

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Kinder.
- Eine Analyse der professionellen
Kommunikation und Interaktion zur Prozedierung der
Krankheitsverläufe krebskranker Kinder -

Sigrid Stahl

Wendelinusweg 10
36100 Petersberg

Bielefeld, im Juni 2010

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades Doctor of Public Health (DrPH)

1. Gutachterin:

Prof. Dr. D. Schaeffer

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

2. Gutachter:

Prof. Dr. K. Hurrelmann

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Danksagung

Das Verfassen einer Dissertation ist über weite Strecken ein einsamer Prozess, der ohne die Unterstützung und Hilfe verschiedenen Personen kaum gelingen kann.

Bedanken möchte ich mich sehr herzlich bei den Teilnehmern der interdisziplinären Besprechungen des untersuchten Krankenhauses, die durch ihre Bereitschaft zur audiotechnischen Aufnahme diese Dissertation erst ermöglicht haben.

Für die fachliche Unterstützung danke ich Frau Prof. Dr. Schaeffer, die mit Interesse den Fortgang der Arbeit verfolgte und mir immer wieder sowohl kritische wie auch wohlwollende Anregungen und Impulse gab.

Ebenso möchte ich mich bei Prof. Dr. Blättner bedanken, die neben ihren fachlichen Anstößen auch immer wertvolle Unterstützung zum Vorankommen der Arbeit gab.

Darüber hinaus gilt mein Dank all jenen, die mich in den letzten Jahren auf unterschiedliche Art und Weise bei der Realisierung der Dissertation unterstützt haben: Urte Stork, Petra Katzer, Dr. Bernd Katzer, Prof. Dr. Grewe, Monika Stuke und Sven Ziegler.

Mein besonderer Dank gilt meinem Ehemann Thomas Schneege.

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG	2
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	5
TABELLENVERZEICHNIS	5
1. EINFÜHRUNG	
„END-OF-LIFE CARE“ ALS VERSORGUNGSKONZEPT FÜR	
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN	6
2. VERSORGUNG VON LEBENSBEDROHLICH ERKRANKTEN	
KINDERN UND JUGENDLICHEN	12
2.1 Palliative Care als Versorgungskonzept für schwerkranke,	
sterbende Menschen	13
2.2 Pädiatrische Palliative Care als differenziertes Versorgungskonzept	
für die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen	22
3. DAS TRAJEKT KONZEPT ALS THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN	
FÜR SOZIALE UND BERUFLICHE KONSTRUKTIONSPROZESSE	33
3.1 Das Trajektkonzept	33
3.2 Adaption des Trajektkonzeptes auf Krankheitsprozesse: Illness trajectory	40
3.3 Adaption des Trajektkonzeptes auf Sterbeprozesse: Dying trajectory	49
4. DAS TRAJEKT KONZEPT, KOMMUNIKATION UND INTERAKTION IM	
FORSCHUNGSKONTEXT	52
4.1 Das Trajektkonzept	53
4.2 Kommunikation und Interaktion	63
4.3 Konsequenzen für die Untersuchung	82

5. METHODISCHES VORGEHEN.....	88
5.1 Ethnomethodologischer Hintergrund der Konversationsanalyse und sich daraus ableitende Prämissen.....	89
5.2 Prozess der Datengenerierung und Auswertung der Daten.....	94
6. ERGEBNISDARSTELLUNG.....	107
6.1 Die onkologische Besprechung als soziale Einheit und deren Ordnungsprinzipien	107
6.2 Fallanalysen	126
6.2.1 Karina Kimpel: Revision des Verlaufskurvenentwurfes.....	127
6.2.2 Bahar Onshalm: Handlungsmaxime Kuration	151
6.2.3 Ahmed Beqiri: Ungewissheit über die Entwicklung der Verlaufskurve	167
6.2.4 Mike Thiele: Gefährdung des Verlaufskurvenplans.....	170
6.2.5 Bertram Röll: Ein unkomplizierter Krankheitsverlauf.....	187
7. FALLÜBERGREIFENDE ERGEBNISDISKUSSION: DER REZIPROKE EINFLUSS ZWISCHEN DER GESPRÄCHS- ORGANISATION UND DER PROZEDIERUNG DER KRANKHEITSVERLAUFSKURVEN.....	193
7.1 Prozedierung der Verlaufskurven: Gesprächsorganisatorische Ebene	193
7.2. Prozedierung der Verlaufskurven: Inhaltliche Ebene.....	202
8. SCHLUSSBETRACHTUNG	212
9. AUSBLICK.....	230
LITERATUR.....	233
ANHANG.....	248

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Pädiatrische Palliativversorgung als Schnittmenge	29
Abbildung 2: Ebenen der konditionellen Matrix	38

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Phasen und Definition chronischer Krankheit	44
Tabelle 2: Aktivitätsmuster Patientenvorstellung, 1	116
Tabelle 3: Aktivitätsmuster Patientenvorstellung, 2	118

1. Einführung

„End-of-Life Care als Versorgungskonzept für gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen

Fragestellungen, die sich um die Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase drehen, werden international unter dem Begriff „End-of-Life Care“ gefasst. Bei oberflächlicher Betrachtung könnte der Eindruck entstehen, dass dieser Themenkomplex für gesundheitswissenschaftliche Forschung nicht relevant ist: Der Tod eines Menschen stellt lediglich auf einer individuellen Ebene im Sinne der Bewältigung für das soziale Umfeld eine Herausforderung dar. Unter Einbeziehung der gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte (z.B. Anstieg der Lebenserwartung, Verschiebung der Todesursachen, Wandel der Familienstrukturen; Ewers/Schaeffer 2005) wird die gesundheitswissenschaftliche Relevanz jedoch offenkundig.

Die im Zusammenhang mit diesen Veränderungen stehenden gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen umfassen dabei Aspekte der Gestaltung der Versorgung am Lebensende oder anders formuliert *„alle praktischen, politischen oder auch wissenschaftlichen Aktivitäten unterschiedlicher Akteure auf der Mikro-, Meso- oder Makroebene zur Gestaltung und Verbesserung von Lebens- und Sterbensbedingungen in einem konkreten gesellschaftlichen Umfeld.“* (Ewers/Schaeffer 2005: 12, Herv. i. O.). Im Unterschied zu verschiedenen Versorgungskonzepten, die die Gestaltung der Versorgung am Lebensende zum Gegenstand haben, wie z.B. „Hospice Care“ oder „Palliative Care“, ist der Begriff „End-of-Life Care“ umfassender zu verstehen. Es stehen hier nicht professionelle Strategien oder spezifische Handlungsweisen im Mittelpunkt, sondern populationsbezogene Bedarfs- und Problemlagen, das Assessment von Einstellungen, Überzeugungen und Motivationen von Nutzern und Anbietern, Versorgungsleistungen im Bezug auf Sterben und Tod sowie Fragen der Verteilungs- und Zugangsgerechtigkeit und schließlich die Evaluation von Versorgungsangeboten, dies auch unter Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten (Ewers/Schaeffer 2005). Mit anderen Worten werden Sterben und Tod nicht auf eine individuelle Ebene oder auf eine ausschließlich organisatorische Ebene reduziert, sondern im Mittelpunkt stehen Fragen der Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit, der Zugangs- und Leistungsgerechtigkeit sowie Fragen der Versorgungs- und Gesundheitssystemgestaltung. Angesichts dieser inhaltlichen Schwerpunkte verwundert es, dass innerhalb der deutschsprachigen Public-Health-Diskussion diesem Bereich bisher wenig Aufmerksamkeit zugekommen ist, so jedenfalls ein Befund von Ewers und Schaeffer

(2005: 10): „Eine aktive Auseinandersetzung mit dem Wandel des Sterbens in Public-Health-Kreisen und eine Debatte über die Versorgungsfragen am Lebensende unter den Bedingungen des hiesigen Gesundheits- und Sozialsystems steht jedoch noch aus und ist überfällig.“ Direkt daran anknüpfend kann weiter konstatiert werden, dass die spezifische Situation von lebensbedrohlich erkrankten Kindern und Jugendlichen ebenso kaum Gegenstand gesundheitswissenschaftlicher Forschung ist. Dies mag neben der De-Thematisierung von Sterben und Tod in Public-Health-Kreisen (Ewers 2005) auch der Tatsache geschuldet sein, dass verglichen mit anderen Altersstufen die Mortalitätsraten bei Kindern und Jugendlichen gering sind (SVR 2001).

Lebensbedrohliche Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sind selten und umfassen Krankheiten, bei denen ein frühzeitiger Tod wahrscheinlich, aber auch ein Überleben bis in Erwachsenenalter möglich ist (Craig et al. 2008; Zernikow 2003). Sie lassen sich schwer systematisieren und sind zudem teilweise sehr selten, so dass sie gegebenenfalls auch den Health Professionals unbekannt sind (Wingefeld 2005a). Es handelt sich um Stoffwechselkrankheiten, angeborene Organfehlbildungen, Chromosomenanomalien, Krankheiten des Nervensystems und Krebskrankheiten. Exakte epidemiologische Aussagen zur Morbidität und Mortalität lebensbedrohlicher Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sind nicht verfügbar (Craig et al. 2008). Eine Untersuchung der „Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families“ (2005) geht von einer Mortalität zwischen 1,2 und 3,6/10.000 Lebendgeborenen aus. Die Punktprävalenz für lebenslimitierende Erkrankungen wird auf 12-13 Kinder/10.000 Einwohner geschätzt (Lenton et al. 2006). Für Deutschland geben Führer und Zernikow (2005) die Zahl von etwa 22.000 Kindern und Jugendlichen mit lebenslimitierenden Krankheiten an, wovon jährlich etwa 1.500-3.000 sterben. Onkologische Krankheiten stellen bezogen auf alle Todesfälle im Kindes- und Jugendalter die zweithäufigste Todesursache jenseits des ersten Lebensjahres dar (SVR 2001). Aufgrund dieser Tatsache sowie den weitreichenden Auswirkungen kindlich onkologischer Krankheiten auf das gesamte Familiensystem, die involvierten Gesundheitsprofessionen und letztlich auch auf das Versorgungssystem bilden Krebserkrankungen den Rahmen für die vorliegende Untersuchung.

Während also bezogen auf alle lebensbedrohlichen Erkrankungen exakte epidemiologische Daten fehlen, stellt sich die Situation bezogen auf kindlich onkologische Krankheiten anders dar. Diese werden seit 1980 (Einbeziehung der neuen Bundesländer seit 1991) zentral am Deutschen Kinderkrebsregister in Mainz erfasst. Es handelt sich hierbei um ein epidemiologisches Krebsregister, bei dem neben klinischen Daten auch im Rahmen eines Langzeit-follow-

up die Überlebenswahrscheinlichkeit, die Spätfolgen und das Auftreten von Zweittumoren aufgezeichnet werden. Die Registerpopulation umfasst Kinder, die in Deutschland wohnen und bei denen vor ihrem 15. Geburtstag ein maligner Tumor oder ein gutartiger Hirntumor diagnostiziert wurde. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass in Deutschland jährlich ca. 1.800 Kinder neu an Krebs erkranken. Die Daten der Jahre 1980 - 2007 ergeben eine alterstandardisierte jährliche Inzidenz von 15,2/100.000 (Geschlechterverhältnis Jungen/Mädchen 1,2 zu 1). Anders formuliert liegt die Wahrscheinlichkeit für ein neugeborenes Kind an Krebs zu erkranken bei 0,2 %, was wiederum bedeutet, dass etwa jedes 500. Kind bis zu seinem 15. Geburtstag erkrankt (Kaatsch/Spix 2008, RKI 2010). Der Median des Erkrankungsalters liegt bei 5 Jahren und 8 Monaten (RKI 2008: 103).

Das Diagnosespektrum ist bei Kindern grundsätzlich anders als bei Erwachsenen. Während bei den letzteren Karzinome einen erheblichen Anteil der Erkrankungen ausmachen, weisen diese im Kindesalter weniger als 2% der Fälle auf. Im Kindesalter treten im Unterschied dazu z. B. embryonale Tumore (Neuroblastome, Retinoblastome, Nephroblastome, Medulloblastome etc.) auf. Insgesamt verteilen sich die relativen Häufigkeiten der kindlichen Krebserkrankungen folgendermaßen:

- Leukämien 34,1%
- ZNS-Tumore 22,6%
- Lymphome 11,5%
- Periphere neurale Tumore 7,6%
- Weichteilsarkome 6,1%
- Nierentumore 5,6%
- Tumore des Skelettsystems 4,6%
- Keimzelltumore 3,1%
- Andere 4,9% (Kaatsch/Spix 2008).

Die Überlebenswahrscheinlichkeit bei bösartigen Krankheiten im Kindesalter hat sich in den letzten Jahrzehnten stetig erhöht und liegt über der Erwachsener (Göbel 2003, Creutzig/Klusmann 2002). Bezogen auf alle malignen Erkrankungen lässt sich bei Zugrundelegung der Registerpopulation der Jahre 1997-2006 eine Überlebenswahrscheinlichkeit von 81% nach fünf Jahren, von 77 % nach zehn Jahren und von 76% nach 15 Jahren verzeichnen (RKI 2010). Die erkrankten Patienten werden konzentriert in einem der etwa 35 spezialisierten Zentren behandelt, wobei allein neun Kliniken durchschnittlich mehr als 50 Neuerkranken-

kungen und damit etwa 1/3 der Kinder versorgen (Kaatsch/Spix 2006/07). Nach Aussagen des Sachverständigenrates werden etwa 95% der Patienten nach evidenzbasierten Kriterien entlang sogenannter Therapieprotokolle behandelt (SVR 2000/2001). Es zeigt sich, dass die Behandlung der Kinder und Jugendlichen grundsätzlich an kurativen Zielen ausgerichtet ist (Institute of Medicine 2003). Diese Konzentration hat zum einen zur Folge, dass relativ wenig über die Charakteristika der Sterbeverläufe von krebskranken Kinder und Jugendlichen bekannt ist (Knapp 2009, Janßen et al. 2004). Zum anderen ist ebenso wenig über die zur Versorgungsgestaltung notwendigen Abstimmungsprozesse zwischen den Health Professionals bekannt. Auch die von Hinds (2004) formulierten Forschungsschwerpunkte bezogen auf End-of-Life Care von lebensbedrohlich erkrankten Kinder und Jugendlichen beziehen sich in erster Linie auf Fragen der Gestaltung von Versorgungsangeboten. Ungeachtet dieser zweifelsohne wichtigen Aspekte bleiben die zur Steuerung der Versorgung notwendigen kommunikativen und interaktiven Prozesse zwischen den Gesundheitsprofessionen unberücksichtigt. Dabei stellen diese eine wesentliche Bedingung für die Versorgungsgestaltung am Lebensende dar. Fragen die in diesem Zusammenhang auftreten beziehen sich auf professionelle Abstimmungsprozesse: Ab welchem Zeitpunkt sollten die entsprechenden Versorgungsleistungen angeboten werden? Wer bestimmt diesen Zeitpunkt? An welchen Kriterien orientiert sich die Entscheidung? Welche Rolle nehmen die Nutzer in diesen Prozessen ein? Überspitzt formuliert nutzen die besten Versorgungsangebote nichts, wenn sie von den beruflichen Akteuren nicht oder zu einem späten Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs in die Versorgungsgestaltung integriert werden.

Die vorliegende Arbeit zielt darauf, dieses Forschungsdesiderat zu schließen. Entsprechend stehen im Mittelpunkt der Untersuchung die kommunikativen und interaktiven Prozesse der Health Professionals, die an der Versorgung krebskranker Kinder und Jugendlicher im Rahmen der Akutversorgung beteiligt sind. Die Konzentration auf onkologische Erkrankungen ergibt sich zum einen aufgrund ihrer epidemiologischen Bedeutung (s.o.) und zum anderen aus der Tatsache, dass trotz verbesserter Heilungschancen Krebs immer noch die zweithäufigste Todesursache im Kindesalter darstellt. Der Umstand, dass die Patienten zum überwiegenden Teil in Einrichtungen der Akutversorgung betreut werden, begründet die Wahl einer Kinderklinik. Zur Versorgungspraxis der kideronkologischen Abteilung des Krankenhauses gehören wöchentliche interdisziplinäre Besprechungen, die von allen an der Versorgung Beteiligten wahrgenommen werden. Die Analyse dieser Besprechungen stellt insofern einen geeigneten Untersuchungsgegenstand dar, als dass ein wesentliches Ziel der Besprechung neben der Informationsweitergabe auch in der Planung der Versorgung besteht. Entsprechend

ist davon auszugehen, dass die Besprechungen einen wesentlichen Pfeiler der Prozedierung der Krankheitsverlaufskurven der Patienten darstellen.

In dieser Arbeit werden anknüpfend an das Trajektkonzept physiologische Aspekte als Teilaspekte der Krankheitsverlaufskurven betrachtet. Mehr noch werden Sterben und Tod nicht in erster Linie als biologische, sondern soziale Prozesse verstanden. Das untersuchungsleitende Interesse richtet sich entsprechend nicht auf die biomedizinischen Gesichtspunkte, sondern vielmehr auf die Handlungen der Health Professionals, die der Steuerung der Krankheits- und Sterbeverlaufskurven dienen. Im Sinne des Trajektkonzeptes werden dabei Handlungen als kommunikative und interaktive Prozesse verstanden, die somit im Fokus der Untersuchung stehen. Konkret wird danach gefragt, wie die Berufsakteure innerhalb interdisziplinärer Teambesprechungen die Krankheits- und Sterbeverlaufskurven krebskranker Kinder und Jugendlicher konstruieren und prozedieren. Die Analyse der kommunikativen und interaktiven Prozesse ermöglicht es, Aussagen zu den der Prozedierung zugrundeliegenden Relevanzkriterien zu treffen, die entsprechend für die Versorgung der Patienten handlungsleitend sind.

Der Aufbau der Arbeit stellt sich folgendermaßen dar: Zunächst wird im Kapitel zwei die Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher ausgeführt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Darstellung der Palliativversorgung, da diese international als geeignetes Versorgungskonzept für die Betreuung von lebensbedrohlich erkrankten Menschen angesehen wird. Ausführungen zum Trajektkonzept stellen den Inhalt des sich anschließenden dritten Kapitels dar. Die Konzeptualisierung von Krankheits- und Sterbeverläufen als nicht ausschließlich biologische sondern vielmehr soziale Prozesse ermöglicht es, die Perspektive auf eben jene Prozesse zu erweitern, die Einfluss auf die Konstruktion von Krankheits- und Sterbeprozessen haben.

Im folgenden vierten Kapitel erfolgt eine ausführliche Erörterung des Forschungsstands. Aufgrund der inhaltlichen Ausrichtung der Arbeit wird dabei zunächst auf Forschungsarbeiten zum Trajektkonzept eingegangen. Die Darstellung von Studien zu Kommunikation und Interaktion im beruflichen Alltag beruht auf der zentralen Funktion dieser Prozesse für die Prozedierung von Krankheitsverlaufskurven.

Das sich anschließende Methodenkapitel leitet zum empirischen Teil der Arbeit über, wobei sich aufgrund der Fragestellung und der Darstellung des Forschungsstandes ein qualitativer Forschungsstil ableitet. Vor dem Hintergrund des spezifischen Erkenntnisinteresses der Arbeit

bietet sich die Methode der Konversationsanalyse an, da diese aufgrund ihres Ursprungs in der Ethnomethodologie davon ausgeht, dass soziale Wirklichkeit und damit auch Krankheit, Sterben und Tod, das Resultat eines fortwährenden Interaktionsprozesses sind.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt im Kapitel sechs, wobei neben den Ordnungsprinzipien der Besprechungen ein weiterer Schwerpunkt auf der Darstellung von fünf Fallanalysen liegt. Entlang der kommunikativen und interaktiven Prozesse werden dabei zunächst die Konstruktionsprozesse der Fälle nachgezeichnet.

Anhand der sich im siebten Kapitel anschließenden fallübergreifenden Ergebnisdiskussion werden die Resultate gebündelt und Aussagen zur gesprächsorganisatorischen, wie auch zur inhaltlichen Ebene der Prozedierung der Krankheitsverlaufskurven getroffen. In der Schlussbetrachtung in Kapitel acht werden die Ergebnisse der Arbeit auf den Forschungskontext, den theoretischen Bezugsrahmen und die Methodik zurückbezogen, um so übergreifende Aussagen formulieren zu können. Der sich anschließende Ausblick rundet die Arbeit ab.

Wo immer es möglich war, wurden im Text geschlechtsneutrale Bezeichnungen gewählt; wo nicht, wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die männliche Form zurückgegriffen.

2. Versorgung von lebensbedrohlich erkrankten Kindern und Jugendlichen

Die Diagnose einer kindlichen Krebserkrankung stellt ein existentiell erschütterndes Lebensereignis für die Betroffenen sowie für ihre Familien dar. Die Auswirkungen der Diagnose und der Krankheit umfassen dabei nicht nur medizinische und pflegerische, sondern auch psychosoziale und biografische Aspekte. Der von Schaeffer und Moers (2003) konstatierte Einfluss einer Krankheit auf alle Lebensbereiche trifft im Besonderen auch auf pädiatrische onkologische Krankheiten zu. Zum einem ergeben sich diese aus den therapeutischen Interventionen selbst (z. B. Operation, Chemotherapie, Bestrahlung), aber auch mit den damit in Zusammenhang stehenden Konsequenzen wie z. B. Schwäche, Übelkeit, aufgrund derer sich der Allgemeinzustand des Kindes erheblich verschlechtern kann (Wingenfeld, 2005, Gutjahr 1999). Die aus der Krankheit resultierenden Konsequenzen haben darüber hinaus Einfluss auf die Lebensgestaltung der Kinder und ihrer Familien. Für die Betroffenen liegen diese in erster Linie darin, dass alter entsprechende Beschäftigungen nicht mehr ausgeübt werden können oder modifiziert werden müssen (z. B. Hausunterricht, Verzicht auf sportliche Betätigung). Für die Familie als Ganzes ergeben sich zahlreiche Anpassungsleistungen, die direkt in Zusammenhang mit der Behandlung der Krankheit stehen (z. B. vermehrte Aufenthalte im Krankenhaus, Umorganisation des Alltagslebens). Eine potentiell tödlich verlaufende Krankheit hat zudem Auswirkungen auf die Lebensentwürfe und Lebensplanungen der Familie (Wingenfeld 2005a, Knigge-Demal 2003). Erschwerend kommt hinzu, dass junge, noch in der Entstehung begriffene Familien „meist noch wenig Gelegenheit [hatten], Ressourcen zur Bewältigung existentieller Lebenserfahrungen auszubilden.“ (Mikula/Wingenfeld 2002: 307). Eine onkologische Krankheit trifft junge Familien besonders schwer, da sie neben der Erfüllung der krankheits- und alltagsbedingten Anforderungen auch an dem Aufbau eines tragfähigen Bewältigungsverhaltens arbeiten müssen (Davis/Summer 2005).

