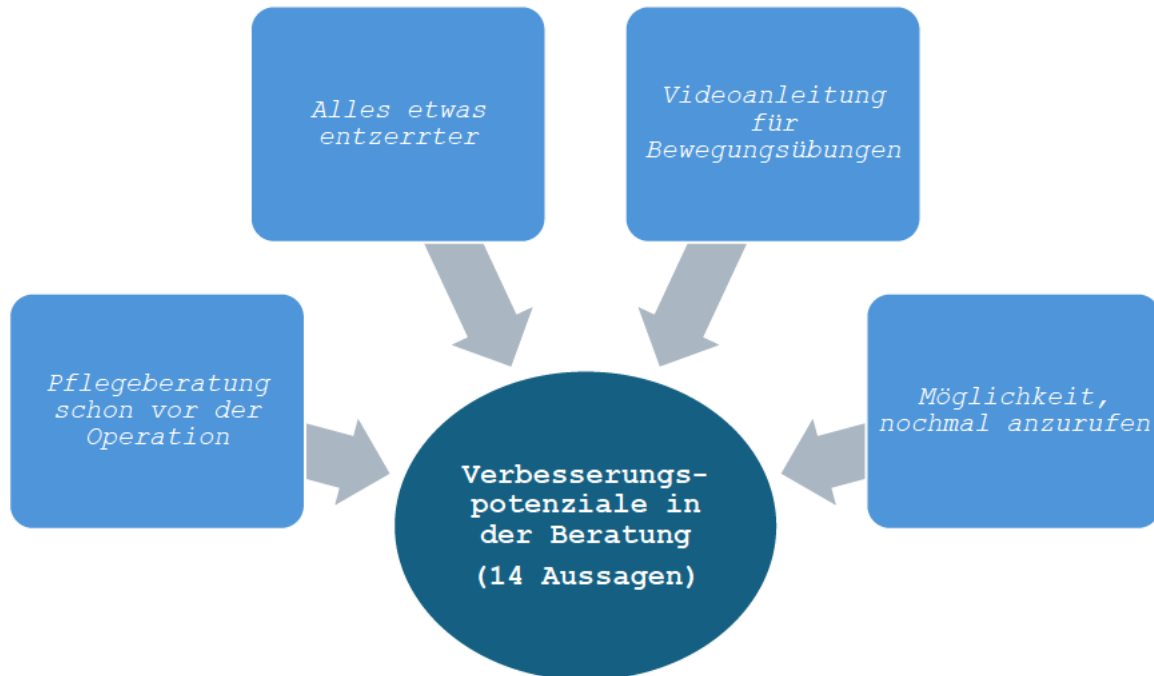
Dabei ist es für die Befragten gleichzeitig von großer Bedeutung, dass sie diese Möglichkeiten zwar kennen, jedoch selbst in Ruhe entscheiden können, ob und wann sie es in Anspruch nehmen:

*„Da hatte die Dame gesagt, Sie müssen die jetzt auch gar nicht machen, Sie haben drei Jahre oder so Zeit. Das war eine ganz wichtige Info für mich, weil mich hat das Thema Reha so gestresst und weil sie auch dann gesagt hat: Nee, wenn Sie das so empfinden, dann bringt es für Sie auch gar nichts. Dann lassen Sie es jetzt. Wenn Sie jetzt schon sagen, so, wenn Sie daran denken, stresst Sie. Dann machen Sie später. [...] Und eben auch dieser Umgang. Entscheiden Sie das, was für Sie wichtig ist. Wir können Ihnen die Entscheidung gar nicht abnehmen.“ (I\_575, Abs. 48)*

#### **4.4.3 Verbesserungspotenziale in der Beratung**

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Frage, wie sich die Beratung auf Grundlage der Erfahrungen von den Befragten verbessern ließe. Dabei geht es vor allem um Aspekte, die sich auf die konkrete Umsetzung und Gestaltung der Beratung beziehen. Die entsprechenden Verbesserungspotenziale stehen in engem Zusammenhang mit den Beratungsinhalten, denen Betroffene eine besondere Bedeutung zuschreiben

(siehe Kapitel 4.4.2). Die identifizierten Oberkategorien basieren auf 14 ausgewählten Textpassagen des gesamten Sprachmaterials. Die Themen, die als Verbesserungspotenziale verstanden werden, können der Abbildung 7 entnommen werden.



**Abbildung 7: Themen für Verbesserungspotenziale in der Beratung**

#### *Pflegerberatung schon vor der Operation*

Aus Sicht von Betroffenen ist eine onkologische Pflegeberatung vor allem zu Beginn des Krankheitserlebens sinnvoll. Dies zeigt sich bereits im Verständnis der Teilnehmerinnen (siehe Kapitel 4.3). Aus der Analyse des Textmaterials geht hervor, dass sich die Befragten eine entsprechende Beratung schon zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bzw. Behandlungsplanung wünschen würden:

*„Vielleicht ist es dann besser, wenn dann die onkologische Fachkraft dann doch, dann vor der Behandlung kommt und aufklärt.“ (I\_319, Abs. 60)*

Hinzu kommt, dass im Erleben der Befragten nach der stationären Aufnahme im Zusammenhang mit der bevorstehenden Operation alles sehr schnell abläuft:

*„Und dann musste ich hinten hin ins Zimmer. Zack, zack, die Sachen dahin geschmissen, auf das Bett rauf. Ja, so ungefähr (lacht). Ich meine, auf der*

*einen Seite, vielleicht war es auch ganz gut, aber es geht dann alles wirklich zu schnell für noch irgendwas.“ (I\_863, Abs. 4)*

Die onkologische Pflegeberatung erfolgt daher postoperativ, obwohl der Bedarf dann nicht mehr am größten ist:

*„Man hätte eigentlich schon wesentlich eher damit anfangen können als da am letzten Tag, wo eigentlich das Schlimmste überstanden war.“ (I\_680, Abs. 40)*

### Alles etwas entzerrter

Auf Basis der geschilderten Erfahrungen ließe sich das Beratungsangebot durch eine verbesserte zeitliche Aufteilung der an der Versorgung Beteiligten optimieren:

*„[...] und vor allen Dingen vielleicht ein bisschen entzerrter. Also da habe ich gesagt, es geht ja zu wie auf dem Bahnhof. Ich will nichts sagen, die Kolleginnen, die da kamen, waren alle total nett. Also es war wirklich, da kann ich überhaupt nichts Böses sagen und auch sehr bemüht, mir das alles zu erklären, aber ich konnte es nicht.“ (I\_774, Abs. 14)*

Hierdurch könnten auch die zahlreichen Informationen aus den Beratungsgesprächen mit den verschiedenen Akteuren des Behandlungsteams besser verarbeitet werden, wie die folgende Aussage einer anderen Befragten verdeutlicht:

*„Also das war mir wirklich an dem Freitag zu viel an Information generell. Erst die Sozialdame, dann eben die Fachschwester. Dann kam doch noch eine Psychologin.“ (I\_575, Pos. 20)*

### Videoanleitung für Bewegungsübungen

Ein weiteres Verbesserungspotenzial kann für die Vermittlung von Bewegungsübungen identifiziert werden. Hier zeigt sich, dass einmaliges Zeigen und das Aushändigen eines Informationsblatts nur begrenzt hilfreich sind, was der nachfolgende Dialogausschnitt zwischen Forscherin (F) und einer Befragten (B) zeigt:

*„B: Also ich habe einen Zettel mitgekriegt, einen DIN A4 Zettel, wo so ein Strichmännchen irgendwelche Übungen macht.“*

**F:** *Und das, ja, ich höre schon, ist nicht hilfreich?*

**B:** *Nein, ich habe mir den angeguckt und dachte: Ja, okay. Danke.“ (I\_863, Abs. 62-64)*

Eine andere Interviewpartnerin formuliert in diesem Zusammenhang einen konkreten Verbesserungsvorschlag im Sinne einer Videoanleitung für Bewegungsübungen:

*Und nachher habe ich aber gesehen, in der Mappe gab es eine Beschreibung zu. Man könnte ja vielleicht auch einen Link zu einem Video machen, wie man die Übungen genau macht.“ (I\_575, Abs. 10)*

Mit dieser Anleitung wäre die korrekte Umsetzung auch nach der Entlassung erleichtert, wie die Befragte weiter ausführt:

*„Es wäre viel einfacher, mir schnell das Video anzugucken, als mir drei Mal durchzulesen: Wo soll ich jetzt kreisen?“ (I\_575, Abs. 12)*

#### Möglichkeit, nochmal anzurufen

Ein Aspekt, mit dem sich aus Sicht von Betroffenen das Beratungsangebot verbessern ließe, wäre die Möglichkeit für eine Telefonsprechstunde. Dies könnte insbesondere auch für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt mit der Brustkrebsoperation hilfreich sein, wie sich im nachfolgenden Dialog zwischen Forscherin (F) und einer Befragten (B) herauskristallisiert:

**B:** *Irgendwie davor oder auch danach noch mal Beratung wäre gut. Oder wenn es heißt: Kommen Sie noch mal separat ins Krankenhaus. Wir machen für solche Sachen noch mal eine halbe Stunde oder so (.).*

**F:** *Oder vielleicht dann wirklich die Möglichkeit zu einer Telefonsprechstunde?*

**B:** *Ja, genau. Oder so was. Wo man sich nochmal melden kann, wenn die Fragen kommen.“ (I\_575, Abs. 60-62)*

Mit diesem telefonbasierten Angebot ließe sich aus Sicht der Befragten eine feste Ansprech- bzw. Kontaktperson schaffen, da Betroffene in der multiprofessionellen Versorgungsstruktur nicht immer wissen, an wen sie sich mit welcher Frage wenden können oder müssen:

*„Wann frage ich genau? Wann muss ich, ja, meine Frauenärztin anrufen? Wann kann ich noch, oder wem stelle ich jetzt die Fragen? Nochmal dem Arzt, der mich operiert hat? Also das fand ich vielleicht manchmal auch noch schwierig. Wem kann ich jetzt meine Fragen stellen?“ (I\_575, Abs. 64)*

#### **4.4.4 Erweitertes und angepasstes Verständnis der Forscherin**

In diesem Abschnitt werden die mit den Primärdaten belegten Analyseergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage zusammenfassend dargestellt. Dies ist als erweitertes und im Forschungsprozess angepasstes Verständnis der Forscherin zu betrachten.

Auf die Frage, was von Betroffenen hilfreich für die Bewältigung erlebt wird, lassen sich weniger inhaltliche Aspekte, sondern vielmehr kommunikative und interaktionsbezogene Merkmale erkennen. Freundlichkeit, Empathie und fürsorgliches Handeln spielen im Erleben von Betroffenen eine zentrale Rolle für eine unterstützende Wahrnehmung der Betreuung. Die Bewältigung der Krankheitssituation wird durch eine Atmosphäre unterstützt, die ein offenes Ansprechen von Ängsten und Fragen ermöglicht und Betroffenen das Gefühl vermittelt, als Mensch gesehen zu werden.

Weiterhin wird zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation die Aushändigung von gezielten schriftlichen Informationen mit der Möglichkeit des gezielten Nachlesens hilfreich erlebt.

Inhaltlich ist für Betroffene vor allem eine ehrliche Aufklärung von besonderer Bedeutung. Dabei geht es zunächst um die Aufklärung, was infolge der Brustkrebsoperation im Ergebnis realistisch zu erwarten ist. Gleiches gilt für Informationen über Auswirkungen der jeweiligen Therapie. Diesbezüglich ist es für Betroffene zunächst wichtig zu wissen, welche Bewegungsübungen den Heilungsprozess begünstigen und den Alltag nach der Operation erleichtern. Im Zusammenhang mit Beratung werden auch kosmetische Möglichkeiten zur optischen Anpassung der operationsbedingten Körperbildveränderung wichtig empfunden. Auch hierbei spielt eine realistische Vorstellung von dem, was Betroffene erwartet, eine besondere Rolle. Weiterhin sind Informationen und Empfehlungen von Bedeutung, wie man mögliche Nebenwirkungen im Falle einer anschließenden Antihormontherapie

oder Bestrahlung selbst verhindern bzw. lindern kann. Ebenso wichtig wird das Aufzeigen von Möglichkeiten zur Krankheitsverarbeitung empfunden. Verbunden hiermit ist auch der geschilderte Bedarf nach Informationen zu möglichen Entstehungszusammenhängen der Brustkrebserkrankung. Das Wissen über beeinflussbare Risikofaktoren ist wiederum bedeutsam, da hierdurch Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie Betroffene selbst das Rezidivrisiko minimieren können.

Weiterhin sind Hinweise zu sozialrechtlichen Ansprüchen im Zusammenhang mit der Brustkrebserkrankung von besonderem Belang für Betroffene. Wichtig empfunden wird hierbei jedoch die autonome Entscheidung für oder gegen entsprechende Möglichkeiten, wie z.B. die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme.

Bezogen auf die Frage, wie sich das Beratungsangebot aus Sicht von Betroffenen verbessern ließe, zeigen sich Potenziale hinsichtlich des Zeitpunkts einer onkologischen Pflegeberatung. Diese sollte idealerweise bereits vor dem Klinikaufenthalt mit der Brustkrebsoperation stattfinden, was sich bereits im Verständnis der Teilnehmerinnen zeigte. Während des Klinikaufenthaltes werden die Beratungen durch verschiedene Personen aus dem Behandlungsteam zu dicht aufeinanderfolgend erlebt. Informationsbedarfe ließen sich durch ein poststationäres telefonisches Beratungsangebot decken. Weiterhin lässt sich ein Potenzial für die Anleitung zu postoperativen Bewegungsübungen im Sinne einer videobasierten Lösung identifizieren.

## **5 Diskussion**

Im Folgenden sollen die mit dieser Arbeit gewonnenen Ergebnisse in Hinsicht auf die Forschungsfrage interpretativ diskutiert werden. Hierfür werden diese auch mit anderen Erkenntnissen aus der Literatur in Verbindung gesetzt.

Im Fokus dieser Arbeit steht das Erleben einer onkologischen Pflegeberatung zum Zeitpunkt einer Brustkrebsoperation. Das im Forschungsprozess entwickelte Verständnis von den Erfahrungen, die Betroffene in diesem Zusammenhang machen, bildet dieses Erleben ab.

Die Ergebnisse der hermeneutischen Textanalyse zeigen, dass das Erleben der Befragten durch den emotionalen Schock der Krebsdiagnose geprägt ist und eine grundlegende Bedeutung hat. Das deckt sich mit den Ergebnissen einer Studie von Hajian et al. (2017). Die Forschenden untersuchten die Gefühlswelt von Frauen

während der Diagnose, Therapie und Nachsorge und beschrieben das Empfinden bei Diagnosestellung als ausgeprägte emotionale Aufruhr (Hajian et al., 2017, S. 217 f.). Die daraus resultierenden Ängste vor Konsequenzen für die eigene Lebenssituation und den persönlichen Lebensstil können auf Basis der für diese Arbeit geführten Interviews ebenfalls als fundamental bedeutsam verstanden werden. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Minstrell et al. (2008), die in ihrer Studie eine psychologische Belastung durch die erwartete Veränderung von üblichen Routinen im Lebensstil bei Frauen mit neu aufgetretener Brustkrebserkrankung nachgewiesen haben. Die individuellen Belastungen bestimmen daher, welche Unterstützungsbedarfe Betroffene haben, und was sie als hilfreich für die Bewältigung erleben (Minstrell et al., 2008, S. 60 f.).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen im Verständnis der Teilnehmerinnen zunächst erkennen, dass eine onkologische Beratung durch speziell qualifizierte Pflegende nicht isoliert von der Beratung und Betreuung durch andere Akteure des Behandlungsteams wahrgenommen wird. Die Befragten können sich mehrheitlich nicht daran erinnern, welche Themen sie explizit mit der onkologischen Fachpflegeperson besprochen haben. Erklärbar wird dies mit der multiprofessionellen Versorgungsstruktur in zertifizierten Brustkrebszentren. Gemäß den Zertifizierungsanforderungen der DKG muss eine Beratung von an Krebs Erkrankten nicht nur durch onkologisch Fachpflegende, sondern auch durch speziell qualifizierte Mitarbeitende im Bereich der Sozialarbeit und Psychoonkologie erfolgen (DKG & DGS, 2023). Aus diesem Grund finden Beratungen zu den jeweiligen Schwerpunkten durch verschiedene Personen statt, was sich auch im Verständnis der Teilnehmerinnen zeigt. Obwohl hier eine hohe Anzahl an Personenkontakten wahrgenommen wird, zeigt sich kein beeinträchtigter Vertrauensaufbau, um Ängste offen anzusprechen und Fragen stellen zu können. Ein Belastungsempfinden durch die vielen verschiedenen Akteure im Behandlungsteam, wie von Eicher (2008, S. 42) beschrieben, lassen die Ergebnisse nicht erkennen. Zwar erinnern sich die Befragten hierdurch nicht im Detail an die Gesprächsinhalte mit der onkologischen Fachpflegeperson, allerdings können sie klar benennen, was sie für die Krankheits- und Situationsbewältigung hilfreich erlebt haben. In dem Zusammenhang zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass ein emotionaler Beistand, ein freundlicher und empathischer Umgang sowie eine personenzentrierte Kommunikation von den Befragten wahrgenommen und als besonders hilfreich erlebt werden. Auch das Gefühl, als Mensch gesehen zu werden,

spielt dabei eine besondere Rolle. Das erklärt sich durch die Angst, im Krankenhausbetrieb als Fall in der Menge unterzugehen, was schon Minstrell et al. (2008) als Belastungsfaktor bei Brustkrebspatientinnen beschrieben haben. Weiterhin ist dieses Erleben der Befragten stimmig mit dem von Pinkert et al. (2008) beschriebenen Bedürfnis nach einer angstreduzierenden, emotionalen Unterstützung während der chirurgischen Therapiephase. Damit bestätigen die Ergebnisse die große Bedeutung einer bedürfnisgerechten Kommunikation und den Wert von Beziehungsgestaltung in der Pflege (Höwler, 2018). Sie belegen zudem, dass diese Form der Kommunikation in der Praxis auch gelingen kann. Die hilfreich erlebte Möglichkeit, eigene Fragen und persönliche Ängste ansprechen bzw. loswerden zu können, ähnelt den Ergebnissen von Ahern et al. (2016). In der Studie konnte nachgewiesen werden, dass eine speziell qualifizierte Pflegefachperson, als Ansprechperson für aufkommende Fragen, die Selbstwirksamkeit von Brustkrebspatientinnen stärken kann (Ahern et al., 2016, S. 76). Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen vermuten, dass diese Möglichkeit während des Aufenthaltes mit der Brustkrebsoperation bedeutender zu sein scheint, als mit zahlreichen Informationen im Beratungsgespräch überfrachtet zu werden. Das erklärt auch, warum Informationsmaterialien von den Befragten als hilfreich wahrgenommen werden. Die Befragten schildern, dass sie die vielen Informationen aus den verschiedenen Gesprächen oftmals nicht verarbeiten konnten. Die Möglichkeit des Nachlesens kann Unsicherheiten aufgrund von fehlenden oder vergessenen Informationen abbauen. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in der Studie von Fan et al. (2021): Hier konnten durch die Intervention mit Aushändigung eines gezielten Handouts niedrigere Stresslevel und eine geringere Ausprägung von Angst nachgewiesen werden. Die von den Befragten hilfreich erlebte Verfügbarkeit von Informationsmaterialien und Broschüren deckt sich zudem mit den Empfehlungen für eine entsprechende Nutzung in der professionellen Gesundheitsberatung durch Pflegende (Engel, 2020).

Wenngleich die Befragten vor allem Aspekte als hilfreich hervorheben, die sich auf den Umgang und die Art der Kommunikation beziehen, beleuchten die Ergebnisse dieser Arbeit auch bedeutsame Beratungsthemen auf der inhaltlichen Ebene. Trotz der positiv wahrgenommenen Verfügbarkeit von gezielten Informationsmaterialien, scheinen sich Betroffene zunächst eine ehrliche, aufklärende Beratung zu wünschen. Dieses Bedürfnis erklärt sich durch das Textmaterial selbst, da die Befragten in der rückblickenden Sicht die Erfahrung schildern können, dass fehlende oder



beschönigende Informationen zu unrealistischen Erwartungen geführt haben. Eine realitätsnahe Vorbereitung auf das veränderte Aussehen und Anfühlen der operierten Brust ist zudem nicht allein Mediziner:innen vorbehalten, sondern wird als bedeutsame pflegerische Intervention zur Körperbildarbeit verstanden (Uschok, 2016, S. 412).

Die Wissensvermittlung von möglichen Neben- bzw. Auswirkungen der Folgetherapie ist ebenso wichtig für eine realistische Vorstellung von dem, was auf die Betroffenen zukommt. Die Ergebnisse lassen erkennen, dass entsprechendes Wissen wichtig für die Entwicklung eigener Bewältigungsstrategien ist. Das zeigt sich insbesondere in Verbindung mit dem Wunsch von Betroffenen, über Möglichkeiten informiert zu werden, wie sie selbst Wohlbefinden und Heilung positiv beeinflussen können. Der Bedarf nach entsprechenden Informationen wurde auch in der Studie von Minstrell et al. (2008) nachgewiesen. Dieser Beratungsbedarf resultiert vermutlich aus dem prägenden Schockerlebnis bei Diagnosestellung, das ein Gefühl des Ausgeliefertseins verursachen kann. Zu wissen, was der vollständige Behandlungsprozess beinhaltet und was man aktiv tun kann, um z.B. sowohl mit Bewegungseinschränkungen nach der Operation im Alltag zurecht zu kommen als auch Nebenwirkungen vermeiden oder lindern zu können, kann diesem Ohnmachtsgefühl entgegenwirken und stärkt die Selbstwirksamkeit (Kelber, 2022). Dieses Empowerment zu einer aktiven Rolle im Behandlungsprozess hat bekanntermaßen einen positiven Einfluss auf die Krankheits- bzw. Problembewältigung (Meng et al., 2023).

Die Ergebnisse demonstrieren ebenso die Bedeutung von Wissen zu Entstehungszusammenhängen der eigenen Erkrankung. Auch bei den Teilnehmerinnen in der Studie von Hajian et al. (2017, S. 221) wurde den Informationen über die Erkrankung und deren Entstehung ein besonderer Stellenwert zugeschrieben. Diese Bedeutsamkeit ist am ehesten im Zusammenhang mit der Krankheitsverarbeitung zu verstehen. Sachliche Informationen können die Annahme, die Erkrankung sei womöglich eine Strafe, entkräften und damit zu psychologischer Entlastung führen. Weiterhin kann das Wissen hier ebenfalls die Selbstwirksamkeit stärken, indem zumindest beeinflussbare Risikofaktoren bekannt sind und Betroffene diesen aktiv entgegenwirken können. Hierzu zählt z.B. das Rauchen, was die Entstehung von Brustkrebs nachweislich begünstigen kann (He et al., 2022).