Pädiatrisch onkologische Krankheiten gehören entsprechend der von der „Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families“ (ACT) entwickelten Einteilung chronischer Krankheiten zu der Gruppe von Krankheiten, die potentiell heilbar sind, bei denen aber ein Therapieversagen und damit ein tödlicher Ausgang möglich ist (s.u.). Der Krankheitsverlauf ist bestimmt durch die unterschiedlichen Krankheitsphasen, die wesentlich auch durch diagnostische und therapeutische Interventionen beeinflusst werden. Nicht zuletzt die Erfolge der pädiatrischen Onkologie führen zu einer Konzentration der Versorgung auf kurativ ausgerichtete Behandlungen. Diese Schwerpunktsetzung hat zur Folge,

dass die Versorgung sterbender Kinder und Jugendlicher deutlich weniger im Fokus steht. Während für die kurative Therapie einheitliche Standards vorliegen (s.a. Kapitel 1), lässt sich Gleiches für die Versorgung sterbender Kinder nicht feststellen. Für diesen Bereich existieren weder einheitliche Standards noch kann von einer flächendeckenden Versorgung spezialisierter Angebote ausgegangen werden. Dieser Umstand sowie die relativ guten Heilungschancen führen dazu, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen über weite Strecken des Krankheitsverlaufs im akutstationären Bereich betreut werden. Aufgrund fehlender ambulanter und stationärer pädiatrischer Palliativversorgung stellt das Krankenhaus nach wie vor auch den zentraler Sterbeort für krebskranke Kinder dar (Friedrichsdorf et al. 2002, 2005). International wird zur Betreuung Sterbender seit knapp fünf Jahrzehnten auf die Hospizbewegung und das Palliative Care Konzept rekurriert. Beide Gebiete hatten ihren Ausgangspunkt im Bereich der Versorgung Erwachsener, erst später folgte eine Adaption an die Situation sterbender Kinder und Jugendlicher. Entsprechend lässt sich die Entwicklung, die Umsetzung und die inhaltliche Ausgestaltung pädiatrischer Palliative Care nicht ohne die Bezüge zur Palliativversorgung Erwachsener verstehen. Aus diesem Grund wird im Folgenden zunächst schlaglichtartig diese Entwicklung und inhaltliche Ausgestaltung aufgezeigt, um dann in einem nächsten Schritt Gleiches für den Bereich der Kinder und Jugendlicher zu vollziehen. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher unabhängig vom Setting entlang dem Konzept der Palliativversorgung erfolgen sollte (WHO 2002).

2.1 Palliative Care als Versorgungskonzept für schwerkranke, sterbende Menschen

Die Konfrontation mit einer schweren, progredienten und zudem lebensbedrohlichen Krankheit wie z. B. Krebs stellt für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld eine existentielle Ausnahmesituation dar. Dabei stehen neben den krankheitsbedingten Veränderungen auch die sich damit einhergehenden Konsequenzen auf der alltagspraktischen wie auch auf lebensbiografischer Ebene eine besondere Herausforderung dar (vgl. dazu beispielhaft Corbin/ Strauss 2004, Bury 2009, Schaeffer/Moers 2008, Cherny 2005). Zur Bewältigung dieser Ausnahmesituation bedürfen die Betroffenen eines spezifischen Unterstützungsangebots, das „integrierte, tragfähige und prioritär ambulant ausgerichtete medizinisch-pflegerische, psycho-soziale und spirituelle Versorgungsangebote“ (Ewers et al. 2001) umfassen sollte. International wird das Palliative Care als Konzept angesehen, welches schwerkranken und sterbenden Menschen eben jene Unterstützung ermöglicht. Historisch betrachtet ist das Palliative Care Konzept eng

mit der Hospizbewegung verknüpft, die sich in den 1960 Jahren des letzten Jahrhunderts ausgehend von Großbritannien entwickelt hat und als eine Antwort auf den als defizitär erlebten Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen zu verstehen ist (Jordan 2006, Student 2000). Die Entwicklung der Hospizbewegung und des Palliative Care Konzeptes beschränkte sich zunächst auf die Versorgung Erwachsener, die an Krebs erkrankt waren.

Einen markanten Punkt stellte hierbei die Gründung des „St. Christopher`s Hospice“ im Jahre 1967 in Sydenham bei London durch Cicely Saunders dar, die als „Geburtsstunde“ der Hospizbewegung und auch des Palliative Care Konzeptes angesehen wird (Jordan 2006, Student 2000). Die gelernte Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Medizinerin entwickelte ein spezielles Konzept zur Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase, welches zunächst als „Hospice Care“ bekannt wurde (Saunders 1993, du Boulay 1984). Saunders verstand Hospize auch als Forschungs- und Ausbildungszentren, so dass bereits zwei Jahre nach der Gründung ein ambulanter Hospizdienst angegliedert wurde, dem 1978 ein palliativer Beratungsdienst (Palliative Care Support Team) innerhalb eines Krankenhauses folgte. Das erste Hospiz der Neuzeit war bewusst außerhalb der bestehenden Strukturen der Gesundheitsversorgung durch den National Health Service (NHS) etabliert worden, weil eine angemessene Versorgung sterbenden Menschen innerhalb dieser Strukturen als unmöglich angesehen wurde. Die Hospizbewegung verstand sich als eine soziale bürgerschaftliche Bewegung, mit dem Ziel, unheilbar kranken, sterbenden Menschen ein selbstbestimmtes Leben bis zum Tod zu ermöglichen. In den Folgejahren wurden zahlreiche weitere stationäre Hospize gegründet, die ebenfalls bewusst außerhalb des NHS verortet waren. In den späten 1980er Jahren erfolgte eine schrittweise Institutionalisierung der Hospize, wobei etwa ein Drittel in die Trägerschaft des NHS übergang bzw. eine staatliche Teilfinanzierung erfolgte (James/Field 1992).

Während Hospice Care in den Gründungsjahren als Synonym für die umfassende medizinische, pflegerische, psycho-soziale und spirituelle Versorgung schwerkranker, sterbender Menschen verstanden wurde, erfolgte in den Folgejahren eine Adaption des Begriffes Palliative Care. Dieser geht zurück auf den kanadischen Mediziner Balfour M. Mount, der in Montreal im Jahr 1972 eine Abteilung („Palliative Care Unit“) für unheilbar kranke Menschen errichtete. Das Wort „Palliativ“ leitet sich aus dem Lateinischen „pallium“ ab und bedeutet übersetzt so viel wie „Mantel, Hülle“ und soll zum Ausdruck bringen, dass nicht kurative Ansätze zur Beseitigung von Beschwerden, sondern eben palliative Maßnahmen im Mittelpunkt der Betreuung stehen, die der Linderung von Beschwerden dienen (Heller 2000). Neben dieser semantischen Änderung, die sich nach und nach international durchsetzen sollte, liegt eine

weitere wesentliche Implikation in der Verortung der „Palliative Care Unit“ *innerhalb* den Strukturen der Regelversorgung. Wie Ewers et al. (2001: 19 f) herausstellen, war somit erstmals eine alternative Struktur für die Versorgung Schwerkranker und Sterbender innerhalb etablierter Versorgungskontexte geschaffen, die allerdings im Unterschied zu der bürger-schaftlichen Hospizbewegung aus den Gesundheitsprofessionen heraus entstand. Die Veror-tung einer Palliativeinheit innerhalb eines Krankenhauses wird als wegweisend für die Ent-wicklung von Palliative Care als eine eher professions-/medizinorientierte Versorgungsform angesehen. Die europäischen Entwicklungsstränge der Hospizbewegung und Palliativversor-gung lassen sich demnach zwei Linien zuordnen (Gronemeyer et al. 2004:30, Herv. i. O.):

- **„Bottom- Up:** Eine (Bürger-) Bewegung, die weitgehend abseits staatlicher und instituti-oneller Verankerung entstanden ist. Zumeist eng verbunden mit charismatischen Persön-lichkeiten, die – teilweise gegen erheblichen Widerstand in ihren Ländern – den Hospizgedanken in die Gesellschaft trugen und durch ihren Einsatz einen großen Anteil an der Verbesserung der Situation Sterbenskranker haben (z. B. Deutschland, Slowakei).
- **Top- Down:** Der Aufbau von Hospiz- und Palliative Care Strukturen erfolgte überwie-gend administrativ, entweder aus den Gesundheitswesen heraus oder von staatlicher Seite geplant (z. B. Niederlande, Norwegen).“

Entwicklung in Deutschland

Hospizbewegung

Charakteristisch für Deutschland ist die im Vergleich zu Großbritannien verspätet einsetzende und getrennt verlaufende Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Tren-nung der Palliativmedizin und Hospizarbeit. Ebenso wie in Großbritannien entstand hier zu-nächst mit der Hospizbewegung eine bürgerschaftliche Sozialbewegung, deren Ziel es war, die Medikalisation des Sterbens zu beenden und Sterbenden eine umfassende, ganzheitliche, gerade auch psycho-soziale und spirituelle Betreuung zu gewährleisten. Die Gründung des ersten stationären Hospizes „Haus Hörn“ erfolgte 1986 in Aachen, bald darauf folgten weitere in Recklinghausen und Frankfurt am Main sowie zahlreiche ambulante Hospizgruppen (Zie-linski 1993). Kennzeichnend für die bundesrepublikanische Entwicklung der Hospizarbeit ist, das sich, nach anfänglichem Zögern, ausbreitende Engagement der beiden christlichen Kir-chen, so dass zahlreiche Gruppen und Hospize unter der Trägerschaft kirchennaher Organisa-tionen und Verbände stehen (Jordan 2006, Pleschberger 2001).

Institutionalisiert wurde die Hospizbewegung 1992 mit der Gründung des Dachverbands „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin, kurz: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG)“ (mittlerweile: Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV)). Bis auf wenige Ausnahmen (Land NRW) entwickelte sich die Hospizbewegung zunächst ohne Unterstützung durch die Politik oder Leistungsträger im Gesundheitswesen. Entsprechend ist ein wesentliches Merkmal der ambulanten Hospizarbeit die Sterbebegleitung durch ehrenamtliche, geschulte HospizhelferInnen (Roß/Müller 2007). Erst im Jahre 1997 kam es zu einer Aufnahme stationärer Hospize in den Finanzierungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, der 2002 eine Finanzierung ambulanter Hospizdienste folgte. Vor dem Hintergrund dieser gesetzlichen Regelungen zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit erfolgte die strukturelle Ausdifferenzierung der ambulanten Hospizarbeit in Ambulante Hospizinitiativen, Ambulante Hospizdienste, Ambulante Hospiz – und Palliativ- Beratungsdienste, Ambulante Hospiz – und Palliativ-Pflegedienste. Das Angebotsspektrum reicht von Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, Sterbe-, Trauer- und Angehörigenbegleitung über palliative Beratung und Pflege (Roß/Müller 2007). Insgesamt existieren in Deutschland zurzeit etwa 1500 ambulante Hospizdienste (www.hospiz.net).

Für den stationären Bereich lässt sich festhalten, dass trotz anfänglichem Zögern mittlerweile 170 Hospize (www.hospiz.net) existieren. Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen, die schwerkranke und sterbende Menschen, die an einer unheilbaren Krankheit leiden, in der letzten Lebensphase versorgen (Student 2000). Sie verfügen in der Regel über eine eigene Organisationsstruktur und sind vergleichbar mit Großbritannien außerhalb der Regelversorgung entstanden und stehen meist unter der Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden, Vereinen oder kirchlichen Organisationen. Das hauptamtliche Personal wird durch ehrenamtliche Mitarbeiter ergänzt. Zudem muss die leitende Pflegekraft über eine Weiterbildung Palliative Care verfügen. Eine vollständige Integration der stationären Hospize in die solidarische Kranken- und Pflegeversicherung ist bis heute nicht gewährleistet, so ist zwar der von den Patienten bisher zu zahlende Eigenanteil 2009 weggefallen, aber nach wie vor müssen stationäre Hospize 10% ihrer Gesamtkosten durch eigene Mittel aufbringen (Schuhmann 2004, www.bmg.bund.de). Die 1997 festgelegten gesetzlichen Rahmenvereinbarung des SGB V schreiben vor, dass nur Menschen, die an einer progredienten, unheilbaren Krankheit im Spätstadium des Krankheitsverlaufs in ein Hospiz aufgenommen werden können, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen und die weder zu Hause noch in einem Pflegeheim versorgt werden können (Deutscher Bundestag Drucksache 15/ 5858: 33). Mehr noch als diese struktu-

rellen Gegebenheiten stellt Pleschberger (2001) heraus, dass sich die deutschen Hospize im Unterschied zu der Entwicklung in Großbritannien durch eine geringe dauerhafte ärztliche Präsenz (die medizinische Betreuung erfolgt in der Regel durch den Hausarzt) sowie durch eine ausbleibende Entwicklung zu Zentren medizinischer und pflegerischer Expertise in Palliative Care auszeichnen. Die Gründe hierfür sind in dem Wechselspiel zwischen der historischen Entwicklung einerseits, den strukturellen Vorgaben andererseits sowie der Trennung zwischen bürgerlich motivierter Hospizbewegung und professionsorientierter medizindominiertes Entwicklung von Palliative Care zu sehen.

Palliativversorgung

Während in Großbritannien keine strikte Trennung von Hospiz- und Palliativstationen existiert und sich eine wechselseitige Durchdringung des Palliative Care Konzeptes und der Hospizarbeit vollzog (Globisch 2004: 98), erfolgte in Deutschland auf struktureller Ebene eine Ausdifferenzierung in eine nach wie vor bürgerschaftlich organisierte Hospizbewegung einerseits und eine professionsorientierte, medizindominierte Palliativversorgung andererseits (Pleschberger 2002, 2004, Deutscher Bundestag Drucksache 15/5858). Deutlich wird diese für Deutschland charakteristische diametrale Entwicklung unter anderem an der Wahl der Terminologie. Maßgeblich ist dabei die verkürzte Übersetzung des Begriffes Palliative Care in Palliativmedizin und das damit einhergehende einseitige, medizinnahes Verständnis des Palliative Care Konzeptes (Pleschberger 2001, Ewers et al. 2001). Darüber hinaus ist für die Palliativversorgung charakteristisch, dass die Implementierung von Palliativstationen in Anbindung an bereits bestehende Strukturen stattfand (Pleschberger 2001). Palliativstationen sind „eigenständige, an ein Krankenhaus angebundene oder integrierte Stationen.“ (Sabatowski et al. 2007: 20). Entsprechend der rechtlichen Vorgaben kann die Leitung einer Palliativstation nur von Medizinern erfolgen. Zudem dürfen nur Patienten aufgenommen werden, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, was zur Konsequenz hat, dass Aspekte der medizinischen Symptombehandlung im Vordergrund stehen (Pleschberger 2001, Sabatowski 2007).

Mittlerweile existieren etwa 180 Palliativstationen in Deutschland (www.dgpalliativmedizin.de). Neben dem Aufbau einer palliativen (überwiegend stationären) Infrastruktur erfolgte in den 1990er Jahren eine zunehmende Institutionalisierung und Professionalisierung in Form von Fachgesellschaften (z.B. 1994 Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin – DGP“) und Kongressen sowie durch die Entwicklung eines Curriculums zur Aus- und Weiterbildung hauptamtlicher Mitarbeiter im Bereich der Palliativver-

sorgung. Die Implementation eines ersten Lehrstuhls für Palliativmedizin erfolgte 1999 in Bonn. Mittlerweile existieren vier weitere (Göttingen, Aachen, München, Bonn). Im Jahr 2002 wurde Palliativmedizin in die Approbationsordnung für Ärzte als optionales Prüfungsfach aufgenommen und ein Jahr später kam es zur Anerkennung der Palliativmedizin als Zusatz-Weiterbildung für Ärzte (Klinghammer 2007). Demgegenüber existiert bis dato bundesweit kein pflegewissenschaftlicher Lehrstuhl, obschon dies in der Enquete-Kommission zur Situation und Zukunft der Pflege gefordert wurde (www.landtag.nrw.de).

Sowohl die Initiativen auf bürgerschaftlicher wie auch auf professioneller Ebene hatten Auswirkungen auf die gesellschaftliche und politische Wahrnehmung. So kam es im Rahmen der Gesundheitsreform des Jahres 2007 (GKV-WSG) zu einer Erweiterung des individuellen Leistungsanspruches der Versicherten auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV“. Diese soll ein Versorgungsangebot für Menschen mit unheilbaren Erkrankungen am Lebensende sein, deren häusliche Betreuung aufgrund einer aufwendigen Versorgung nicht durch die bestehenden Versorgungsstrukturen gewährleistet ist. Das Leistungsspektrum umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen sowie deren Koordination, die durch sogenannte „Palliative Care Teams“ erbracht werden sollen. Einem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit vom September 2009 ist zu entnehmen, dass bisher bundesweit lediglich 30 Versorgungsverträge zwischen Leistungsträgern und -erbringern zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abgeschlossen wurden, wobei sich nur ein Vertrag auf Kinder und Jugendliche bezieht (BMG 2009). Die vom Gesetzgeber vorgenommene Unterteilung in allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung entspricht zwar dem internationalen Diskurs über eine Differenzierung palliativer Leistungen in allgemeine und spezielle Angebote (Doyle et al. 2005), allerdings scheint die Umsetzung in den Versorgungsalltag noch nicht gelungen, was aus der geringen Anzahl abgeschlossener Versorgungsverträge geschlossen werden kann (GBA 2009).

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass die Palliativversorgung in Deutschland ihren Ursprung im professionellen Kontext hat und der Schwerpunkt hier auf der Verknüpfung medizinisch-pflegerischen Maßnahmen der Symptomkontrolle und der professionellen psycho-sozialen Betreuung liegt. Demgegenüber ist die Hospizbewegung als eine soziale bürgerschaftliche Bewegung entstanden, in deren Mittelpunkt die ehrenamtliche psycho-soziale Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen liegt. Erst seit einigen Jahren kommt es zu Annäherungen beider Bereiche, wobei dieser Prozess bei gleichzeitiger Institutionalisierung der Hospizbewegung auch kritisch gesehen wird. Befürchtet wird, dass es zu einer Medikalisierung

und Institutionalisierung des Sterbens kommt und damit die Inhalte der Hospizarbeit, nämlich diesen Tendenzen eine Alternative zu bieten verschwimmen (Gronemeyer 2004, Heimerl 2000).

Konzeptionelle Kernelemente von Palliative Care

Ungeachtet der länderspezifischen Schwerpunktsetzung bei der Rezeption und Implementierung von Hospiz- und Palliativversorgung, existiert international ein Konsens über die zentralen Kernelemente von Palliative Care, der maßgeblich auf die Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurückzuführen ist. Diese Kernelemente gelten sowohl für die Versorgung Erwachsener wie auch für Kinder und Jugendliche.

Bereits im Jahr 1990 publizierte die WHO ein Positionspapier „Cancer pain relief and palliative care“, was neben einer Definition von Palliative Care auch Richtlinien zu Schmerztherapie („WHO-Stufenschema“) und Prinzipien und Kerndimensionen palliativer Versorgung beschreibt. Implizit integrierte die WHO damit die konzeptionellen Bausteine der Hospizbewegung mit dem Palliative Care Konzept: „Palliative care has its origins in the hospice movement.“ (WHO 1990: 11). Mittlerweile hat die WHO die 1990 formulierte Definition von Palliative Care im Jahre 2002 durch eine neue ersetzt. Demnach ist Palliative Care „an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“ (WHO 2002). Die Implikationen der neueren Definition der WHO liegen in einer zeitlichen und inhaltlichen Perspektive: Palliative Care wird als ein Konzept verstanden, in dem sich kurative und palliative Versorgung komplementär ergänzen und dementsprechend palliative Aspekte nicht erst in einer späten oder sehr späten Phase des Krankheitsverlaufs einsetzen, sondern bereits in einem frühen Stadium, mit der Diagnosestellung einer lebensbedrohlichen Erkrankung, zum Einsatz kommen. Zudem wird mit der Umschreibung „life-threatening illness“ der Fokus bewusst auf lebensbedrohliche Krankheiten gelenkt und damit nicht – wie zunächst sowohl in Theorie und Praxis häufig geschehen – auf Krebserkrankungen beschränkt. Die neueren Beschreibungen der WHO greifen die Erfahrungen mit der Operationalisierung früherer Palliative Care Konzepte auf, die in der Rückbetrachtung als zu kurz greifend beurteilt wurden: „Traditionally palliative care has been offered most often to people suffering cancer, partly because the course of this illness has been more predictable making it easier to recognize and plan for the needs of patients and their families. One consequence of this has been the perception, that palliative care is relevant only to the

last few weeks of life- when no other treatments are beneficial- and can be delivered only by specialized services (...). In fact, people and their families experience many problems throughout the many years of an illness and need help at any time and not at an easily definable point just before death.” (Davies/Higginson 2004:14f). Der jüngeren Definition von Palliative Care ist eine überarbeitete Fassung der schon 1990 angeführten Charakteristika palliativer Versorgung nachgestellt. Diese betonen die Ablehnung aktiver Sterbehilfe, die umfassende Unterstützung der Patienten und ihrer Familien, die Integration von Trauerarbeit in das Versorgungskonzept sowie den frühzeitigen Beginn der Palliativversorgung (WHO 2002). Die zentralen Kernelemente von Palliative Care lassen sich demnach folgendermaßen beschreiben.