Die Ergebnisse bestärken zudem die Wichtigkeit einer Beratung zu sozialrechtlichen Ansprüchen, da diese von den Befragten explizit als bedeutsam benannt werden. In diesem Kontext verdeutlicht sich jedoch auch die hohe Relevanz für eine Beratung,

die eine autonome Entscheidungsfindung unterstützt. Das ließe sich damit erklären, dass im Rahmen einer Beratung bei Betroffenen schnell das Gefühl entstehen kann, sie werden beispielsweise zu einer Rehabilitation gedrängt, auch wenn rein sachlich die Argumente dafürsprechen. Hier zeichnet sich erneut die hohe Bedeutung eines empathischen Zugangs zu den einzelnen Betroffenen ab, bei dem die Beziehungsgestaltung im Vordergrund steht (Höwler, 2018).

Die mit der Arbeit identifizierten Verbesserungspotenziale lassen sich ebenfalls mit dem prägenden Schockerlebnis bei Diagnosestellung erklären, wie auch schon von Hajian et al. (2017) beschrieben. Dieses Erleben bestimmt daher nicht allein, welchen Unterstützungsbedarf Betroffene haben, wie schon zu Beginn dieses Abschnitts beschrieben, sondern auch zu welchem Zeitpunkt der Bedarf nach Unterstützung am größten ist. Hier bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, dass sich Betroffene vor allem unmittelbar nach Erhalt der Krebsdiagnose eine unterstützende, angstreduzierende und aufklärende Begleitung wünschen. Hierdurch ließe sich auch die als belastend empfundene Wartezeit bis zur operativen Therapie überbrücken. Zum Zeitpunkt der Brustkrebsoperation wünschen sich Betroffene insbesondere eine präoperative Beratung, um insbesondere den Tag der Operation zu entzerren. Das Erleben der Befragten, dass die Akteure des Behandlungsteams zu dicht aufeinander den Kontakt suchen, erscheint nachvollziehbar vor dem Hintergrund, dass Krankenhäuser für das wirtschaftliche Überleben gezwungen sind, Behandlungsprozesse straff, effizient und mit kurzer Verweildauer zu organisieren (Marckmann, 2021). Hierin liegt vermutlich auch der Wunsch nach einer telefonischen Kontaktmöglichkeit im Anschluss an den eher kurzen Klinikaufenthalt begründet. Zudem zeigt die geschilderte Erfahrung der Befragten, dass rückblickend erst klarer wird, welche Fragen im Nachgang noch aufkommen. Dies hängt vermutlich wiederum mit der Tatsache zusammen, dass die weitere Auseinandersetzung mit der Krankheit und den weiteren Behandlungsschritten erst im Alltag nach überstandener Operation stattfindet. Das Potenzial telefonbasierter Pflegeberatungen ist im Zusammenhang mit einer adjuvanten Antihormontherapie bereits nachgewiesen und kann das Selbstmanagement von Nebenwirkungen sowie die Therapie-Adhärenz verbessern (Gagné et al., 2022).

Das erkannte Potenzial hinsichtlich einer videobasierten Lösung für die Anleitung zu postoperativen Bewegungsübungen lässt sich vermutlich mit einem allgemeinen Trend einer steigenden Nachfrage nach entsprechenden Optionen erklären. Der

Nutzen von bewegungsbezogenen Videotutorials wurde im physiotherapeutischen Bereich bereits erkannt (Kraus, 2019) und kann als zeitgemäße Entwicklung in Zeiten einer zunehmenden Verfügbarkeit digitaler Medien betrachtet werden. Auch das mit 53 Jahren relativ niedrige Durchschnittsalter der Befragten könnte hier eine Rolle spielen.

Die in diesem Abschnitt diskutierten Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, dass für die Durchführung einer onkologischen Pflegeberatung eine entsprechende Beratungskompetenz vorhanden sein muss. Dabei handelt es sich laut dem Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) um die Fähigkeit, den jeweils passenden Beratungstyp situativ auswählen und anwenden zu können, was wiederum sowohl Fachkompetenz als auch Personalkompetenz erfordert (ZQP, 2016, S. 18). Die Kombination aus hilfreich erlebten Aspekten, bedeutsamen Beratungsinhalten und identifizierten Verbesserungspotenzialen zeigt weiterhin, dass eine onkologische Pflegeberatung nicht einem bestimmten Beratungstyp, wie z.B. der ‚aufklärenden‘ oder ‚empfehlenden‘ Beratung nach Engel (2020), zugeordnet werden kann. Vielmehr ist sie als komplexe Beratung zu verstehen, die verschiedene Beratungstypen integriert. Die Beratung soll beispielsweise nicht nur einen krankheitsbezogenen Informations- und Wissensstandard erreichen und Empfehlungen geben, sondern Betroffene auch dazu befähigen, Problemsituationen selbstständig bewältigen zu können (Engel, 2020, S. 126).

## 6 Limitationen

Der Forschungsprozess orientierte sich an der philosophischen Hermeneutik nach Gadamer (2010), um ein tieferes Verständnis für die Erfahrung zu entwickeln, die Brustkrebspatientinnen mit einer onkologischen Pflegeberatung machen. Die entsprechenden erkenntnistheoretischen Annahmen zum Verstehensprozess haben das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit wesentlich beeinflusst. Die angewandte Methodik wird in Hinsicht auf die Zielstellung (siehe Kapitel 1.3) als gut geeignet bewertet. Trotzdem unterliegt das methodische Vorgehen Limitationen. Es ist nur begrenzt auf andere Fragestellungen übertragbar, da die hermeneutische Vorgehensweise gezielt zur Beantwortung der für die Arbeit leitenden Fragestellungen durchgeführt wurde. Die mit dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse sind aus diesem Grund nur bedingt mit Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten zu dieser Thematik vergleichbar.

Weiterhin muss limitierend berücksichtigt werden, dass die monozentrische Rekrutierung sowie die Auswahl der Interviewpartnerinnen auf Basis von formulierten Ein- und Ausschlusskriterien automatisch einem Selektionsbias unterliegen. Zudem kann eine Verzerrung der Stichprobe durch persönliche Eigenschaften der Teilnehmerinnen vorliegen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich aufgeschlossene Frauen eher für eine Interviewteilnahme gewinnen ließen als zurückhaltende Personen. Auch die Begrenzung auf Frauen ohne begleitende psychische Erkrankung kann zu einem abweichenden Erleben der pflegerischen Beratung führen. Überdies basieren die analysierten und interpretierten Daten auf erinnerten Erfahrungen der Betroffenen, sodass von einem Recall-Bias ausgegangen werden muss.

Abschließend ist noch anzumerken, dass das Vorverständnis der Forscherin ebenfalls eine Limitation darstellt. Obwohl Vorurteile durch ein kollegiales Gespräch mit onkologisch Fachpflegenden und dem Führen eines Forschungstagebuchs bewusst provoziert und reflektiert wurden, ließ sich das Vorverständnis zu keinem Zeitpunkt vollständig erfassen. Das im Rahmen dieser Arbeit entwickelte Verständnis ist daher nur als ein vorläufiges vertieftes und erweitertes Verständnis zu betrachten. Die Entwicklung des Verständnisses war ein dynamischer Prozess innerhalb des hermeneutischen Zirkels, welches von der Forscherin und der Literatur zum Recherchezeitpunkt beeinflusst wurde. Darüber hinaus kann die Formulierung der Interviewfragen bzw. der Fragestil Einfluss auf die Antworten der Teilnehmerinnen genommen haben. Dem wurde zugunsten des Informationsreichtums zwar durch eine offene und interessierte Haltung sowie dem Aufgreifen geäußerter Aspekte in den Interviews entgegengewirkt, allerdings kann der Einfluss im Dialog nicht vollständig ausgeschlossen werden. Rückblickend lassen sich, unter Berücksichtigung des Datenmaterials und der Feldnotizen, jedoch keine Anhaltspunkte dafür finden, dass wesentliche Aspekte in den Dialogen nur oberflächlich thematisiert oder zurückgehalten wurden. Das bedeutet dennoch, dass andere Forschenden zu einem anderen Zeitpunkt sowie mit anderen professionellen und persönlichen Hintergründen, möglicherweise zu anderen Interpretationen und Ergebnissen kommen würden. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist angesichts der Limitationen zwar nicht möglich, wurde allerdings im Sinne qualitativer Forschung auch nicht angestrebt.

## 7 Schlussfolgerungen

In diesem Abschnitt werden die gewonnenen und diskutierten Erkenntnisse in Hinsicht auf Implikationen für die Pflegepraxis und Pflegeforschung herausgearbeitet. Dabei liegt der Fokus auf Möglichkeiten für eine optimale Gestaltung onkologischer Pflegeberatungskonzepte für Frauen, die sich einer Brustkrebsoperation unterziehen.

Die Ergebnisse der Arbeit lassen den Schluss zu, dass Brustkrebspatientinnen bei der Bewältigung der Krankheits- und Therapiefolgen durch eine pflegerische Beratung auf der Grundlage einer professionellen und fürsorglichen Beziehungsgestaltung gezielt unterstützt werden können. Eine wesentliche Erkenntnis ist die aus Sicht von Betroffenen hohe Bedeutung eines freundlichen, empathischen Umgangs und der Bedarf nach einem frühzeitigen professionellen Gesprächsangebot. Dabei geht es vor allem um eine nach Diagnosestellung zeitnahe Verfügbarkeit einer empathischen Ansprechperson, die zu den weiteren Behandlungsschritten aufklärt, Fragen beantwortet und zeitgerechte Informationen gibt. Ideal wäre die Einbindung von onkologisch Zusatzqualifizierten Pflegefachpersonen mit entsprechender Fachexpertise und Beratungskompetenz in die prästationäre Behandlungsplanung im Brustkrebszentrum. Eine unmittelbare Kontaktaufnahme im Anschluss an das ärztliche Aufklärungsgespräch könnte z.B. dazu beitragen, dass die Pflegefachperson noch vor dem Klinikaufenthalt eine Vertrauensbasis aufbauen, Unterstützungsbedarfe identifizieren, individuelle Ängste besprechen und auf die nächsten Schritte behutsam vorbereiten kann. Eine Möglichkeit für die optimale Gestaltung des Beratungskonzepts wäre bei der Gelegenheit auch das Zeigen der Station und die Erläuterung des voraussichtlichen groben Ablaufs am Tag der Operation. Auf diese Weise ließen sich Unsicherheiten der Betroffenen aufgrund einer fehlenden Vorstellung davon, was sie erwarten wird, abbauen. Zudem könnten erste Fragen geklärt und gezielte Informationen herausgegeben werden. Dadurch müssten Betroffene wichtige Informationen nicht selbst beschaffen, was gleichzeitig das Risiko für das Beziehen von Falschinformationen aus unseriösen Quellen verringert. Aus den Erkenntnissen lässt sich weiterhin ableiten, dass für ein optimales Beratungskonzept eine wiederholte Kontaktaufnahme nicht nur ermöglicht, sondern explizit durch eine speziell qualifizierte Pflegefachperson initiiert werden sollte. Das dient nicht allein der Klärung von erst im Nachgang auftretenden Fragen, sondern auch einer dosierten und

situationsgerechten Informationsvermittlung. Insbesondere das mit dieser Arbeit erkannte Bedürfnis nach einer realistischen Aufklärung darüber, was auf die Betroffenen zukommt, stellt die beratende Person in der praktischen Umsetzung vor eine besondere Herausforderung. Einerseits sollte es sich um eine angstreduzierende, mutmachende Kommunikation handeln, andererseits sollten mögliche Therapiefolgen nicht beschönigend dargestellt und etwaige Nebenwirkungen verschwiegen werden. Hier wird das Erfordernis für sehr gute kommunikative Fähigkeiten auf Seiten der beratenden Pflegefachperson deutlich. Auch sollte die beratende Person ein Gespür für den individuell zumutbaren Informationsumfang haben, um Betroffene nicht zu überfordern. Die von Betroffenen geschilderte eingeschränkte Fähigkeit, Informationen aufnehmen und verarbeiten zu können, kann im vermeintlichen Widerspruch zu dem Gefühl stehen, unzureichende Informationen erhalten zu haben. Dieses Erleben muss Pflegenden, die eine onkologische Beratung durchführen, bewusst sein, um ein entsprechendes Gespür hierfür entwickeln zu können. In dem Zusammenhang sollte die beratende Pflegefachperson in Abstimmung mit Betroffenen auch das Einbinden von Bezugspersonen erwägen. Damit ließen sich einerseits auch Ängste und Fragen von z.B. Familienangehörigen berücksichtigen, andererseits kann eine während der Beratung anwesende Bezugsperson die Informationen mit aufnehmen. Hierdurch hätten Betroffene die Möglichkeit, sich mit ihren Bezugspersonen im Nachgang nochmal zu vergessenen, oder in der Situation nicht verarbeiteten, Gesprächsinhalten auszutauschen.

Mit dieser Arbeit konnten erste Schlussfolgerungen gezogen werden, welche Aspekte für die Gestaltung und Umsetzung pflegerischer Beratungskonzepte im Zusammenhang mit einer Brustkrebsoperation aus Sicht von Betroffenen bedeutsam sind. Für die Weiterentwicklung von Pflegekonzepten in Brustkrebszentren zeichnet sich ein Bedarf für weitere qualitative Forschungsarbeiten ab. Diese sollten ebenfalls darauf abzielen, ein Verständnis für die Erfahrungen zu entwickeln, die Betroffene mit einer onkologischen Pflegeberatung machen. Erkenntnisse aus mehreren entsprechenden Studien könnten das Ableiten von Best-Practice-Ansätzen sowie Verbesserungspotenzialen erleichtern, indem sich festgestellte Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede in einen Gesamtzusammenhang deuten lassen. Unterschiede im Erleben könnten beispielsweise auch im Zusammenhang mit dem Qualifikationsniveau der beratenden Pflegefachpersonen festgestellt werden, woraus

sich möglicherweise neue Schlussfolgerungen ziehen lassen. Eine stärkere Berücksichtigung von Erkenntnissen zum Erleben wäre dann auch bei der Weiterentwicklung von Rahmenvorgaben für eine onkologische Pflegeberatung denkbar. Dazu zählen z.B. die Zertifizierungsanforderungen an die fachpflegerische Betreuung in Brustkrebszentren.

## Literatur

- Ahern, T., Gardner, A., Courtney, M. (2016). Exploring patient support by breast care nurses and geographical residence as moderators of the unmet needs and self-efficacy of Australian women with breast cancer: Results from a cross-sectional, nationwide survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 23, 72-80.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.05.001>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) & Deutsche Krebshilfe (DKH) (2020). S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen. URL: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Supportivtherapie/LL\\_Supportiv\\_Langversion\\_1.3.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Supportivtherapie/LL_Supportiv_Langversion_1.3.pdf) (Abfragedatum 14.11.2023)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) & Deutsche Krebshilfe (DKH) (2021). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. URL: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-045OLk\\_S3\\_Mammakarzinom\\_2021-07\\_1.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-045OLk_S3_Mammakarzinom_2021-07_1.pdf) (Abfragedatum 11.12.2023)
- Bartholomeyczik, S. (2007). Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. *Pflege & Gesellschaft*, 12 (2), 135-149. URL: <https://dg-pflegewissenschaft.de/veroeffentlichungen/pflege-gesellschaft/pflege-gesellschaft-artikel-2007/> (Abfragedatum 14.11.2023)
- Cho, H. S. M., Davis, G. C., Paek, J. E., Rao, R., Zhao, H., Xie, X. J., Yousef, M. G., Fedric, T., Euhus, D. H. & Leitch, M. (2013). A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. *J Clin Nurs*, 22, 919–929. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04100.x>
- Danner, H. (2006). Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik. 5. Auflage. Stuttgart: UTB



Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2023). Krebsinformationsdienst. Brustkrebs (Mammakarzinom). Letzte Aktualisierung am 08.12.2023. URL: <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/index.php> (Abfragedatum 12.12.2023)

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) & Deutsche Gesellschaft für Senologie (DGS) (2023). Erhebungsbogen für Brustkrebszentren. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html> (Abfragedatum 14.11.2023)

Eicher, M. (2008). Bedürfnisse von Patientinnen mit Brustkrebs und deren Angehörigen. In: Eicher, M. & Marquard, S. (Hrsg.): Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber Verlag, S. 40-56.

Engel, R. (2020). Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege: Einführende Elemente, Methoden und Beispiele. 2., überarbeitete Auflage. Wien: Facultas

Fan, L., Lei, F., Zhu, Z., Hu, C., Ye, L. & Wang, N. (2021). Nursing intervention using a whole-process escort playing a relative role combined with mind mapping in patients undergoing breast cancer surgery: a randomized trial. *Ann Palliat Med*, 10 (12), 12047-12054 <https://dx.doi.org/10.21037/apm-21-915>

Freysteinson, W. M., Deutsch, A. S., Davin, K., Lewis, C., Sisk, A., Sweeney, S., Wuest, L. & Cesario, S. K. (2015). The Mirror Program: Preparing Women for the Postoperative Mastectomy Mirror-Viewing Experience. *Nursing Forum*, 59 (4), 252-257. <https://doi.org/10.1111/nuf.12108>

Gadamer, H. G. (2010). Gesammelte Werke. Band 1: Hermeneutik I: Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. 7., durchgesehene Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck

- Gagné, M., Lauzier, S., Lemay, M., Loiselle, C. G., Provencher, L., Simard, C., Guillaumie, L. (2022). Women with breast cancer's perceptions of nurse-led telephone-based motivational interviewing consultations to enhance adherence to adjuvant endocrine therapy: a qualitative study. *Support Care Cancer*, 30 (6), 4759-4768. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06692-x>
- Gaidys, U. & Fleming, V. (2005). Gadamer's philosophische Hermeneutik in der Pflegeforschung – eine Diskussion: A discussion of Gadamer's philosophical Hermeneutics in international nursing research. *Pflege*, 18 (6), 389-395. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.18.6.389>
- Ghaffari, F., Ghahramanian, A., Zamanzadeh, V., Onyeka, T. C., Davoodi, A., Mazaheri, E. & Asghari-Jafarabadi, M. (2020). Patient-centred communication for women with breast cancer: Relation to body image perception. *J Clin Nurs*, 29, 4674-4684. <https://doi.org/10.1111/jocn.15508>
- Goldschmidt Mertz, B., Dunn-Henriksen, A. K., Kroman, N., Johansen, C., Geving Andersen, K., Andersson, M., Breitenstein Mathiesen, U., Vibe-Petersen, J., Oksbjerg Dalton, S. & Envold Bidstrup, P. (2017). The effects of individually tailored nurse navigation for patients with newly diagnosed breast cancer: a randomized pilot study. *Acta Oncologica*, 56 (12), 1682-1689. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1358462>
- Hajian, S., Mehrabi, E., Simbar, M., Houshyari, M. (2017). Coping Strategies and Experiences in Women with a Primary Breast Cancer Diagnosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18, (1), 215-224. <https://doi.org/10.22034/apjcp.2017.18.1.215>
- He, Y., Si, Y., Li, X, Hong, J., Yu, C., He, N. (2022). The relationship between tobacco and breast cancer incidence: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Front Oncol*, 12, 1-18. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.961970>
- Helferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag

- Hernandez, D., Khan, S. A. & Schlander, M. (2023). Krankheitslast von Brustkrebs in Deutschland: Epidemiologie und Kosten. *Forum*, 38, 324-331.  
<https://doi.org/10.1007/s12312-023-01216-6>
- Höwler, E. (2018). Beziehungsgestaltung in der Pflege. *Pflege Zeitschrift*, 71, 39-42.  
<https://doi.org/10.1007/s41906-018-0765-5>
- Holtgräwe, M., Pinkert, C. & Remmers, H. (2007). Belastungen und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Brustkrebs in der Phase der chirurgischen Primärtherapie – die Sicht der Pflegenden. *Pflege*, 20 (2), 72-81.  
<https://doi.org/10.1024/1012-5302.20.2.72>
- Kelber, S. (2022). Onkologische Pflege braucht gute Konzepte. *Urologie*, 61, 777-780. <https://doi.org/10.1007/s00120-022-01863-y>
- Kraus, D. (2019). Do it yourself! – Videos für Patienten drehen. *physiopraxis*, 17 (02), 44-47. <https://doi.org/10.1055/a-0790-5773>
- Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz PVU.
- Marckmann, G. (2021). Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung. *Ethik Med*, 33, 189-201.  
<https://doi.org/10.1007/s00481-021-00642-1>
- MAXQDA (2024). Software für qualitative Datenanalyse (Version 2024): VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH. Berlin.

- Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz
- Meng, K., Fahmer, N., Engehausen, D., Hass, H. G., Reuss-Borst, M., Duelli, K., Wöckel, A., Heuschmann, P. U., Faller, H. (2023). Patientenkompetenz zur Krankheitsbewältigung – Eine qualitative Analyse bei Frauen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 73 (05), 187-196. <https://doi.org/10.1055/a-1956-9153>
- Minstrell, M., Winzenberg, T., Rankin, N., Hughes, C., Walker, J. (2008). Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania, Australia: changing needs over time. *Psycho-Oncology*, 17 (1), 58-65. <https://doi.org/10.1002/pon.1174>
- Ortmann, O., Beckmann, M. W., Wallwiener, D. & Kreienberg, R. (2018). Brustkrebszentren – Modell für die Etablierung neuer Versorgungsstrukturen in der Onkologie. *Gynäkologe*, 51, 764–768. <https://doi.org/10.1007/s00129-018-4300-y>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 367:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pinkert, C., Holtgräwe, M. & Remmers, H. (2008). Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen nach pflegerischer Unterstützung während der stationären Erstbehandlung. *Pflege*, 21 (1), 7-15. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.21.1.7>
- Schrems, B. (2018). Verstehende Pflegediagnostik. Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln. 2., überarbeitete Auflage. Wien: Facultas

Słowik, A. J., Jabłoński, M. J., Michałowska-Kaczmarczyk, A. M. & Jach, R. (2017). Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatria Polska*, 51 (5), 871-888. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/63787>

Stemmer, R. & Bartholomeyczik, S. (2017). Ethikkodex Pflegeforschung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. URL: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/Ethikkodex-Pflegeforschung-DGP-Logo-2017-05-25.pdf> (Abfragedatum: 19.01.2024).

Uschok, A. (2016). Körperbild und Körperbildstörungen Handbuch für Pflege und Gesundheitsberufe. Bern: Hogrefe Verlag.

Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) (2022). Brustkrebs. URL: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs\\_node.html#:~:text=Auf%20Basis%20der%20aktuellen%20Inzidenzraten,i%C3%BCnger%20als%2055%20Jahre%20alt](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs_node.html#:~:text=Auf%20Basis%20der%20aktuellen%20Inzidenzraten,i%C3%BCnger%20als%2055%20Jahre%20alt) (Abfragedatum 14.11.2023)

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2016). Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. URL: [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen\\_Beratung\\_Pflege.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf) (Abfragedatum: 16.07.2024).

## Erklärung

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst habe. Dabei habe ich ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel, einschließlich generativer künstlicher Intelligenz, verwendet.

Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus fremden, veröffentlichten und nicht veröffentlichten Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

A solid black rectangular box used to redact the signature of the author.

Pinneberg, 05.08.2024

---

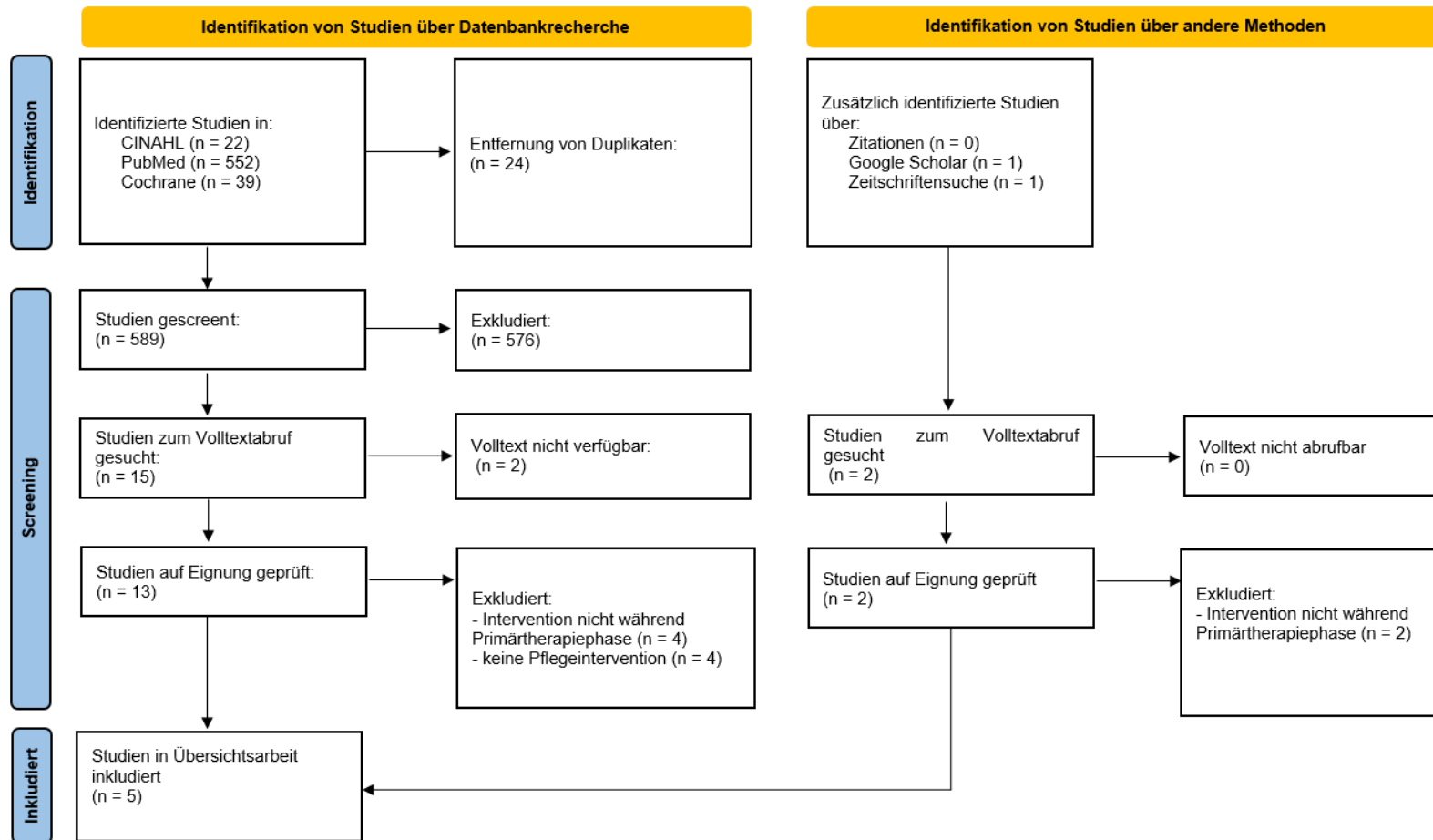
Unterschrift

Ort, Datum

# Anhang

## Rechercheverlauf zu Pflegeinterventionen im Rahmen der chirurgischen Brustkrebstherapie

PRISMA-Flussdiagramm zum Rechercheverlauf in Anlehnung an Page et al. (2021)



## Ethikvotum

### Votum des Klinischen Ethikkomitees vom 11.03.2024

Sehr geehrte Frau Nobmann,

Sie haben sich mit der Bitte eines Ethikvotums zu einem Forschungsvorhaben im Rahmen Ihrer Masterthesis an unser klinisches Ethikkomitee gewendet, ob die von Ihnen geplante Studie an unserer Klinik aus ethischer Sicht durchgeführt werden darf.

Dem Ethikkomitee liegt der Ethikantrag vor, ein Informationsschreiben, die Einwilligungserklärung sowie ein Interviewleitfaden.

Es handelt sich um eine Interviewstudie. Es ist geplant, ehemalige Patientinnen aus dem Brustkrebszentrum zu befragen, bei denen eine onkologische, fachpflegerische Beratung /Pflegevisite stattfand. Das Brustkrebszentrum wurde von Ihnen informiert und ist einverstanden.

Es erfolgte die Rücksprache mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein, die eine Ethikkommission eingerichtet hat. Zusammenfassend ergibt sich daraus, dass ein klinisches Ethikkomitee zur Begutachtung einer reinen Befragungsstudie nach Überprüfen unter dem ethischen Aspekt das Einverständnis geben kann. Dies geschieht insbesondere bei Universitätskliniken regelmäßig.

Übergeordnet ist die Ethikkommission der Ärztekammer, die hinzugezogen wird, wenn es sich um eine Interventionsstudie handelt. Bei Forschungsvorhaben mit Arzneimitteln und Medizinprodukten müssen die gesetzlichen Vorgaben des Arzneimittelgesetzes und des Medizinproduktegesetzes zu Grunde gelegt werden.

#### **Zusammenfassung:**

Allen Mitgliedern des KEK wurden die Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Nach Überprüfen Ihres Ethikantrags zur Durchführung der Interviewstudie im Rahmen der Masterthesis ergeben sich aus ethischer Sicht keine Einwände gegen die Durchführung des Forschungsvorhabens. Insbesondere wurde der Aspekt des Wiederauflebens der erlebten besonderen Belastungssituation beachtet.

Für das Klinische Ethikkomitee der Regiokliniken

Dr. Brigitta Reinke  
Vorsitz klinisches Ethikkomitee



## Muster des Informationsschreibens

### Informationsschreiben

Sandra Nobmann  
Studierende im Masterstudiengang Pflege  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg  
Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Pflege und Management  
Alexanderstr. 1  
20099 Hamburg

### Informationen für Interessierte und Mitwirkende an einer Studie

Liebe Patientin,

ich, Sandra Nobmann, möchte Sie einladen an einer Studie teilzunehmen. Es geht dabei um Ihre Erfahrungen als Brustkrebspatientin. Sie können mit diesen Erfahrungen dabei helfen, dass die aus rückblickender Sicht für Sie wichtigen Aspekte überhaupt erst bekannt werden.

Insbesondere möchte ich wissen, wie Sie noch besser unterstützt werden können.

Hierfür möchte ich ein Gespräch mit Ihnen führen, in dem Sie offen Ihre Erfahrungen schildern können. Tag, Zeit und Ort würde ich mit Ihnen abstimmend vereinbaren.

Alle Daten, die im Rahmen der Studie erhoben werden, werden pseudonymisiert, so dass ein Rückschluss auf Ihre Person durch Dritte, bspw. Mitglieder Ihres Behandlungsteams, ausgeschlossen wird. Das bedeutet auch, dass niemand anderes wissen wird, ob Sie sich an der Studie beteiligt haben. Die Teilnahme ist uneingeschränkt freiwillig und Sie können Ihr Einverständnis jederzeit zurückziehen.

Wenn Sie an dieser Studie interessiert sind oder weitere unverbindliche Fragen haben, können Sie mich gerne unter den folgenden Kontaktdaten erreichen:

Sandra Nobmann  
[REDACTED]

E-Mail: [REDACTED]

Ich freue mich auf Ihre Mithilfe. Vielen Dank!

## Muster der Einwilligungserklärung

### Einwilligungserklärung

#### Kontaktdaten für Nachfragen:

Sandra Nobmann

Tel.: [REDACTED]

E-Mail: [REDACTED]

#### Thema des Forschungsvorhabens:

„Onkologische Pflegeberatung zum Zeitpunkt der chirurgischen Brustkrebstherapie aus Sicht von Betroffenen“

#### **Erklärung der Forscherin**

Hiermit erklärt die Untersucherin des Forschungsvorhabens, Sandra Nobmann, dass alle von Ihnen gemachten Angaben pseudonymisiert werden, so dass ein Rückschluss auf Ihre Person für Dritte nicht möglich sein wird. Die Audiodatei wird mit Erreichen des Forschungszwecks spätestens am 31.10.2024 gelöscht werden. Die im Rahmen der Untersuchung erhobenen Daten werden datenschutzkonform und gemäß wissenschaftlicher Praxis in pseudonymisierter Form für einen Zeitraum von 10 Jahren archiviert.

---

(Ort, Datum, Unterschrift)

#### **Einwilligungserklärung der teilnehmenden Person**

Hiermit erkläre ich, Frau \_\_\_\_\_, dass ich nach vollständiger Aufklärung über das Forschungsvorhaben freiwillig an einem Interview für das o.g. Forschungsvorhaben teilnehme. Ich stimme einer Tonaufzeichnung des Interviews zu und erkläre, dass die pseudonymisierte, verschriftlichte Version des Interviews im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens und damit verbundenen Publikationen und Vorträgen genutzt werden kann.

Ich stimme der für die Studie erforderlichen Erhebung, der datenschutzkonformen Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.

Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann und in dem Fall alle erhobenen Daten unverzüglich und unwiderruflich gelöscht werden.

---

(Ort, Datum, Unterschrift)

## Interviewleitfaden

### Onkologische Pflegeberatung zum Zeitpunkt der chirurgischen Brustkrebstherapie aus Sicht von Betroffenen

#### Vor Beginn des Interviews:

Code: I \_\_

- Vorstellung zur Person und zum Forschungsvorhaben
- Aufklärung Audioaufnahme
- Einholung schriftliches Einverständnis

#### Beispielformulierungen für die Leitfragen der Forscherin

##### Einstieg nach Begrüßung / Ablaufinformation / Aufzeichnungsbeginn

- Schildern Sie gerne einmal, wie Sie die Ereignisse im Zusammenhang mit Ihrer Brustkrebserkrankung erlebt haben - von der Diagnosestellung bis zur Behandlung.
- Wann war Ihre Brustkrebsoperation? Wenn Sie an diesen Krankenhausaufenthalt denken, wie haben Sie diesen erlebt?

##### Thematische Gesprächsvertiefung zu der Erfahrung mit Beratung

- Wie haben Sie die Unterstützung durch das Personal während Ihres Aufenthaltes wahrgenommen? Wer hat Sie zu Ihrer Erkrankung und den Operationsfolgen beraten?
- Was verstehen Sie unter Beratung?

##### Thematische Gesprächsvertiefung zur pflegerischen Beratung

- Während Ihres Aufenthaltes hat [Name der onkologischen Fachpflegenden] mit Ihnen gesprochen, erzählen Sie doch mal, wie Sie das Gespräch wahrgenommen haben.
- Welche Themen waren für Sie persönlich von Bedeutung? Was war für Sie hilfreich in der Situation?
- Über welche Themen hätten Sie noch gerne mit [Name der onkologischen Fachpflegenden] gesprochen? Was wurde aus Ihrer heutigen Sicht nicht oder nur unzureichend berücksichtigt? Was würden Sie ändern?
- Was hat Ihnen im Zusammenhang mit den Gesprächen besonders geholfen?

##### Abschlussfrage

- Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig ist, worüber wir noch nicht gesprochen haben?
- Was ist das Positivste, das Sie aus Ihren Erfahrungen für sich mitgenommen haben?

#### Bei Ende des Interviews

- Audioaufnahme beenden
- Dankeschön für die Teilnahme aussprechen

## Interviewtranskript I\_691

F = Forscherin; B = Befragte

1

2

3

[0:00:00.0] **F**: Also meine Einstiegsfrage wäre eigentlich eine Aufforderung. Also schildern Sie gerne mal ganz offen, was Ihnen einfällt, wie Sie die ganzen Ereignisse im Zusammenhang mit der Brustkrebserkrankung erlebt haben. Von Diagnosestellung bis über die Behandlung.

4

[0:00:20.8] **B**: Ja, ich fange am besten von vorne an. Ich bin 50 geworden letztes Jahr und bin dann in den Club reingekommen. Mammographie-Club (lacht). Ich bin dann im Dezember bei der Mammographie gewesen, habe drei Tage später einen Anruf bekommen. Ich möchte doch bitte nochmal wiederkommen. Dringend. Ich musste zu dem Zeitpunkt arbeiten, hatte keine Zeit und habe dann erst im Januar wieder einen Termin machen können. Und ich habe immer gedacht, es ist wegen meiner Zysten, weil ich wusste, ich habe welche. Also das war bei mir bekannt, und als ich dann am 8. Januar, das weiß ich komischerweise noch alles auf den Tag genau, nochmal da war, da hat sie gesagt: Nein, nicht wegen den Zysten, wir haben was gesehen. Und da habe ich gedacht: Hm, ist irgendwie so, erstmal mal gucken.

5

[0:01:13.5] **F**: Das heißt, die Angst vor etwas war noch gar nicht so da? Das war eher so: Ich habe meine bekannten Veränderungen, da wird wohl nichts sein?

6

[0:01:21.6] **B**: Genau. Dann war es wohl dieser Mikrokalk und da hat sie auch gleich so eine Stanzbiopsie mitgemacht, wo ich auch noch recht locker drauf war. Und freitags kam dann der Anruf, da ist was bösartiges, wo ich dann erstmal gedacht habe so, hm. Dann habe ich erstmal geweint. Tatsächlich, weil ich nicht wusste, ja, man hört nur Krebs und das finde ich halt echt schwierig, weil nur Krebs und nichts weiter. Also das war wirklich (..).

7

[0:01:55.1] **F:** Und auch kein persönliches Gespräch, wo man zu dem Befund noch nähere Informationen bekommen hat?

8

[0:02:02.9] **B:** Das war zu dem Zeitpunkt glaube ich auch noch gar nicht möglich, weil das war halt diese erste Untersuchung und dann muss man halt noch mal hinkommen und dann wurde noch weiter untersucht, mit Vakuumstanze, dann bekommt man ja einen Brief nach Hause, wo drin stand, was ich alles nicht verstehe. Dann gibt es Dr. Google. (lacht). Also, Dr. Google halt. Und wenn im Brief drin steht, der Vorschlag wäre Chemotherapie (...).

9

[0:02:35.2] **F:** Ja. Und das in einem Brief.

10

[0:02:36.6] **B:** Ja, Operation und dann wohl noch mal Chemo. Und das war für mich das Allerschlimmste. Also ich weiß nicht. Ich glaube, ich hatte gar nicht so die Angst vor einer Chemotherapie oder Operation. Davor hatte ich gar keine Angst. Ich bin Trainerin. Ich hatte Angst davor, keinen Sport machen zu können. Also mein Leben ist im Prinzip von einer Sekunde auf die andere weg.

11

[0:03:01.0] **F:** Ja.

12

[0:03:01.9] **B:** Das war für mich das Schlimmste. Ich habe in, ich glaube, in vier Wochen, ich habe so viel geweint, immer wieder zwischendurch. Ich habe sehr viel Unterstützung gehabt von Arbeitskollegen, von meiner Tochter. Also da hatte ich schon aufmunternde Worte und das hat ein bisschen geholfen, aber auch nicht wirklich. Bis zum 14. Februar.

13

[0:03:28.3] **F:** War ja dann doch auch noch mal eine ganze Zeit, dass man mehr Klarheit bekommt.

14

[0:03:32.1] **B:** Da kam dann das endgültige mit dem, was gemacht wird und dann ging es mir sofort wieder gut.

15

[0:03:41.1] **F:** Tatsächlich? Weil das so ein Plan war, den man jetzt angehen konnte?

16

[0:03:45.5] **B:** Es gab diese Lösung für mich. Für mich gab es diese Lösung. Brust ab, also werde ich sie, also Silikon auch sofort rein.

17

[0:03:55.2] **F:** Ah okay, das wurde dann in einem Eingriff gemacht. Das war für Sie auch klar im Vorfeld? Oder war das auch so ein Abwägen?

18

[0:04:02.7] **B:** Das war für mich sofort klar. Ich hatte mal darüber nachgedacht, aber Brust ab, damit kann ich halt nicht leben. Wenn ich aufwache und da ist nichts, das finde ich für mich selber ekelig. Dann haben die gesagt: Okay, ist kein Problem, sofort Silikon rein und drei Monate kein Sport. Also kein Zumba, was ich mache. Ach ja, da habe ich gedacht - okay, drei Monate schaffe ich. Besser als hinterher Chemotherapie. Mir ist alles erspart geblieben. Das war wirklich gut.

19

[0:04:33.6] **F:** Also keine Chemotherapie, keine Bestrahlung?

20

[0:04:37.1] **B:** Keine Tabletten. Nichts. Gar nichts.

21

[0:04:40.2] **F:** Ja, toll. Klingt jetzt vielleicht blöd, aber in der Situation kann man das vielleicht doch sagen.

22

[0:04:43.6] S2: (lacht) Es war für mich selber wirklich toll, weil mein Leben war im Prinzip wieder da. Okay, also in absehbarer Zeit zumindest. Ja, das war dann für mich schon wieder so: Gott sei Dank. Ich habe Glück gehabt.

23

[0:04:57.8] F: Ja, verstehe. Glück im Unglück.

24

[0:05:01.4] B: Die Ärztin hat gesagt, ich habe Glück gehabt, weil, wenn ich später gekommen wäre es ganz, ganz anders gewesen wäre. Mit Chemo. Allem drum und dran.

25

[0:05:10.6] F: Ja, das ist oftmals das Tückische bei Krebs. Je jünger man ist, desto schneller wächst er ja auch.

26

[0:05:21.8] B: Ja. Und bei mir ist es halt, da ich ja nebenbei Zumbatrainerin bin und sehr viel Sport mache. Es ist für mich natürlich wirklich eine Hölle, wenn ich das alles nicht machen darf. Das ist für mich das Allerschlimmste, was es auf der Welt gibt.

27

[0:05:37.4] F: Wie war das denn mit dem Aufenthalt zur Operation? Also wenn Sie so an den Krankenhausaufenthalt denken.

28

[0:05:49.5] B: Ich hasse Krankenhäuser. Aber es war toll. Also ich habe eine Zimmernachbarin gehabt, das passte. Die passte wirklich tatsächlich zu mir.

29

[0:05:58.5] F: Ja, da versucht man zumindest auch immer so ein bisschen drauf zu gucken.

30

[0:06:00.7] B: Das war so. Die war nicht nervig, die war nicht wehleidig oder so, die war wirklich auch so ein bisschen wie ich. Fand ich gut. Das Personal war super lieb und super

nett. Also das war (.). Ich habe so was noch nicht erlebt. Okay, ich habe schon einige Krankenhäuser mitbekommen und (..).

31

[0:06:17.8] **F:** Sie haben also auch Vergleiche.

32

[0:06:19.0] **B:** Ich habe Vergleiche. Ja, und das war hier super top alles. Also immer noch, finde ich, von Anfang bis Ende. Ich habe nie jemanden erlebt mit schlechter Laune oder Unfreundlichkeit oder gar nichts. Ja, das war super.

33

[0:06:36.4] **F:** Und was würden Sie sagen? Wer hat Sie in dem Aufenthalt alles beraten? Also auch zur OP, aber auch zu dem danach, was man wie darf, was wann wieder geht. Haben Sie das so in Erinnerung? Was waren das alles für Menschen und Berufe, die Sie da beraten haben?

34

[0:06:53.8] **B:** Es war, ja eine (.) eine vom (.). Waren es die grünen Engel? (lacht)

35

[0:06:58.6] **F:** Die grünen Damen?

36

[0:07:01.7] **B:** Jedenfalls, da war eine zweimal bei mir. Hat mit mir auch den Antrag mit ausgefüllt für einen Schwerbehindertenausweis, hat gefragt so seelsorgemäßig, ob ich da was brauche.

37

[0:07:13.9] **F:** Dann war das vielleicht der Sozialdienst.

38

[0:07:16.0] **B:** Ja, genau, der war es. Ja, genau. Ich weiß nicht mehr so ganz. Die waren auch super nett, aber ich brauchte das für mich nicht. Ich brauchte das nicht mehr. In dem Moment.



39

[0:07:26.1] **F:** Wenn Sie sagen, Sie brauchten das nicht mehr: In dem Moment waren dann einfach diese vielleicht vielen Fragen, die man so am Anfang hat, wenn man die Diagnose bekommt, gab es die zur OP gar nicht?

40

[0:07:38.9] **B:** Also ich wurde von der Ärztin sehr gut aufgeklärt, was die OP betrifft. Also da war alles für mich klar. Alles in Ordnung. Das war richtig erklärt. Es ging um Alternativen. Oder was wäre, wenn ich das nicht machen würde. Also das war alles okay in dem Bereich, also fand ich gut. Wie gesagt, das war halt nur dieses, dieses vorher. Also normalerweise hätte man vielleicht, weiß ich ja nicht, mich nach der Mammographie begleiten, bis zum 14. Februar und dann Schluss. Aber ich glaube, ich hätte da auch irgendwo nach Wedel gekonnt. Aber wie das denn so ist. Keine Zeit. Ja (.).

41

[0:08:26.2] **F:** Ja, jetzt so im Nachhinein: Was für Themen waren für Sie zu dem Zeitpunkt der Operation, also vielleicht auch, als Sie dann schon im Krankenhaus waren oder gerade frisch operiert waren, was war da für Sie von Bedeutung? Welche Themen, die besonders wichtig waren oder auch Themen, die Ihnen vielleicht jetzt im Nachhinein gefehlt hätten, wo Sie heute sagen: Oh Mensch, da hätte ich vielleicht noch mal eine Info brauchen können oder einen Ratschlag. Nein, nein, okay, war so klar.

42

[0:08:55.7] **B:** Nein, nein, war so klar. Also ich sag ja, es war super top. Ich habe noch nie - ich habe ja so viele, also, was heißt so viele, vielleicht verschiedene Erfahrungen gemacht, wo ich in einigen Dingen (.), also von früher. Das war aber auch nicht hier in Pinneberg, muss ich dazu sagen, wo ich nicht so eine Aufklärung hatte. Also das war schon ein bisschen anders.

43

[0:09:20.3] **F:** Und während Ihres Aufenthaltes hier, haben Sie mal mit einer onkologischen Fachkrankenschwester gesprochen. Über was haben Sie da gesprochen?

44

[0:09:39.6] **B:** Nein, also, weiß ich nicht. Ich selber kann mich da nicht so genau an alle erinnern, weil ich habe mit so vielen Menschen zu tun. (..) Ich arbeite in einem Kindergarten, da habe ich ganz viele Menschen. Immer. Und nach drei Jahren habe ich eh alle vergessen und durch das Training, was ich mache, und da ist das schwierig. Ich

kann mich nur an die Schwesternhelferin witzigerweise erinnern (lacht), weil ich habe die schockiert und das tat mir so leid. Weil mein Puls war sehr niedrig und, ja (lacht).

45

[0:10:11.1] **F:** Sportlerin halt (lacht).

46

[0:10:11.9] **B:** Ja, und sie war so erschrocken darüber, weil ich gesagt habe: Na ja, passiert halt, sterbe ich halt jetzt mal kurz. (lacht) Aber die war dann wirklich sehr erschrocken, also habe ich gesagt: Das war ein Spaß. Alles gut.

47

[0:10:23.4] **F:** (lacht) Wie niedrig war der denn? 35 bis 40?