Symptomkontrolle

Nach Clemens und Ostgathe (2005) ist die Einstellung gegenüber der Linderung von Beschwerden ein entscheidendes Merkmal palliativer Versorgung, da hier die Befreiung oder die Linderung von Symptomen im Mittelpunkt der Therapie steht. Aufbauend auf dem „total pain concept“ von Saunders (1993), was auch als Kernkonzept von Palliative Care beschrieben wird, liegt der Symptombehandlung die Auffassung zugrunde, dass jedes Symptom eine physische, psychische, soziale und spirituelle Komponente aufweist und nur die Einbeziehung aller Aspekte in die Behandlung zu einer erfolgreichen Linderung der Beschwerden führt. Die Grundsätze der Symptomkontrolle umfassen die frühzeitige, differenzierte Erfassung und Dokumentation der Beschwerden, den Einsatz medikamentöser und nicht-medikamentöser Verfahren zur Linderung (multimodale Therapie), die regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit der Therapie sowie die Unterstützung der Betroffenen zur Selbstpflege und zum Selbstmanagement (Steffen-Bürgi 2007; Aulbert et al. 2000; Cherny 2005; Ingham/Portenoy 2005).

Lebensqualität

Primäre Aufgabe und Zielsetzung palliativer Versorgung liegt in dem Erhalt und oder der Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen, wobei diese als ein individuelles, subjektives und situatives Konstrukt verstanden wird. Im Unterschied zu kurativen Behandlungsstrategien, bei denen die kausale Bekämpfung der Ursachen und die Lebensverlängerung Ziele der Behandlung darstellen, werden bei einem palliativen Versorgungsziel die Beschwerden entlang der von dem Betroffenen gesetzten Prioritäten behandelt. Entgegen einer ausschließlich quantitativen Verlängerung der Lebenszeit steht das subjektive Erleben des Gesundheitszustands und damit das Wohlbefinden und die Möglichkeit aktiv am Leben teilzuhaben im

Mittelpunkt (Steffen-Bürgi 2007; Aulbert et al. 2000; Kaasa/Loge 2005). Anders formuliert vollzieht sich ein Paradigmenwechsel der Versorgungsphilosophie von „Cure“ zu „Care“ (Ewers et al. 2001; Pleschberger 2001).

Verständnis von Sterben und Tod

Die Ursprünge der Palliative Care Konzeptes liegen in der Hospizbewegung (s.o.) und entsprechend der dort vertretenen Perspektive werden auch im Palliative Care Konzept Sterben und Tod als integrale Bestandteile des Lebenszyklus verstanden. Eine Konsequenz dieser Auffassung besteht darin, dass der Tod weder beschleunigt noch verzögert wird, was impliziert, dass Palliative Care nicht als Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe (Euthanasie) zu verstehen ist (WHO 1990, 2002, Roy 2005).

Psycho-soziale und spirituelle Betreuung

Innerhalb des Palliative Care Konzeptes nimmt die Berücksichtigung psycho-sozialer und spiritueller Bedürfnisse einen breiten Raum ein (Aulbert/Zech 2000, Saunders/Sykes 1993). Dazu zählt die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, die auch die Akzeptanz unabänderlicher Krankheitsauswirkungen, Behinderungen und schließlich des Todes selbst umfasst. Der Betroffene soll in seiner Autonomie gestärkt und darin unterstützt werden, trotz vorhandener Defizite eigene Ziele zu verwirklichen, Entscheidungen eigenverantwortlich zu treffen, in und mit einer Gemeinschaft zu leben und sich selbst akzeptieren und vertreten zu können (Müller-Busch 2000). Als unabdingbare Voraussetzung einer solchen umfassenden Betreuung wird die offene und ehrliche Kommunikation mit den Betroffenen und ihrer Familie angesehen (Husebö 2003; Aulbert et al. 2000; Fallowfield 2005).

Multiprofessionelles Team

Ein zentrales Ziel des Palliative Care Konzeptes ist es, schwerkranken und Sterbenden ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu ermöglichen. Wesentliche Voraussetzung hierfür ist eine adäquate Schmerz- und Symptomkontrolle sowie die psycho-soziale und spirituelle Betreuung. Die Fülle dieser Zielsetzungen und die dazu notwendigen Unterstützungsangebote implizieren den Einsatz eines multiprofessionellen Teams zur Umsetzung der genannten Aspekte in die Versorgungsgestaltung (WHO 2002). Die Kooperation der Berufsgruppen ist also programmatisch festgeschrieben. Als Voraussetzung effektiver Teamarbeit werden neben der Klarheit und Übereinstimmung der zu erreichenden Ziele und der deutlichen Definition und Anerkennung der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche der beteiligten Disziplinen auch die Kompetenz der Beteiligten sowie die Struk-

turbildung des Teams, die auch die Evaluation des Teamgeschehens beinhaltet, angesehen (Lickiss et al. 2005).

Rolle der Familie

Im Unterschied zu der klassischen Arzt-Patienten-Dyade betont die WHO in ihren Ausführungen, dass „The ‘unit of care’ is thus the family rather than the patient alone.“ (WHO 1990: 12). Entsprechend dieser Auffassung soll die Familie eine aktive Rolle bei der Versorgung einnehmen und auch in Entscheidungsprozesse integriert werden. Gleichzeitig wird anerkannt, dass die Angehörigen selbst aufgrund ihres Engagements Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung sowie im Trauerprozess erhalten sollen (WHO 2002, Aulbert et al. 2000, Husebö 2003).

2.2 Pädiatrische Palliative Care als differenziertes Versorgungskonzept für die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen

Trotz der nationalen und internationalen Unterschiede bei der Rezeption und Implementation von Hospiz- und Palliativversorgung fallen zwei Gemeinsamkeiten auf: Bezogen auf das Krankheitsspektrum standen zunächst Krebserkrankungen im Mittelpunkt und bei den Versorgungsempfängern lag der Fokus auf Erwachsenen. Die Ausweitung des Konzeptes auf andere Zielgruppen erfolgte zeitversetzt und auch hier lag der Ausgangspunkt zunächst in der britischen Hospizbewegung. Dort wurde 1982 auf Initiative von Sister Frances Dominic das weltweit erste Kinderhospiz (Helen House) in Oxford gegründet. Das „Helen House“ gilt seitdem ähnlich dem „St. Christopher’s Hospice“ als Impulsgeber für den Aufbau und die Weiterentwicklung pädiatrischer Palliativversorgung in Großbritannien, aber auch in anderen Ländern (Australien, USA, Kanada) galten die konzeptionellen Grundlagen als wegweisend für die Implementierung entsprechender Angebote (Davies et al. 1999).

Das Konzept britischer Kinderhospize ist durch zwei Grundsätze geprägt. Zum einen gilt das „Primat der häuslichen Versorgung“ (Wingenfeld/Mikula 2002: 15). Entsprechend der besonderen Bedeutung der Bedürfnisse von Sicherheit und Geborgenheit für Kinder wird nach Möglichkeit die häusliche Versorgung angestrebt, um so die Trennung zwischen Kind und Familie zu vermeiden (Doyle et al. 1998: 1079). Das Hospiz wird als Ergänzung zu dem eigentlichen Zentrum der Versorgung – der häuslichen Umgebung der Kinder - verstanden. Zahlreiche Angebote, wie z. B. Haushaltshilfen, Nachtwachen oder die stundenweise Betreu-

ung des kranken Kindes in einem Tageshospiz stehen zur Verfügung. Zweitens sind die Leistungen eines Kinderhospizes stärker als bei Erwachsenen an den Bedürfnissen der gesamten Familie ausgerichtet. Hintergrund dieses Grundsatzes ist der Umstand, dass die Versorgung der Kinder nicht ohne Einbeziehung der Familie gestaltet werden: „Die Stabilität des Familiensystems ist, wie immer es im Einzelnen ausgestaltet sein mag, die Basis für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Betreuung“ (Wingefeld/Mikula 2002: 15). Im Mittelpunkt stehen hier neben den Eltern vor allem auch die Geschwister der erkrankten Kinder. Kinderhospize zeichnen sich zudem durch ein spezifisch auf die Bedürfnislagen der Familien ausgerichtetes Unterstützungskonzept, der sogenannten „respite care“ aus. Dieses Versorgungskonzept umfasst die wiederholte Aufnahme der Kindern und ihrer Familien während des gegebenenfalls jahrelangen Krankheitsverlaufs in das Hospiz. Den Eltern soll so die Möglichkeit der Entlastung von den täglichen Anforderungen gegeben und Regeneration ermöglicht werden. Der programmatische Ansatz der Kinderhospize lautet „home from home“.

Charakteristisch für die britische Entwicklung ist der Schwerpunkt palliativer Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch mittlerweile 41 stationäre Hospize, die 311 Betten vorhalten (www.helpthehospices.org.uk/about-hospice-care/facts-figures/). Es existieren keine Kinderpalliativstationen, obschon dies in einer Empfehlung des Unterhauses aus dem Jahre 2002 angeraten wurde (Jaspers/Schindler 2004: 400). Wegweisend für die Angliederung von Konsiliardiensten innerhalb von Strukturen der Regelversorgung war die Etablierung eines „Symptom-Care-Teams“ an die onkologische Station der Kinderklinik Great Ormond Street in London. Das Konzept sieht die frühe (mit der Diagnosestellung erfolgende) Einbindung eines multidisziplinären Teams zur Begleitung der betroffenen Kinder und Jugendlichen in den Bereichen der Symptomkontrolle und psycho-sozialen Unterstützung vor. Diese Unterstützung wird auch im Falle des Scheiterns der kurativen Therapie weitergeführt, und zwar unabhängig vom Versorgungsort, und sieht dann eine intensive häusliche Unterstützung der Familien vor. Mittlerweile existieren zahlreiche ambulante Hospizgruppen, die häufig in Anbindung an stationäre Hospize stehen. Im Unterschied zu den Hospizen für Erwachsene ist in Kinderhospizen aufgrund ihres unterschiedlichen Auftrags (s.o.) in der Regel kein Arzt angestellt (Jaspers/Schindler 2004).

Internationalen Einfluss hat die unter anderem von Sister Francis Dominic 1993 in Bristol gegründete „Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families“ (ACT) gewonnen. Sie gilt mittlerweile international als führende Stimme für Kinder und Jugendliche mit lebenslimitierenden Krankheiten. Die 1997 verabschiedete „ACT- Char-

ta for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families“, gilt weltweit als Maßstab für hospizliche und palliative Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Jaspers/Schildler 2004, Friedrichsdorf 2008). Betont werden dabei neben der Rolle der Familie und deren Einbeziehung in die Versorgung, vor allem auch die Bedeutung einer offenen, dem Entwicklungsstand des Kindes angemessenen Kommunikation. Zudem wird die zentrale Rolle eines palliativen Versorgungsangebots hervorgehoben, was sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich eine Rund-um-die-Uhr Betreuung anbieten so(www.act.org.uk/page.asp?section=56§ionTitle=ACT%27s+charters+for+children+and+families).

Entwicklung in Deutschland

Hospizbewegung

Analog der Entwicklung in Großbritannien erfolgte die Erweiterung der Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche in Deutschland zeitversetzt und auch hier gingen die Impulse zunächst von der Hospizbewegung aus. Kennzeichnend ist darüber hinaus ebenso wie bei der Versorgung Erwachsener die Positionierung außerhalb der Strukturen der Regelversorgung sowie der Umstand, dass die Gründung zahlreicher Initiativen auf das Engagement betroffener Eltern zurückgeht. So basiert z.B. die Gründung der Deutschen Kinderkrebsstiftung im Jahre 1973 auf der Initiative einer Elterngruppe. Darüber hinaus existieren im Bundesgebiet zahlreiche Elterninitiativen, die unterschiedliche Schwerpunkte haben, aber sich insgesamt am übergeordneten Ziel, der Verbesserung der Situation krebskranker Kinder und Jugendlicher orientieren. Nicht selten entstanden solche Gruppen an Kinderkrankenhäusern, die krebskranke Kinder behandeln, was auf die zentrale Stellung der Akutversorgung hinweist.

Institutionalisiert wurde die Hospizbewegung für Kinder und Jugendliche 1990 mit der Gründung des Deutschen Kinderhospiz- Vereins durch sechs Familien, deren Kinder an einer unheilbaren lebensverkürzenden Krankheiten erkrankt waren. Die Gründung des Vereins markiert insofern einen Meilenstein, als erstmalig in Deutschland ein Forum entstand, in dem sich Betroffene in ähnlicher Lebenslage gegenseitig austauschen und stärken konnten. Im Lauf der folgenden Jahre erweiterte der Kinderhospizverein seine Aufgaben, so dass neben der Begleitung betroffener Familien mit der Gründung der Kinderhospizakademie im Jahre 2005 auch ein Forum für die Aus- und Weiterbildung sowohl ehrenamtlicher wie auch professioneller Mitarbeiter entstand. Weitere Aufgaben bestehen in der Vernetzung ambulanter und stationärer Hospizarbeit sowie im Ausbau der ambulanten Hospizarbeit in Deutschland

(www.kinderhospizverein.de). Mit diesem breit angelegten Aufgabenspektrum knüpft der Kinderhospizverein an die Tradition britischer Hospize an, die neben der Begleitung Betroffener auch Initiativen auf der Mesoebene in ihre Arbeit einbeziehen. Zur Interessensvertretung und Durchsetzung eigener Interessen auf der Meso- und Makroebene wurde 2006 ergänzend die „Deutsche Kinderhospizstiftung“ gegründet, zu deren Ziele neben der Förderung der Kinderhospizarbeit die Entwicklung und Sicherung gemeinsamer Qualitätsstandards, die Durchsetzung der öffentlichen Förderungen und gesetzlichen Finanzierungen, die Bündelung und Koordinierung der Bildungsangebote der Kinderhospizarbeit auch die Zusammenarbeit mit politischen Entscheidungsträgern und Behörden auf allen politischen Ebenen zählen (www.deutsche-kinderhospizstiftung.de). Der Kinderhospizverein skizziert folgende Kernelemente der Kinderhospizarbeit: Die Begleitung der ganzen Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) vom Zeitpunkt der Diagnose über den Tod hinaus; umfassende Unterstützung der Familie, um die Lebensqualität zu verbessern; umfassende Unterstützung und Hilfestellung, die es den Eltern ermöglichen soll, ihr krankes Kind zu versorgen; Akzeptanz der Eltern als Fachleute für ihr Kind; Einbeziehung der Trauerarbeit in die Betreuung (www.deutscher-kinderhospizverein.de).

Mittlerweile befinden sich 16 ambulante Kinderhospizdienste unter der Trägerschaft des Kinderhospizvereins. Parallel zu der vom Verein entwickelten Dynamik bauten auch andere Träger ambulante Kinderhospizdienste auf. Als Beispiel sei die „Björn Schulz Stiftung“ angeführt, die bundesweit patientenbezogene Institutionen, wie z.B. Beratungseinrichtungen, Gesprächskreise und Selbsthilfeeinrichtungen, Nachsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Spezialkliniken, Tageskliniken und Ambulanzen anbietet und unterhält (www.bjoern-schulz-stiftung.de). Darüber hinaus existieren aber auch weiterhin unabhängige lokale Kinderhospizdienste, so dass die Zahl der Kinderhospizdienste im Bundesgebiet mit 121 angegeben wird (Sabatowski et al. 2008). Bemerkenswert sind dabei regionale Unterschiede: Im Saarland und in Thüringen existieren keine, in Brandenburg lediglich ein Kinderhospizdienst, wohingegen z. B. Nordrhein- Westfalen mit 37 und Bayern mit 28 Diensten Vorreiter sind. Insgesamt kann also, im Unterschied zu der Situation von Angeboten für Erwachsene, nicht von einer flächendeckenden Verbreitung ambulanter Kinderhospizdienste gesprochen werden.

Eine wesentliche Aufgabe sah der Kinderhospizverein in der Gründung eines stationären Hospizes, was 1998 umgesetzt werden konnte. Das erste deutsche Kinderhospiz „Balthasar“ wurde nach dem Vorbild des „Helen House“ in Olpe gebaut, welchem 2002 ein zweites in Berlin („Sonnenhof“) folgte. Inzwischen ist die Zahl der stationären Kinderhospize auf insge-

samt acht angestiegen. Ebenso wie für den Bereich der ambulanten Hospizdienste bestehen deutliche regionale Unterschiede: Während z.B. in NRW zwei Kinderhospize existieren, weisen andere Bundesländer (z.B. Rheinland-Pfalz, Saarland) keine auf. Konzeptionell orientieren sich alle Hospize an dem Hospiz Balthasar und damit respektive an dem britischen Vorbild. Als Mindestanforderungen an ein Kinderhospiz bzw. Kinderpalliativzentrum gelten folgende Punkte, anhand derer die Differenzen und Übereinstimmungen zu Hospizen für Erwachsene deutlich werden:

- Schwerpunkt auf häusliche- medizinische- pflegerische und psycho- soziale Betreuung
- Angebot eines Kurzpflegeaufenthalts („respice care“)
- differenzierte altersentsprechende Angebote (Babys, Kleinkinder, Schulkinder, Jugendliche)
- Möglichkeit eines kurzen stationären Aufenthalts zu „palliativen Einstellung“ bei spezifischen Problemen
- Einbeziehung der pädiatrischen Subspezialitäten in die medizinische Versorgung
- Sterbemöglichkeit und Möglichkeit der Aufbahrung innerhalb der Einrichtung
- umfassende Geschwisterbetreuung
- Trauerbegleitung für Eltern und Geschwister über den Tod des Kindes hinaus
- spirituelle Betreuung nach den Wünschen der Familie
- professionelle Supervision der ehrenamtlichen und professionellen Helfer (Zernikow et al. 2003: 419f).

Kinderhospize sind analog der Hospize für Erwachsene eigenständige Einrichtungen und entsprechend gelten die gleichen gesetzlichen Vorgaben. Im Unterschied zu stationären Hospizen Erwachsene müssen Kinderhospize seit 2009 anstatt zuvor 10 % jetzt nur noch 5 % ihrer Gesamtkosten aus Spenden finanzieren (www.bmg.bund.de).

Pädiatrische Palliativversorgung

Die pädiatrische Palliativversorgung hat eine junge Geschichte. Ebenso wie die Versorgung schwerkranker sterbender Erwachsener zeichnet sich die pädiatrische Palliativversorgung durch eine professionsorientierte medizindominierte Schwerpunktsetzung aus. Als Ausgangspunkt kann das Projekt „PATE: Palliativmedizin- und therapie sowie ihre Evaluation in der pädiatrischen Hämatologie/Onkologie“ gelten, da hier erstmals für Deutschland die pädiatrische Palliativversorgung in den Blick genommen wurde. Neben der Analyse der Strukturen und Inhalten der pädiatrischen Palliativversorgung sollten darüber hinaus auch Handlungs-

empfehlungen für die klinische Versorgung sowie für Organisation und Finanzierung der palliativen Versorgung erarbeitet werden (www.kinderklinik-datteln.de/pate1.htm). Im Rahmen des Projektes wurden erstmals die Strukturen palliativer pädiatrischer Versorgung in Deutschland ermittelt. Bislang gab es keine Folgeuntersuchung, so dass genaue Angaben zur aktuellen Angebotsstruktur fehlen. Zum damaligen Zeitpunkt ergab die Befragung von 71 der 73 Kinderkrebsstationen, dass 60 % aller an Krebs verstorbenen Kinder im Krankenhaus starben und weniger als 40 % zu Hause. Lediglich neun (12%) der onkologischen Kliniken verfügten über ein spezielles Palliative Care Team, in unterschiedlicher Zusammensetzung aus Ärzten, Pflegekräften und psychosozialen Mitarbeitern bestand, deren Aufgaben in der Beratung der Eltern und der psycho-sozialen Unterstützung bestand. Zumeist (80%) wurden diese Leistungen freiwillig, ohne entsprechende Vergütung und außerhalb der Arbeitszeit erbracht. Lediglich ein Drittel der Stationen verfügte über eine umfassende ambulante palliative Versorgung und nur 14 % hielt ein ambulantes Palliativteam vor (Friedrichsdorf et al. 2002, 2005). Friedrichsdorf et al. (2005: 161) fassen die Situation folgendermaßen zusammen: „Most of the German children`s cancer units appeared to have no systematic plan of palliative care.“ Anders formuliert konstatieren Friedrichsdorf und Zernikow (2002) eine fehlende umfassende häusliche, medizinisch-pflegerische, palliative Rund-um-die-Uhr-Versorgung sowie eine insuffiziente kontinuierliche Zusammenarbeit mit Experten der pädiatrischen Subspezialitäten (Kinderonkologen, Kinderkardiologen, Kinderschmerztherapeuten).

Zur Verbesserung dieser Situation wurde 2002 an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik ein „Stiftungsinstitut für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin“ gegründet. Es handelte sich um das erste Angebot dieser Art in Deutschland, da dieses im Unterschied zu den bis dato existierenden Schmerzambulanzen kideronkologischer Zentren neben der Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch die Bereiche Forschung, Fort- und Weiterbildung und Öffentlichkeitsarbeit umfasst. In diesem Zusammenhang entstand im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen das erste „Curriculum für Pädiatrische Palliativmedizin“, was seit 2004 als richtungsweisend für die Aus- und Weiterbildung in diesem Bereich gilt. Auffällig ist die Reduktion von Palliative Care auf Palliativmedizin, wie sie auch im Bereich Erwachsener zu finden ist. Ein langfristiges Ziel ist die Etablierung eines „Kompetenzzentrum für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativversorgung“. Einen Meilenstein auf diesem Weg stellt die Einrichtung des „Stiftungslehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin“ durch die Vodafone-Stiftung dar, der an der Universität Witten Herdecke angesiedelt ist. Darüber hinaus wird im Jahr 2010 die erste deutsche Kinderpalliativstation „Lichtblicke“ an

der Vestischen Kinder und Jugendklinik Datteln eröffnet. Das Konzept sieht die medizinische und psycho-soziale Betreuung von Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Familien vor.

Auch das Projekt „Hospiz ohne Mauern – HOME“ des Dr. von Haunerschen Kinderspitals München und des interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin des Klinikums München geht auf die Initiative von Health Professionals zurück. Ziele des Projektes sind ähnlich wie in Datteln neben der palliativmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen die Öffentlichkeitsarbeit, das Angebot von Fort- und Weiterbildungen und eigene Forschung zu palliativmedizinischen Fragestellungen. Im Zusammenhang mit HOME wurde im Jahr 2004 aufgrund einer Anschubfinanzierung der „Bayerischen Stiftung Hospiz“ eine „Koordinationsstelle Kinderpalliativmedizin – KKIP“ geschaffen. Neben der Betreuung von betroffenen Familien bestehen die Ziele der Koordinationsstelle „in dem Aufbau einer Beratungs- und Vernetzungsstruktur für pädiatrische Palliativmedizin in Bayern sowie der Konzeption fachspezifischer und berufsübergreifender Fortbildungen“ (Führer et al. 2005 : 13). Dies wird durch konsiliarische Tätigkeiten sowie durch Inhouse-Schulungen gewährleistet (Führer et al. 2005). Ebenfalls am Klinikum München wurde 2009 die zweite deutsche Stiftungsprofessur für Kinderpalliativmedizin durch die „Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung“ eingerichtet.

Unter sogenannten „Klinikgestützten, multiprofessionellen Brückenteams“ werden Einrichtungen verstanden, die einer (in der Regel) onkologischen Abteilung angeschlossen sind und sowohl innerhalb wie auch außerhalb des Krankenhauses agieren. Dazu gehören der Konsiliardienst, die Planung und Koordination der Überleitung aus dem Krankenhaus, sowie die Sicherstellung einer 24-Stunden Rufbereitschaft bei ambulanter Versorgung. Zernikow und Nauck (2008) geben für das Bundesgebiet acht solcher Dienste an, die ebenfalls in der Regel über Spenden oder integrierte Versorgungsverträge finanziert werden.

Konzeptionelle Kernelemente pädiatrischer Palliativversorgung

Grundsätzlich lässt sich konstatieren, dass die Prinzipien und Kernelemente pädiatrischer Palliative Care denen der Erwachsenen entsprechen. Die Spezifika ergeben sich zum einem aus den Krankheitsbildern, die eine palliative Versorgung erforderlich machen, und entwicklungsbedingten Aspekten im Kindes- und Jugendalter. Die zunehmende Wahrnehmung der Situation schwerkranker und sterbender Kinder und Jugendlicher führte zu einer Auseinandersetzung der WHO mit diesem Themenkomplex. Der 1998 veröffentlichte Report „Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children“ (WHO 1998) hat die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen im Fokus und bietet vor diesem Hintergrund eine spezifische Defi-

nition pädiatrischer Palliative Care: „Palliative care for children represents a special, albeit closely related field to adult palliative care. WHO’s definition of palliative care appropriate for children and their families is as follows; the principles apply to other pediatric chronic disorders (WHO 1998a): Palliative care for children is the active total care of the child's body, mind and spirit, and also involves giving support to the family. It begins when illness is diagnosed, and continues regardless of whether or not a child receives treatment directed at the disease. Health providers must evaluate and alleviate a child's physical, psychological, and social distress. Effective palliative care requires a broad multidisciplinary approach that includes the family and makes use of available community resources; it can be successfully implemented even if resources are limited. It can be provided in tertiary care facilities, in community health centres and even in children's homes.” (WHO 1998 a).

Anhand dieser Definition lassen sich Übereinstimmungen zwischen den Grundzügen palliativer Versorgung für Kinder und Jugendliche einerseits und Erwachsene andererseits ausmachen: Die Einbeziehung somatischer, psycho-sozialer und spiritueller Aspekte in die Versorgung, die Unterstützung der Familie und das Erfordernis eines multidisziplinären Teams zur Umsetzung einer aktiven, umfassenden Betreuung. Lenton et al. (2005) beschreiben pädiatrische Palliative Care als Schnittmenge zwischen Pädiatrie und „adult palliative care“. Sie führen weiter aus, dass die bestehenden Grenzen nicht undurchlässig sein sollten, damit die Expertise beider Bereiche in der pädiatrischen Palliativversorgung zusammengeführt werden kann.

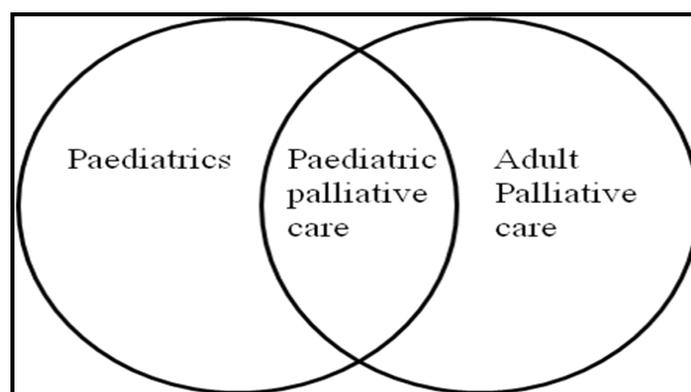


Abbildung 1: Pädiatrische Palliativversorgung als Schnittmenge (Lenton 2005)

Ungeachtet der Übereinstimmungen lassen sich aber einige Besonderheiten pädiatrischer Palliativversorgung ausmachen. An erster Stelle ist hier die Erweiterung der zugrunde liegenden Krankheiten zu nennen. Wenn auch der Titel des Reports zunächst vermuten lässt, dass sich die pädiatrische Palliativversorgung auf onkologische Krankheiten bezieht, wird mit der For-

mulierung „pediatric chronic disorders“ die Perspektive auf lebenslimitierende und lebensbedrohliche Krankheiten erweitert. Letztere umfassen Krankheiten, bei denen ein frühzeitiger Tod wahrscheinlich ist, aber auch ein Überleben bis in Erwachsenenalter möglich ist. Lebenslimitierende Krankheiten sind definiert als Krankheiten, für die es keine realistische Aussicht auf Heilung gibt und an denen die Kinder oder Jugendlichen mutmaßlich vor dem Erreichen des Erwachsenenalters sterben werden (Craig et al. 2008; Zernikow 2003). International werden chronische Krankheiten im Kindes- und Jugendalter anhand einer von der ACT vorgenommenen Einteilung in vier Gruppen gegliedert (Craig et al. 2008, Führer/Zernikow 2005; Lenton et al. 2005):

- Gruppe 1: Lebensbedrohliche Krankheiten, für die kurative Therapien existieren aber ein Therapieversagen möglich ist (z. B. Krebs, irreversible Organversagen)
- Gruppe 2: Krankheiten, bei denen ein frühzeitiger Tod unvermeidlich ist, die therapeutischen Interventionen haben die Lebensverlängerung und die Teilnahme am täglichen Leben zum Ziel (z. B. Muskeldystrophie, zystische Fibrose)
- Gruppe 3: Progrediente Krankheiten ohne die Möglichkeit einer kurativen Therapie (z. B. Mukopolysaccharidosen)
- Gruppe 4: Irreversible, jedoch nicht progrediente Krankheiten, die zu vielen gesundheitlichen Komplikationen und unvorhersehbaren Verschlechterungen führen (z. B. schwere Zerebralparese, Hirn- und Rückenmarkverletzungen)

Diese Kategorisierung bildet die Grundlage für Überlegungen bezüglich des Bedarfs an palliativer Versorgung für Kinder und Jugendliche, die ableitend aus dem heterogenen Spektrum parallel zu kurativen Therapien, überwiegend oder ausschließlich palliativ sein kann (Zernikow 2008, Lenton 2005). Eine sich aus dieser Einteilung ableitende Konsequenz liegt darüber hinaus in der Tatsache, dass in der pädiatrischen Palliativversorgung onkologische Krankheiten eine untergeordnete Rolle einnehmen. Dagegen nehmen (sehr) seltene Krankheiten, die nur im Kindesalter vorkommen und sich im Falle von neurogenerativen Krankheiten sogar einer exakten Diagnose entziehen, eine größere Bedeutung ein (Zernikow/Michel 2008: 12).

Vor dem Hintergrund der Kategorisierung lebensbedrohlicher Krankheiten leitet sich ein weiteres Spezifikum ab: Die Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche beginnt mit der Diagnosestellung einer lebensverkürzenden oder lebensbedrohlichen Krankheit, für die – bis auf onkologische Krankheiten – keine Chance einer Kuration besteht (WHO 2002; Lenton et al.

2005; Führer/Zernikow 2005). Gleichzeitig ist die Betonung der frühen Integration palliativer Aspekte in die Versorgung sicherlich auch ein Ergebnis der Erfahrungen im Bereich der „adult palliative care“, wo Inhalte palliativer Versorgung oftmals erst zu einer späten bis sehr späten Phase des Krankheitsverlaufs umgesetzt werden (s.o.). Aufgrund des spezifischen Krankheitsspektrums ergibt sich der Umstand, dass die palliative Versorgung oft über Monate, wenn nicht sogar Jahre andauern kann (Zernikow/Nauck 2005).

Ein zentrales Merkmal pädiatrischer Palliativversorgung leitet sich aus dem Charakteristikum des Kindesalters ab: Kinder und Jugendliche befinden sich im Wachstum und in der Entwicklung, woraus sich besondere Anforderungen an die Versorgung ableiten. Die entwicklungsbedingten Faktoren beeinflussen die Physiologie und Pharmakogenetik ebenso wie das Verständnis von Krankheit, Sterben und Tod, was die Anpassung der Kommunikation an den Entwicklungsstand und die Verständnissfähigkeit zur Folge haben muss (Davies/Sumner 2005; Down/Simons 2006; Führer/Zernikow 2005; Stevens 2005). Gleichzeitig stellt die Integration der betroffenen Kinder und Jugendlichen in Entscheidungsprozesse eine besondere Herausforderung dar. Obschon Patientenverfügungen traditionell als Instrument der Entscheidungsfindung bei einwilligungsunfähigen Erwachsenen genutzt werden, werden sogenannte „adoleszente Patientenverfügungen“ im Bereich der pädiatrischen Palliativversorgung erst diskutiert und im Rahmen von Projekten auch umgesetzt (Jox et al. 2007). Aufgrund der spezifischen Situation von Kindern und Jugendlichen, für die das häusliche und familiäre Umfeld die wichtigsten emotionalen, sozialen und kognitive Bezugspunkte darstellt, wird die Familie und ihr häusliches Umfeld als Zentrum der Versorgung angesehen (Lenton et al. 2005, Brown Hellsten/Kane 2006). In diesem Zusammenhang nimmt die Betreuung der Geschwister der betroffenen Kinder und Jugendlichen eine besondere Stellung ein, da diese oftmals ebenso emotional erschüttert sind und gegebenenfalls ihre eigene Entwicklung dadurch beeinträchtigt wird (Stevens 2005).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ebenso wie im Bereich der Versorgung von Erwachsenen eine Trennung zwischen bürgerschaftlich-sozialer Hospizbewegung und professionorientierte pädiatrischer Palliativversorgung besteht. Allerdings sind die Trennlinien nicht so markant, was unter anderem aufgrund der verspäteten Entwicklung beider Stränge zurückzuführen ist. Insgesamt wird deutlich, dass die pädiatrische Palliativmedizin als junges Segment der Versorgung noch kaum strukturell verankert ist und ein genaues Bild aufgrund des Mangels an entsprechenden Untersuchungen schwierig ist. Zudem ist nicht von einer vollständigen Integration in das Gesundheitswesen zu sprechen: Viele Versorgungsangebote ha-

ben Modellcharakter. Mehr noch existieren keine einheitlichen Qualitätsmerkmale, was einen Vergleich bestehender Angebote erschwert. Resümierend lässt sich festhalten, dass die pädiatrische Palliativversorgung trotz der bürgerschaftlichen und professionellen Bemühungen nach wie vor als defizitär anzusehen ist. Dies hat zur Konsequenz, dass die Mehrheit krebskranker Kinder und Jugendlicher im akutstationären Bereich versterben. Dieser Umstand ist unter anderem auch darauf zurückzuführen, dass die Kinderhospize mehrheitlich Kinder mit anderen lebensbedrohlichen oder lebenslimitierenden Krankheiten aufnehmen. Zudem führt die Zentralisierung der Behandlung, das Fehlen pädiatrischer Palliativstationen und der Mangel an ambulanter Palliativversorgung dazu, dass onkologische Stationen eine prominente Stellung für die Versorgung sterbender Kinder und Jugendlicher einnehmen. Vor diesem Hintergrund erklärt sich der Fokus der vorliegenden Untersuchung auf eine Einrichtung der Akutversorgung. Dabei dienen die Ausführungen zur Palliativversorgung einerseits dazu, die Versorgungssituation sterbender Kinder und Jugendlicher zu verdeutlichen. Andererseits ermöglicht das Verständnis der inhaltlichen Aspekte pädiatrischer Palliativversorgung eine Analyse der von den Health Professionals vorgenommenen Ausrichtung der Verlaufskurven krebskranker Kinder und Jugendlicher.

3. Das Trajektkonzept als theoretischer Bezugsrahmen für soziale und berufliche Konstruktionsprozesse

3.1 Das Trajektkonzept

Wissenschaftstheoretische Verortung

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit besteht darin, die Kommunikations- und Interaktionsprozesse von Health Professionals im akutstationären Bereich über krebskranke sterbende Kinder und Jugendliche aufzuzeigen. Dabei werden Sterben und Tod nicht in erster Linie als biologische, sondern soziale Prozesse verstanden. Biologische Aspekte stellen lediglich einen Teilaspekt der Konstruktion von Sterben und Tod dar. So verstanden handelt es sich um Phänomene, die gesellschaftlich, institutionell und beruflich hergestellt werden (Glaser/Strauss 1965, 1968; Sudnow 1973, Salis-Gross 2001, Streckeisen 2001). Dieser interaktionistischen Sichtweise liegt die Annahme zugrunde, dass „menschliche Wirklichkeit interpretierte Wirklichkeit ist und dass Wirklichkeit in Interaktionsprozessen konstruiert wird“ (Hildenbrand 1998: 17). Anders formuliert ist soziale Wirklichkeit kein per se vorhandenes, unveränderbares Faktum, sondern sie „lässt sich als Ergebnis gemeinsam in sozialer Interaktion hergestellter Bedeutungen und Zusammenhänge verstehen.“ (Flick et al. 2003: 20).

Der Frage, wie diese Interpretations- und Interaktionsprozesse verlaufen, hat sich der Symbolische Interaktionismus zum Gegenstand gemacht. Mit Denzin (2003: 137, Herv. i. O.) lassen sich die Grundprinzipien des Symbolischen Interaktionismus folgendermaßen zusammenfassen: „der Begriff *symbolisch* bezieht sich auf die sprachlichen Grundlagen des menschlichen Zusammenlebens; *Interaktion* hebt darauf ab, dass Menschen nicht auf ihr Gegenüber hin, sondern in wechselseitiger Beziehung zueinander gemeinsam handeln.“ Menschen handeln gegenüber „Dingen“ aufgrund der Bedeutung, die diese Dinge für sie haben. Die Bedeutung wiederum entsteht aufgrund sozialer Interaktion mit anderen. Diese Bedeutungen sind nicht unumstößlich, sondern sie können prozesshaft durch Interaktion verändert werden. (Denzin 2003: 138f). Ein so verstandener Handlungsbegriff impliziert, dass die sozialen Sinnstrukturen einer Gesellschaft nicht determiniert sind, sondern „Produkte menschlichen Handelns und kontinuierlichem Wandel unterworfen“ (Hildenbrand 2003: 16) sind. Eine weitere Implikation des Handlungsbegriffes liegt in der Annahme begründet, dass Menschen in Erfahrungswelten leben, deren Bedeutung das Ergebnis von Interaktionen ist (Denzin 2003: 139). Soziale Wirklichkeit und soziale Ordnung wird demnach kontinuierlich interaktiv hergestellt.

Zur Frage, wie die im Mittelpunkt dieser Arbeit stehenden Phänomene Krankheit, Sterben und Tod sozial konstruiert werden, bieten sich die verschiedenen Arbeiten und Konzepte des amerikanischen Soziologen Anselm Strauss an. Dieser hat in einem Jahrzehnte dauernden Forschungsprozess – teils allein, teils in Zusammenarbeit mit anderen Soziologen oder Pflegewissenschaftlern - zu Fragen der Arbeits-, Organisations- und Medizinsoziologie, ebenso wie zu methodologischen Fragen gearbeitet. Letztere führte in Kooperation mit Barney G. Glaser zur Entwicklung der „Grounded Theory“ (Glaser/Strauss 1998), die innerhalb der Gesundheits- und Pflegewissenschaften auf große Resonanz stieß und zu einer häufig angewandten Methode zählt.

Strauss` Hauptinteresse bestand allgemein formuliert in der Frage, wie Menschen ihr soziales Leben organisieren, bzw. wie sich sozialer Wandel vollzieht. Der wissenschaftlichen Tradition des Pragmatismus, des Symbolischen Interaktionismus und der Tradition der „Chicago Sociology“ (Strauss 1993, Corbin 1991, Soeffner 1991, Legewie 2004) folgend verstand er Strukturen und gesellschaftliche Ordnungen nicht als statisch und unveränderlich, sondern ganz im Gegenteil als dynamisch und als Ergebnis eines fortwährenden Interaktionsprozesses: „He writes in order to show how secure knowledge, opinions, definitions, feelings are produced, maintained, or changed in social interactions“ (Soeffner 1991: 360). Entlang dieser zentralen Aspekte der Handlung und der Interaktion untersuchte Strauss, wie soziale Ordnung hergestellt wird, oder anders formuliert, wie innerhalb sozialer Welten das menschliche Zusammenleben organisiert ist. Wenn aber Strukturen sozialer Ordnung nicht statisch sind, weisen dementsprechend auch Bedeutungen, Gewissheiten und Handlungsweisen („secure knowledge, opinions, definitions, feelings“) einen dynamischen Charakter auf und können nicht als unumstößliche Tatsachen angesehen werden. Konsequenterweise gilt das Erkenntnisinteresse Strauss` den interaktiven Handlungen, aufgrund derer soziale Strukturen und damit auch Bedeutungen und Gewissheiten hergestellt werden: „action - ...- *acting* or even better *interacting* – causes social structure“ (Maines 1993: XIV).

Vor dem Hintergrund dieser Skizzierung der theoretischen Grundzüge wird deutlich, dass auch Krankheit, Sterben und Tod nicht als „Tatsachen an sich“, als „feste/objektive Größen“, verstanden werden können, sondern als Phänomene, die aufgrund von Handlungen und Interaktionen verschiedener Beteiligter sozial hergestellt werden. Diese Konstruktionsprozesse stehen im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses der vorliegenden Arbeit, wodurch sich die Rekurrierung des Strausssche Trajektkonzept erklärt. Dieses wurde zunächst im Zusammenhang mit einer Studie über die medizinische und pflegerische Versorgung sterbender Men-

schen erstmalig entfaltet wurde (Glaser/Strauss 1968). Es wurde im Verlauf weiterer Untersuchungen (Glaser/Strauss 1975, 1984, Strauss et al. 1997, Corbin/Strauss 1988, 2004) kontinuierlich weiter entfaltet, um schließlich in der interaktionistischen Handlungstheorie von Strauss (1993) als allgemeines Konzept zum Verständnis sozialer Prozesse formuliert zu werden.

Der Kern der interaktionistischen Handlungstheorie von Anselm Strauss besteht in der Annahme, dass soziale Ordnung „*is created, and is maintained or changed in desired directions through action.*“ (Strauss 1993: 257, Herv. i. O.). Der Handlungsbegriff impliziert dabei zum einen das Handeln („*acting*“) selbst, zum anderen aber auch die damit verbundenen interaktiven Prozesse. Zur Konzeptualisierung der zentralen Aspekte der Handlung und Interaktion hat Strauss aufbauend auf verschiedenen empirischen Arbeiten das Trajektkonzept entwickelt. Dieses bietet einen theoretischen Rahmen für das Verständnis unterschiedlicher sozialer Phänomene. Dabei erklärt sich die Bedeutung der Phänomene nicht von selbst, sondern durch die Handlungen und Interaktionen der Akteure, die innerhalb einer sozialen Welt agieren. Die im Zentrum stehenden sozialen Phänomene sind durch einen bestimmten zeitlichen Verlauf, das Auftreten von unerwarteten Ereignissen, dem Wechselspiel mit äußeren Einflüssen und der Interaktion der beteiligten Akteure gekennzeichnet (Strauss 1993, 2004, Corbin/Strauss 2004, Clarke 1991, Corbin 1991, Soeffner 1991, Schütze/Riemann 1991). Anders formuliert umfasst der Begriff „*trajectory*“ ein sich über eine Zeitspanne entwickelndes Ereignis, die komplexen, interaktiven Handlungen der Beteiligten sowie die Konsequenzen und Ergebnisse, die aus den Aktionen der Akteure resultieren (Corbin 1991: 33). Matthes und Schütze formulieren folgendermaßen: „Soziale Verlaufskurven (Fall- bzw. Steigkurven) sind besonders dichte, eine globale sequenzielle Geordnetheitsstruktur auskristallisierende konditionelle (nicht intentionale) Verkettungen von Ereignissen.“ (Matthes/Schütze 1973: 90).