48

[0:10:24.9] **B:** Der war auf 42. Also das ist aber bei mir stellenweise normal. Äh, ist halt so.

49

[0:10:35.0] **F:** Sportlerin halt. Und, ja, jetzt habe ich ja schon ein paar Mal nach diesem Begriff der Beratung gefragt. Jetzt schildern Sie ja auch, dass so der große Bedarf eigentlich während des Aufenthaltes gar nicht mehr da war. Aber was würden Sie selbst eigentlich unter Beratung verstehen? Was würden Sie auch unter onkologischer Beratung verstehen?

50

[0:10:58.5] **B:** Also die Beratung ist ja, die hat man ja im Prinzip vorher, während der Voruntersuchung, da war ja eine Beratung im Prinzip gewesen, aber die Beratung bezog sich auf die Untersuchung, wie die Vakuumstanze läuft. Die war übrigens auch super toll. Da gab es halt Beratung, was gemacht wird. Weil, also die konnten ja im Prinzip das Ergebnis gar nicht sagen. Ja, und dieses, wenn man ein Ergebnis nicht weiß, man denkt einfach zu viel darüber nach. Vielleicht wäre es besser, wenn die Untersuchung läuft, ohne was zu sagen. Ich glaube, das ist auch wirklich bei jedem Menschen anders. Ich kenne eine, die hatte fast ja auch diesen Brustkrebs, mit mir zusammen witzigerweise, und die ist ganz anders, die, die ist richtig durchgedreht. Tut sie immer noch, obwohl nichts mehr ist.

51

[0:11:56.3] **F:** Ja, okay.

52

[0:11:57.9] **B:** Ich glaube, es ist bei jedem verschieden. Ich habe den Genetiktest machen lassen. Wegen meiner Tochter. Es ist nicht vererbbar. Gott sei Dank. Das ist dann auch noch mal super. Aber warum ich ihn gekriegt habe, weiß ich dann ja auch nicht.

53

[0:12:12.0] **F:** Ja, wenn wir das manchmal so genau wüssten.

54

[0:12:14.7] **B:** Wäre interessant, glaube ich. Dann würde ich das sofort abstellen. Wenn die sagen, ich darf kein Wasser mehr trinken, würde ich das sofort nicht mehr machen.

55

[0:12:23.2] **F:** Ja. Man sagt, jede achte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens. Ich glaube, da kommen einfach so viele Faktoren zusammen. Manches weiß man ja. Dass Rauchen beispielsweise generell krebserregend ist.

56

[0:12:34.7] **B:** Was? Ach so (lacht). Ja, okay. Und ich habe bei mir in der Familie sehr viel Krebs. Also fast jeder. Ja, gerade bei den weiblichen, sag ich mal. Deswegen habe ich, habe ich eigentlich gedacht, okay, kriege ich das halt auch. Aber ist dann halt mal so.

57

[0:13:04.6] **F:** Ja, ist interessant, dass Sie das so pragmatisch betrachten. Wenn man jetzt so nach statistischen Daten geht, heißt es tatsächlich, dass es jeden zweiten eigentlich im Laufe des Lebens trifft, also welche Krebserkrankungen auch immer. Hm. Würden Sie aus Ihrer heutigen Sicht irgendwas an diesen Aufklärungen oder Beratungen ändern, wenn Sie könnten? Vielleicht auch im Hinblick auf - darüber haben wir jetzt noch nicht gesprochen, weil Sie ja sehr sportlich sind: Weer hat Sie beraten, welche Bewegungen Sie ab wann wieder machen dürfen? Also können ist ja immer das eine. Aber wie war die Aufklärung da?

58

[0:13:55.3] **B:** Bestimmt war da Aufklärung. Aber ich habe bestimmt nicht richtig da zugehört (lacht). Weil ich war damals gleich nach der OP bei meiner Frauenärztin und habe gesagt, ich möchte jetzt Rehasport haben. Und sie hat gesagt: Das ist zu früh.

59

[0:14:08.4] **F:** Okay, wann haben Sie das denn gesagt, dass Sie jetzt Rehasport haben? Eine Woche danach schon?

60

[0:14:13.5] **B:** Ja, ungefähr so, ein, zwei Wochen danach. Ich wusste, ich sollte ja ein bisschen meinen Arm bewegen. Ja, sonst roste ich ja auch. Also man muss ja in Bewegung bleiben.

61

[0:14:23.8] **F:** Bewegung, aber nicht Überbelastung. (lacht)

62

[0:14:25.5] **B:** Und dann habe ich halt nicht noch mal nachgefragt. Und da ich ja selber Trainerin bin, habe ich dann halt, also möchte gar keiner wissen, was ich gemacht habe. Aber ist okay.

63

[0:14:35.3] **F:** Ist also gut gegangen.

64

[0:14:36.8] **B:** Also ja. Ist alles gut.

65

[0:14:39.2] **F:** Keine Probleme, auch mit Bewegungseinschränkungen nicht?

66

[0:14:42.0] **B:** Schmerzen hatte ich am Anfang tatsächlich. Aber das ist ja, weil ein Lymphknoten hier raus ist und da musste man das ja erst wieder strecken. Und so langsam habe ich das dann auch gemacht. Ja, ich habe meine Türrahmen gestrichen. Das sind dann ganz schöne, langsame Bewegungen.

67

[0:15:00.8] **F:** Ja, so kann man also Physiotherapie noch mit dem Nützlichen verbinden.

68

[0:15:04.7] **B:** Genau. Das habe ich dann zu Hause halt selber gemacht.

69

[0:15:06.9] **F:** Ja, spannend. Ja, und was würden Sie sagen, ist vielleicht eine komisch gestellte Frage, wenn man von Positivem spricht im Zusammenhang mit Krebs, aber was wäre für Sie so das Positivste, was Sie aus Ihren Erlebnissen und Erfahrungen mitgenommen haben?

70

[0:15:24.9] **B:** Also das Positive, wirklich? Die Ärztin, die Ärzte, das waren ja, also mit drei hatte ich Gesprächen. Die fand ich alle sehr positiv. Ja, also war für mich, für mich war es genau richtig. Das war nicht auf eine Mitleidsschiene oder irgendwie so, es war einfach klipp, klar. Und dann so von wegen: Wir können Ihnen helfen. Hat man, oder habe ich so rausgehört und es war optimal. Aber ich glaube da stellen die sich auch auf jeden Patienten drauf ein. Und ja, okay. Wissen Sie, ich sage ja, ich würde das hier jedem empfehlen.

71

[0:16:02.8] **F:** Das freut einen natürlich und freut sicherlich auch dann die Kollegen vor Ort, wenn man das so ein bisschen zurückspiegelt, anonym.

72

[0:16:12.1] **B:** Habe ich dann der Ärztin gesagt. Nach der OP, wo ich dann gesagt habe, wenn ich es nicht besser wüsste, würde ich sagen: Ihr habt mich nicht operiert. Es war wirklich. Ich hatte nichts. Ich hatte keine Schmerzen. Gar nichts.

73

[0:16:26.6] **F:** Ja, schön.

74

[0:16:27.3] **B:** Das, was am meisten weh getan hat, waren halt die Spritzen und ein Pflaster abziehen. Und da bin ich halt sehr sensibel. Und die Naht. Super. Sie haben so tolle Arbeit hier geleistet. Doch, doch.

75

[0:16:43.1] **F:** Ich denke auch, das können die schon.

76

[0:16:44.4] **B:** Es ist Wahnsinn. Also, mein Kopf hatte mir was anderes gesagt, bis ich es gesehen habe.

77

[0:16:48.7] **F:** Okay, das heißt, die Erwartung war dann auch wirklich eher schlimmer?.

78

[0:16:52.5] **B:** Ich habe, ich mag das nicht mit Narben und Fäden. Das finde ich ekelig. Und ich wollte mir das erst gar nicht angucken. Wo sie es gemacht hat und sagte: Das sieht toll aus. Und wir zum Spiegel und ich so: Oh, nicht schlecht. Also super gemacht.

79

[0:17:09.4] **F:** War das gut, dass da jemand dabei war?

80

[0:17:11.9] **B:** Ja, die Ärztin war dabei. Alleine hätte ich nicht geguckt. Das Angucken, das hätte wahrscheinlich bei mir drei Monate gedauert, bis ich das selber gemacht hätte. Aber super toll.

81

[0:17:26.8] **F:** Okay, dann haben Sie meine Fragen schon beantwortet. Ich kann das einmal stoppen. Vielen Dank Frau [Name Interviewpartnerin].

82

[0:17:33.7]

## Interviewtranskript I\_575

F = Forscherin; B = Befragte

1

[0:00:00.0] F: Es startet schon. Von daher würde ich Sie jetzt eigentlich zu Beginn einfach bitten wollen, schildern Sie gerne einmal die Ereignisse im Zusammenhang mit Ihrer Brustkrebserkrankung - wirklich von Diagnosestellung bis dann auch hier zur Behandlung im Krankenhaus.

2

[0:00:20.5] B: Ja, Anfang Februar hatte ich meinen Routinetermin zur Mammographie in Norderstedt bei [Radiologiepraxis] und ich weiß nicht, manchmal hat man ja, also für mich ist das immer ein Stressthema, zur Mammographie zu gehen und auch zum Frauenarzt. Also ich weiß auch nicht, ist schon immer so gewesen, schon immer so, da war immer diese Angst vor Brustkrebs, ich weiß nicht warum, die war bei mir jedes Mal da. Also mich stört es nicht zum Zahnarzt zu gehen und alles. Aber Frauenarzt da, das war immer schon für mich so ein, so Horror in Anführungsstrichen Und ich weiß nicht, ich hatte diesmal auch schon von Anfang an blödes Gefühl, bin dann da hin und ich kannte das schon von da, als ich zum allerersten Mal Mammographie hatte ich, sagen die manchmal: Kann sein, dass Sie noch mal zur genaueren Analyse dann ins Krankenhaus nach Pinneberg müssen, dann wird da noch mal genauer drauf geschaut. So war es beim allerersten Mal, als ich dann 50 wurde. Auch dann war es aber nur eine Zyste, und das zwei Jahre später war gar nichts. Und jetzt halt. (.) Und als es dann hieß: Ja, wir müssen dann noch mal eine Gewebeprobe entnehmen - da, irgendwie wusste ich es eigentlich schon, dass da was ist. Die Ärztin und auch die, Krankenpfleger wollte ich gerade sagen, hier, Arzhelferin, also die waren superempathisch und so, das ist für mich immer ganz wichtig, weil ich hatte wirklich irgendwie innerlich schon die totale Panik, und wie gesagt ich wusste, hatte irgendwie das Gefühl, da kommt irgendwas leider bei raus und, genau. Und dann hatte man mir halt gesagt, ja dann, das war glaube ich montags oder dienstags war ich da, Freitag würde ich dann irgendwie dann einen Anruf kriegen mit dem Ergebnis. Die Tage dazwischen waren natürlich (.). Also wie gesagt, ich hatte es schon im Gefühl, die waren halt so für mich, (.) ich war ein nervliches Wrack und freitags kam dann um zwölf oder so, kriegte ich dann auch den Anruf. Ja, es ist eben doch was gefunden worden. Da habe ich schon gedacht (.). Aber klar, dann bricht man in Tränen aus und man hat im Kopf dann totale Horrorszenarien. Und: Muss ich schon mein Testament jetzt schreiben? Und zum Glück kam gleich so nach dem Motto: Es ist noch im Anfangsstadium und gut zu behandeln. Aber ich habe mich mit dem Thema auch nie auseinandergesetzt. Also, auch wenn man es vielleicht mal im Bekanntenkreis gehört hat, ich habe nie bewusst nachgefragt, weil das war immer für mich so ein Horror Thema, da wollte ich auch nie was

drüber wissen so richtig. Und ähm, naja, war natürlich trotzdem irgendwie dann erstmal am Boden zerstört, was mich so ein bisschen gewundert hatte. Vielleicht auch, um das mal zu beurteilen, dass man nur einen Anruf kriegt. Also ich hatte gedacht, bei so einer Diagnose kriegt man (.). Ich meine, es ändert nichts an der Sache, aber irgendwie einen persönlichen Termin hätte ich erwartet. Als ich später auch Freunden erzählte, sagten die: Ja, das ist ja auch krass, freitags mittags so vor dem Wochenende so einen Anruf zu kriegen. Und man ist das Wochenende da mit seinen Fragen erstmal alleine. Das fand ich nicht so lustig. Und ich habe jetzt auch keinen Partner. Ich lebe alleine. Also meine Schwester wohnt glücklicherweise in Norderstedt, die habe ich direkt angerufen, obwohl da jetzt auch nicht so das superinnige Verhältnis halt ist, und ich dann: Ich habe gerade das, und sie meinte ja - also die arbeitet nur einen Tag die Woche: Ja, komm, komm vorbei, ich bin zu Hause halt. Irgendwie hatte auch mein Chef angerufen, dem sofort das erzählt, weil ich einen sehr, sehr tollen Chef habe. War mir wichtig. Also habe ich gesagt, ich gehe jetzt sofort nach Hause. Er sagte: Ja, lass dich betüdeln und alles klar. Obwohl der eher ein sehr sachlicher Mensch ist. Aber trotzdem, der hat auch eine Mutter gehabt, die an Krebs gestorben ist. Und mir war wichtig, dass das der gleich involviert ist. Habe aber gesagt: Bitte noch keinem weitererzählen. Ich muss das jetzt gerade aber einmal loswerden. Naja, und dann, klar war ich dann freitags bei meiner Schwester, samstags dann auch mit ihr bei meinem Neffen. Also der ist schon erwachsen und um mich irgendwie abzulenken, weil es hieß dann ja, Montag ruft mich jemand an und dann macht er mit mir einen Besprechungstermin aus. Aber wie gesagt, dieses so freitags mittags dann so einen Anruf zu kriegen und dann allein damit gelassen zu werden, das fand ich echt hart.

3

[0:04:20.7] **F:** Ja, verstehe ich.

4

[0:04:22.4] **B:** So halt. Also es war dann auch nicht die Zeit am Telefon, um eben groß Fragen zu stellen und die kommen in dem Moment ja auch noch gar nicht so, wo man sagt, dass (.), nach einem halben Tag denkt man vielleicht: Oh, jetzt habe ich die und die Fragen, und dann muss man halt noch warten, dann kriegt man auch nur erst den Termin in der Woche, also dann und dann. Und das hat sich auch, ich weiß gar nicht mehr, wie es genau mit der Zeit (.), aber es war nicht irgendwie so gleich in der Woche. Also es waren irgendwie auch, glaube ich noch anderthalb Wochen oder so dazwischen. Es hatte mich so gewundert, weil sie meinte auch so: Ja, wir müssen eh erst mal gucken, wie wir Sie irgendwie dazwischenschieben. Also, weil wahrscheinlich gerade viel los war und das ist, das war echt so eine super harte Zeit für mich. Und an der Stelle muss ich sagen, fand ich es fast schade, als ich später dann erfuhr, dass man auch so psychologische



Betreuung in Anspruch nehmen kann. Ich hätte sie zu dem Zeitpunkt schon gebraucht, vorher, genau, so, um gerade in dem Moment mit seinen (.), also irgendwie jemanden zu haben, mit den Ängsten darüber zu sprechen, weil auch im Freundeskreis (.). Ja, ich habe den einen oder anderen angerufen, die waren auch soweit süß, aber die sind dafür auch nicht ausgebildet. Die haben vielleicht selber eine private Historie und wollen gar nicht darüber reden oder als Kummerkasten in dem Moment fungieren, wo ich größtes Verständnis für habe. Also ich bin selber auch parallel ausgebildeter Coach und so, also ich hatte mal einen Burnout vor zwölf Jahren und so, habe mich sehr viel mit diesem ganzen Thema Psychologie und Resilienz und all so was beschäftigt und deswegen habe ich da halt auch Verständnis, wenn andere so die nervliche Kapazität selber dazu nicht haben. Ähm, das war echt heftig. Und dann, genau dann hatte ich das Gespräch mit der Ärztin. Ich vergesse immer den Namen, vergesse ich auch gerade immer. Also die, die mich nachher operiert hat. Da habe ich dann meine Schwester mitgenommen, als seelischen Beistand und auch, weil ich eben einfach so eine Panik hatte, was da jetzt noch kommt, weil ich dachte, also ich bin ganz schlecht in Vorbesprechungen. Also ich bin ein hochempfindlicher Mensch, wenn es um Krankheiten geht oder selbst wenn jemand anderes mir von seiner Zahn-OP erzählt, kippe ich schon, kann ich schon umkippen. Also das stresst, kann ich überhaupt nicht ab. Das sind Freunde, wo ich immer sage: Bitte erzähle jetzt jemand anders deine Details. Ich kann so was überhaupt nicht hören. Am Anfang war das auch alles so, ja, und dann kam halt doch so die Sache. Ja, und wir müssten da eventuell noch (.), sowas vergesse ich, (.) hier Lymphknoten, eventuell noch gleich mit rausnehmen und dann kann es sein, dass Ihr Arm taub wird und dass Sie den nicht mehr richtig bewegen können. Und da war bei mir schon so okay, war für mich schon so Ende. Ja, war schon gefühlt so innerlich Ende. Ich habe gesagt, ich brauche jetzt Zucker, da habe ich immer schon was dabei, auch was zu trinken. Ich kippe hier sonst gleich um. Danach habe ich gar nicht mehr richtig viel mitbekommen. Deswegen war ich froh, dass meine Schwester dabei war. Die hat nachher noch Fakten mir erzählt, die ich irgendwie so gar nicht mehr richtig aufnehmen konnte. Und dann hatte man mir halt gesagt, weil ich dabei so einen bestimmten Wert. (..) Meine Oma väterlicherseits hatte Brustkrebs mit 74, meine Mutter hat weißen Hautkrebs gehabt. Dass ich da bei diesem bestimmten Wert drüber liege, und ich diese Sonderuntersuchung noch mal bekomme. Und von wegen wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass ich es wieder bekomme und dann könnte es auch sein, wie heißt das, präventive Chemo oder so, und da war bei mir völliges Ende. Also das war echt heftig. Und wie gesagt, spätestens da hätte ich dann psychologische Betreuung gebraucht. Das hat sich dann auch wieder ein bisschen gezogen, bis ich dann operiert wurde halt und habe mich noch mal anderthalb Wochen oder zwei Wochen oder so, ich habe das gar nicht mehr so genau im Kopf. Krankenhaus ist für mich per se ein totaler Horror, auch Leute nur besuchen. Wenn es irgendwie geht, mache ich einen Bogen drum. Merkwürdigerweise war ich allerdings am Tag der OP verhältnismäßig ruhig. Meine Schwester war aufgeregter als ich. Die waren alle sehr nett,

fand ich, alle sehr empathisch. Ob es die Arzthelferinnen waren oder die Ärzte auch nachher noch im OP.: Ja, wird alles gut, und dass man die Hand gehalten hat. So, also das sind so Kleinigkeiten, die, finde ich, in dem Moment eine ganz, ganz große Rolle spielen, und dass auch noch mal ein Witz gemacht wird und solche Sachen. Da hatte ich dann irgendwie (.), vielleicht war es auch so die Sache: Oh, jetzt kommt der nächste Schritt, irgendwie geht es jetzt jetzt weiter und es passiert jetzt halt irgendwas. Die OP habe ich auch supergut (.), war nichts. Ich habe nicht eine Schmerztablette nehmen müssen, nicht ein Problem mit den beiden Narben, die ich habe, gar nichts. Hatte eine supernette Bettnachbarin. Also da hatte die Ärztin wohl auch drauf geachtet, dass wir ungefähr so ein Alter haben: Ach, die packen wir zusammen in ein Zimmer. Mit der bin ich immer jetzt (.). Wir haben uns angefreundet und sind in Kontakt. Das ist ganz toll. Und ähm, ja, so im Krankenhaus an sich braucht man nicht (.). War jetzt nicht das bequemste Bett, gebe ich ehrlich zu. Und, ähm, ja, ich war so ein bisschen überfordert vom Kopf. Einfach, weil am zweiten Tag kam dann diese Dame vom Sozialdienst oder wie das genau heißt. Und ich dachte, dass wäre die Psychologin, der habe ich dann schon mein halbes Leben erzählt, bis ich, also dann bis sie sagte: Ich bin hier nicht die Psychologin. Und das tut mir total leid, weil ich gar nicht wusste, wer da alles kam. Dann kam noch, also die Psychologin sollte kommen, die meinten aber: Nein, die würde an dem Freitag - freitags war das, glaube ich - nicht kommen. Dafür kam eine andere. Nachher kam die Psychologin doch. Dann kam (.) aber der Physiotherapeut, der kommen sollte, also der kam nicht. Dann kriegte ich noch ganz viel Informationsmaterial. So ein bisschen, also das war jetzt gerade too much. Wer war heute hier, alles? Alles im Raum (..) Ja, ich war dann, also meine Bettnachbarin, die ist leider nach einer Nacht, oder für sie gut, nach einer Nacht schon wieder raus. Und dann kriegte ich nachts um elf noch eine Seniorin bei mir ins Zimmer, die auch Schmerzen hatte. Und das geht dann bei mir gar nicht. Also das (.). Ich war dann schon so im Halbschlaf. Um elf geht plötzlich Licht an und ich habe mich auch selber gefragt: Was geht denn hier ab? Ja, und da dachte ich nur, man hat mir gesagt: Sie kommen einen Tag eher raus. Und da dachte ich nur so nächsten Morgen: Och bitte, ja, lasst mich hier mittags raus. Dann im Nebenzimmer schrie da noch jemand vor Schmerzen, ständig. Das ist für mich definitiv zu viel. Ja, und dann war natürlich noch mal die Tortur. Eineinhalb Wochen oder so dauerte das bis ich, also die Nachbesprechung hatte. Und in der Zeit musste ich halt warten. Kriege ich nur eine Chemo oder nicht? Und das war wirklich, das war noch mal mehr der blanke Horror für mich halt. Und ähm, dann kam (.), also ich bin auch so ein so ein kopflastiger Mensch. Ich habe schon alle möglichen Szenarien im Kopf: Was machst du dann? Weil ich (.), ich liebe meine Arbeit. Also vielleicht jetzt nicht gerade die Firma, die uns gekauft hat, aber für mich ist arbeiten ganz wichtig und für mich war es Horror. Gott, wenn ich denke, dann kann ich überhaupt nicht mehr arbeiten, dann hänge ich nur zu Hause. Ich lebe alleine. (..) Wer kümmert sich um mich? Meine Schwester kümmert sich schon um meine Mutter, immer. Und, also es ging so viel durch den Kopf. Ich war völlig am Ende. Und dann kam zum Glück das doch

erlösende Gespräch, das ja gleich vorweg irgendwie alles: Das wird hier heute auch nur kurz, das und das. Und danach ging es mir natürlich deutlich, ja deutlich besser halt. Und ähm genau. Und dann hat sich alles noch so ein bisschen, dass (.) ich meine, klar, ich habe ja auch keine Routine mit dieser, mit diesen ganzen Vorgängen. Es hatte sich (.), dann hieß es, genau: Es wird mich jemand anrufen. Es wird jetzt dann einen Termin geben mit Visiorad, dann Voresprechungstermin und dann, genau, dann kommt halt die Strahlenbehandlung und danach kriege ich später diese Tabletten-Therapie. Na ja, und dann hatte ich wirklich, glaube ich, musste ich noch zwei oder drei Wochen warten, bis ich die Vorbesprechung bei Visiorad hatte. Eine Woche später CT und dann dachte ich, geht es gleich los. Und dann hatten wir es noch mal drei Wochen, bis überhaupt die Strahlentherapie losging. Ja, für mich persönlich war es gut, muss ich ehrlich sagen, weil dadurch, dass ich mich zum Glück - toi, toi, toi - körperlich die ganze Zeit gut gefühlt habe (.). Klar hat, also es zog da, hat ein bisschen gedrückt die Narbe mit dem BH und so, aber ansonsten, körperlich ging es mir gut. Eher mental, das war eher anstrengend. Aber so konnte ich, habe auch ganz normal gearbeitet. Ich war zweieinhalb Wochen krankgeschrieben. Also ich wollte nicht länger krankgeschrieben werden, weil ich gesagt habe, für mich ist arbeiten besser. Meine Routine zu haben, abgelenkt zu werden. Ich brauche die, ich mache zwar Homeoffice, also ich kann beides, ins Büro gehen oder Homeoffice. Im Büro sind wir aber nur ganz, ganz wenige, wo ich gesagt habe, mir ist es wichtig, ich will meinen Alltag zurück. So gefühlt halt. Und ich habe gesagt, solange ich irgendwie kann, würde ich arbeiten. Wenn ich aber merke, irgendwas, das wird mir zu viel, dann würde ich auch Bescheid sagen. Und dann hätte mich meine Frauenärztin jederzeit auch krankgeschrieben. Also die wollte mich da gleich eigentlich sechs Wochen krankschreiben, habe ich gesagt: Nee, nee, nee, nee, also ich will hier arbeiten. Und für mich war es gut, um immer mal so zwischendurch eigentlich doch wieder, ja wieder runterzukommen, mal durchzuatmen, gerade mental halt auch. Und, ähm, ja, und dann ging das jetzt ja immer so weiter. Jetzt habe ich drei-, zwölf? Gestern war das 13. Mal Bestrahlung. Genau. Hatte ich bisher dann auch gut vertragen. Ja, das typische - leichter Sonnenbrand. So ein Pieken in der Brust halt. Die Ärzte sagen ja, das ist alles normal. Und jetzt habe ich halt wirklich, so ungefähr nach der Hälfte, wirklich diese bleierne Müdigkeit bekommen. Ich bin gerade froh hier, dass ich gerade mal wach bin. In einer halben Stunde bin ich wieder todmüde. Ich hatte gehofft, es kommt nicht, weil ich eh immer wegen der Wechseljahre immer zu wenig schlafe und dauermüde bin und dachte: Naja, schlimmer kann es nicht werden. Doch es wurde schlimmer. Aber nach wie vor. Ich bin jeden Tag dankbar dafür, dass dieser Kelch mit der Chemo an mir vorbeigegangen ist. Dass es mir wirklich bisher körperlich doch so gut ging. Und ich meine, die Müdigkeit ist auch Pillepalle. Also wie gesagt, ich mache, seit ich die Bestrahlung habe, Homeoffice, könnte mich jederzeit hinlegen. Die Firma weiß, also ein gewisser Kreis, Bescheid. Die haben auch gesagt: Nimm dir jede Zeit, die du brauchst. In dem Sinne. Mit denen rede ich auch offen darüber. Habe jetzt halt gesagt, also letzte Woche: Sorry, geht nicht mehr.

Ich schlafe direkt vor dem Laptop ein, am Schreibtisch. Also es geht doch gar nicht. Selbst wenn ich wollte. Also plötzlich bin ich weg. Oder ich merke: Oh, jetzt muss ich mich echt dringend hinlegen. Und dann habe ich mich Freitag krankgemeldet und jetzt wollte mich meine Frauenärztin auch gleich wieder drei Wochen krankschreiben. Ich so: Nee, nee, erstmal nur diese Woche und wir gucken dann mal und wenn ich merke, nächste Woche ist immer noch nicht gut, dann können wir von Woche zu Woche sehen. Aber ich brauche einfach meinen Alltag. Das ist für mich ganz wichtig. Da muss ich mich irgendwie so dran festhalten. Ja, ich bin nicht der Mensch, der dann jetzt sagen kann: Ich kann das zu Hause jetzt frei und super genießen, weil es ist ja nicht, ich habe ja nicht Urlaub zu Hause, sondern ich beschäftige mich dann ja doch tagtäglich damit. Auch - toi, toi, toi - wenn es bisher alles sehr gut verlaufen ist. So, genau, und da befinde ich mich jetzt gerade. Was einem natürlich immer jetzt noch so ein bisschen kommt ist halt: Was kommt denn? Was ist auch mit dieser Tabletten-Therapie? Hat das jetzt wieder Nebenwirkungen? Ich vergesse auch immer Tabletten persönlich zu nehmen. Also sowas ist selbst für mich schon eine Herausforderung, denn fünf Jahre Tabletten zu nehmen und man weiß natürlich, man wird jetzt ein Leben lang doch mit dieser Angst konfrontiert sein. Jede Kontrolle, Jede. (...) Es ist nicht mehr so unbeschwert.

5

[0:16:01.8] **F:** Ja.

6

[0:16:02.7] **B:** Das Leben.

7

[0:16:04.0] **F:** Wenn Sie so an den Aufenthalt zurückdenken, wo Sie auch operiert worden sind, wer hat Sie da alles beraten zur Erkrankung, zum Verlauf oder auch zu OP- Folgen und Nachwirkungen?

8

[0:16:15.5] **B:** Also in dem Aufklärungsgespräch. Oder da, also was jetzt eben kommt, auch mit OP. Dann gibt es alles Mögliche an Infomaterial, irgendwelche Heftchen. Ich gebe ehrlich zu, ich habe nichts davon gelesen, weil ich eben, also ich hatte die Krankheit für mich auch noch nicht angenommen. Es war, (.) ich konnte auch, sobald im Fernsehen was mit Krebs war, habe ich umgehend umgeschaltet und so, das war total zu viel für mich. Also da hat man mir alles Mögliche gegeben. Ich muss sagen, das Vorgespräch war halt alles (.), die Frau Doktor war supernett, die hat auch so ein bisschen gescherzt. Das fand ich, die Art fand ich gut. Es war nur ein bisschen hektisch. Also das habe ich in

dem Moment dort noch nicht so gemerkt. Habe ich erst später. Weil es dann wieder hieß, sie müsse in den OP und und und. War dann sehr schnell im Reden, was sie alles in Anführungsstrichen loswerden musste, um mir zu erzählen. Ja, ich ging nachher dann raus und zu Hause dachte ich: Mein Gott, ich hatte eigentlich eine Fragenliste. Ich habe eigentlich von den 15 Fragen nur eine gestellt oder so, weil dann doch die Zeit nicht war und ich in dem Moment gar nicht mehr so richtig dran gedacht hatte, weil ich so ein bisschen neben mir stand oder ein bisschen mehr neben mir stand. Und das war dann irgendwie so ein bisschen doof. Da hatte ich dann hinterher doch noch viele Fragezeichen irgendwie. Ähm, wo ich niemanden (.). Aber wie ich (.). Alle wissen ja, wie sehr Krankenhäuser überlastet sind und alles. Und dann nachher, ja im Krankenhaus dann die einzelnen Personen, die da waren. Die mir dann ja da auch so, wie geht es weiter. Also gut ist diese Informationsbroschüre gewesen, dass man da, je nachdem, was kommt, schon mal irgendwie so alle möglichen Adressen hat. Nicht, dass es jetzt wirklich sehr in die Tiefe da geht, aber auf alle Fälle hat man schon mal Sachen, die man nicht recherchieren muss. Was ich nachher allerdings gemerkt habe, sind wirklich, also wenn es um die administrativen Sachen geht. Dass man sich echt dann durchfragen muss. Ob das irgendwie mit einer Anforderung hier für einen Transport ist für die Bestrahlung. Also ich fahre jetzt zwar selber mit dem Auto, aber ich wusste ja nicht, wie es mir geht. Vielleicht brauche ich einen Transportservice und die Krankenkasse erzählt einem das, der andere erzählt einem das: Nee, das kriegen Sie bei mir und das ist ein altes Formular. Also das sind dann so Sachen, die haben mich auch sehr gestresst. Also da hätte ich gerne, also während ich da im Krankenhaus war, doch noch so mehr Einzelheiten gerne gehabt: Wo fordere ich jetzt genau welches Formular oder so an? Wahrscheinlich hätte ich die Dame ja, die da war, einfach anrufen können, aber das hat mich manchmal (.). Ach so, genau eine Sache war dann auch noch gleich. Ich bin samstags entlassen worden und dann hole ich, gucke ich Montag mir die Bescheinigung an, dass ich ja im Krankenhaus war, wollte sie an die Firma schicken und dann fehlte da komplett das Datum.

9

[0:19:00.8] F: Ach nein. Ja, okay (.)

10

[0:19:02.4] B: Erst sage ich, nur die Uhrzeit und dann sage ich: Nee, das ganze Datum fehlt. Und dann habe ich wieder angerufen und dann so, meine ich: Ja, da fehlt die Uhrzeit. Die: Brauchen Sie doch nicht immer. Ich: Ach so, Entschuldigung, nein, es fehlt komplett alles, also auch das Datum. Und die: Ja, schicken wir dann per Post zu. Und das sind dann so Sachen, wo ich denke, nee, das brauche ich jetzt gerade nicht. Ich meine ja, ich habe da absolut Verständnis für, dass sie da alle irgendwie auch überlastet sind oder so, und, aber in dem Moment hat man überhaupt keinen Bock, sich um sowas zu kümmern

und dann wieder in der Firma: Ja, das kommt erst später. Die haben leider (.). Habe ich im Krankenhaus selber nicht darauf geachtet. Ich war nur froh, dass ich endlich rauskam. Also das sind halt so Sachen. Oder dann habe ich dann noch mal gesagt: Ja, der Physiotherapeut war ja jetzt gar nicht da. Da hieß es, ich soll irgendwelche Übungen machen, aber wer zeigt mir denn jetzt die Übungen oder so? Und nachher habe ich aber gesehen, in der Mappe gab es eine Beschreibung zu. Man könnte ja vielleicht auch einen Link zu einem Video machen, wie man die Übungen genau macht. Da spricht wieder die Onlinerin in mir.

11

[0:20:06.9] **F:** Ja, für zuhause nochmal, ne?

12

[0:20:07.6] **B:** Ja, es war ja für zu Hause gedacht, wie hoch über dem Kopf und so, wo ich dachte, hätte man schön ein kleines YouTube Video von zwei, drei Minuten produzieren können. Link rein. Zumindest für die Leute wie mich, die internetaffin sind. Es wäre viel einfacher, mir schnell das Video anzugucken, als mir dreimal durchzulesen: Wo soll ich jetzt kreisen? Ähm, ja, das waren so Sachen. Also ansonsten (.) ja so Aufklärung (.). Also ich glaube, es ist viel Eigeninitiative auch notwendig, um eben die Information, worum geht es bei der Krankheit, es eben selber zu lesen. Ich war jetzt nicht so unbedingt der Typ dafür und ich finde es auch manchmal schwierig. Also wenn man so Sachen dann da liest und so. Ich habe mal das ein oder andere angefangen und dann habe ich irgendwie fünfmal gelesen und wieder von vorne.

13

[0:20:54.6] **F:** Ja, wann ist es zu viel und wann ist es zu wenig?

14

[0:20:57.3] **B:** Ja so halt. Also für mich. Mein Hirn konnte es in dem Moment, obwohl ich ja sonst ein sehr schlauer Mensch bin, aber es konnte das gar nicht verarbeiten. Ich habe dann irgendwie mich entschlossen, ich lese den Kram nicht. Irgendeiner wird mir schon erzählen, was ich als nächstes tun muss. So, also das war jetzt so (.). Ja, glaube an der einen oder anderen Stelle, ein bisschen mehr Zeit wäre gut gewesen, oder so. Ich weiß jetzt gar nicht, ob ich hätte auch davon Gebrauch machen können, wenn man eben nach so einem Gespräch, gerade diesem Erstgespräch mit dem, was kommt da alles auf einen zu, rausgeht, hinterher noch Fragen hat. So, ich kann mich jetzt nicht daran erinnern, ob sie mir angeboten hat: Sie können mich auch noch mal anrufen. Also das kann ich jetzt wirklich (.), weil ich war dann nicht mehr so richtig bei mir. Aber ähm, kann man vielleicht

auch dann gar nicht leisten als Arzt, wenn da jeder dann noch anruft oder so. Also wie gesagt, da hatten sich bei mir dann im Nachhinein noch diverse, irgendwie so Fragen aufgetan. Aber ich habe es dann mal versucht. Also ich bin auch so jemand, der immer so 1000 Fragen hat und immer alles eigentlich genau wissen will. Und in diesem Fall habe ich mal auf den Prozess vertraut und gesagt ich bin mal komplett gegen meine Natur und ich lasse es einfach mal auf mich zukommen.

15

[0:22:14.6] **F:** Und Sie haben während Ihres Aufenthaltes ja auch einmal, vielleicht auch mehrmals, aber mit einer onkologischen Fachkrankenschwester gesprochen. An was können Sie sich da erinnern?

16

[0:22:30.6] **B:** Oh bitte, nach den ganzen Namen. Also ich weiß nicht. Ja, also irgendjemand war da. Wer das war, also da kamen so viele verschiedene rein. Also so viele verschiedene, aber wer das alles war. Ich weiß nicht, ob das die war. Die, die mir gesagt hatte, der Psychologe kommt freitags nicht. Oder die Psychologen. Ich vermute, die Dame war das. Fragen Sie mich nicht mehr, was sie mir erzählt hat.

17

[0:22:56.5] **F:** Das heißt, man kriegt das wahrscheinlich auch schwer im Nachhinein sortiert. Wer war jetzt in welcher Funktion bei mir? War das der Arzt, Pflege, Therapeut oder Psychologe...

18

[0:23:07.8] **B:** Ja, also an dem Freitag, also wie gesagt, diese Dame, die sich um diese ganzen sozial-organisatorischen Sachen, da dachte ich ja jetzt, sie ist die Psychologin, weil von der wusste ich gar nicht, dass die halt auch kommen. Das hieß, dass eine Psychologin kommt und so, deswegen dachte ich gleich, die wäre es und stürzte mich auf sie und meinte: Ach ja, ich brauche jemanden zum Reden. Ja, und ich weiß, dass nachher noch jemand kam. War das die Dame, die auch gesagt hat, ob jemand, also dass Sie gerne eine Studie machen würden? Die war das dann, weil daran kann ich mich zum Schluss noch erinnern, weil sie so meinte: Wären Sie einverstanden, dass sich jemand meldet? Und da habe ich gesagt: Ja, bin ich immer. Das mache ich gerne. Das war das dann.

19

[0:23:47.5] **F:** Genau. Ja, weil das ist eine onkologische Fachkrankenschwester. Da würde es mich jetzt interessieren, wie Sie, wie Sie das Gespräch mit ihr wahrgenommen haben und über was für Themen Sie da gesprochen haben. Und vor allem auch welche Themen waren für Sie in dem Moment von Bedeutung?

20

[0:24:02.8] **F:** Also wie gesagt, bei mir ist irgendwie erstmal hängengeblieben, dass sie sagte, als ich eben erst oder von jemand anders eben erfahren habe, die Psychologin kommt freitags oder freitags arbeitet die nicht oder wie das auch immer war, dass sie sagte: Ja, sie kommt doch. Und das fand ich erstmal gut die Info, weil ich dachte ja, einen Psychologen kann ich jetzt gerade dringendst gebrauchen. Ich gebe ehrlich zu, das danach ist tuttu kompletto weg. Also das war mir wirklich an dem Freitag zu viel an Information generell. Erst die Sozialdame, dann eben die Fachschwester. Dann kam doch noch eine Psychologin. Aber eben, der andere [Physiotherapeut] kam nicht, auf den ich noch gewartet hatte. Das war mir zu viel auf einmal. Ich weiß jetzt nicht, weil es eben Freitag war und wahrscheinlich samstags alle nicht, weiß ich nicht, ob die dann da alle nicht (.), aber, also dass die natürlich dann nicht beraten auf den Samstag, oder ob es daran lag, weil ich am nächsten Tag entlassen werden sollte. Nach dem Motto, man muss schon alles in den Freitag quetschen. Da weiß ich tatsächlich nicht mehr, über was wir sonst noch gesprochen haben.

21

[0:25:09.9] **F:** Ja, die Frage ist ja auch, wenn ich das so richtig raushöre, was könnte man vielleicht doch idealerweise noch vor der OP besprechen? Weil Sie haben gesagt, da sind viele Fragen offen.

22

[0:25:23.0] **B:** Ja, also in dem Krankenhaus, wie gesagt, obwohl es mir ja wirklich körperlich gut ging. Also ich stelle mir jemanden vor, also meine Bettnachbarin, die hatte mit ihrer Drainage deutlich mehr Probleme. Sie meinte auch, das tut da richtig weh, da piekst ja was total durch, die musste Schmerztabletten nehmen, der ging es nicht so gut. Und ich dachte: Wie ist das mit jemandem, der jetzt (.), oder die Seniorin, die da kam, der ist da ganz schlecht. Ging irgendwie so, ich weiß ja nicht, wie lange die schon, also ob die erst an dem Tag kam oder (.), keine Ahnung, wo ich sage: Wie soll sowas jemand dann in dem Moment überhaupt in Anspruch nehmen können oder noch verarbeiten können? Also bei mir ist wirklich vieles schon weg, einfach weil es mir zu viel war und weil es wirklich, weil ich mental das insgesamt, die ganze Situation für mich zu anstrengend war. Eigentlich bin ich ein Mensch, der ein supergutes Gedächtnis hat, selten Sachen vergisst,



auch gerade in der Firma. Also meine ganzen Aufgaben und so, das habe ich eigentlich alles im Kopf und ich habe viele Aufgaben und sehr detailreich. Aber das sind so Sachen, die waren so ganz schnell alle gefühlt wieder weg. Wobei ich eigentlich auch immer ein Mensch bin, der sich am liebsten Notizen macht. So, also deswegen. Ja, naja, also außer: Da macht jemand eine Studie und der Psychologe kommt, ist da bei mir nicht mehr hängen geblieben. (lacht) Ja, das waren so Fakten, so wahrscheinlich so Fakten, die für mich hilfreich waren. Oder zumindest auch, dass der Psychologe kommt, das war für mich eine ganz wichtige Information, wo ich denke: Super, da kommt heute doch noch jemand, mit dem ich zumindest mal 20 Minuten sprechen kann und dem ich, in Anführungsstrichen, mein Herz ausschütten kann. Also die Dame hätte ich gerne eine Stunde oder zwei Stunden dagehabt, um gerade alles von den letzten Wochen einmal so rauslassen zu können. Deswegen, es war wirklich viel an dem Tag, ja irgendwie so und deswegen, ganz viel ist weg. Also meine Schwester hat mir auch später nach den Gesprächen mit der Ärztin gesagt, was sie mir wirklich alles noch erzählt hat. Ich so: Darüber ist man ja auch nicht informiert. Und ich weiß auch nicht mehr, was es genau war. Aber meine Schwester so: Es hat sie doch erzählt. Und ich so: Echt? Es war mir überhaupt nichts mehr hängengeblieben, angekommen, weil ich geistig (.), weil es für mich einfach in der ganzen Situation too much war. Und das ist doof dann, (.) so (.) halt.

23

[0:27:51.9] **F:** Und was für Gespräche oder auch welche Themen würden Sie jetzt rückblickend sagen, haben besonders geholfen? Also was war hilfreich für Sie? Am hilfreichsten vielleicht sogar?

24

[0:28:04.0] **B:** Also für mich ist irgendwie schon immer so wichtig: Wie geht es weiter? Also eigentlich bin ich auch immer noch so ein Typ, am liebsten hätte ich auch immer noch schon genaues Timing gehabt. Ich bin halt auch gelernte Projektmanagerin. Und eigentlich dachte ich so: Und jetzt sagen Sie mir mal, also dann machen wir das, und wir legen jetzt mal (.). Ich habe schon das Projekt einmal durchgedacht und irgendwie komplett durchdacht und eigentlich schon zu jedem Punkt meine Fragen dann gedanklich notiert. So, und wie gesagt, klar, manche Sachen wollte ich gar nicht so im Detail wissen, weil ich mir alles, wenn es um die Krankheit geht und was passieren könnte und so, damit wollte ich mich nicht auseinandersetzen. Wobei auch im Nachhinein sagte meine Schwester auch, das war mir gar nicht aufgefallen, man hatte mir in der Vorbesprechung gesagt, hier mit diesen, ach so was, das kann doch nicht sein (.), na die Lymphknoten. Wieso vergesse ich das jedes Mal wieder? Also ähm, ja, irgendwie. Wir würden da sonst auch welche mit entnehmen und gucken. Es ist im Moment nichts Auffälliges, jetzt in der Voruntersuchung und dann hat sie mir die Nebenwirkungen erzählt. Und dann sagte ich:

Das kann ich jetzt gar nicht entscheiden. So, also so, weil ich gleich dachte: Gott, wenn ich den Arm nicht mehr bewegen kann, kann ich dann Auto fahren? Inwieweit kann ich tippen? Also ich hatte wirklich so ein komplettes Szenario schon wieder in meinem Kopf. Was könnte alles passieren? Was bedeutet das für mein Leben? Und ich habe gesagt, ich kann die Entscheidung jetzt gar nicht treffen: Da meinte sie: Ja, das könnten wir auch später noch operieren. Und nachher, nach der OP erzählt man mir, wir haben da zwei Lymphknoten rausgenommen. Da dachte ich, ich habe dem doch widersprochen gehabt. Jetzt haben sie es ja doch gemacht. Da sagte meine Schwester: Du hattest doch gesagt, du wolltest das nicht. Und dann meinte ich: Ja, stimmt, du hast recht. Ich bin der Sache nicht mehr auf den Grund gegangen. War mir nachher auch wurscht. Also mir ging es ja dann gut. Aber ja, das ist so ein bisschen dieser Ablauf, Krankheit bei mir nur sehr bedingt. Ist bei anderen sicher anders. Also ich habe eine Freundin, die will immer alles ganz genau wissen. Es fragte mich auch eine Freundin nach der OP: Hast du den Tumor denn mal gesehen? Und ich so: Wie bitte? Sie: Ja, ich hätte mir das Ding ja mal zeigen lassen. Ich so: Was? Nie, never ever.

25

[0:30:13.4] **F:** Also so unterschiedlich ist das, ja.