Zentral für das Verständnis des Trajektkonzepts sind zwei Aspekte, die Strauss (1993: 53f) folgendermaßen beschreibt: „... (1) the course of any experienced phenomenon as it involves over time (...) and (2) the actions and interactions contributing to its evolution.“ Trajekte weisen also temporale Aspekte auf und werden im ihrem Verlauf durch die Handlungen und Interaktionen der beteiligten Akteure beeinflusst und gestaltet. Damit hebt Strauss die aktive Rolle der Akteure bei der Gestaltung eines Verlaufs hervor und betont, dass „...phenomena do not just automatically unfold nor are they straightforwardly determined by social, economic, cultural, or other circumstances...“ (Strauss 1993: 54). Die Handlungen der einzelnen Akteure sind dabei nicht als isoliert, vom Kontext losgelöst zu verstehen, sondern sind einge-

bettet in ein Netzwerk von interaktiven Handlungen: „*Actions are embedded in interactions – past, present, and imagined future.*“ (Strauss 1993: 24, Herv. i. O.). Die einzelnen Handlungen weisen also eine eigene Geschichtlichkeit auf (s.o.) und können wieder zu einer Bedingung für nachfolgende Interaktionen werden („reciprocal impact“, s.o.), wobei eben nicht „objektive“ Tatsachen die Handlungs- und Interaktionsgrundlage darstellen. Entscheidend sind die subjektiven Situationswahrnehmungen, -deutungen und -einschätzungen: „there are multiple actors, (a) giving their own meanings to a phenomena (b) having their own images of the course it will take, and (c) ideas on how the course should be handled.“ (Strauss 1993: 70). Aufgrund dieser Perspektivengebundenheit der Wirklichkeitskonstruktion können Trajekte als intersubjektiv und interaktiv gesteuerte und gestaltete Prozesse angesehen werden (Corbin et al. 2009: 65). Die Situationseinschätzungen sind ebenfalls das Ergebnis und Grundlage – gegebenenfalls weit zurückliegenden – Interaktionen (Strauss 1993: 27) und können Ausgangspunkt für neue Bedeutungszuschreibungen sein, so dass, um im Bild der nicht enden wollenden Arbeit (s. o.) zu bleiben, Trajekte als „unending interaction“ charakterisiert werden können. Aufgrund der verschiedenen Perspektiven entwickeln die Akteure auch unterschiedliche Vorstellungen über die Zielerreichung und die dazu notwendigen Handlungen. Die Konsequenz für das interaktive Geschehen liegt darin, dass „a great deal of communication and a playing out of interactional processes (especially negotiation and persuasion, but also education, manipulation, and possibly coercion) are necessary to maintain a common interactional course.“ (Strauss 1993: 39).

Aufgrund des prozessualen, verlaufsformigen Charakters eines Geschehens kann dieses in Phasen oder Stadien unterteilt werden. Der Entwicklungsverlauf eines Geschehens ist durch die Existenz von unerwartbaren Ereignissen beeinflusst: „*Contingencies are likely to arise during a course of action. These can bring about change in duration, pace, and even intent, which alter the structure and process of interaction.*“ (Strauss 1993: 36). Die Ursache der external contingencies“ liegt in Veränderungen der politischen, ökonomischen, kulturellen oder organisationellen Strukturen. Analytisch betrachtet stellen diese externen Kontingenzen einen Teil der Handlungen selbst dar, was in dem Einfluss der unerwarteten Ereignisse auf die Handlung begründet ist (Strauss 1993: 36f). Darüber hinaus stellt die Handlungsabfolge selbst eine Quelle für Kontingenzen dar: „Its constituent acts have many unanticipated consequences, some of which may be highly consequential for next acts.“ (Strauss 1993: 37). Mit anderen Worten: Die sich aus einer Handlung ergebenden Konsequenzen stellen eine Bedingung für die Folgehandlung dar. Insofern ist die Entwicklung eines Phänomens beeinflusst durch „interne Kontingenzen“, die sich aus dem nicht planbaren Verlauf eines interaktiven

Geschehens ergeben: „interaction changes in response to changes in conditions.“ (Strauss 1993: 71). Wenn aber aufgrund des Interaktionsprozesses immer neue (Handlungs)Bedingungen auftreten, müssen die Akteure ihre Vorstellungen bezüglich des Verlaufs und des Ziels überprüfen und gegebenenfalls diese an die neuen Bedingungen anpassen (Strauss 1993: 37). Verlaufskurven lassen sich in unterschiedliche Typen unterscheiden: erwartet – unerwartet, verbunden mit angenehmen Erfahrungen – verbunden mit unangenehmen Erfahrungen, kurz – lang etc. (Strauss 1993: 65f). Darüber hinaus lassen sich Verlaufskurven durch die Anzahl der beteiligten Akteure charakterisieren. Strauss (1993: 66) unterscheidet dazu zwischen einzelnen Individuen, mehreren Individuen (z. B. Migranten) und Kollektiven (z.B. Organisationen).

Zur Verdeutlichung des komplexen Zusammenhangs von Interaktionsprozessen, Arbeitsprozessen und strukturellen Bedingungen hat Strauss eine Bedingungsmatrix („*conditional matrix*“, Strauss 1993: 60, Corbin 1991, Corbin/Strauss 2004) entwickelt. „The conditional matrix may be represented as a set of circles, one inside each other... In the outer rings stand those conditional features *most distant* to the action/ interaction; while the inner rings pertain to those conditional features bearing *most closely* [in the analysis] upon the action/ interaction sequence.“ (Strauss 1990: 162, zit n. Strauss 1993: 61) Jede Ebene stellt eine Bedingungsgruppe dar, wobei sich das System sowohl nach außen wie auch nach innen bewegt. Somit wirkt jede Ebene auf die nächste ein und stellt wiederum eine Bedingung für die nächste Phase des Handelns dar. Anders formuliert wird deutlich, dass die sozialen Strukturen einen Rahmen für die Handlungen der Akteure darstellen, diese Rahmenbedingungen aber wiederum auch von den Akteuren gestaltet werden. Die Bedingungsmatrix ist demnach als ein Handlungsschema zu verstehen, welches die zentralen Aspekte der Verlaufskurve (Bedingungen, die arbeitsbezogenen Handlungen und Interaktionen und die Konsequenzen der Arbeitsdurchführung) vereint und zudem die Interaktion zwischen Rahmensituation und Akteuren hervorhebt (Corbin/Strauss 2004: 158, Corbin et al. 2009).

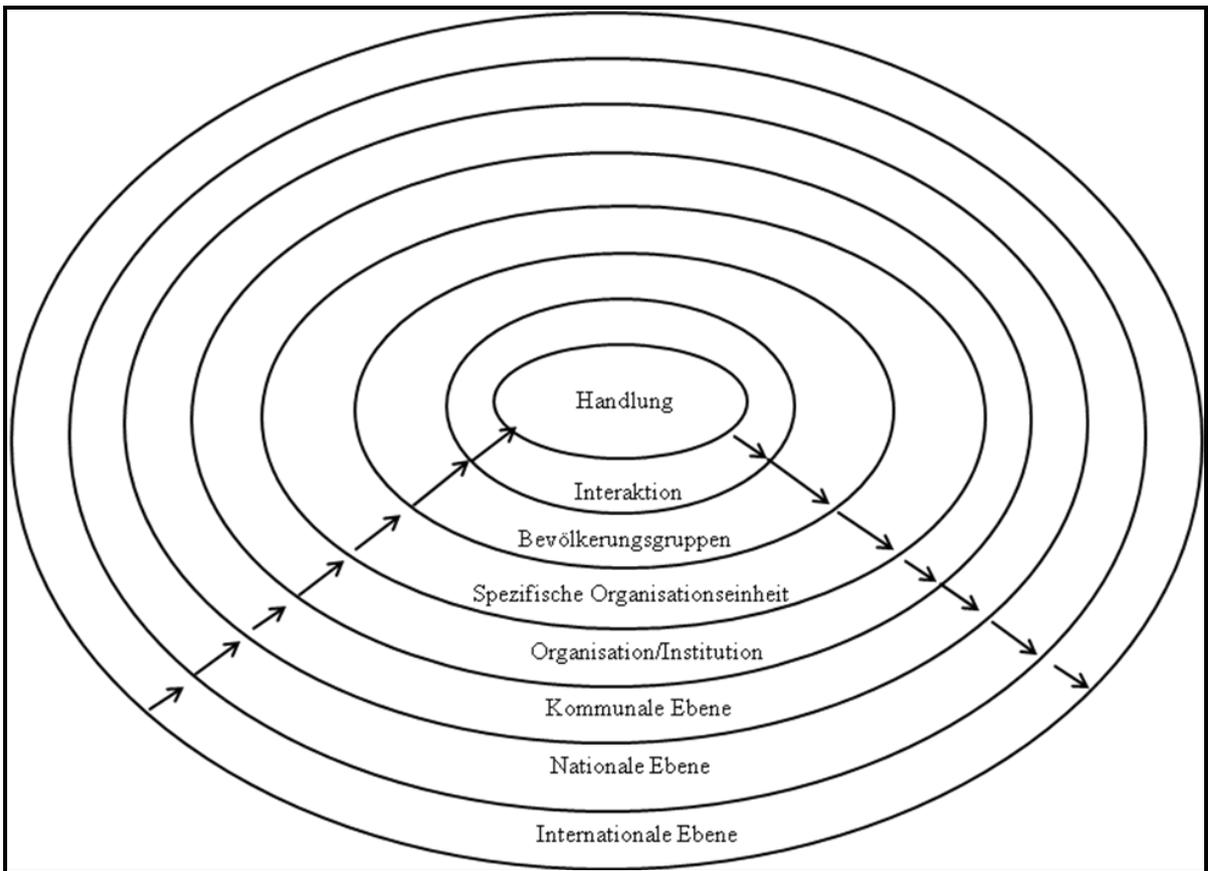


Abbildung 2: Ebenen der konditionellen Matrix (Corbin et al. 2009)

Der äußere Kreis umfasst die Faktoren, mit den geringsten direkten Auswirkungen auf die konkrete Interaktion: Die internationale Ebene der politischen und sozioökonomischen Bedingungen. Auf der folgenden Ebene finden sich die nationalen Bedingungen, worunter nationale Politiken, Regelungen und auch Geschichte, Werte und Kulturen verstanden werden. Die sich anschließende kommunale Ebene betrifft die spezifischen Ausprägungen der nationalen Ebene auf Gemeindeebene. Die Stufe der Organisation und Institution schließlich umfasst die Strukturen, Regeln und Probleme derselben. Die nächste Ebene der Bevölkerungsgruppen, -kollektive und Akteure umfasst Philosophien, das Wissen und die Erfahrung der Beteiligten, wobei thematisch hierunter „die Geschichte ihrer Interaktionen und die aktuelle Interaktionsstruktur (z.B.) Teamgeschichte und Teamdynamik“ (Corbin et al. 2009: 59) gefasst werden. Die Ebene der Interaktion bezieht sich auf die konkreten Ereignisse und die daraus resultierenden Interaktionen der Beteiligten. Im Zentrum schließlich stehen die strategische Handlungen und Routinen, wobei hierunter im Straussschen Sinn „Arbeit“ zu verstehen ist (Corbin et al. 2009: 59). Die Ausformung der konditionellen Matrix ermöglicht es, die Mikrobedingungen sozialen Handelns mit den gesellschaftlichen Makrobedingungen zu verknüpfen, ohne dabei von einfachen Wenn-Dann-Relation auszugehen (Corbin et al. 2009).

Subkonzepte des Trajektkonzeptes

Zum Konzept der Verlaufskurve gehören einige Subkonzepte, die es ermöglichen, die theoretischen Aussagen bezüglich Interaktion und Handlung zu konzeptualisieren. Auch wenn im vorherigen Abschnitt die Grundzüge deutlich wurden, werden im Folgenden die für die vorliegende Arbeit relevanten Subkonzepte erläutert, da diese zum Verständnis des Krankheitsverlaufskurvenkonzeptes wesentlich sind.

Eine Verlaufskurve kann in unterschiedliche Phasen („*trajectory phase*“, Strauss 1993: 54) unterteilt werden. Diese Unterteilung spiegelt die über einen Zeitraum auftretenden, auf Veränderungen der Interaktion oder Veränderungen des Phänomens selbst beruhenden Ereignisse wieder. Somit können die prozessualen Aspekte der Verlaufskurve konzeptualisiert werden, oder anders formuliert spiegelt sich in der Phaseneinteilung der temporale Charakter der Verlaufskurve wieder: „Analytically, these phases are properties of the sequence of interactions“ (Strauss 1993: 54). Die beteiligten Akteure können unterschiedliche Vorstellungen der Phasen haben, was wiederum Auswirkungen auf die Interaktion zwischen diesen haben kann (Strauss 1993: 54, s.o.).

Aufbauend auf den unterschiedlichen Situationswahrnehmungen, -einschätzungen und -deutungen entwickeln die Akteure Vorstellungen über den Verlauf und das Ziel der Verlaufskurve. Diese als Verlaufskurvenentwurf („*trajectory projection*“) bezeichneten Vorstellungen enthalten implizit die zur Umsetzung des Planes als notwendig erachteten Arbeiten: „Trajectory projection stands for a vision of the expected course of interaction perceived as needed to shape action with regard to the phenomenon.“ (Strauss 1993: 55). Die zur konkreten Umsetzung notwendigen Arbeiten und Interaktionen werden als „trajectory scheme – Verlaufskurvenplan“ bezeichnet. Dieser „is essentially envisioned as an overall strategy that when acted on becomes translated into actual actions.“ (Strauss 1993: 55).

Sowohl der Verlaufskurvenentwurf wie auch der Verlaufskurvenplan sind durch zwei Bedingungen gekennzeichnet: erstens können die beteiligten Akteure je unterschiedliche Vorstellungen über den Verlauf, das Ziel und den Umsetzungsplan haben, was wiederum Konsequenzen für die Interaktion hat. Zweitens sind beide Subkonzepte nicht unumstößlich, sondern sie können im Verlauf der Zeit geändert und neu gefasst werden. Verschiedene Gründe sind maßgeblich für eine Revision. Dazu zählen neben möglichen Veränderungen der strukturellen Bedingungen auch das Eintreten von unerwarteten Ereignissen („*contingency*“, Strauss et al. 1997). Darüber hinaus kann die Interaktionskette selbst ein Grund für Veränderungen

sein („internal contingencies“, Strauss 1993: 55), da die aus jeder Interaktion resultierenden Konsequenzen wiederum eine Bedingung für folgende Interaktionen darstellen, die gegebenenfalls so nicht antizipierbar waren („reciprocal impact“, Strauss 1993: 56).

Das Trajektmanagement („trajectory management“, Strauss 1993: 56) stellt den eigentlichen Prozess der Verlaufsgestaltung dar. Dieses ist abhängig von den verschiedenen Phasen und Subphasen der Verlaufskurve sowie von der Umsetzung des Verlaufskurvenplans. Grundsätzlich ist zu betonen, dass die Gestaltung einer Verlaufskurve nicht von einem einzelnen Individuum, sondern durch mehrere Akteure erfolgt. Der Grad der Beteiligung bezüglich des Trajektmanagement und damit auch der Grad der Einflussnahme kann dabei variieren (Strauss 1993: 56f). Das hat zur Konsequenz, dass gegebenenfalls zwischen den Beteiligten ein oder mehrere Interaktionsprozesse gleichzeitig ablaufen: „...these processes include negotiation, persuasion, education, manipulation, and coercion or threat of coercion.“ (Strauss 1993: 57). Diese Aushandlungsprozesse („negotiated order“, Strauss 1978, 1993; s.o.) treffen im Kern auf die Kennzeichnung der Verlaufskurve als sozialen Prozess (Riemann/Schütze 1991) zu.

3.2 Adaption des Trajektkonzeptes auf Krankheitsprozesse: Illness trajectory

Ausgehend von der Darstellung des Trajektkonzeptes als *allgemeines* Konzept zum Verständnis sozialer Prozesse, erfolgt nun mit die Erläuterung der *Krankheitsverlaufskurve* („illness trajectory“). Dieses Konzept ist insofern für die vorliegende Arbeit relevant, als dass hier das Krankheitsgeschehen nicht auf biologische Aspekte reduziert wird, sondern vielmehr die Aktivitäten und Handlungen der beteiligten Akteure als wesentlich für den Verlauf einer Krankheit angesehen werden. Entwickelt wurde das Krankheitsverlaufskurvenkonzept von Strauss und seinen Kollegen (Glaser/Strauss 1968, Strauss et al. 1975, 1988, Corbin/Strauss 1988, Strauss 1993) im Zusammenhang mit Studien über chronisch kranke Menschen. Ausgangspunkt war dabei die zunächst banale, in ihren Konsequenzen aber folgenschwere Erkenntnis, dass im Unterschied zu akuten „chronische Krankheiten einen Verlauf haben, der im Lauf der Zeit Veränderungen und Schwankungen unterworfen ist. Dieser Krankheitsverlauf kann beeinflusst bzw. gesteuert werden.“ (Corbin/Strauss 1998: 3). Im Zusammenhang mit einem Krankheitsgeschehen umfasst der Begriff Verlaufskurve nicht den physiologischen Verlauf einer Krankheit („course of illness“), sondern „*illness trajectory* is a term... that refers not only to physiological unfolding of a sick person`s disease but also to the *total organization* of work over that course, plus the *impact* on those involved with that work and its organization.“

(Strauss et al. 1975: 64, Herv. im Original). Der physiologische Krankheitsverlauf ist - wenn auch bedeutend - lediglich als ein Teilaspekt der Verlaufskurve zu betrachten. Eine Krankheitsverlaufskurve umfasst demnach neben dem physiologischen Verlauf einer Krankheit ebenso die Aktivitäten/ die Arbeit aller Personen, die diesen Verlauf kontrollieren und gestalten wollen. Mit anderen Worten, die Entwicklung einer Krankheit wird neben dem physiologischen Verlauf maßgeblich durch die Aktivitäten all jener Personen beeinflusst, die direkt oder indirekt in das Geschehen eingreifen und so den Verlauf lenken und seine Richtung dirigieren (Corbin et al. 2009: 65).

Das Auftreten erster Symptome und die dann folgende Feststellung einer medizinischen Diagnose markieren den Beginn einer Krankheitsverlaufskurve. Ausgehend von der Diagnose entwickeln sowohl Health Professionals wie auch Betroffene und deren Familien Vorstellungen vom potentiellen Verlauf der Krankheit („trajectory projection“, s.o.). Die Mediziner greifen dabei auf die im diagnostischen Prozess erhobenen Daten sowie auf das Wissen über die Krankheit zurück, um „eine Vorstellung über den wahrscheinlichen Verlauf zu entwickeln, den die Krankheit beim einzelnen Individuum nehmen wird.“ (Corbin/Strauss 2004: 51). Aufbauend auf diesem entwerfen sie einen Handlungsplan („trajectory scheme“, s.o.), der das Ziel hat, die Symptome zu bewältigen und den Verlauf der Krankheit zu kontrollieren. Ebenso wie die Health Professionals entwerfen auch die Betroffenen und ihre Familien Vorstellungen über den Verlauf der Krankheit, wobei der Inhalt abhängig von dem Ausmaß der Informationen, der Interpretation und dem sich daraus ableitenden Verständnis ist (Corbin/Strauss 2004: 54). Zugleich entwickeln die Betroffenen aufbauend auf ihrem Verlaufskurvenentwurf einen Handlungsplan, dessen Ziel weniger die Kontrolle der Krankheit als vielmehr die Rückgewinnung beziehungsweise der Erhalt von Lebensqualität (Corbin/Strauss 1988: 47) ist.

Sowohl Verlaufskurvenentwürfe wie auch die sich daraus ableitenden Handlungspläne können zwischen Health Professionals und Betroffenen divergieren, was seinen Grund in den je unterschiedlichen Situationswahrnehmungen, -deutungen und -einschätzungen hat (Corbin et al. 2009: 65). Diese Perspektivenvielfalt wird durch den Umstand, dass beide nicht für die Dauer einer Krankheit festgelegt sind, verkompliziert. Oder anders formuliert, die Vorstellungen des Verlaufs einer Krankheit und die sich daraus ableitenden Handlungspläne unterliegen zeitlichen Gesichtspunkten: „Verlaufskurvenentwürfe und Verlaufskurvenpläne sind nicht statisch. Sie müssen kontinuierlich in Übereinstimmung mit wahrgenommenen Veränderungen in den Phasen einer Krankheit revidiert werden.“ (Corbin/Strauss 2004: 54). Die Formu-

lierung „wahrgenommenen“ weist auch in diesem Zusammenhang auf die Perspektivenvielfalt, die aus den unterschiedlichen Situationswahrnehmungen resultiert. Sie sind Grund für den Umstand, dass die Verlaufskurvenentwürfe und -pläne zwischen Betroffenen und Health Professionals differieren können. Dazu zählen neben dem Grad an Informationen und Einstellungen auch Werte und Wahrnehmungen (Corbin /Strauss 2004: 58): „within every trajectory decision and subsequent arrangements are contained a whole range of pertinent personal, professional, and societal values and motives.“ (Corbin 1994: 12). Weichen die Verlaufskurvenentwürfe und -pläne zwischen den Akteuren voneinander ab „oder geraten in Kollision miteinander, bleibt das nicht ohne Rückwirkungen auf den Krankheitsverlauf: vermag Destabilisierungen hervorzurufen und zuweilen sogar vorzeitige Abwärtsentwicklungen zu provozieren.“ (Corbin et al. 2009: 68).

Neben diesen Faktoren ist jedes Trajekt „geprägt durch von der Wechselwirkung zwischen der Krankheit selbst, der individuellen spezifischen Reaktion auf die Krankheit und sonstigen krankheitsbedingten und biografischen Unwägbarkeiten, die sich auf die Krankheit auswirken.“ (Corbin/Strauss 2004: 59). Welche Form eine Verlaufskurve annimmt, ist also nicht in erster Linie durch den Krankheitsverlauf bestimmt als vielmehr durch die Dynamik der beeinflussenden Faktoren. Verlaufskurvenformen können gerade nach unten weisen, ein Plateau aufweisen, sich rasch in die eine oder andere Richtung bewegen oder Schwankungen erkennen lassen (Glaser/Strauss 1968, Corbin/Strauss 2004). Wichtig hervorzuheben ist, dass diese Schwankungen zwischen Aufwärtsbewegungen, Abwärtsbewegungen und stabilen Stadien täglich, wöchentlich oder monatlich auftreten können (Corbin/Strauss 1998:12) und entsprechend eine hohe Flexibilität an das Trajektmanagement erfordern.