26

[0:30:16.2] **B:** Das hat mir also inhaltlich in der Hinsicht, wo ich sage, klar, gewisse Informationen müssen ja eben einfach sein und zu wissen auch was passiert, ist bei mir manchmal nicht so gut. Aber klar, es ist notwendig. Ansonsten ist für mich immer sehr so der Ablauf, also gerade jetzt auch in Bezug (.) Ich bin sehr verbindlicher und sehr zuverlässiger Mensch, auch wenn es in der Firma darum geht. Ich hätte halt, ich bin auch so ein Mensch, ich informiere dann gerne alle, damit auch alle anderen wissen, so geht es weiter, dann braucht ihr in dem Fall Ersatz. Oder wir müssen auch schon gleich die Urlaubsvertretung oder Krankheitsvertretung organisieren. Also wie gesagt, das ist bei mir dann alles schon im Kopf durchdacht und da kann ich dann im Kopf nicht weitermachen. Und das hat mich, das nervt mich, denn so viele unerledigte, ungeklärte Punkte, alles, was ich wusste, habe ich dann in der Firma entsprechend an die Personalabteilung, meinen Chef weitergegeben. Ich glaube, die hat es gar nicht so sehr interessiert. Aber ich war ruhig. So, die sind alle, oder wissen Bescheid und was kommen kann oder was nicht kommen kann. Also in der Hinsicht ja, so Ablauf, oder eben, dass sich hier doch alles so verzögert. Für mich gut, für andere (.) Meine Bett Nachbarin hat gesagt: Oh Gott, ich wäre wahnsinnig geworden, immer so lange zwischendurch zu warten. Sie wollte einfach, dass alles schnell nacheinander ist. Dann habe ich gesagt, es wäre mir viel zu anstrengend gewesen. Oder wo hat man, sage ich mal, das Mitentscheidungsrecht, hat man dann ja nicht, aber. (..) Das ist so vielleicht manchmal

auch so, okay, man muss es jetzt so nehmen, wie die Termine, die mir jetzt so gegeben werden. Da habe ich mich eher so manchmal gefragt: Jetzt mit der Bestrahlung, da kriegte ich halt jetzt die Uhrzeit für die 20 Termine, wo ich dachte: Was hätte ich jetzt gesagt, wenn ich Kinder habe und die nachmittags von der Schule abholen muss? Oder vom Kindergarten? Kann ich da überhaupt was ändern? Also ich lebe nun allein. Ich habe jetzt nicht das Problem, aber ja, alles so ein bisschen. So der ganze Ablauf noch mal oder auch das: Von wem kriege ich was? Also ich wusste manchmal gar nicht, muss ich jetzt zu meiner Frauenärztin gehen? Muss ich zum Operateur gehen? Wo kriege ich welche Info von wem? Ich bräuchte jetzt noch mal das. Also wie gesagt, diese Beantragung für den Fahrdienst habe ich bei der Krankenkasse, nee, hatte ich dann bei meiner Frauenärztin, und dann sagte die Dame nachher bei Visiorad, weil sie meinte: Nee, das hätten Sie auch gar nicht von Ihrer Frauenärztin bekommen, das kriegen Sie von uns hier. Ich: Ja, das hat mir die Krankenkasse wieder anders erzählt. Ich müsste zu meiner Frauenärztin gehen. Also das sind, finde ich, manchmal so unnötige Sachen. Ich weiß jetzt auch nicht, ob das individuell ist oder bei jedem dann gleich ist. Der Ablauf so, das weiß ich jetzt halt nicht. Wo kann man überhaupt diese Information so im Vorwege schon, so mitteilen, weil, wenn man dann schon krank ist, hat man auf solche Nummern so gar keine Lust. Also ich habe auch eine tolle Krankenkasse glücklicherweise und die reagieren immer ganz schnell. Und wenn man sagt oder hinschreibt, ich hätte gerne einen Telefontermin, ruft die zehn Minuten später an: Ich habe gerade Ihre Mail gekriegt, Sie haben Gesprächsbedarf? Wie kann ich Ihnen denn helfen? Und ich habe mal, ich habe meinen Schreiber ja noch nicht mal abgelegt. Also das sind so Sachen bei mir, rein inhaltlich über die Krankheit und so, ja, ich glaube (.). Also wie gesagt, man muss da glaube ich selber aktiv werden und einfach diese Broschüren und Informationen lesen und im Zweifelsfall dann noch mal Fragen stellen. Also ich, ich hätte jetzt über die Krankheit selber jetzt gar nicht so viel mehr Info gebraucht, aber wie gesagt, das ist glaube ich wirklich sehr eine typbedingte Geschichte.

27

[0:33:55.4] **F:** Und welche Themen oder auch Bedürfnisse von Ihnen wurden jetzt aus heutiger Sicht womöglich auch unzureichend berücksichtigt, wo Sie sich was gewünscht hätten?

28

[0:34:06.5] **B:** Also so diese Informationen, die ich eigentlich erst im Krankenhaus von der Dame, von diesem Sozialdienst da, auch mit dem Schwerbehindertenausweis und solche Geschichten, die können natürlich eigentlich erst nach der OP, aber wie gesagt, gerade speziell im Bereich Psychologen, dass ich darauf einen Anspruch habe, hätte ich das vielleicht auch vorher gewusst, weil das habe ich vorher jetzt sicher selber nicht

recherchiert, wo ich sage, ich könnte ja mal recherchieren, was bedeutet das alles? Also bei anderen Themen mache ich es genauso, aber eben bei Krankheit weniger. Dann hätte ich vielleicht vorher überhaupt mal gefragt: Kann ich das auch vorher schon in Anspruch nehmen? Aber auf so eine Idee bin ich gar nicht gekommen, dass man auf sowas halt Anspruch hat in der Hinsicht. Also so andere Geschichten wie jetzt auch Schwerbehindertenstatus, da gibt es also diesen Schwerbehindertenausweis, also Steuererleichterung, was es da eben alles so gibt. Das fand ich wichtig, so solche Sachen, weil wie gesagt, darüber hatte ich mir bisher gar keine Gedanken gemacht, was da halt alles noch so für Sachen sind, die auch von Vorteil sein können. Wobei, für mich ist es kein Vorteil in dem Sinne. Ich habe es auch nicht beantragt. Ja, wenn ich meinen Job wechseln will, dann ist das nicht gut. Diesen Status zu haben, das sollte man dann lieber lassen. Bringt auch finanziell nicht besonders viel bei mir. Und ähm, also solche Sachen fand ich schon gut. Aber wie gesagt, vielleicht hätte ich manche Sachen ganz gerne schon eher einfach gehabt, weil gerade diese Situation im Krankenhaus. Finde ich schwierig, finde ich. Hat mich überfordert. Ja, ich meine, ich war froh, dass da jemand war, mit dem ich reden konnte. So, aber da merkt man wieder, ich hätte da einen Psychologen gebraucht. Ach so, dann waren ja auch noch diese, diese grünen Damen. Da war auch die, die kannte ich schon von einer anderen OP vor Jahren. Dass es so was gibt, finde ich eine super Einrichtung. Weil die Mitstreiter und ich, wir haben es beide nicht gebraucht. Finde ich eine ganz tolle Geschichte, oder was ich auch sehr angenehm fand. Also diese Kissen, das ist ja so, klingt so banal, die wir da bekommen hatten. Ich hatte es erst gar nicht verstanden. Ich habe das später mal nachgelesen, dass die ja wirklich so speziell eben, warum es ein Herz ist und so.

29

[0:36:21.6] **F:** Ja, das ist ja wirklich wegen der, ja Anatomie auch.

30

[0:36:22.8] **B:** Und ich habe früher selber mal fünf Jahre lang in einer Kinderhilfsorganisation gearbeitet und weiß natürlich auch, was Ehrenamt und all solche Sachen ist, und das fand ich auch eine ganz tolle Sache. Also, es war auch einfach so eine kleine nette Geste, als man ins Krankenzimmer kam, da lagen schon so die Utensilien, die man hat mit diesem Herzissen und. (..) Das sind dann für mich so die Kleinigkeiten, die ich in dem Moment ganz, sehr, sehr schätze halt. Also vielleicht manchmal sogar wichtiger als die eine oder andere Information, also auch gerade so was wie Empathie und sowas in dem Moment. Obwohl wirklich Hochachtung für das Personal, was die da jeden Tag stemmen müssen. Halt in dem Sinne. Vielleicht noch eine Sache, die ich, also mir wurden dann abends Tabletten hingelegt, und es wurde nichts dazu gesagt und ich fragte meine Nachbarin - sie kriegte ja auch mal: Was ist denn das hier?

Ist das schon diese Tabletten-Therapie oder so? Und sie so: Nee, das sind Schmerztabletten. Weil sie war schon mal im Krankenhaus. (...) Aber ich habe hier so viele - für tagsüber, für abends und so, aber ich habe gar keine Schmerzen. Da meint sie: Dann brauchst du sie ja auch nicht nehmen. Weil ich wusste überhaupt nicht, was das jetzt ist, was man mir da hingelegt hat.

31

[0:37:41.8] **F:** Hätte die Information gefehlt, ja.

32

[0:37:42.9] **B:** Da dachte ich so: Na, so, was ist es denn jetzt? Geht da jetzt so so eine Therapie los? Weil ich meine - toi, toi, toi - ich war erst einmal im Krankenhaus und wurde operiert und da war ich auch nur eine Nacht da. Und darüber bin ich auch ganz glücklich. Ich habe nicht die Routine, was man da so bekommt. Aber wie gesagt, so finde ich im Großen, und die Empathie war wirklich sehr, sehr gut halt. Wie gesagt, sowas ist für mich dann ganz, ganz wichtig in solchen Situationen. Ja, gerade.

33

[0:38:12.5] **F:** Ja, gerade bei so einer sensiblen Erkrankung auch irgendwo. Genau, kann ich verstehen.

34

[0:38:16.4] **B:** Ja, es ist, das muss ich generell auch sagen, also wie gesagt, toi, toi, toi, bisher habe ich wenige Schmerzen und all solche Sachen. Trotzdem hat die mir echt den Boden unter den Füßen weggezogen. Ich habe zwar auch seit eineinhalb Jahren tierische, immer wieder Knieschmerzen und Rückenschmerzen, ich habe viel mehr Schmerzen damit. Trotzdem habe ich da keine Angst vor, als bei dieser Diagnose, die ich da bekommen habe.

35

[0:38:43.4] **F:** Ja, das ist anders.

36

[0:38:44.9] **B:** Und ich werde jetzt auch noch wirklich, also ich hatte bis jetzt den Psychologen noch nicht in Anspruch genommen, weil jetzt ging es immer so, und weil ich mir auch vorher immer genau überlege: Was will ich denn von dem Psychologen? So halt. Das wollte ich demnächst mal, weil ich denke, auch so was kommt vielleicht noch. Vielleicht geht es jetzt gerade, aber wer weiß, ob ich in einem Monat plötzlich wieder totale

Angstzustände oder so habe, die völlig überraschend vielleicht kommen. Ich hatte auch eine Woche lang mal ganz schlimme Alpträume. Also da ist noch längst nicht das Mentale aufgearbeitet. Also ähm, deswegen, also solche Sachen, solche Angebote finde ich wirklich ganz enorm wichtig. Ich weiß nicht, wie andere Patienten das sehen. Wie gesagt, dadurch, dass ich selber Coach bin und mal, oder fast Burnout hatte, habe ich mich mit dieser Thematik und das Hilfeannehmen schon mal sehr auseinandergesetzt. Ich weiß nicht, ob jeder da so ist. Also meine Mutter würde niemals so eine Hilfe annehmen. Andere Generationen, das ist das irgendwie. Dass das wirklich eine gute Sache ist. Ich weiß nicht, wie so was angenommen wird. Das Angebot. Ich kann so was dann immer nur eigentlich jedem empfehlen.

37

[0:40:01.2] **F:** Ja, das ist so ganz unterschiedlich.

38

[0:40:02.3] **B:** Aber halt. Also wie gesagt, das finde ich ganz, ganz wichtig bei dieser Krankheit.

39

[0:40:10.8] **F:** Und auch wenn man sicherlich nicht von was Positivem sprechen kann, aber was würden Sie sagen, was so aus all Ihren Erlebnissen im Zusammenhang mit der Erkrankung und Behandlung das Positivste, was Sie jetzt für sich mitgenommen haben, oder auch für die Zukunft mitnehmen?

40

[0:40:27.4] **B:** Also klar. Für mich war natürlich einfach die Information, okay, ich brauche Chemotherapie erstmal nicht. Und ich habe jetzt mal irgendwie so diesen Prozess vertraut und mal nicht alles durchplanen können. Wobei das für mich schon echt stressig war und irgendwie - toi toi toi - bisher läuft soweit alles ganz gut und vielleicht soll ich (.). Ich bin halt immer, also bei mir ist das Glas immer eher halb leer und ich sehe immer die Probleme, die kommen könnten, statt zu sehen, es läuft doch ganz gut. Also dafür bin ich wirklich jeden Tag dankbar und denke: Komm, denk weiter positiv darüber nach. Ganz positiv war für mich diese Dame, also meine Mitspielerin, da kennenzulernen, weil ich glaube, wir werden auch befreundet bleiben. Also wir tauschen uns immer über WhatsApp immer aus, Erfahrungswerte und wie geht es dir gerade da, was hast du für Nebenwirkungen und so. Weil da habe ich einfach gemerkt, die Freunde sind total bemüht und viele sagen auch: Ich kenn ganz viele, die das hatten, und da ist wie bei dir bisher alles eigentlich soweit ganz gut gelaufen. Wo ich aber manchmal nur denke: Ja, das ist

lieb, ihr wollt mir damit Mut machen, aber ich könnte jetzt nur heulen und ich finde es gerade total dramatisch und da habe ich immer so das Gefühl, es wird nicht so nachempfunden. Und da ist es gut, Mitstreiter zu haben. Also sehr positiv fand ich eben, dass eben die Frau Doktor echt darauf geachtet hat, dass ich am Anfang mit jemandem ins Zimmer komme, wo wir ungefähr gleich alt sind, also dass sich die Mühe gemacht wurde. Das fand ich ganz gut.

41

[0:42:05.7] **F:** Ich glaube, das macht der Stationsstützpunkt, das machen nicht unsere Doktoren. (lacht)

42

[0:42:08.0] **B:** Oder wer auch immer, das ist mir egal. (lacht) Oder das Team, wer auch immer das ist, irgendeiner hat die Empathie und denkt: Wir gucken uns mal die Patienten an und gucken mal, wer könnte vielleicht zusammenpassen. Natürlich hätte das auch eine tolle Zicke sein können und oder mich als Zicke. Aber, und das finde ich überhaupt gut, dass ich da die Mühe gemacht wird, drauf zu gucken, was könnte da Sinn machen. Und wie gesagt, wir mochten uns von Anfang an, also klar, die ersten zwei, drei Stunden waren so ein bisschen noch auf Sie und dann merkten wir ganz schnell, (.) wir hatten beide ein Snoopy-Nachthemd an, wahrscheinlich hat gleich schon (.)

43

[0:42:46.0] **F:** Dass das schon der Eisbrecher war.

44

[0:42:46.8] **B:** Wir haben dann festgestellt, dass ihr Vater die Firma kennt, wo ich ganz früher meine Ausbildung gemacht habe und so. Also es war so toll. Wir haben den ganzen Tag nachher nur geschnattert und das war so eine Sache, dass man selbst aus so schwierigen Situationen dann doch durch so eine Maßnahme, dass sich jemand mal Gedanken gemacht hat, man sowas Positives, genau was Positives mitgenommen hat. Und auch, wie gesagt, dass ich ein bisschen mehr auf den Prozess vertraue. Ich denke an der einen oder anderen Stelle, so im Nachhinein, ja, da kann man wie gesagt, ob es Planung ist hier noch mal da und da die Information wäre für mich hilfreicher irgendwie gewesen. (..) Aber. (..) Ja, wie gesagt, man braucht die Situation überhaupt nicht. Ich denke immer eher so, jetzt auch für mich. Also für mich hat es generell was, das hat jetzt weniger hier mit der Planung zu tun, meine Prioritäten im Leben noch mal zu überdenken, weil ich bin Workaholic und immer alles für die Firma also gar nicht weil es die Firma ist, sondern weil ich so ein Workaholic bin, weil ich so Antreiber habe, noch mal mich wieder

jetzt zurückzunehmen und zu sagen: Du bist 54, hast du Glück, hast noch zwölf, 13 Jahre arbeiten. Was tust du in der Zeit wirklich mit deiner Arbeitszeit? Ist es das, was du gerade noch willst? Wo setzt du deine Prioritäten? Das ist, glaube ich so, was man aus dieser Sache ziehen kann. Oder auch mit den Kissen. Immer dachte ich so: Mein Gott, vielleicht rufe ich da auch mal an und sage, ich nähe mal so 20 Kissen pro Monat oder solche Geschichten. Also sind alles noch so Sachen, so im Moment, wo ich so denke, und irgendwann wird jetzt auch noch mal die Zeit kommen, wo ich mich dann mehr mit Sicherheit auch noch mehr mit der Krankheit an sich auseinandersetze. Aber um es einfach damit (.), für die (.)

45

[0:44:41.8] **F:** Für die Verarbeitung?

46

[0:44:42.6] **B:** Für die Verarbeitung oder was könnte auch noch kommen? Weil es fragen mich ganz häufig Leute: Ja und was hast du da genau? Und ich: Weiß ich nicht. Mir wurde da was rausoperiert, weiß gar nicht mehr. Weil ich es mir auch nicht merken wollte, gebe ich ehrlich zu, aber ansonsten. (...) Ja, also im Großen und Ganzen würde ich sagen, lief eigentlich alles (.) gut. Bett ein bisschen zu kurz. Das weiß ich noch. Das Bett war irgendwie zu kurz. Ich weiß nicht, warum. Ich bin nicht besonders groß, aber das Bett war irgendwie zu kurz. (...) Nein. Also, wie gesagt, ich glaube, im Großen und Ganzen war alles soweit okay. Keine extremen Aufreger, wo ich sage: Oh, das ging gar nicht. Da hat mich jemand völlig furchtbar behandelt. Oder: Da habe ich irgendwie überhaupt nicht gewusst, was der nächste Schritt ist oder so, ähm, das nicht. Ich bin ansonsten, wenn es um Abläufe geht, sehr detailverliebt und auch sehr anspruchsvoll. Also ich glaube, auch da muss ich für mich sagen: Komm.

47

[0:45:46.4] **F:** Aber grundsätzlich ja, würde ich sagen, ein total normales Bedürfnis. Also gerade in ungewohnten Situationen, die sowieso schon verunsichern, ist es, glaube ich, oder sollte es keine Überraschung sein, dass ein genauer Ablauf total wichtig ist.

48

[0:46:03.3] **B:** Aber ich glaube auch, dass jeder anders ist. Also ich habe auch mit Freunden gesprochen wo die so: Was? So spät hast du erst jetzt? Du musst vier Wochen jetzt auf deinen Strahlentermin warten? Hast mal gefragt, warum? Ich so: Nö, ist jetzt so. Also das ist ungewohnt für mich. Ob ich sage oder nicht, ich will es jetzt auch nicht wissen, das ist jetzt so und ich kriege es jetzt eh nicht geändert. Ich nutze die Zeit. Ich bin froh,



dass ich zwischendurch mal durchatmen kann. Für mich war es in Ordnung so, andere wieder, hätten sich wahrscheinlich total darüber aufgeregt: Oh, ich ertrage es hier nicht, vier Wochen noch wieder auf den nächsten Schritt zu warten. Der würde was ganz anderes erzählen. Also in der Hinsicht passte es für mich so jetzt alles. Eine sehr gute Information übrigens, die hatte mir jetzt allerdings die Ärztin bei der Vorbesprechung der Strahlentherapie gegeben. Die fand ich auch sehr gut übrigens. Die hat auch noch mal vieles (.), habe ich auch schon wieder vergessen, aber die hat mir auch Informationsmaterial, (.) hat mir sehr gut alles so geschildert, was kommt und so, die fand ich auch, die war auch sehr ruhig und eine ganz angenehme Person. Ich habe schon den Namen schon wieder vergessen, weil die zum Beispiel auch gesagt hat, wegen der Reha. (..): Und wollen Sie dann eine Reha machen? Und das war für mich so eine ganze Zeit wirklich ein Stressthema, weil ich dachte, also ich war gleich, so will ich eigentlich nicht. Und alle Freunde so: Du musst doch eine Reha machen. Und ich so: Wieso muss ich eine Reha machen? Die: Das schließt doch da an und so. Und dann habe ich gesagt: Ehrlich gesagt, jetzt drei Wochen lang mich nur mit kranken Menschen jeden Tag (..). Da kriege ich die Krise. Und ich gebe ehrlich zu, es sind ja nun auch nicht Fünf-Sterne-Hotels, wo man da untergebracht ist. Ich fühle mich im Moment zu Hause am wohlsten, wo ich irgendwie sicher bin, wenn es mir scheiße geht, dann kann ich ins Bett gehen und eine Runde vor mich hin heulen. Da habe ich alles oder kann zu Freunden fahren oder eine Runde um die Alster gehen oder so was halt. Wo ich weiß, was mir schon aus früheren Zeiten guttut. Ja, ich mag Menschen total gerne und ich tausche mich auch gerne aus. Aber so drei Wochen am Stück ständig, jeden Tag, den ganzen Tag mit der Krankheit konfrontiert zu sein, meine ich, das wuppe ich einfach jetzt nicht so, auch wenn es welche auf Sylt gibt. Und ich liebe Sylt, da gibt es auch eine Kurklinik da, aber, meine ich, bringe ich nicht, bringe ich vom Kopf gar nicht her. Und alle sagen: Solltest du machen und hier und ich so: Nee, wenn ich jetzt schon Stress dabei habe, und da hatte die Dame gesagt, Sie müssen die jetzt auch gar nicht machen, Sie haben drei Jahre oder so Zeit. Das war eine ganz wichtige Info für mich, weil mich hat das Thema Reha so gestresst und weil sie auch dann gesagt hat: Nee, wenn Sie das so empfinden, dann bringt es für Sie auch gar nichts. Dann lassen Sie es jetzt. Wenn Sie jetzt schon sagen, so, wenn Sie daran denken, stresst Sie. Dann machen Sie später. Und ich habe mir halt auch gesagt, ich glaube, ich würde sie auch in Anspruch nehmen, vielleicht in drei, vielleicht in sechs Monaten, weil ich glaube, dann, wenn ich das Thema generell für mich noch mal aufarbeite und irgendwie bereit dazu bin und dann mich mit anderen erfahrungstechnisch austausche. Also das fand ich eine ganz wichtige Information so für mich. Und eben auch dieser Umgang. Entscheiden Sie das, was für Sie wichtig ist. Wir können Ihnen die Entscheidung gar nicht abnehmen und da kenne ich doch andere Stellen. Auch meine Frauenärztin, die wie gesagt, mich gleich sechs Wochen krankschreiben wollte nach der OP. Ich gesagt hatte: Nee, nee, nee, nee, nee. Und mich auch zur Reha schicken und so. Also deswegen,

das fand ich gut. Da entscheiden Sie für sich. Sie müssen das in Ihrem Tempo wie auch immer machen. Und das fand ich sehr, sehr gut.

49

[0:49:40.3] **F:** Ja, interessant.

50

[0:49:43.6] **B:** Weil schon da ist manchmal auch dann der Druck von Familie und Freunden. Du musst doch eine Reha haben. Warum?

51

[0:49:50.2] **F:** Wenn jeder zum Experten wird plötzlich.