Ein weiteres Charakteristikum von Krankheitsverlaufskurven ergibt sich aus dem schon erwähnten „course of illness“. Nicht jede Krankheit weist problematische Verläufe auf, sondern manche sind in ihrem Verlauf relativ vorhersehbar und planbar und können entsprechend routinemäßig gehandhabt werden. Demgegenüber zeichnen sich problematische Verlaufskurven durch ihren hohen Grad an Komplexität aus („complex/ problematic trajectory“, Strauss et al. 1997). Ursächlich hierfür sind diverse Gründe: Neben dem unsicheren Krankheitsverlauf an sich können z. B. aufgrund multipler Krankheiten mehrere Verlaufskurven gleichzeitig auftreten, die jeweils spezifische Interventionen und Bewältigungserfordernisse verlangen. Gegebenenfalls sind dann an der Behandlung mehrere Spezialisten beteiligt, so dass ein erhöhter Kommunikations- und Koordinierungsaufwand über mögliche diagnostische oder therapeutische Interventionen resultiert. Ebenso ist denkbar, dass der Verlauf einer Krankheit zwar vor-

hersehbar ist, aber der Einsatz von Medikamenten oder anderen Behandlungsoptionen den Verlauf positiv oder negativ beeinträchtigt (Strauss et al. 1997: 20ff). Aufgrund der Charakteristika chronischer Krankheiten (langfristige Dauer, unsichere Prognose, episodenhafter Verlauf, Beeinträchtigung aller Lebensbereiche, Erfordernis von externen Unterstützungsarrangements: Corbin/Strauss 1988, 2004, Corbin 1994) ergibt sich, dass diese in der Regel zu den „problematic trajectory“ zählen, bzw. in ihrem Fortgang dazu werden. Die sich aus der Komplexität ergebenden Konsequenzen für die Arbeitsorganisation werden an entsprechender Stelle diskutiert (s. a. 3.5.1.2).

Wie alle Trajekte kann auch jede Krankheitsverlaufskurve in Phasen eingeteilt werden. In dem über Jahrzehnte dauernden Forschungsprozess beschrieben Corbin und Strauss unterschiedliche Phasen bei chronischer Krankheit. Während Corbin (1994:10) zunächst von neun Phasen ausging (pre- trajectory, diagnostic or onset phase, acute, crisis, stable, unstable, comeback, down-ward, dying), beschrieb sie später (Corbin 1998a,: 13, Corbin 1998,b) acht Phasen („Vor der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve; Einsetzen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve; Krise; akut; stabil, instabil; Verfall; Sterben“). In ihrem letzten Werk schließlich sprechen Corbin und Strauss (2004: 62f) von sechs Phasen (prädiagnostische Phase, akute Phase, Normalisierungsphasen, stabile Phasen, instabile Phasen, Abwärtsphasen). Unabhängig von der spezifischen Einteilung ist die Vorstellung, dass die Phasen nicht linear verlaufen, sondern dass es innerhalb einzelner Phasen zu Schwankungen kommen kann (Auf- und Abwärtsbewegungen), dass sich die Phasen überlappen können oder dass sich ein kontinuierlicher Wechsel zwischen den Stadien vollzieht. Ebenso ist es aber auch möglich, dass aufgrund eines entsprechenden Trajektmanagements Krankheiten über einen langen Zeitraum stabil bleiben und nur diskrete Auf- oder Abwärtsbewegungen aufweisen (Corbin 1994: 10; Corbin/Strauss 2004: 60f). Unabhängig von der konkreten Abfolge der Phasen resultieren jeweils spezifische Bewältigungserfordernisse, die sowohl physische, psychische und soziale Komponenten aufweisen. Somit sind die Phasen nicht ausschließlich Ergebnis des Krankheitsverlaufs, sondern auch der spezifischen Arbeit und der entsprechenden Arbeitsbeziehungen (Corbin/ Strauss 1988, 2004). Sie stellen somit keine krankheitsbezogene, sondern verlaufskurvenbezogene Phasen dar.

Stadium	Definition
Vor der Krankheitsverlaufskurve (Vortrajekt)	Manifestation chronischer Krankheit, im Verlauf: Auftreten erster Symptome
Einsetzen der Krankheitsverlaufskurve (Trajektbeginn)	Zeitpunkt der Diagnose
Krise	Zuspitzung der Krankheitssituation, lebensbedrohliche Situation
Akut	Auftreten neuer Symptome oder Komplikationen, Hospitalisierung
(Re-)Stabilisierung	Kontrolle des Krankheitsverlaufs und der Symptome, labiles Gleichgewicht
Stabil	Kontrolle des Krankheitsverlaufs und der Symptome, stabiles Gleichgewicht
Instabil	Destabilisierung des Krankheitsverlaufs und Symptome
Abwärtsentwicklung	Fortschreitende Verschlechterung, Progression der Krankheitssymptome ohne Phasen der Restabilisierung
Sterben	Wochen und Tage vor dem Tod

Tabelle 1: Phasen und Definition chronischer Krankheit – adaptiert nach Corbin et al. 2009: 65f

Arbeit an der Verlaufskurve

Ausgehend von der Definition der illness trajectory (s.o.) lässt sich „Arbeit“ („work“, Strauss 1968, Strauss et al. 1997, 1988 a, Corbin/Strauss 2004) als ein weiteres zentrales Konzept ausmachen. Während Strauss et al. (1975, 1985) zunächst lediglich von „trajectory work“ sprechen, definieren sie später (Corbin/Strauss 2004: 25) Arbeit in Bezug auf Krankheitsverlaufskurven als eine „Gruppe von Aufgaben, die von einem Individuum bzw. einem Paar allein oder gemeinsam mit anderen durchgeführt werden und das Ziel verfolgen, einen Handlungsplan zu realisieren, mit dem ein oder mehrere Aspekte der Krankheit und des Lebens der Kranken und ihrer Partner bewältigt werden sollen.“ Indem Corbin und Strauss den Arbeitsbegriff nicht nur auf die Tätigkeiten der Health Professionals, sondern auch auf die Betroffenen und ihre Familien anwenden, heben sie deren aktive Rolle bei der Krankheitsbewältigung hervor: „This concept focuses on the active role that persons play in shaping the course of an illness. This course is shaped not only by the nature of an illness and an ill person`s unique response to it but also through actions taken by health personell, the ill themselves, their spouses, and whoever else is involved in its mangagement.“ (Corbin/ Strauss 1988: 50). Da-

rüber hinaus ermöglicht diese Konzeptualisierung eine Differenzierung und Analyse der komplexen Bewältigungserfordernisse und -handlungen der Betroffenen und der Health Professionals, die sich aus der chronischen Krankheit ergeben, sowie deren wechselseitige Einflussnahme auf den Bewältigungsprozess.

Die Arbeit der Betroffenen ist aufgrund der Auswirkungen der Krankheit auf alle Lebensbereiche überaus vielschichtig und komplex. Analytisch lassen sich drei Handlungsebenen unterscheiden. Die krankheitsbezogene Arbeit (Corbin/Strauss 2004: 110) gilt aus medizinisch-pflegerischen Gründen als notwendig. Dazu zählen etwa das Einnehmen von Medikamenten, das Einhalten von Lebensvorschriften, das Kontrollieren von physiologischen Messwerten oder das Aufsuchen der Gesundheitsversorgung. Sie dient der Kontrolle von Symptomen und der Durchführung therapeutischer Interventionen. Die auf das Alltagsleben bezogene Arbeit (Corbin/Strauss 2004: 110) bezieht sich auf die Abläufe des täglichen Lebens und meint die Arbeit in dem durch die Krankheit veränderten Alltag, der auch durch die krankheitsbezogene Arbeit verändert wird, z. B. Haushaltsführung, Kindererziehung, Freizeitbeschäftigung, Berufsausübung. Die biografische Arbeit beinhaltet die Integration der Krankheit und ihrer Auswirkungen in das Leben: „Alte Definitionen im Hinblick auf Körper, Selbst, Aktivitäten, andere Menschen, Interaktionen, Ereignisse und Beziehungen müssen ersetzt werden durch neue Definitionen, die es zu suchen und zu entdecken gilt.“ (Corbin/Strauss 2004: 87). Jede dieser drei Arbeitslinien lässt sich weiter differenzieren in die vielfältigen Arbeitstypen, die zur Erfüllung der Bewältigungserfordernisse notwendig sind (body work, psychological work, comfort work, safety work, composure work, decision work, monitoring work, information work, sentimental work, legal-administrative work, negotiative work: Corbin/Strauss 1984).

Unabhängig vom Arbeitstypus dienen die verschiedenen Arbeiten dem Krankheitsmanagement, womit im Trajektkonzept der Umgang mit den biografischen, sozialen, alltagsweltlichen und krankheitsspezifischen Implikationen und ihren Wechselwirkungen gemeint ist. Die Durchführung der Arbeit im Sinne des Krankheitsmanagements erfolgt anhand elementarer Arbeitsprozesse wie dem der Arbeitsteilung, der Arbeitsorganisation und dem Management von Ressourcen (Corbin/Strauss 2004: 149). Zur konkreten Umsetzung der als notwendig erachteten Arbeit ist es unentbehrlich, diese zu organisieren: „Strategies for coping with key problems call for certain kinds of *organizational* or *family arrangements*. People`s efforts must be coordinated – with all the understandings and agreements that necessitates.“ (Corbin/Strauss 1984: 17, Herv. im Original). Corbin und Strauss (2004: 152ff) benutzen für die erforderliche Kooperation den Begriff der Ausrichtung („alignment“) und definieren ihn „als

einen Prozess, durch den Akteure ihre jeweiligen arbeitsbezogenen Handlungen mittels Selbstinteraktion und Interaktion mit anderen zusammenfügen“ (Corbin/Strauss 2004: 152). Aufgrund des dynamischen Charakters chronischer Krankheiten und deren Verlauf in Phasen müssen die einmal getroffenen Arrangements ständig revidiert und angepasst werden. Das Aufrechterhalten der Arrangements als solche sowie die Arbeit der Health Professionals sind dabei jeweils als Teilaspekt der gesamten Arbeit („arc of work“ – s.o.) zu sehen (Corbin et al. 2009, Schaeffer 2009).

Arbeit der Health Professional

Die Arbeit an der Verlaufskurve durch die Health Professionals beinhaltet ganz allgemein verschiedene Tätigkeiten, die in Abhängigkeit zur Verlaufskurvenphase eine höhere oder niedrigere Priorität aufweisen (zur Differenzierung der Arbeiten s.u.). Aufgrund der Vielschichtigkeit der Tätigkeiten sind unterschiedliche Akteure an der Gestaltung der Krankheitsverlaufskurve beteiligt, was wiederum Auswirkungen auf die Arbeitsbeziehungen derselben hat. Während sich die Vielschichtigkeit der Arbeit der Betroffenen und ihrer Familien aus den beschriebenen drei Arbeitslinien, deren Koordination und Organisation ergibt, resultiert die Komplexität der Arbeit der Health Professionals aus teils unterschiedlichen, teils ähnlichen Quellen. An erster Stelle zu nennen ist dabei die Zunahme der chronischen Krankheiten an sich und die damit in Verbindung stehenden neuen Behandlungsmethoden, in deren Folge sich Verlaufskurven verlängern oder sogar neu auftreten. Darüber hinaus sind aber zwei weitere Aspekte von entscheidender Bedeutung. Zum einem zeichnet sich die Arbeit der Health Professionals durch die Tatsache aus, dass das Objekt der Arbeit – der Mensch - als lebendiges Wesen direkt die Arbeit beeinflusst: „(1) the patient can react and so affect the work; (2) the patient can participate in the work itself, that is, be a worker.“ (Strauss et al. 1997: 9). Zum anderen zeichnet sich die Arbeit der Health Professionals durch ein hohes Maß von Kontingenzen (s.o.) aus. Im Zusammenhang mit der Verlaufskurvenarbeit der Health Professionals beziehen sich diese auf unerwartete und schwierig zu kontrollierende Zufälligkeiten, „stemming not only from the illness itself, but also from a host of work and organizational sources as well as from biographical and life-style sources pertaining to patient, kin, and staff members themselves.“ (Strauss et al. 1997: 9).

Während manche Verlaufskurven im Rahmen der Routine gehandhabt werden können (die Entwicklung ist absehbar, die Auswirkungen der therapeutischen Interventionen sind ebenso bekannt wie die benötigten personellen und organisatorischen Ressourcen), zeichnen sich problematische Verlaufskurven durch die Existenz mehrerer Gesundheitsprobleme aus („mul-

multiple trajectory“, Strauss et al. 1997). In deren Folge sind verschiedene medizinische Spezialisten an der Diagnostik und Behandlung beteiligt, was einen erhöhten Kommunikations- und Koordinierungsaufwand zwischen den Health Professionals einerseits und den beteiligten Abteilungen eines Krankenhauses andererseits impliziert. Weiterhin sind komplexe Verlaufskurven durch die Vielzahl von Kontingenzen gekennzeichnet, die eine medizinische, organisatorische, biografische oder interaktionelle Ursache haben können. Die unerwarteten Kontingenzen beeinflussen die Gestalt der Verlaufskurve, da sie im Unterschied zu erwartbaren (z. B. Nebenwirkungen von therapeutischen Interventionen) nicht planbar sind. Die Komplexität problematischer Verlaufskurven kann sich durch die Wechselwirkungen zwischen den Kontingenzen noch erhöhen. In der Konsequenz können Verlaufskurven dann partiell oder komplett außer Kontrolle geraten. Demzufolge bewegt sich die Arbeit der Health Professionals zwischen den Polen Kontrolle und Ungewissheit, wobei eine vollständige Kontrolle der Verlaufskurve aufgrund der Kontingenzen nicht erreichbar ist (Strauss et al. 1997: 11, 19f, 25f). Aus diesem Grund erweitern Strauss et al. (1997:20) den Begriff “Management” mit dem Terminus “Gestaltung”: “ ‘managing’ the problematic trajectories is better understood as ‘shaping’ (...) that is, handling the contingencies as best as one can, although being far from fully in control of the trajectory.” (Strauss et al. 1997: 20).

Ausgangspunkt der Arbeit an der Verlaufskurve durch die Health Professionals ist die Suche nach einer medizinischen Diagnose („diagnostic search“, Strauss et al. 1997). Aufbauend auf dieser entwickeln die Mediziner einen Verlaufskurvenentwurf und -plan (s.o.), der alle für notwendig erachteten Handlungen, Personen und Ressourcen umfasst und darüber hinaus potentielle Ereignisse und entsprechende antizipierbare Aktionen beinhaltet (Strauss et al. 1997: 20f, Corbin/Strauss 2004: 50f). „Wie akkurat dieser Entwurf ist, hängt davon ab, wie eindeutig die Diagnose ist, wie viele Informationen über das Stadium der Krankheit zur Verfügung stehen, wie viel über das Ausmaß der körperlichen Schädigung bekannt ist und wie geschickt der Arzt diese Informationen interpretiert.“ (Corbin/Strauss 2004: 51). Aufgrund des dynamischen Verlaufs der Krankheiten (s.o.) sind diese Pläne nicht statisch, sondern unterliegen einer ständigen Überprüfung und ggf. der Revision. Der gesamte Umfang der Arbeit ist vor allem bei problematischen Verlaufskurven oftmals nicht prospektiv zu erfassen, sondern erst retrospektiv in seinem vollen Umfang zu ermitteln. Die Umsetzung der aufgrund der Diagnose für notwendig erachteten therapeutischen Interventionen (das Verlaufskurvenmanagement) stellt einen vielschichtigen Prozess dar. Die Komplexität erklärt sich zum einem aus dem Charakter problematischer Verlaufskurven selbst (s.o.) und der Tatsache, dass neben den Health Professionals auch die Betroffenen (Patienten als „Arbeiter“ – s.o.) Einfluss auf die

Gestaltung der Verlaufskurve nehmen. Ein weiterer gewichtiger Grund für die Komplexität erklärt sich aus der Vielzahl der anstehenden Handlungen, den daran beteiligten Akteuren und der Organisation derselben: „The complexity of organization for therapeutic action, ..., derives not only from the problematic character of many trajectories but from the number and range of tasks involved in the therapeutic action, plus the organization of tasks involved in controlling the illness course.” (Strauss et al. 1997: 80)

Entscheidungsprozesse bezüglich des Trajektmanagements manifestieren sich an „trajectory sequence points“ (Strauss et al. 1997: 31). Dabei handelt es sich um Punkte auf der Verlaufskurve, an denen aufgrund von Veränderungen im Gesundheitszustand oder aufgrund des Auftretens unerwarteter Kontingenzen Entscheidungen über weitere notwendige Arbeiten zu treffen sind, die dann wiederum Auslöser von nächsten Entscheidungspunkten sein können. Aufgrund der getroffenen Entscheidung ergeben sich erforderliche Arbeiten, die in Arbeitsgruppen gegliedert werden können. Diese Arbeitsgruppen „have both a sequential ordering *and* an organizational base that allows their being carried out.“ (Strauss et al. 1997: 31). Anders formuliert orientiert sich die Gestaltung der Verlaufskurve durch die Health Professionals nicht ausschließlich am Verlauf der Krankheit, sondern auch an den als notwendig erachteten Arbeiten, die aufgrund ihres temporalen Charakters eine ordnende Funktion für die Arbeit und die sich daraus ergebenden Arbeitsbeziehungen haben. Besonders problematische Verlaufskurven haben aufgrund der vielfältigen Arbeiten und der damit notwendigen Beteiligung verschiedener Akteure Auswirkungen auf die Arbeitsbeziehungen derselben. Erschwerend kommen die bereits erwähnten nicht planbaren Kontingenzen hinzu: „Each new contingency, whether large or small, requires some choice of alternative lines of action in order to get the trajectory into the best manageable order, that is, to keep the gyroscopic shaping of the trajectory as successful as possible.” (Strauss et al. 1997: 26).

Die Arbeit der Health Professionals an der Verlaufskurve lässt sich analytisch in fünf Aufgabenbereiche differenzieren. Während die ‚Maschinenarbeit‘ aufgrund des technischen Fortschritts der Medizin stetig zunimmt und an Komplexität gewinnt, bezieht sich die ‚Sicherheitsarbeit‘ auf alle Arbeiten, die der Vermeidung von Gefahren für den Patienten dienen. Der Bereich der ‚Wohlbefindesarbeit‘ berührt emotionale Gesichtspunkte und umfasst Aufgabenbereiche wie Trösten und Beistehen, um so trotz der Auswirkungen der Krankheit und der Behandlung einen gewissen Grad an Wohlbefinden für den Patienten zu erreichen. Unter ‚Gefühlsarbeit‘ werden die Tätigkeiten verstanden, die aufgrund des Auftretens der Krankheit und den daraus resultierenden Auswirkungen auf das gesamte Leben der Betroffene-

nen notwendig sind. Die Realisierung des von den Mediziner*innen entworfenen Verlaufskurvenplans umfasst die Organisation und Koordination der Arbeitstypen und wird unter dem Begriff der 'Organisationsarbeit' zusammengefasst (Strauss 1997).

3.3 Adaption des Trajektkonzeptes auf Sterbeprozesse: Dying trajectory

Während sich das Konzept der „illness trajectory“ (s.o.) auf den gesamten Verlauf einer chronischen Krankheit bezieht, steht im Mittelpunkt der „dying trajectories“ das Ende der Verlaufskurve (Abwärtsphase). Die Sterbeverlaufskurve ist ähnlich der Krankheitsverlaufskurve durch zwei Eigenschaften zu charakterisieren: Zum einen weist die Verlaufskurve eine spezifische Form auf, zum anderen ist sie durch eine spezifische Zeitspanne gekennzeichnet. Analog den Krankheitsverlaufskurven kann die Sterbeverlaufskurve stetig oder plötzlich nach unten verlaufen, auf und ab verlaufen oder nach einer Plateauphase plötzlich mit dem Tod enden (Glaser/Strauss 1968: 6). Entscheidend ist, dass „Neither duration nor shape is a purely objective physiological property. They are both perceived properties; their dimensions depend on when the perceiver initially *defines* someone as dying and on his *expectations* of how that dying will proceed. Dying trajectories themselves, then, are perceived courses of dying rather than the actual courses.“ (Glaser/Strauss 1968: 6, Herv. i. O.). Der Beginn einer Sterbeverlaufskurve beruht also nicht auf der Feststellung 'objektiver' oder tatsächlicher Zeichen oder Symptome, sondern auf der Situationswahrnehmung und -deutung der am Geschehen Beteiligten. Damit verbunden sind Vorstellungen über den Verlauf des Sterbens und den Zeitpunkt des Todes. Diese Todeserwartungen beeinflussen den Umgang der Beteiligten mit den Sterbenden in entscheidender Weise. Glaser und Strauss (1968: 8) unterscheiden vier Todeserwartungen: „(1) certain death at a known time, (2) certain death at an unknown time, (3) uncertain death but a known time when certainty will be established, (4) uncertain death and an unknown time when the question will be resolved.“ Vor diesem Hintergrund antizipieren die Akteure den zeitlichen Verlauf des Sterbeprozesses und die damit in Zusammenhang stehenden Arbeiten, die dementsprechend nach zeitlichen Gesichtspunkten organisiert wird.

Im Unterschied zu Krankheitsverlaufskurven, deren Ende offen und unvorhersehbar ist (Soeffner 1991: 369), markiert der Tod den Endpunkt einer Sterbeverlaufskurve. Wann dieser allerdings eintritt, ist nur begrenzt vorhersehbar, da Sterbeverlaufskurven unterschiedliche Eigenschaften aufweisen: Es lassen sich erwartete und unerwartete, überraschende, schnelle, langsame, schleichende Verläufe oder auch Mischformen zwischen diesen unterscheiden.