52

[0:49:53.2] **B:** Und da finde ich aber auch Ärzte manchmal (.). Denn, klar, sie sind auch die Experten. Aber wenn ich dann lese Gestaltungstherapie, irgendwie so, wo ich sage ja, ich male auch selber Bilder, aber ich kann nur Bilder malen, wenn ich in the mood dafür bin. Zum Beispiel, wenn mir jetzt jemand sagt: Du hast jetzt heute den Termin, jetzt hast du eine Stunde Gestalttherapie und irgendwie form da eine Vase oder mach ein Bild. Und ich habe an dem Tag keinen Bock dazu, dann bin ich auch bockig. Also dann hilft mir das gar nichts. Ich mag Musik. Geben Sie mir ein Schlagzeug. Super. Es wird mir total helfen. Musiktherapie. Toll. Aber bitte geben Sie mir jetzt keine drei Stunden Gestalttherapie. Ich gehe dann lieber zu Hause meine Wand streichen. Also ja, also das vielleicht noch mal auch von Visiorad gerade die sind auch alle super, supernett.

53

[0:50:43.0] **F:** Schön, auch immer schön zu hören.

54

[0:50:47.2] **B:** Ja, ich finde, dass das (.). Ich gebe sowas auch gerne zurück. Also ich sage es auch Leuten gerne. Dann immer mal vielen Dank oder so, dass sie so sympathisch sind, weil ich glaube Deutsche (.), ich neige ja auch gerne dazu zu meckern. (lacht) Leider, und halt dann den Leuten das mal zu sagen.

55

[0:51:05.5] **F:** Okay. Ja. Vielen Dank. Ich habe keine Fragen mehr.

56

[0:51:09.8] **B:** Wie spät ist es überhaupt?

57

[0:51:13.6] **F:** Es ist (.).

58

[0:51:14.8] **B:** Ach nee. Alles gut. Ich komme immer so ins Reden. Tut mir leid.

59

[0:51:18.5] **F:** Alles gut. Sie haben ja noch Ihren Termin.

60

[0:51:21.2] **B:** Fällt mir jetzt gerade ein. Aber ganz entspannt. Wenn ich Ihnen weiterhelfen konnte. Wie gesagt, manches habe ich eben einfach nicht mehr präsent. Ist aber vielleicht wirklich als Essenz: Es war an dem Tag zu viel Info auf einmal. Aber wie gesagt, ich war ja auch praktisch dann nur einen kompletten, anderthalb Tage komplett da. (..) Irgendwie davor oder auch danach noch mal Beratung wäre gut. Oder wenn es heißt: Kommen Sie noch mal separat ins Krankenhaus. Wir machen für solche Sachen noch mal eine halbe Stunde oder so (.).

61

[0:51:51.6] **F:** Oder vielleicht dann wirklich die Möglichkeit zu einer Telefonsprechstunde?

62

[0:51:54.2] **B:** Ja, genau. Oder so was. Wo man sich nochmal melden kann, wenn die Fragen kommen.

63

[0:51:55.6] **F:** Aber dann auch explizit das nicht nur sagt, sondern eben was mitgibt.

64

[0:52:02.8] **B:** Weil wie gesagt und was ich manchmal auch nicht so ganz klar fand: Wen frage ich jetzt, was? Das ist nochmal so: Wann frage ich genau? Wann muss ich, ja, meine Frauenärztin anrufen? Wann kann ich noch, oder wem stelle ich jetzt die Fragen?

Nochmal dem Arzt, der mich operiert hat? Also das fand ich vielleicht manchmal auch noch schwierig. Wem kann ich jetzt meine Fragen stellen?

65

[0:52:24.3] **F:** Wer ist wirklich der Experte, ja. Nicht immer ist es der Operateur für das Ganze hinterher. (.) Ja, interessant, also hilft auf jeden Fall eine Menge weiter. Vielen Dank.

66

[0:52:34.4] **B:** Gerne doch.

67

[0:52:38.1]

## Interviewtranskript I\_305

F = Forscherin; B = Befragte

1

[0:00:00.0] **F:** Gut. Okay. Ja. Dann kann ich starten. Ja. Ich würde Sie zu Beginn einfach mal bitten. Schildern Sie oder erzählen Sie mal ganz offen, wie Sie die Ereignisse mit Ihrer Brustkrebserkrankung von Diagnosestellung bis dann auch zur Behandlung so erlebt haben.

2

[0:00:17.2] **B:** Lang. Also mit einem Wort lang. Es war tatsächlich von der Mammographie bis jetzt, bin ich über ein Jahr dabei, weil es alles Ewigkeiten dauerte. Also von der Mammographie bis nachher zur Biopsie, dann bis zu dem Termin im Brustzentrum waren schon mal fast fünf Monate. Und das war einfach unfassbar lang. Also das hätte ich nicht für möglich gehalten, dass das alles (.). Auch jeder fragte: Warum dauerte das? Also jeder Arzt, der Onkologe: Warum dauerte das dann bei Ihnen so lang? Ich: Keine Ahnung. Das müssen Sie nicht mich fragen. Ich glaube einfach, und ohne, also auch das ohne Wertung, dass die Ernsthaftigkeit da nicht so erkannt wurde, dass das nicht als "Wir müssen da jetzt schnell was tun" gesehen wurde. Und deswegen hatte das halt alles Zeit. Und ja, jetzt bin ich halt noch mitten in der Bestrahlung. Wobei man ja sagt, da ist man (.), also eigentlich ist man ja so von Diagnose bis OP und Co und allem innerhalb von einem halben, 3/4 Jahr durch. Und ich bin jetzt genau am, also 19. Mai hatte ich meine meine Biopsie, letztes Jahr meine Mammographie. Ja und jetzt ja immer noch, ne?

3

[0:01:34.8] **F:** Wieviel Zeit lag da von der Mammographie (.), gut, dann kam erst die Biopsie und dann auch die Operation in der Klinik?

4

[0:01:42.3] **B:** Im September hatte ich die OP.

5

[0:01:43.8] **F:** Okay, also vier Monate.

6

[0:01:46.2] **B:** Genau. Und das war für mich einfach (.), also psychisch einfach zu lang. Das war ja (.), genau deswegen nur ein Wort: Lang, Lang.

7

[0:01:57.3] **F:** Wie ging es Ihnen damit? Mental?

8

[0:01:59.0] **B:** Schlecht. Wirklich. Also, ich war auch hier bei der Kollegin Frau [Name Psychoonkologin]. Da war ich fünf, sechs Mal, weil ich habe auch zwei Kinder und man fragt sich natürlich, wie es denn weitergeht. Und wenn man dann am Telefon die, also die Termine macht und solche Wörter gesagt bekommt: Naja, wir müssen gucken, ob die Brust abgenommen werden muss oder nicht. Oder wie es denn weitergeht. Also solche Sachen schwirren einem natürlich im Kopf und der Mensch ist natürlich erstmal gemacht, erstmal nicht unbedingt gemacht dazu, positiv zu denken, sondern man ist ja immer erstmal so ein bisschen negativ gesteuert. Also ich. (lacht)

9

[0:02:34.2] **F:** Liegt vielleicht auch an uns Deutschen, ein bisschen. (lacht)

10

[0:02:36.6] **B:** Ja, ich habe dafür, glaube ich auch einfach in meinem persönlichen Umfeld zu viel negative Sachen. Mein Kind hat auch Krebs und alles, also es ist einfach alles (.). Und dann ist man erstmal, wo man denkt, das ist nicht sehr positiv. Und das war halt wirklich sehr (.), so: Schaffe ich das? Schafft mein Mann das? Wieder ohne die Kinder und, also so der Kopf hat halt immer gearbeitet, immer. Und egal wie sehr man sich versucht hat abzulenken. Und dementsprechend war die lange Zeit halt auch einfach wirklich schlimm.

11

[0:03:01.9] **F:** Ja, an wen konnten Sie sich denn so kurz nach der Diagnose wenden, wenn es auch noch so lange bis zur Operation gedauert hat? Sie sprachen die Psychoonkologin an?

12

[0:03:11.6] **B:** Genau, den Termin hat mein Mann gemacht. Genau, genau, den Termin hat mein Mann gemacht für mich, weil er gesagt hat: Wir können dir als Familie hier nicht helfen. Ich habe aber auch ein ziemlich starkes Umfeld, was Freundinnen und alles angeht und da, ja, die haben mich quasi ein bisschen aufgefangen und die Frau [Psychoonkologin] auch. Und tatsächlich brauchte ich sie vorher, aber hinterher nicht.

13

[0:03:35.1] **F:** Also wirklich eher so direkt nach der Diagnose. War da so der größte Bedarf?

14

[0:03:41.0] **B:** Für mich persönlich ja. Genau, um meine Gedanken zu sortieren und auch einfach mal was loszuwerden. Und hinterher hatte ich das Bedürfnis nicht. Also damit bin ich jetzt irgendwie fein.

15

[0:03:56.0] **F:** Ja, also hinterher, auch nach der OP.

16

[0:03:58.8] **B:** Genau, nach der OP und mit der Bestrahlung und ja (.).

17

[0:04:03.1] **F:** Ja, interessant. Wenn Sie so an den Krankenhausaufenthalt denken, der sicherlich nicht besonders lang war, aber -

18

[0:04:13.2] **B:** Doch, der auch aufgrund von Komplikationen.

19

[0:04:13.8] **F:** Komplikationen okay. Ja, dann erzählen Sie mal, wie haben Sie den erlebt? Würde mich auch interessieren.

20

[0:04:19.9] **B:** Also anfänglich (.). Also es war gut. Ich muss sagen, die Schwestern und die Pfleger, und alle haben sich wirklich super viel Mühe gegeben. Auch die Ärztin, waren alle wirklich super nett. Es war egal, welche dumme Frage man gestellt hat, es kam nie nach dem Motto: Ach Gott, das fragt die jetzt zum dritten Mal. Was ich für mich ein bisschen schwierig fand, also ich bin jetzt ein junger Mensch. Ich kann mir Sachen noch relativ gut merken, obwohl die Situation ja generell überfordernd war und ich oft fast zu jedem Gespräch meinen Mann mit hatte, weil ich gefühlt nach der Hälfte abgeschaltet habe, weil es einfach zu viel war. Ähm, ich musste quasi immer sagen: Aber das war nicht so und so. Oder: Mir wurde doch aber gesagt - also zum Beispiel: Die Drainage sollte doch aber so lange drin bleiben, bis nicht mehr als 200 Milliliter Flüssigkeit rauskommt. Und dann hieß es: Wurde das gesagt? Ja dann machen wir das so, ich hätte sie jetzt gezogen.

21

[0:05:18.2] **F:** Ah okay. So widersprüchlich.

22

[0:05:19.9] **B:** Genau. Genau. Und das fand ich persönlich ein bisschen schwierig. Dann wurde gesagt: Nee, da bleibt die Drainage drin. Und dann kam dann aber die Onko-Schwester rein und sagte: Ich bin jetzt hier um die Drainage zu ziehen. Und ich: Äh, nee, Moment, die soll doch noch drin bleiben. Und das war für mich ein bisschen schwierig. Also ich kriege es hin, aber vielleicht ein älterer Mensch nicht. Ja, das fand ich persönlich schwierig. Das war aber auch tatsächlich das einzige, was ich jetzt als negativ empfinden würde, in Anführungszeichen, weil der Rest war wirklich durchweg positiv. Egal was man wollte, man hat es einfach bekommen. Aber ich finde auch wenn man den Leuten gegenüber nett ist, sind sie einem gegenüber auch nett.

23

[0:06:02.8] **F:** Ja, eigentlich schon, ja. Aber trotzdem ist es natürlich immer schön zu hören, wenn die Seite da auch ganz positiv wahrgenommen wurde. (.) Hm, wer hat sie dann während des Aufenthaltes, naja, zur Erkrankung vielleicht nicht mehr so intensiv, aber auch zu der Operation und den Nachwirkungen aufgeklärt oder beraten?

24

[0:06:24.7] **B:** Also Frau Dr. [Name Ärztin], bei ihr war ich. Die habe ich allerdings wenig gesehen in der Zeit, weil sie natürlich im Brustzentrum viel zu tun hatte. Operiert haben dann nachher. Dr. [Name Arzt], der hat rechts gemacht und links hat Frau Dr. [Name Ärztin] gemacht.

25

[0:06:40.1] **F:** Wurden beide Seiten operiert?

26

[0:06:41.9] **B:** Genau. Ich habe beide Brüste abgenommen bekommen. Durch die Genmutation haben wir uns dazu entschieden, beide zu entfernen zu lassen. Ja, ähm, genau die beiden. Aber es waren tatsächlich jeden Tag gefühlt andere Ärztinnen, die denn da waren. Und ja, genau, das hat es halt auch ein bisschen schwierig gemacht, diese widersprüchlichen Aussagen, dass ich denen gesagt habe, was dann aber eigentlich gesagt wurde am Tag davor und ja, das fand ich ein bisschen anstrengend, dass halt immer jemand anders da war.

27

[0:07:14.6] **F:** Dieses Gefühl, dass es immer jemand anders war, primär aufgrund dieser unterschiedlichen Aussagen? Also wäre es für Sie nicht so wichtig gewesen, wenn das alles stimmig gewesen wäre? Oder war das der Personenwechsel?



28

[0:07:26.4] **B:** Das war nicht der Personenwechsel. Das war mir also, es war mir egal, vor wem ich den BH ausziehe oder wer mich untersucht.

29

[0:07:31.2] **F:** Ja, auch das könnte ja sein.

30

[0:07:33.2] **B:** Nee, nee, nee, nee, das war für mich jetzt nicht ausschlaggebend.

31

[0:07:38.1] **F:** Und was hätten Sie zu dem Zeitpunkt, ob jetzt ganz kurz vor oder auch frisch nach der Operation selber, oder ja, was verstehen Sie da unter Beratung? Was hätten Sie sich da vielleicht noch gewünscht? (..)

32

[0:07:54.5] **B:** Also ich fand die Aufklärung wirklich gut. Das hat ja alles Frau Dr. [Name Ärztin] gemacht und sie ist ein super empathischer Mensch, also habe ich da wirklich sehr vertraut, was das anging, das OP Aufklärungsgespräch hatte ich dann einen Tag vor der OP mit der Frau Dr. [Name Ärztin] und ich hätte mir da noch ein zwei mehr Infos gewünscht, weil es hieß ja, wir müssen mal gucken. Also das geht jetzt sehr ins Detail, aber es hieß: Wir müssen gucken, ob die Brustwarze erhalten bleibt. Aber ich glaube schon. Und das ist ja gerade für eine Frau nicht so unwichtig.

33

[0:08:27.5] **F:** Total wichtig, keine Kleinigkeit.

34

[0:08:29.4] **B:** Und dann sagt sie: Ja, aber wir gucken morgen mal mit [Name anderer Arzt]. Und ich kannte den Herrn [Name Arzt] noch nicht und er kam dann rein. (.) Und Kommunikation ist nicht so unbedingt seine Stärke. Er kam rein mit seinem Stift und kreuzte dann diese Brustwarze durch. Und dann, also so um 7:15 und dann sage ich: Und was heißt das jetzt hier? Und er: Die kommt halt weg. Und ich: Äh, wie, die kommt weg. Ich muss in einer Viertelstunde in den OP. Und Sie sagen mir das jetzt. Kann ich mal kurz anfangen zu heulen? Danke. Und das war also das. Aber es liegt an seiner Art einfach. Und diese Info hätte ich mir vielleicht einen Tag vorher oder ein bisschen eher gewünscht und nicht eine Viertelstunde vor der OP. Ja, also das war,

ähm, menschlich nicht so eine gute Idee von ihr, aber ich glaube, er ist einfach nicht so das Kommunikationstalent. (lacht)

35

[0:09:30.7] **F:** Naja, das ist ja die Frage. Hätte er es dann auch machen müssen oder wie Sie sagen, schon viel früher jemand. Also das hätte ja dann vielleicht auch eine andere Ärztin machen können.

36

[0:09:40.1] **B:** Genau, also vielleicht so: Das wird sich morgen entscheiden. Aber ich glaube, wir können sie erhalten. Man geht ja dann wieder da hin [zur OP], nach dem Motto: Ach komm, irgendwas muss ja mal gut laufen. Das lief jetzt alles mistig. Von wegen so: Nein, wir glauben nicht, dass das bei Ihnen der Fall ist. Sie haben doch die Genmutation, also (.). Aber dann, wenn wir die beiden Brüste abnehmen, ist alles in Ordnung. Sie werden keine Chemo, keine Bestrahlung brauchen. Dann hieß es aber: Ups. Sie brauchen das doch. Und du denkst: Aber jetzt muss doch mal was gut laufen. Und dann, wo du denkst, okay, dann kommen die Brustwarzen halt auch noch weg. So (.), und das fand ich halt (.), na ja, er ist halt ein Handwerker. (lacht) Also er hat das (.), dass er chirurgisch eine Eins ist, finde ich persönlich, weil die Seite ist wirklich super geworden. Aber Rhetorik und Kommunikation war im Studiengang nicht vorhanden.

37

[0:10:25.1] **F:** Ja, das fehlt dann vielleicht an der einen oder anderen Stelle. Wäre es da vielleicht hilfreicher auch gewesen, wenn man im Vorfeld dann doch eher von dem, in Anführungsstrichen, Schlimmeren ausgegangen wäre? Rein von der Art.

38

[0:10:37.5] **B:** Ja, wahrscheinlich.

39

[0:10:39.5] **F:** So nach dem Motto: Wir versuchen die Brustwarzen zu erhalten. Aber es ist sehr wahrscheinlich, dass sie weg müssen. Um dann vielleicht schon darauf vorbereitet zu werden?

40

[0:10:49.2] **B:** Genau. Aber das sind wahrscheinlich so Kleinigkeiten, im Endeffekt in der Wortwahl. Aber für mich persönlich fand ich das ganz schlimm. Es ist nicht.

41

[0:10:56.1] **F:** Es ist finde ich nicht banal. Ja, verstehe ich.

42

[0:10:58.3] **B:** Also zwar nur ein anderes Wort oder eine andere Wortwahl, aber für einen Patienten macht das ganz viel.

43

[0:11:04.6] **F:** Ja (.). Haben Sie da im Vorfeld auch so was wie Bildmaterial bekommen, das Sie sich mit der rein optischen Veränderungen auseinandersetzen konnten?

44

[0:11:12.7] **B:** Sie hat auf irgendeine - also Frau Dr. [Name Ärztin] hat auf irgendwelchen Zetteln auf der Rückseite irgendwas gemalt von wegen: Wir machen das entweder so - ein Schnitt hier oder wenn wir es groß machen müssen, machen wir einen Schnitt von da nach da. Und man googelt dann ja selber irgendwie, ne? Ja, Also war das.

45

[0:11:24.8] **F:** Ja. War das gut für Sie, im Nachhinein?

46

[0:11:27.2] **B:** Nee. (...) Es ist ja immer so bei Google. Nein, ist es nicht, weil dann kommt ja diese Wundheilungsstörung und offene Brüste Und genau, wo du denkst ah, das ist jetzt auch nicht so piffig gewesen, also das war auch nicht das Klügste.

47

[0:11:43.0] **F:** Ja. Wo ist die Grenze zwischen: Was sagt man alles, was theoretisch auch passieren kann und wo zieht man vielleicht dann doch die (.), ja die Sachlichkeitsgrenze, sage ich mal.

48

[0:11:52.0] **B:** Wahrscheinlich liegt das aber auch an jeder Person anders und jedem Bindegewebe. Diese Aussage: Sie werden fast keinen Unterschied sehen, ob das die echte oder die Brust ist. Also das tun vielleicht Blinde und die können tasten und die sind auch nicht - Auch das fühlt sich, genau, anders an. Genau, zumal weil es ja halt einfach - also mal unter uns Frauen: Es fühlt sich einfach tot an. Es ist wie, also wie sag ich mal, meine zwei toten Steine. Und das ist (.), es sieht auch äußerlich nicht aus, als wären es die richtigen Brüste. Egal ob da

jetzt noch ein Nippel konstruiert wurde oder nicht. Also das ist (.), aber ich finde, also für mich gab es halt nie das Thema: Ich wache auf ohne Brüste. Das war für mich egal wie alt ich bin, vielleicht mit 70 oder 80, es ist nicht gesagt, aber mit Anfang 40 fand ich das dann schon keine Option.

49

[0:12:40.8] **F:** Das heißt, das hat man in einem Eingriff gemacht, die Entfernung des Tumorgewebes und dann direkt den Prothesenaufbau.

50

[0:12:49.3] **B:** Ja genau. Also Silikon.

51

[0:12:50.1] **F:** Prothesenaufbau klingt jetzt vielleicht so gegenständlich.

52

[0:12:51.0] **B:** Ja, genau.

53

[0:12:51.9] **F:** Und während dieses Aufenthaltes hier auf der chirurgischen Station, da haben Sie dann ja auch mit der onkologischen Fachkrankenschwester gesprochen. Wann war das und wie haben Sie das Gespräch wahrgenommen?

54

[0:13:06.9] **B:** Also das war im Endeffekt relativ kurz, wenn ich ehrlich bin. Also das war, also es lag so ein Herzkissen, als ich gekommen bin auf dem Bett und ja, sie kam dann an dem Tag. Es war natürlich, es ist natürlich blöd, weil es Freitag war, die OP. Dann sieht man Freitag, Samstag, Sonntag gefühlt niemanden. Also das fand ich auch nicht so schlau so eine OP auf einen Freitag zu machen. Also das ist (.), natürlich arbeiten auch welche am Wochenende, das ist klar, aber solche schwere OP, also für mich persönlich schwere OP auf einen Freitag zu machen, fand ich nicht schlau. Also es wäre schlau, das am Montag oder Dienstag zu machen. Oder so, dass du danach auch noch einen Ansprechpartner hast.

55

[0:13:52.8] **F:** Das heißt so am Samstag, Sonntag war eigentlich auch dann eher die Zeit, wo Sie sich jemanden gewünscht hätten, der mal kommt.

56

[0:13:58.4] **B:** Genau, genau. Sei es auch von der Physiotherapie oder wie auch immer. Das war halt nicht so schlau. Und sonst? Ja, war sie einmal da und sagte: Ich wollte die Drainage ziehen. Und mehr habe ich sie, glaube ich, eigentlich nicht wirklich gesehen, weil die andere Drainage haben die Schwestern gezogen. Bzw. drei Drainagen haben die Schwestern gezogen und die vierte habe ich dann noch drei Wochen drin gehabt.

57

[0:14:24.7] **F:** Das heißt so über andere Themen, weiß ich nicht, Schmerzen oder auch dann über das danach, also nach dem Klinikaufenthalt, da wurde so nichts besprochen? Gab es Themen, oder anders, welche Themen hätten Sie sich da vielleicht noch gewünscht?

58

[0:14:40.6] **B:** Das habe ich dann tatsächlich immer bei Schwestern oder Ärzten gestellt. Also ich habe nie (.), ich bin jetzt nicht hier rausgegangen und habe gesagt: Mir fehlt diese Info oder diese Info. Ähm, also von der Physio hätte ich mir vielleicht noch ein bisschen was erwartet. Sie war natürlich oft da, die Physio, aber eher so: Passt es jetzt? Jetzt passt es nicht, weil das Zimmer ist gerade voll mit Ärzten und dann später: Passt das jetzt? Passt es jetzt? Und als sie dann da war, sagte sie: Ja, dann müssen Sie an der Wand mit den Händen hochkrabbeln und, also so eine Übung so machen. Also nicht wie Spiderman. Ähm, und ich sagte: Was ist mit Lymphdrainage? Weil auch alle Lymphknoten auf der Seite fehlen und alles. Da war dann die Empfehlung: Das müssen Sie nicht machen, außer Sie kriegen dann Probleme. Und da habe ich gedacht: Hm. (.).