Unabhängig von den unterschiedlichen Typen der Sterbeverlaufskurven treten im Verlauf des Sterbeprozesses spezifische Ereignisse („critical junctures“, Glaser/Strauss 1968:7) auf: „These [critical junctures] occur either in full or truncated form...: (1) The patient is defined as dying. (2) Staff and family then make preparations for his death, as he may himself if he knows he is dying.(3) At some point, there seems to be ‘nothing more to do’ to prevent death. (4) The final descent may take weeks, or days, or merely hours, ending in (5) the ‘last hours’, (6) the death watch and (7) death itself.“. Ob und wie diese kritischen Ereignisse erkannt und bewertet werden ist nicht ausschließlich von physiologischen Veränderungen des Patienten abhängig, entscheidender sind die Situationswahrnehmung, -einschätzung und -deutung der beteiligten Akteure über den Verlauf des Sterbens und den Zeitpunkt des Todes. In einem späteren Werk differenzieren Corbin und Strauss (2004: 281ff) analytisch noch einmal zwischen der sich gegebenenfalls lange hinziehenden Phase der Verschlechterung und der konkreten Sterbephase. Beiden Phasen gemeinsam ist der zunehmende körperliche Verfall, der mit Einschränkungen in der Performanz verbunden ist, d.h. mit Einschränkungen des Auftretens der Person in der Welt, der Durchführung von Handlungen, die für den Alltag und die Biografie, für die Identität notwendig sind. Die zweite Gemeinsamkeit ist die einer Zeitlinie. „Im Falle der Verschlechterung lautet die zeitbezogene Frage: Wie schnell und wann wird der Zustand schlechter, um wie viel wird er sich verschlechtern? In der Sterbephase lautet die Frage: Wann wird es soweit sein?“ (Corbin/Strauss 2004: 282). Resümierend lässt sich hervorheben, dass die „dying trajectories“ wesentlich durch die Wahrnehmung und die Vorstellungen der beteiligten Akteure geprägt sind. So ist nicht nur der Beginn, sondern auch die gesamte Verlaufsgestaltung abhängig von den Definitionen der Beteiligten. Diese Definitionen spiegeln nicht den tatsächlichen Verlauf wieder, sondern sie sind ein Ergebnis der Todeserwartung und den damit verbundenen Vorstellungen über den Verlauf und den Zeitpunkt des Todes.

Zusammenfassung

Ausgehend von der Grundannahme interaktionstheoretischer Sicht, dass soziale Wirklichkeit und soziale Ordnung interpretierte Wirklichkeit und Ordnung sind, richtet sich die Aufmerksamkeit interaktionstheoretischer Forschungsarbeiten auf eben jene Interpretationsprozesse, deren Ergebnis soziale Wirklichkeit und Ordnung darstellt. Demnach sind soziale Strukturen nicht determiniert, sondern sie werden in einem fortwährenden Interaktionsprozess von den Mitgliedern einer sozialen Welt etabliert, aufrechterhalten und geändert. Der Frage, wie sich diese Prozesse vollziehen, widmet sich das Trajektkonzept, indem sowohl die zeitliche Perspektive im Verlauf eines Geschehens sowie die Interaktionen, die zu dessen Entwicklung

beitragen, berücksichtigt werden. Das Trajektkonzept ermöglicht mit dem Blick auf die Zeitverlaufsperspektive die Konzeptualisierung der Arbeits-, Interaktions- und Koordinationsleistungen aller am Prozess Beteiligten. Gleichwohl sind diese Prozesse nicht losgelöst von politischen, historischen und strukturellen Bedingungen zu betrachten, deren Verwobenheit anhand der konditionellen Matrix deutlich wird.

Für die vorliegende Untersuchung leiten sich aus dem Dargestellten einige Bezugspunkte ab. Ausgangspunkt ist zunächst die interaktionistische Perspektive auf Krankheit, Sterben und Tod als sozial konstruierte Prozesse. Entlang dieser Sichtweise erklärt sich die Bedeutung dieser Phänomene nicht aus sich selbst heraus oder aufgrund biomedizinischer Konzeptualisierungen, sondern durch die Handlungen und Interaktionen der am Prozess beteiligten Akteure. Das Trajektkonzept bietet dabei einen konzeptuellen Rahmen zum Verständnis der Prozesse: Die Entwicklung einer Krankheit wird neben dem physiologischen Verlauf auch durch die Aktivitäten all jener Personen beeinflusst, die direkt oder indirekt in das Geschehen eingreifen und den Verlauf lenken wollen. Krankheits- und Sterbeverlaufskurven sind demnach interaktiv gesteuerte und gestaltete Prozesse. Das Trajektkonzept bietet sich als heuristischer Rahmen für die vorliegende Arbeit an, da im Mittelpunkt genau jene interaktiven Prozesse stehen, die den Phänomenen vorangehen, sie einrahmen und damit letztendlich konstruieren. Dass die kommunikativen und interaktiven Handlungen als maßgeblich für den Verlauf eines Geschehens angesehen werden, erlaubt im Gegenzug die Analyse derselben. Die Orientierung an Fallverläufen als Ausdruck der temporalen Ordnung ermöglicht die Analyse der jeweiligen Situationseinschätzungen, -wahrnehmungen und -deutungen der Akteure. Diese wiederum sind ausschlaggebend für die Prozedierung der Verlaufskurven, was sich aus der interaktionistischen Perspektive erklärt: Soziale Wirklichkeit - und damit auch Krankheit, Sterben und Tod – ist interpretierte Wirklichkeit, die das Ergebnis in sozialer Interaktion hergestellter Bedeutungen und Zusammenhänge ist. Mit anderen Worten stellt die Prozedierung der Verlaufskurven das Ergebnis intersubjektiver und interaktiver Konstruktionsprozesse dar. Da sich das Erkenntnisinteresse auf genau jene Prozesse richtet, deren Ergebnis die Prozedierung der Verlaufskurven ist, bietet sich das Trajektkonzept als theoretischer Bezugsrahmen für die vorliegende Arbeit an. Aufgrund der umfassenden Sicht auf Krankheit, Sterben und Tod und der damit einhergehenden Perspektivenerweiterung ist das Trajektkonzept sowohl national wie auch international Gegenstand verschiedener Forschungsarbeiten, was Inhalt des folgenden Kapitels ist.

4. Das Trajektkonzept, Kommunikation und Interaktion im Forschungskontext

Während im vorherigen Kapitel die Inhalte und Schwerpunkte des Trajektkonzepts ausgeführt wurden, gilt es im nun folgenden Abschnitt die für diese Untersuchung relevanten nationalen und internationalen Forschungsergebnisse darzulegen. Ausgangspunkte sind zunächst jene Studien, die das Trajektkonzept als Bezugsrahmen zur Analyse von Implikationen bei verschiedenen Krankheiten heranziehen. Wie zu zeigen sein wird, liegt ein Schwerpunkt dabei auf der Anwendung des Konzeptes auf bestimmte Krankheiten und ein weiterer auf Ausdifferenzierungen von spezifischen Aspekten der Krankheitsverlaufskurven. Weitergehend wird dann der Blick verdichtet auf Studien, in denen das Trajektkonzept im Zusammenhang mit Krebserkrankungen, Sterben und Tod zur Anwendung kommt. Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit macht es erforderlich, auch Studien, die kommunikative und interaktive Prozesse zwischen den Gesundheitsprofessionen zum Gegenstand haben, zu berücksichtigen. Diese lassen sich verschiedenen Themen zuordnen, wobei die Darstellung entlang der Gesichtspunkte Bedingungen und Voraussetzungen, Kennzeichen und spezifische Verfahren sowie inhaltliche Schwerpunkte erfolgt. Die sich daran anschließenden Erläuterungen von Forschungsarbeiten zu Kommunikation und Interaktion in Zusammenhang mit Sterbeprozessen dient dazu, bereits gewonnene Erkenntnisse zur beruflichen Bearbeitung von Sterben und Tod aufzuzeigen und diese in den Kontext der wissenschaftlichen Diskussionen über Krankheits- und Sterbeverlaufskurven zu stellen.

Vorgehensweise

Zur Ermittlung des Stands der Forschung wurde in folgenden Datenbanken recherchiert:

- PubMed
- Cinahl
- BioMedCentral
- Scopus
- MedPilot
- CurrentContentsMedizin
- SocialSciencesCitationIndex
- Cochrane Library.

Die Suchbegriffe lauteten:

- Krankheitsverlaufskurven + Kinder
- Krankheitsverlaufskurven + palliative care + Kinder
- Krankheitsverlaufskurven + Interdisziplinäres Team + Pädiatrie
- Krankheitsverlaufskurven + Kooperation
- Krankheitsverlaufskurven + Ausrichtung / alignment

- Krankheitsverlaufskurven + Interaktion + Health Professionals
- Krankheitsverlaufskurven + negotiations
- Krankheitsverlaufskurven + critical junctures
- Krankheitsverlaufskurven + Kommunikation + Health Professionals
- Interdisziplinäres Team + Pädiatrische Onkologie
- Interdisziplinäres Team + Kooperation
- Interdisziplinäres Team + Kommunikation
- Interdisziplinäres Team + Interaktion
- Interdisziplinäres Team + negotiations
- Interdisziplinäres Team + palliative care + Kinder
- Aushandlungsprozesse interdisziplinäres pädiatrisches Team (engl. negotiation)

Da die meisten Datenbanken englisch verschlagwortet sind, wurden in der Regel die entsprechenden englischen Suchbegriffe verwendet, der Vollständigkeit halber jedoch auch nach deutschen Begriffen gesucht, sofern die jeweilige Datenbank dies zuließ. Technisch wurden Schlagwortkomplexe gebildet, die dann jeweils miteinander verknüpft wurden. Folgende Schlagwortkomplexe wurden eingesetzt:

- "illness trajectory" OR "illness trajectories" OR "krankheitsverlaufskurve" OR "krankheitsverlaufskurven"
- "kinder" OR "kind" OR "children" OR "child"
- "palliative care"
- "interdisciplinary team" OR "multidisciplinary team" OR "interdisziplinäres team" OR "multidisziplinäres team"
- "pediatric" OR "pediatrics" OR "paediatrisch" OR "paediatric"
- "kooperation" OR "cooperation"
- "ausrichtung" OR "alignment"
- "interaktion" OR "interaction"
- "negotiation" OR "negotiations"
- "critical junctures"
- "kommunikation" OR "communication"
- "Health professional" OR "Health professionals"
- "onkologie" OR "oncology".

Insbesondere bei der Suche nach interdisziplinären Teams hat sich herausgestellt, dass der Begriff der Interdisziplinarität im englischsprachigen Raum eher nicht gebräuchlich ist. Vielmehr wird dort der Begriff der Multidisziplinarität verwendet. Daher wurden für die Suche beide Begriffe mit einer „OR“-Verknüpfung verwendet.

4.1 Das Trajektkonzept

Das Krankheitsverlaufskurvenkonzept als Bezugsrahmen zur Analyse von Implikationen bei verschiedenen Krankheiten

Als ein wesentlicher Forschungsschwerpunkt lassen sich Studien ausmachen, die das Konzept der Krankheitsverlaufskurven als Bezugsrahmen im Zusammenhang mit unterschiedlichen chronischen Krankheiten zum Gegenstand haben. Einen breiten Raum nehmen dabei

Arbeiten ein, die sich mit spezifischen Krankheitsbildern, ihren Auswirkungen, den sich daraus ableitenden Bewältigungsanforderungen und damit verbundenen Implikationen für die Versorgungspraxis beschäftigen. Zu nennen sind an dieser Stelle beispielhaft Arbeiten zur Krebsrekonvaleszenz (Dorsett 1998), zu Herzerkrankungen (Hawthorne 1998), zu chronisch psychischen Erkrankungen (Rawnsley 1998), zu Multiple Sklerose (Smeltzer 1993, 1998) und zu Diabetes mellitus (Walker 1998). Diese Arbeiten wenden das Konzept der Krankheitsverlaufskurven auf die genannten Krankheiten an und spezifizieren die jeweiligen Aspekte der Krankheitsverlaufskurven (z. B. Unvorhersehbarkeit, körperliche Auswirkungen bei psychischen Krankheiten). Die Schweizerin Kessler-Berther (2002) nutzt die Theorie der Krankheitsverlaufskurve, um den phasenartigen Verlaufe der Fibromyalgie aus der Perspektive der Betroffenen zu beschreiben, während Gerhardt (1990, 1992) das Konzept zur Analyse der Spezifika der Krankheitsverlaufskurven bei chronisch erkrankten Nierenpatienten sowie zu Langzeitverläufen von Menschen mit koronaren Bypassoperationen anwendet.

Burton (2000) konzentriert sich in seiner Arbeit auf die Anwendung des „trajectory framework“ für die Rehabilitation von Schlaganfall-Patienten und erweitert damit die Perspektive sowohl zeitlich wie auch lokal, da im Falle der Rehabilitation das Zentrum der Versorgung nicht zwangsläufig das häusliche Umfeld sein muss. Nokes(1998) untersucht die Eignung des Krankheitsverlaufskurvenmodells für HIV-Erkrankungen und stellt dabei fest, dass das Modell grundsätzlich geeignet ist, den Verlauf von AIDS zu beschreiben. Aufgrund der Spezifika der Erkrankung bedarf das Krankheitsverlaufskurvenmodell jedoch der Anpassung auf die –von Corbin und Strauss – vorausgesetzte familiäre Unterstützung: Gegebenenfalls sind mehrere Familienmitglieder von dem Virus betroffen, so dass Unterstützungsleistungen durch die Familienmitglieder nur eingeschränkt oder überhaupt nicht möglich sind (Nokes 1991: 197ff). Murdaugh (1998) arbeitet in seiner Studie heraus, dass ein wesentliches Kennzeichen der Krankheitsverlaufskurve bei HIV-Erkrankungen die Unvorhersehbarkeit ist. Eine wesentliche Bewältigungsaufgabe besteht für die Betroffenen darin, eine Balance zwischen den sich aus dem Fortschreiten der Erkrankung ergebenden Einschränkungen und den Anforderungen des täglichen Lebens aufrecht zu erhalten (Murdaugh 1998: 59ff).

Aspekte der Versorgungspraxis durch pflegerische Dienstleistungen stehen bei Whyte (1992) im Vordergrund. Anhand einer ethnographischen Longitudinalstudie mit Kindern und Jugendlichen die an Cystischer Fibrose erkrankt waren, arbeitete sie die Rolle der Pflege heraus. Eine besondere Herausforderung besteht demnach für die Pflege darin, den Familien während des Krankheitsverlaufs eine verlässliche Unterstützung zu geben, die den Betroffene-

nen hilft, die aus der Erkrankung resultierenden Herausforderungen zu bewältigen (Whyte 1992: 317ff).

Im Mittelpunkt der Studie von Swallow und Jacoby (2001) stand die Frage, ob der Zeitpunkt der Diagnosemitteilung der Erkrankung Vesicoureteraler Reflux einen Einfluss auf das Bewältigungsverhalten von Müttern hat. Sie interviewten dazu 15 Mütter mit Kindern in der prädiagnostischen und 14 Mütter in der postdiagnostischen Phase. Im Ergebnis konnten sie feststellen, dass der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Ärzten von den Müttern vor allem in der prädiagnostischen Phase als Stressfaktor erlebt wurde. Zum anderen erleichtert eine zufriedenstellende Beziehung und intensive Kommunikation zwischen Ärzten und Müttern das Bewältigungshandeln der Mütter und fördert so den notwendigen Kompetenzerwerb dieser während späterer Phasen des Krankheitsverlaufs (Swallow/Jacoby 2001: 755ff). Ergänzend dazu stellten die Autoren fest, dass die Beziehung zwischen Eltern und Health Professionals ein entscheidender Faktor dafür ist, wie der Krankheitsprozess erlebt wird.

Vor dem Hintergrund einer ethnografischen Studie von acht an Schlaganfall erkrankten Patienten entwickelten Allen et al. (2004) das „caring trajectory game“ (CTG). Sie verbanden dazu Elemente des „trajectory framework“ (Strauss et al. 1985) und der „game theory“ von Elias (1978) „to move away from competing mono-causal explanations of service failures, to focus on the dynamics of the system (...) and those system features that make managing complex care trajectories so difficult.“ (Allen et al. 2004: 1024). Ansatzpunkt ihrer Überlegungen sind drei Kritikpunkte an dem Strausschen Modell: Zum einen fußt das Modell implizit auf dem medizinischen Modell. So sei es nach Meinung der Autorinnen angebrachter von „trajectories of care“ (Allen et al. 2004:1011) zu sprechen, um so den Beziehungen zwischen Akteuren der sozialen Arbeit und den Health Professionals Rechnung zu tragen. Weiterhin kritisieren die Autorinnen, dass die Forschergruppe um Strauss einen Schwerpunkt auf die Kontrastierung von routine und problematischen Verlaufskurven gelegt haben und somit in der Folge die Konzeptualisierung unterschiedlicher Krankheitsverlaufskurven ausgeblieben sei. Darüber hinaus sei unklar, wie und von wem problematische Verlaufskurven identifiziert werden können (Allen et al. 2004:1012). Schließlich stellen die Forscherinnen fest, dass ein Schwerpunkt der Arbeiten von Strauss et al. war, die Verlaufskurve von Patienten mit ihren entsprechenden Phasen zu beschreiben. Keine Berücksichtigung finden dabei der Kontext der Organisation, die interprofessionellen Beziehungen und der Prozess der Aushandlung von Entscheidungen (Allen et al. 2004: 1012). Anders formuliert: Strauss et al.

beschreiben die Verlaufskurven vor dem Hintergrund einer Organisation, sie bieten aber kein Konzept zur Analyse der Zusammenhänge zwischen den Rahmenbedingungen einer Organisation, gesundheitspolitischen Bedingungen und der Entwicklung einer konkreten Verlaufskurve.

Genau hier setzten Allen et al. (2004) mit ihrer Arbeit an: Anhand der „game theory“ von Elias wollen sie die Verknüpfung der organisationellen und gesundheitspolitischen Bedingungsfaktoren und der Entstehung einer „trajectory“ aufzeigen. Dazu analysierten sie acht Verlaufskurven von Schlaganfallpatienten, indem sie neben der medizinischen und pflegerischen Dokumentation auch an Hausbesuchen und interdisziplinären Besprechungen teilnahmen. Ergänzend führten die Forscherinnen Interviews mit den an der Versorgung beteiligten Health Professionals. Die Analyse der transkribierten Daten erfolgte mithilfe des Computerprogramms „Atlas ti“ und der Bildung von deskriptiven und analytischen Codes. Im Ergebnis konnten die Forscherinnen Einflussfaktoren des „caring trajectory game“ (CTG) auf der Mikro-, Meso- und Makroebene feststellen. Zur Mikroebene zählen Aspekte, die sich aus der Zusammensetzung der Gruppe ergeben. Dazu gehört neben der Anzahl der Beteiligten und ihren individuellen Normen und Werten vor allem auch die Erfahrung, die die Teilnehmer im Zusammenhang mit CTG sammeln konnten. Institutionelle Gegebenheiten wie z.B. die Organisation der medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen oder vorhandene Managementkonzepte (z.B. Clinical Pathways) gehören zum Bereich der Mesoebene. Die Verfügbarkeit von Ressourcen und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen üben einen direkten Einfluss auf die Gestaltung der „trajectories“ und sind Inhalt der Makroebene. Diese Einflussfaktoren bilden den äußeren Rahmen des CTG – die Dynamik der CTG erklärt sich nach Allen et al. (2004) aus der von Elias beschriebenen „game theory“. Demnach führen unterschiedliche Ziele, Werte und Normen der Beteiligten zu einer Zunahme der Komplexität, in deren Folge sich Gruppen und Untergruppen bilden können. Aber auch Konflikte oder Unstimmigkeiten zwischen den Beteiligten können die Ursache für einen Anstieg der Komplexität und Ungewissheit sein. Gründe für Unstimmigkeiten können nach Allen et al. (2004) unter anderem im Konkurrenzdenken der beteiligten Professionen liegen: „CTGs can be transformed into competitive games or at least contain competitive elements, thereby increasing their complexity“ (Allen et al. 2004:1018). Die Zunahme der Komplexität hat direkte Auswirkungen auf das „Spiel“. So können sich mehrere „Spiele“ gleichzeitig ergeben, die wiederum das CTG beeinflussen. Außerdem kann es zu unerwartbaren Ergebnissen kommen, wenn z. B. ein Teilnehmer Schritte unternimmt, über die andere Teilnehmer nicht informiert werden.

Im Kern sprechen die Autoren die Interaktionskomponente des Trajektkonzeptes an, wobei unklar bleibt, warum sie dazu ein weiteres Konzept hinzuziehen (game theory). Die von Allen et al. angemahnte Berücksichtigung der Mikro-, Meso- und Makroebene findet durch die konditionelle Matrix im Rahmen des Trajektkonzeptes durchaus Berücksichtigung. Darüber hinaus ist die Kritik, dass Verlaufskurven bei Strauss et al. in erster Linie medizinische Verlaufskurven sind, nicht nachvollziehbar. Im Gegenteil werden im Trajektkonzept ja gerade die verschiedenen Aspekte eines Ereignisses über einen bestimmten Zeitraum zusammengefasst. Ebenso können die von Allen et al. betonten Unterschiede der Akteure bezogen auf die Zielvorstellungen, auf Normen und Werte in der Strausschen Terminologie und Logik mit der jeweiligen Verlaufskurvenentwürfen und -plänen erklärt werden. Letztendlich bleibt kritisch anzumerken, dass Allen et al. nicht hinreichend darlegen können, worin der theoretische und praktische Nutzen der game theory für das Trajektkonzept liegt.