59

[0:15:28.8] **F:** Okay.

60

[0:15:29.4] **B:** Und ich habe jetzt schon Lymphtherapeuten, ohne dass ich Probleme habe, weil wenn ich Probleme habe, dann ist es ja schon zu spät, lieber vorbeugend. Und erstmal Lymphtherapeuten zu bekommen und alles, ist halt ja auch nicht so einfach. Und diese Empfehlung fand ich halt dann auch nicht so wirklich schlau.

61

[0:15:46.4] **F:** Das heißt, Infos zu Bewegungsübungen oder so was haben Sie nicht mitbekommen?

62

[0:15:50.1] **B:** Also ich habe einen Zettel mitgekriegt, einen DIN A4 Zettel, wo so ein Strichmännchen irgendwelche Übungen macht.

63

[0:15:55.4] **F:** Und das ja, ich höre schon, ist nicht hilfreich?

64

[0:15:59.0] **B:** Nein, ich habe mir den angeguckt und dachte: Ja, okay. Danke.

65

[0:16:02.2] **F:** Ja. Okay.

66

[0:16:04.7] **B:** Also tatsächlich hätte ich so im Nachhinein (.), ich habe jetzt beim, beim, (.), aber das geht wahrscheinlich auch zu weit von den Leistungen, also die man geboten bekommt. Ich hätte mir vielleicht auch so eine Art, ja ich nenne es jetzt einfach Rehasport oder was auch immer, so ein, zwei Stunden mir gewünscht, oder wenn man mir gesagt hätte: Mensch, Sie haben jetzt hier oben keine Brüste mehr, Mastektomie, Arme können Sie nicht bewegen. Wie können Sie sich selber ein T-Shirt anziehen. Oder so, und so ein paar Hilfsmittel, wo man denkt: Oh Gott, wie mache ich das denn jetzt? Und (.), also sowas hätte ich mir gewünscht, aber das geht wahrscheinlich von den Leistungen her einfach zu weit.

67

[0:16:43.0] **F:** Wussten Sie denn auch, was sie, also was sie ab wann wieder dürfen? Also klar ist es ja immer so frisch nach der Operation noch so ein bisschen zurückhaltend, aber dass Sie da wie so einen Stufenplan hatten, oder die Info: Jetzt vielleicht die ersten zwei Wochen noch nicht das oder das machen, aber nach zwei Wochen wieder frei und sogar möglichst viel?

68

[0:17:07.0] **B:** Nein, also das einzige, was ich gefragt habe war, ob ich auf der Seite schlafen dürfte. Da hieß es: Wenn Sie es können, können Sie es machen. Ging natürlich nicht. Dann hat man sich so eine Kissenburg irgendwie gebaut, damit man irgendwie (.). Also das tatsächlich habe ich (.), das findet man ja selber raus, was man wie, wie es geht und wie es nicht geht. Und dadurch, dass halt die Drainage ja noch drei Wochen lang lag, ging ja halt nicht so wirklich viel. Drei Wochen lang, weil da so viel Flüssigkeit noch rauskommt.

69

[0:17:37.5] **F:** Ja, das ist tatsächlich ungewöhnlich.

70

[0:17:39.5] **B:** Genau. Dann hatte ich dann dadurch noch einen Infekt in der Brust, wo nur ein Antibiotikum half und ich weiß nicht.

71

[0:17:45.7] **F:** Ach Mensch, da haben Sie dann wirklich mehr als die, ja die Routine-Situation durchgemacht.

72

[0:17:49.5] **B:** Ja, aber auch da muss ich sagen, war wirklich die Nachsorge nachher wirklich toll, weil ich sollte jeden zweiten Tag dann auf Station kommen und dann zur Kontrolle oder über die Notaufnahme kommen. Dann kam dann einer runter und ja, immer wieder kontrolliert, ein Abstrich gemacht und die Brüste noch kontrolliert. Und da muss ich sagen, war die Nachsorge wirklich gut und auch schnell. Also nicht, dass man da wieder drei Wochen warten musste.

73

[0:18:15.1] **F:** Die haben Sie dann auch hier machen können, wo wirklich behandelt wurde? Sie wurden nicht zum Onkologen geschickt oder zum Chirurgen oder was auch immer?

74

[0:18:21.9] **B:** Nein, das war tatsächlich immer so: Kommen Sie mal wieder auf Station. Kommen Sie mal wieder auf Station. Melden Sie sich unten bei der Notaufnahme an, Versichertenkarte und dann kommen Sie hier auf Station und dann machen wir das hier und. Ja, also, das war wirklich toll.

75

[0:18:32.8] **F:** Ja, schön. Ja, so ein bisschen was haben Sie schon angesprochen, aber mich würde noch interessieren: Was würden Sie ändern in der Unterstützung und Beratung, also während des Klinikaufenthaltes hier. Was würden Sie ändern? (..)

76

[0:18:48.7] **B:** Also tatsächlich dieses Bewegungsangebot, weil man traut sich natürlich auch nicht. Ja weil man (.), also Schmerzen hatte ich tatsächlich keine, weil ich wurde gefühlt so zgedröhnt, dass man hat Elefanten fliegen sehen. Nein, das nicht, aber das ging tatsächlich.

Und ich bin auch relativ schnell aufgestanden und bin in die Cafeteria mit meinen Beuteln und ich weiß nicht was alles. Aber so, tatsächlich, so dieses Bewegungsangebot und auch gerne diese Abstimmung zwischen den Ärzten. Also das muss ja auch. Also ich, man hat ja eine Krankenakte und da ist ja alles immer vermerkt, das hätte ich mir halt ein bisschen mehr gewünscht, dass ich nicht für mich selber einstehen muss.

77

[0:19:32.2] **F:** Ja, ja. Verstehe ich.

78

[0:19:33.3] **B:** Weil ich habe gedacht, wenn sie jetzt die Drainage ziehen und da sind immer noch 200 Milliliter drin, was für ein Atombusen habe ich dann? Und Schmerzen. Bzw. merkt man, also man fragte mich auch: Haben Sie Schmerzen? Sag ich: Witzig, ich merke nicht mal Ihre Hand auf meiner Brust. Also ich merke ja nichts. Wie soll ich denn da Schmerzen haben? Und es hieß: Ja, es ist aber ziemlich rot hier. Und ich: Das mag ja sein, aber Sie können da drücken, was sie wollen. Das tut halt nicht weh.

79

[0:19:58.6] **F:** Ach, ist ja interssant. Okay.

80

[0:19:59.9] **B:** Und das hätte ich mir halt ein bisschen mehr gewünscht. Also die, die Physio war halt wirklich oft da und frage, aber die musste ich dann halt immer wegschicken, weil es nicht passte und das hätte ich mir tatsächlich mehr gewünscht. Und tatsächlich vielleicht die OP nicht auf den Freitag zu machen. Also klar müssen OPs auch auf den Freitag gemacht werden. Es ist kein OP freier Tag, das ist mir auch klar. Aber für mich persönlich war das so.

81

[0:20:21.6] **F:** Ja, ja, das kann ich nachvollziehen. Das fragen sich mehrere Menschen. Haben wir leider noch nichts dran biegen können. Aber wer weiß, vielleicht schaffen wir das auch noch mal. Ähm, ja. Was würden Sie sagen, hat Ihnen an Unterstützung vielleicht auch in all der Zeit am meisten geholfen? Gab es da was, wo Sie sagen: Ja, Mensch, das war besonders hilfreich für mich in der Situation.

82

[0:20:50.4] **B:** Also ich fand wirklich die Offenheit und die Freundlichkeit der Schwestern wirklich ganz (.), und der Pfleger, fand ich wirklich toll. Also man hat sich nie wie ein Störfaktor gefühlt, wenn man geklingelt hat und gesagt hat: Ich glaube, irgendwie läuft hier gerade was schief.



Oder: Mensch, das zwickt jetzt hier so. Oder: Das ist so - ist das normal? Oder (.): Entschuldigung für die ganzen dummen Fragen aber, na ihr, ihr macht das hier fast tagtäglich und für mich ist das neu. Ja, und das war wirklich so, dass ich nie das Gefühl hatte, man ist da jetzt, egal wie viel Stress sie hatten und egal wie, wie oft da irgendwas gepiept hat, sie kamen trotzdem. Man hatte nie das Gefühl, man ist jetzt irgendwie so zwischengeschoben oder so.

83

[0:21:37.0] **F:** Schön. So soll es ja sein. Schön, wenn es dann auch so (.), ja, erfahren wird.

84

[0:21:40.1] **B:** Ja, genau. Und das bei allem Stress den sie hatten. Also, das fand ich wirklich, ja. Wirklich gut.

85

[0:21:49.0] **F:** Und was würden Sie sagen (.), oder kann man das überhaupt sagen, wäre so naja, das Positivste in Anführungsstrichen. Was man aus der Gesamtsituation dieser Erkrankung für sich mitnehmen kann? Hat sich da bei Ihnen irgendwie so was verändert oder herauskristallisiert?

86

[0:22:09.5] **B:** Ja, durch meine Erkrankung vielleicht nicht, das ist vielleicht schon meine Grundeinstellung. Ich habe meinen ersten Mann schon an Krebs verloren, und mein Kind hat - und dadurch bin ich tatsächlich, wo ich gedacht habe: Ernsthaft jetzt ich jetzt auch noch? Ich dachte, ich hätte das jetzt einfach mal fertig, dieses Thema und wäre damit durch und hätte quasi mein Päckchen jetzt schon zweimal getragen damit. Daher bin ich tatsächlich nicht durch meine Erkrankung, aber durch die Erkrankung meines ersten Mannes und Kindes einfach ein bisschen bodenständiger geworden und habe gelernt, was wichtig, und was unwichtig ist. Aber nicht durch meine persönliche Erkrankung, sondern das war schon vorher. Genau. Also es gibt Sachen, da rege ich mich halt nicht mehr auf. Wenn das Auto halt mal eine Beule hat, dann hat das Auto halt eine Beule. Das ist doch einfach (.) scheißegal.

87

[0:22:56.0] **F:** Ja. Haben Sie recht.

88

[0:22:56.7] **B:** Aber, und ja, das sehe ich halt bei ganz vielen Leuten, die sich über, so: Mensch, du Idiot. Und: Fahr doch mal vorsichtiger. Oder: Gib doch mal Gas. Wo ich denke: Oh mein Gott, gut.

89

[0:23:12.6] **F:** Ja richtig so.

90

[0:23:14.2] **B:** Das habe ich aber nicht durch meine Erkrankung, sondern halt durch schon die beiden Geschichten vorher schon gelernt. Und ich glaube aber, das wäre auch das, was ich jetzt für mich rausgezogen hätte, dass es einfach Wichtigeres gibt.

91

[0:23:26.6] **F:** Würden Sie sagen, das hat Ihnen dann vielleicht auch schon in der Bewältigung Ihrer eigenen Situation geholfen?

92

[0:23:36.2] **B:** Schon. Klar. Also du stellst, was ich ja sagte, vorher ja schon ganz viele blöde Fragen: Warum denn schon wieder ich? Und: Musste das jetzt wieder sein? Und (.). Aber ich glaube einfach, dass mich das ein bisschen stärker gemacht hat. Das, was ich jetzt schon durch habe und ich nicht den Kopf in den Sand gesteckt habe und auch weiterhin so aktiv bin und meine Kinder sind vier und sechs und ich wusste halt, wofür ich das jetzt alles mache, wofür ich dann zur Chemo renne und ja, doch, doch, also das glaube ich definitiv schon, dass mich die Vorgeschichte stärker gemacht hat, dass wir jetzt nicht den Kopf in Sand zu stecken.

93

[0:24:09.2] **F:** Die Chemo, war die eigentlich vorher? Ach nee, Sie sagten, das war dann auch hinterher.

94

[0:24:13.5] **B:** Ja, genau. Ich bin jetzt seit Anfang April mit der Chemo durch.

95

[0:24:19.7] **F:** Und die Bestrahlung kam dann auch noch.

96

[0:24:22.6] **B:** Bin ich ja jetzt noch drin. Auch noch. Jetzt noch drei Wochen. Ja, genau, genau. Es hieß ja, dass nach der OP, dass der Wächterlymphknoten nicht befallen ist. Wahrscheinlich. Also es hieß: Das wird bei Ihnen nicht sein, weil die Tumore sind so klein. Genau. Und dann war es aber wieder so. Genau, da bin ich aufgewacht und der Bereich der Lymphknoten war befallen plus noch fünf weitere Lymphknoten, obwohl der Tumor nur vier Millimeter groß war. Das war ja alles (.). Das ist ja alles von der Biopsie erst rausgekommen. Es hieß vorher: Da ist ein Mikrokalkfeld, aber das wird nichts sein. Und da kann ich eigentlich fast sicher sein, da wird nichts sein. Dann kam eine Anruf und der sagt: Ups, gut, dass wir eine Biopsie gemacht haben. Wir haben da was gefunden. Machen Sie mal Termin im Brustkrebszentrum. Und ich: Echt jetzt? Ja, okay. Gut. Denn, also weder im Ultraschall, noch bei der Mammographie noch sonst irgendwie war da irgendwas zu sehen. Dann die Familiengeschichte erzählt und die: Ah, Ihre Mutter und ihre Oma hatten auch Brustkrebs. Ja, dann okay, dann machen wir mal hier so ein Gentest, aber da wird bei Ihnen nichts bei rumkommen. Und dann: Okay, Frau B., schade, Sie gehören leider zu 10 %, die die Genmutation haben. Und irgendwann denkst du: Echt jetzt? (lacht)

97

[0:25:34.9] **F:** Was habe ich verbrochen? (lacht)

98

[0:25:35.8] **B:** Genau: Ist das Ihr scheiß Ernst. (lacht). Das kann doch nicht angehen, dass es von bis nur scheiße läuft, oder? Und die: Aber Sie können sich ganz sicher sein. Nach der OP brauchen Sie keine Bestrahlung, keine Chemo. Na wunderbar. Dann wachst du auf und dann steht Frau Dr. da und sagt: Ach, Frau B., das ist jetzt ein bisschen doof. Der Wächterlymphknoten war leider befallen und fünf weitere. Da sage ich: Danke. Das heißt also, ich brauche Chemo? Sie: Ja, das volle Programm. (.) Mhm hm. Hm. Toll.

99

[0:26:12.2] **F:** Das hatte ich jetzt gar nicht gefragt. Wie war das? Wurden Sie da auch dann hier im Aufenthalt schon so ein bisschen auf diese Nachbehandlung inhaltlich vorbereitet? Also auch da wieder was für Nebenwirkungen oder: Was kann man machen? Oder Informationsmaterial bekommen?

100

[0:26:27.0] **B:** Ein Zettel für eine Perücke. Und einen Flyer für eine Perücke.

101

[0:26:31.8] **F:** Ohne aber ein Gespräch zu haben? Auch dazu: Fallen überhaupt die Haare aus oder ab wann fallen die Haare aus?

102

[0:26:36.5] **B:** Genau. Genau. Das war nachher beim Onkologen.

103

[0:26:40.8] **F:** Okay. (...) Wäre das möglicherweise auch oder wäre es vielleicht zu viel gewesen?

104

[0:26:47.9] **B:** Für mich persönlich wäre das zu viel gewesen. Aber du hast ja so viele, so viele Informationen und ab einem bestimmten Punkt hörst du halt auch nicht mehr hin.

105

[0:26:57.2] **F:** Ja, weil ich überlege auch, gerade wenn das so im Vorfeld eigentlich auch anders angenommen wurde. Und dann steht erst die Ärztin da und sagt ja, es muss doch auch trotz der OP und der recht radikalen OP doch noch Chemo und Bestrahlung laufen. Wenn dann womöglich gleich eine Pflegende kommt und sagt: So, jetzt Frau B., hier sind -

106

[0:27:17.4] **B:** Ich glaube, die hätte ich auch rausgeschmissen. (lacht)

107

[0:27:18.2] **F:** Ich glaube, das wäre dann zu viel.

108

[0:27:19.6] **B:** Genau, man hört auch irgendwann nicht mehr zu.

109

[0:27:21.9] **F:** Ja.

110

[0:27:22.6] **B:** Weil das einfach (.). Du hast ja (.). Also sie erzählt zwar und du siehst, dass sie redet, aber du hast ja, bist auf einmal in deinem eigenen Gedankenkarussell drin und überlegst was es heißt und mit den Kindern und um Gottes Willen. Und man hat ja noch, und das ist auch tatsächlich immer noch so das Klischee oder so im Hinterkopf, dass du Chemo kriegst und dann

wochenlang erstmal kotzt und auf dem Klo hängst. Das ist ja Gott sei Dank heutzutage nicht mehr so, aber dann denkst: Oh Gott, wie mache ich das denn mit den Kindern und wie läuft denn das? Und mein Mann ist immer auf Dienstreise und wie kriege ich das denn hin? Und (.). Also du bist ja sofort in deinem eigenen Gedankenkarussell und hörst ja schon gar nicht mehr weiter zu. Und dann stand mein Mann da und sagt : Sie hat das und das gesagt. Ja. Und ich: Mag sein. Wenn du das sagst, dann ja.

111

[0:28:08.3] **F:** Na dann wenigstens gut, dass ihre Erfahrung dann vom Umgang her zumindest positiv war und Sie da mit Ihrer Grundeinstellung auch das Ganze, ja bestimmt positiver bewältigen konnten.

112

[0:28:20.3] **B:** Ja, doch, schon, doch. Also es war im Nachhinein also so, ich habe es dann tatsächlich nicht als, ja wie soll man sagen, als Strafe gesehen, dass ich das jetzt alles noch machen muss. Sondern eher als Chance, dass ich das machen kann, und dass die Medizin so weit ist. Ich war eher so, jetzt, wo ich so weit bin wie ich bin, eher geschockt darüber, dass das weder in der Mammographie noch im Ultraschall gesehen wurde. Es waren ja drei Tumore, zweimal vier Millimeter, einmal neun Millimeter. Das ist ja wirklich verschwindend gering. Klein. Und trotzdem solche Auswirkungen schon auf das Lymphsystem hatte und auch die Lymphknoten und alles. Und dass ja erst bei der Histologie gesehen wurde, dass es drei Tumore waren, wo ich denke: Wie viele Frauen rennen denn rum in Deutschland und wissen nichts. Und das hat also, das war für mich eher erschreckend, dass, wo ich gedacht habe: Wow, okay, dann ist das eigentlich echt eine wirklich gute Chance, dass sie bei der Biopsie genau da hingestanz haben, wo sie gestanz haben und nicht zwei Millimeter weiter, wo nichts war und es hätte sich wohl munter weiter ausgebreitet. Dann wäre man falsch beruhigt gewesen. Genau.

113

[0:29:39.1] **F:** Ja, ja, ja, toi, toi. Dann doch wieder Glück im Unglück gehabt.

114

[0:29:45.2] **B:** Ja. Also dann versucht man doch, das Positive wieder da rauszuziehen. Ja.

115

[0:29:50.8] **F:** Okay, meine Fragen haben Sie beantwortet. Vielen Dank.

116

[0:29:55.7] **B:** Sehr gerne.

117

[0:29:56.5]

## Beispiel für Ergebnissynthese und Kategorienbildung

### Markierte Textstellen für die Hauptkategorie „Verbesserungspotenziale in der Beratung“ (Codefarbe ●)

#### vorläufige Kategorie > endgültige Oberkategorie

- (1) das war halt nur dieses, dieses vorher. Also normalerweise hätte man vielleicht, weiß ich ja nicht, mich nach der Mammographie begleiten, bis zum 14. Februar und dann Schluss

Code: ● vorher > **Pflegeberatung schon vor der Operation**  
I\_691, Abs. 40

- (2) Oder so, dass du danach auch noch einen Ansprechpartner hast. du auch noch Ansprechpartner hast

Code: ● Ansprechpartner danach > **Möglichkeit, nochmal anzurufen**  
I\_305, Abs. 54

- (3) der Zeitpunkt, der hätte auch schon eher sein können. Also auch schon vor der OP,

Code: ● schon eher > **Pflegeberatung schon vor der Operation**  
I\_680, Abs. 40

- (4) Man hätte eigentlich schon wesentlich eher damit anfangen können, als da am letzten Tag, wo eigentlich das Schlimmste überstanden war.

Code: ● schon eher > **Pflegeberatung schon vor der Operation**  
I\_680, Abs. 40

- (5) Das war alles sehr eifrig dort. Und dann musste ich hinten hin ins Zimmer. Zack, zack, die Sachen dahin geschmissen, auf das Bett rauf. Ja, so ungefähr (lacht). Ich meine, auf der einen Seite, vielleicht war es auch ganz gut, aber es geht dann alles wirklich zu schnell für noch irgendwas

Code: ● am OP-Tag geht alles zu schnell > **Pflegeberatung schon vor der Operation**  
I\_868, Abs. 4

- (6) Wann muss ich, ja, meine Frauenärztin anrufen? Wann kann ich noch, oder wem stelle ich jetzt die Fragen? Nochmal dem Arzt, der mich operiert hat? Also das fand ich vielleicht manchmal auch noch schwierig. Wem kann ich jetzt meine Fragen stellen

Code: ● Wen kann man anrufen > **Möglichkeit, nochmal anzurufen**  
I\_575, Abs. 64

(7) Man könnte ja vielleicht auch einen Link zu einem Video machen, wie man die Übungen genau macht

Code: ● Video, wie man die Übungen genau macht > **Videoanleitung für Bewegungsübungen**  
I\_575, Abs. 10

(8) Zumindest für die Leute wie mich, die internetaffin sind. Es wäre viel einfacher, mir schnell das Video anzugucken, als mir dreimal durchzulesen: Wo soll ich jetzt kreisen?

Code: ● Video wäre einfacher > **Videoanleitung für Bewegungsübungen**  
I\_575, Abs. 12

(9) Das war mir wirklich an dem Freitag zu viel an Information generell. Erst die Sozialdame, dann eben die Fachschwester. Dann kam doch noch eine Psychologin.

Code: ● Nicht alle hintereinander > **Alles etwas entzerrter**  
I\_575, Abs. 20

(10) und vor allen Dingen vielleicht ein bisschen entzerrter. Also da habe ich gesagt, es geht ja zu wie auf dem Bahnhof

Code: ● entzerrter > **Alles etwas entzerrter**  
I\_774, Abs. 14

(11) Nicht, dass alle gebündelt kommen

Code: ● Nicht alle gebündelt > **Alles etwas entzerrter**  
I\_774, Abs. 48

(12) dass das Gros an Informationen, was man bekommt, dass das gestreckt wird und dieser Tag nach der OP. (..) Möglichst frei von diesen Themen

Code: ● dass das gestreckt wird > **Alles etwas entzerrter** Code: ● OP-Tag frei von Themen > **Pflegeberatung schon vor der Operation**  
I\_774, Abs. 66

(13) besser, wenn dann die onkologische Fachkraft dann doch, dann vor der Behandlung kommt und aufklärt

Code: ● > besser vor der Behandlung > **Pflegeberatung schon vor der Operation**  
I\_319, Abs. 60

(14) onkologische Fachkraft, die soll wahrscheinlich tatsächlich früher kommen als nach der OP.

Code: ● onkologische Fachkraft soll früher kommen als nach OP > **Pflegeberatung schon vor der Operation**  
I\_319, Abs. 82