Entgegen dem Fokus auf chronische Krankheiten untersuchten Halcomb et al. (2005), inwieweit das Modell der Krankheitsverlaufskurven auf schwer- bzw. schwerst akut verletzte Patienten zu erweitern ist. Im Ergebnis kommen die Autoren zu dem Schluss, dass das Konzept vor allem hilfreich für Überlegungen und Planungen für die post-stationäre Zeit ist (Halcomb et al. 2005: 232 ff). Vor dem Hintergrund der untersuchten Erkrankungen erscheint dieses Ergebnis schlüssig: Die aus den Krankheiten resultierenden Folgen für die Betroffenen erfordern teils erhebliche Unterstützungsleistungen durch die Familien respektive das soziale Umfeld.

Zu einem ähnlichem Ergebnis kommen auch Höhmann et al. (1999), wenn auch hier im Zentrum langzeitpflegebedürftige Menschen standen. Die Autorinnen führen unter dem Titel „Qualität durch Kooperation“ zwei Konzepte zusammen, die die Versorgungskontinuität langzeitpflegebedürftiger, multimorbider Patienten beim Übergang zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens verbessern soll. Diese Arbeit geht zurück auf ein Modellprojekt des Hessischen Ministeriums für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit aus dem Jahre 1995. Im Mittelpunkt stand dabei die Konzeption von Maßnahmen, die der Kooperationsverbesserung und Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen dienen sollten. Gegenstand der Untersuchung waren sogenannte „Übergangssituationen“, womit der Wechsel zwischen verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens gemeint war. Die Autorinnen nutzten das Konzept der Krankheitsverlaufskurven in ihrer Arbeit als „Folie für die inhaltliche Zielbestimmung von Versorgungsqualität und (der sich) daraus ableitenden Handlungs-

erfordernisse.“ (Höhmann et al. 1999: 59). Bemerkenswert ist dieser Ansatz insofern, als dass hier konkrete Überlegungen zur Integration der subjektiven Anpassungs- und Handlungserfordernisse in die Versorgungsgestaltung getätigt werden.

Während Höhmann et al. (1999, 2002) ein modifiziertes Trajektkonzept für ihre Arbeit nutzen, greift Wingefeld (2005b) das Transitionskonzept von Meleis auf. Im Zusammenhang mit seiner Arbeit zum Entlassungsmanagement folgert er, dass das Trajektkonzept geeignet ist den Verlauf einer Krankheit zu beschreiben, für die spezifische Situation des Übergangs von einer Versorgungseinrichtung in eine andere jedoch das Transitionskonzept geeigneter ist (Wingefeld 2005b).

Das Krankheits- und Sterbeverlaufskurvenkonzept im Zusammenhang mit Krebserkrankungen, Sterben und Palliative Care

Während die bisherigen Ausführungen das Ziel hatten, einen allgemeinen Überblick über Inhalte und Schwerpunkte zu Forschungsarbeiten zum Trajektkonzept zu bieten, soll im Folgenden dargestellt werden, inwieweit das Trajektkonzept im Zusammenhang mit Arbeiten zu Krebserkrankungen, zu Sterben und Tod und zu Palliative Care angewandt wird.

So greifen zum Beispiel De Graves et al. (2005) mit dem Konstrukt „Ungewissheit“ eine zentrale Kategorie des „trajectory framework“ auf. Ausgangspunkt ihrer Arbeit war dabei die Unheilbarkeit einer Krebserkrankung. Die im Trajektkonzept beschriebene Ungewissheit wird in dieser Situation durch die prognostische Unsicherheit noch verstärkt (De Graves et al. 2005: 132ff). Ergänzend beschreiben Murtagh und Higgenson (2004) zunächst die Krankheitsverlaufskurven von krebserkrankten Menschen als eine langsame, stetige Abwärtsentwicklung, die sich dann schnell nach unten entwickelt, wenn die eigentliche Therapie des Krebses beendet wird. Weiter stellen sie heraus, dass die Frage des Versorgungskonzeptes – und damit die Frage, wann das Palliative Care Konzept zum Einsatz kommt – an vier Grundfragen geknüpft ist: „When, How, What, Who“. Alle Fragen schließen an das Konstrukt der Ungewissheit an. Deutlich wird, dass im Zusammenhang mit unheilbar kranken Menschen die Schwierigkeit der Prognosestellung (gemeint ist die Frage nach der noch zu erwartenden Lebenszeit) eine zusätzliche Quelle für die Ungewissheit darstellt (Murtagh/Higgenson 2004: 39ff).

Dass das Phänomen der Ungewissheit und Unsicherheit ein wesentliches Konstrukt der Krankheitsverlaufskurven ist, zeigen auch Wiener und Dodd (1993). Die Autorinnen schla-

gen aufgrund der Analyse von Interviewdaten, die im Rahmen einer Longitudinalstudie mit Krebspatienten erhoben wurden, vor, das Trajektkonzept um eine weitere Arbeitslinie „uncertainty abatement work“ - „Linderung von Ungewissheit/ Unsicherheit“ zu ergänzen. Notwendig wird diese Arbeit aufgrund des invasiven Charakters einer potentiell letalen Erkrankung, in deren Folge alle Lebensbereiche beeinträchtigt sind. Die Auswirkungen auf die Biografie der Betroffenen werden durch die dem Krankheitsverlauf immanente Unsicherheit potenziert. Anhand der biografischen Dimensionen Zeit, Körper und Identität zeigen die Autorinnen, wie diese von Unsicherheit durchdrungen sind und sich wechselseitig beeinflussen. Infolge dessen entwickeln die Betroffenen Strategien, um diese Unsicherheit zu bewältigen. Im Sinne der Krankheitsverlaufskurven konzeptualisieren Wiener und Dodd diese Strategien als Arbeit: Anpassung der Aktivitäten an (neue) physiologische Grenzen, Expertisierung, Suche nach Vergleichen, Rückblicke, Suche nach Zielen, Verheimlichen, Netzwerkaufbau, Entscheidungen treffen und Erholungsphasen einlegen (Wiener/ Dodd 1993). Anknüpfend daran stellt Zebrack (2000) fest, dass nach erfolgter Heilung einer Krebserkrankung sich für die Betroffenen eine „survival trajectory“ anschließt, die sich zu einer sozialen Rolle unabhängig von der Lebenserwartung entwickeln kann und ebenfalls das Phänomen der Ungewissheit – jetzt des Rezidivs – mit einschließt (Zebrack 2000: 238ff).

Die „dying trajectory“ steht im Fokus der Studie von Andershed et al. (1998). Ihre retrospektive Studie von insgesamt 67 Krebspatienten sollte ermitteln, ob und wenn ja welche Unterschiede der „dying trajectory“ zwischen Patienten einer chirurgischen Krankenstation und eines Hospizes festzustellen sind. Gemeinsam war beiden Gruppen, dass die Sterbeverläufe kurz bis sehr kurz (1 - 3 Monate) waren. Im Unterschied zu den im Hospiz betreuten Patienten wiesen die der chirurgischen Station einen schlechteren Gesundheitsstatus auf (Andershed et al. 1998: 251 ff). Im Zusammenhang mit lebensbedrohlichen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wird das „trajectory framework“ nicht nur als Bezugsrahmen herangezogen, sondern ist auch selbst Gegenstand der Forschung. So steht im Mittelpunkt einer Arbeit von Steele (2000) unter anderem die Frage, inwieweit die Theorie der Krankheitsverlaufskurven auch auf chronisch kranke Kinder anzuwenden ist. Zu diesem Zweck untersuchte sie acht Familien, in denen ein Kind an einer unheilbaren neurodegenerativen Erkrankung litt („certain death at an unknown time“). Die mittels teilnehmender Beobachtung und Interviews (29 Familienangehörige) erhobenen Daten wertete sie im Stil der Grounded Theory aus. Als Ergebnis stellt sie fest, dass die Krankheitsverlaufskurven von Kindern – analog derer Erwachsener – durch eine Verlaufsdynamik und verschiedene Phasen gekennzeichnet sind. „The trajectory, however, was not a steady decline. Instead, families lived their own lives on

plateaus of relative stability, waiting for the next crisis or a sudden decline in their child's condition." (Steele 2000: 58). Als ein weiteres Forschungsergebnis stellt die Autorin fest, dass sich während der sogenannten "plateaus", stabilen Phasen also, die Eltern sich häufig von den Health Professionals allein gelassen fühlten. Ergänzend arbeitet sie heraus, dass infolge des „dropping of the plateau“, also dem Übergang von einer stabilen zu einer instabilen Phase oder einer Krise, der Zustand des Kindes nie wieder so war wie vor der Krise oder der instabilen Phase. Infolgedessen investierten die untersuchten Eltern viel „Arbeit“ in den Versuch, die Phase des „plateau“ solange wie möglich aufrecht zu erhalten. „They concentrated on making the best of the abilities their child still had and worked hard out to prevent further losses.“ (Steele 2000: 61). Deutlich wird darüber hinaus, dass der von Corbin und Strauss geprägte Begriff der „Arbeit“ und die entsprechenden biografischen, alltagsbezogenen und krankheitsbezogenen Handlungen ebenfalls von Familien, die ein schwerkrankes sterbendes Kind versorgen, geleistet werden.

Während also bei Steele (2000) die Adaption der Krankheitsverlaufphasen auf die Situation kindlich onkologischer Krankheiten sowie die Übertragung des Konzeptes der Arbeit auf die von den Eltern zu leistenden Tätigkeiten steht, widmen sich Woodgate und Degner (2004) mit dem Aspekt der Symptombewältigung durch die Kinder und ihre Familien einem spezifischen Aspekt der Krankheitsverlaufphasen. Die Autorinnen haben dazu eine Longitudinalstudie durchgeführt, die klären sollte, wie die betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihre Familien die im Zusammenhang mit der Krebserkrankung selbst stehenden oder die aufgrund therapeutischer Interventionen auftretenden Symptome (z.B. Übelkeit, Müdigkeit, Veränderungen der Blutwerte) erleben und managen. Im Ergebnis formulieren Woodgate und Degner (2004) die eigenständige Theorie 'Children's and Families' Lived Experience of Childhood Cancer Symptoms'. Ausgehend von der Kernkategorie 'passage through the transition periods' werden darin die von den Forschern beschriebene „symptom trajectory“ mit „transition periods“ verbunden. Aufgrund ihrer Studie konnten Woodgate und Degner (2004) zeigen, dass nicht nur die Symptome selbst als belastend erlebt werden, sondern vor allem die raschen Wechsel der Symptome das Leben der Betroffenen massiv beeinträchtigen. Zudem stellen sie fest, dass eine interdependente Beziehung zwischen dem Auftreten oder Nicht-Auftreten von Symptomen, der Krebserkrankung und der Lebenssituation der betroffenen Familien besteht. Die „transition periods“ der erlebten Symptome verstärken die Dynamik des Krebslebens und nehmen einen erheblichen Einfluss auf die Gestaltung des täglichen Lebens. Die Autorinnen folgern, dass im Rahmen einer Krebsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen das Konzept „symptom trajectory“ in Verbindung mit den „transition periods“

insofern Berücksichtigung finden sollte, als dass die mit der Erkrankung oder Therapie in Zusammenhang stehenden Folgen (= Symptome) als eigenständige Transition/Übergang zu sehen sind und diese in der Versorgung Berücksichtigung finden sollten.

Ausgehend von diesen Ergebnissen beschreibt Woodgate (2006) die Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Betroffenen und ihre Familien aus deren Perspektive. Vor dem Hintergrund des Interaktionismus wertete sie Interviews mit betroffenen Familien aus. Im Ergebnis kann sie feststellen, dass die Krankheit gravierende Auswirkungen auf die einzelnen Familienmitglieder hat. Die Kernkategorie: 'life is never the same' drückt das Ausmaß der Beeinträchtigung auf alle Lebensbereiche und sich daraus ableitenden Konsequenzen auf die Biografien aller Familienmitglieder aus. Unter der Kernkategorie subsumiert Woodgate die Kategorien: "losses: shared and unique; (2) moving forward, moving on; and (3) it is never over with... always a waiting game" (Woodgate 2006: 8 ff). Diese Ergebnisse zeigen, dass die umfassenden, alle Lebensbereiche betreffenden Auswirkungen einer Krankheit im Falle einer kindlichen Krebserkrankung die gesamte Familie betreffen.

Ziel der qualitativen Studie von Gravelle (1997) ist es, Spezifika der Krankheitsverlaufskurve chronisch kranker Kinder zu ermitteln. Sie interviewte dazu acht Elternpaare, deren Kinder an einer chronischen, progressiven Krankheit litten und komplexer, zeitintensiver Pflege bedurften. Als zentrale Kategorie kristallisierte sich „facing adversity“ (Gravelle 1997: 740) heraus, welche vor dem Hintergrund der Krankheitsverlaufskurve entsteht und in direktem Zusammenhang mit dem wechselnden gesundheitlichen Zustand des Kindes steht. „Facing adversity“ ist als ein Prozess konzeptualisiert, der aus zwei Komponenten - „defining adversity“ und „managing adversity“ - besteht, die eng miteinander verwoben sind. Die erste Komponente ergibt sich aus der individuellen familiären Situation. Dazu zählen zunächst der gesundheitliche Zustand des betroffenen Kindes beziehungsweise der Familie (z. B. Anzahl der betroffenen Kinder), die Einstellungen und Haltungen der Familie zu der Krankheit (z. B. Umgang mit Verlusten) und schließlich das Ausmaß der Beeinträchtigungen. Die zweite Komponente „managing adversity“ ergibt sich aus den Veränderungen des Gesundheitszustandes der betroffenen Kinder. Die Eltern wenden verschiedene Strategien an, um diese zu bewältigen: Informieren, Verhandeln, Planen, Nutzen von Ressourcen. Analog dem Krankheitsverlaufskurvenmodell von Corbin und Strauss beschreibt die Autorin den prozesshaften Charakter diese Verläufe und die Tatsache, dass diese nie abgeschlossen sind. Vor dem Hintergrund neuer intensiverer therapeutischer Möglichkeiten kindlicher Krebserkrankungen fokussiert Fochtman (2006) die mit der Therapie in Zusammenhang stehenden Beeinträchti-

gungen der betroffenen Kinder, die sie neben somatischen und psychosozialen auch auf spirituelle Aspekte bezieht. Ausgehend von den teils massiven Auswirkungen der Therapien erläutert Fochtman das Phänomen des „Leidens“ und leitet daraus die Notwendigkeit ab, neben exzellenter Symptomkontrolle das „Leiden“ der betroffenen Kinder und Jugendlichen als eigenständiges Phänomen individuell zu erfassen. Wesentliche Voraussetzung dafür ist nach Ansicht der Autorin, dass die Beeinträchtigungen neben dem von den Health Professionals und den Eltern vorgenommenen Fremdeinschätzungen durch Selbsteinschätzung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ergänzt werden muss. Nur so könne eine umfassende Betreuung im Rahmen des Krankheitsprozesses gewährleistet werden, die damit auch das von den Kindern und Jugendlichen erlebte Leiden beeinflussen könnte (Fochtman 2006: 92 ff). Ohne explizit darauf zu verweisen, knüpft sie damit an den von Riemann und Schütze herausgearbeiteten Aspekt des Leidens und Erleidens an (s.o.).

Burke et al. (2000) gehen in ihrer Studie der Frage nach, inwieweit die Phasen „life threatening, declining, and stable, optimistic“ der Verlaufskurvenentwürfe chronisch kranker Kinder zwischen Health Professionals und Eltern übereinstimmen. Die Vorstellung der Health Professionals ermittelten sie anhand der medizinischen Dokumentation. Die Sichtweise der Eltern wurde an zwei Messzeitpunkten anhand ausgewählter Items aus drei psychometrischen Fragebögen rekonstruiert. Im Ergebnis können Burke et al. (2000: 31) eine Übereinstimmung der Verlaufskurvenentwürfe von Health Professionals und Eltern in 63 % der 115 untersuchten Fälle feststellen. Allerdings stellen die Forscher unterschiedliche Einschätzungen der Ernsthaftigkeit einer Krankheit fest. Während 35 % der Eltern glaubten, dass die Erkrankung ihres Kindes lebensbedrohlich sei, würden dem nur 15 % der Health Professionals zustimmen (Burke et al. 2000: 31).

4.2 Kommunikation und Interaktion

Kommunikation und Interaktion zwischen Health Professionals

Das erkenntnisleitende Interesse dieser Untersuchung erfordert es, auch Studien, die die Kommunikation und Interaktionen zwischen Health Professionals zum Gegenstand haben, darzulegen. Aufbauend auf diesen wird dann in einem zweiten Schritt der Blick verdichtet auf Studien, die sich der kommunikativen und interaktiven Bearbeitung von Sterben und Tod in beruflichen Zusammenhängen widmen. Grundsätzlich lassen sich Forschungsarbeiten, die sich mit kommunikativen und interaktiven Prozessen zwischen den Gesundheitsprofessionen beschäftigen, verschiedenen Themen zuordnen. Zum einem handelt es sich dabei um Studien, die sich mit den Bedingungen und Voraussetzungen interaktiver Prozesse beschäftigen, zum anderen existieren Arbeiten, die Inhalte, Kennzeichen und spezifische Strategien der Gesprächsorganisation zum Thema haben. Mit Blick auf diese Einteilung muss aber gleichzeitig konstatiert werden, dass vor einem interaktionistischen und konversationsanalytischen Hintergrund die Trennung von Inhalten, Bedingungen, Kennzeichen und Voraussetzungen eine künstliche ist, da im Vollzug des interaktiven Geschehens diese Aspekte wechselseitig zwischen den Akteuren konstruiert werden und im prozesshaften Verlauf aktualisiert werden. Gleichwohl ermöglicht eine solche Einteilung einen Überblick über relevante Forschungsergebnisse, die ansonsten aufgrund der Komplexität des Gegenstands nicht darstellbar wären.

Bedingungen und Voraussetzungen

Ausgangspunkt der Arbeit von Svensson (1996) sind die veränderten Bedingungen innerhalb des Gesundheitswesens, die konkrete Auswirkungen auf die interaktiven Prozesse haben: „the conditions for these negotiations between professionals have changed fundamentally during the past decade.“ (Svensson 1996: 381). Zu diesen Veränderungen zählt der Autor neben einem veränderten Rollenverständnis der Health Professionals auch Modifikationen des Aushandlungsspielraums selbst: „the field of negotiation has widened; rules and norms that once were scarcely negotiable are now possible and legitimate to modify.“ (Svensson 1996: 381). Die Veränderung des „negotiation context“ gehen nach Svensson unter anderem auf das sich wandelnde Krankheitsspektrum von akuten hin zu chronischen Krankheiten zurück. Diese Entwicklung führt zum einem zu einer Erweiterung der Wissensbasis der an der Versorgung beteiligten Professionen, zum anderem aber auch zu einer Einbeziehung psychosozialer Aspekte in die Versorgung der Patienten (Svensson 1996: 384). Parallel dazu kommt es zu einer Umstrukturierung der Arbeitsorganisation auf den Stationen der Krankenversorgung von einer tätigkeitsgeleiteten Funktionspflege zu einer umfassenden Pflegeorganisation in Form von

Gruppenpflege oder Primary Nursing, die auch die Einrichtung von gemeinsamen Übergaben zwischen Ärzten und Pflegenden beinhaltet. Am Beispiel der Entlassung von Patienten macht Svensson den reziproken Einfluss des Aushandlungskontextes einerseits und der konkreten Interaktion andererseits deutlich: „In a wider perspective, the negotiation deals with the norms and values which should apply on the ward regarding discharges: in other words, with the issue of who is to be considered a ‘fully treated’ patient.” (Svensson 1996: 387). Dabei sind diese Regeln und Normen eben nicht statisch, sondern sie sind Gegenstand der Interaktion zwischen den Health Professionals. Voraussetzung für diese Aushandlungsprozesse ist nach Ansicht Svenssons der veränderte „negotiation context“. Der Autor schlussfolgert, dass „By regarding the social order on the wards as a negotiated order, attention is directed toward the process which contribute to preserving and reacting that order. It is also focused on the participants` active roles in those processes. Through this approach we can better understand how the decisions are actually made, how rules and norms for work on the ward are changed, and how the control and sanction process function. ” (Svensson 1996: 395). Bedingung für diese Aushandlungsprozesse, an deren Ende die Normen und Regeln (soziale Ordnung) stehen, ist der Aushandlungskontext. Anders formuliert arbeitet Svensson die Interdependenz zwischen Struktur und Prozess deutlich heraus.

Ähnlich dem Ansatz von Svensson sehen Iedema und Scheeres (2003) und Iedema (2006) einen Zusammenhang zwischen Struktur und Prozess, der Auswirkungen auf die kommunikativen und interaktiven Handlungen der Akteure hat. Die Autoren sehen dabei die Veränderungen der Arbeitswelt als Bedingung für neue Anforderungen an die Arbeitnehmer im Bezug auf Kommunikation und Interaktion. Anhand einer Untersuchung in einem Produktionsbetrieb für Glücksspielautomaten und einem Krankenhaus stellen sie fest, dass unabhängig vom Auftrag der Institution „workers across a variety of sites are being confronted with having to renegotiate their knowing, their doing, and their worker identity.“ (Iedema/Scheeres 2003: 316). Die Vergleichbarkeit beider Institutionen bezieht sich dabei nicht auf deren Ergebnisse, sondern auf die Implikationen, die die Veränderung der Arbeitsbedingungen mit sich bringt. Von Bedeutung in diesem Zusammenhang sind dabei Problemlösungsstrategien und Standardisierungsprozesse, insofern sie die Arbeit im und mit einem Team betreffen: „These team situations mean that we have to learn to be effective team members who can participate successfully in activities and interactions newly added to our job descriptions.“ (Iedema/Scheeres 2003: 318). Als zentralen Prozess, der von den Beteiligten geleistet werden muss, identifizieren die Autoren „textualization of the workplace“ (Iedema/Scheeres 2003: 318), was den Prozess des Redens während der Arbeit zu Reden über die Arbeit umfasst:

„textualisation is about shifting the goal posts from doing work with talk enabling it, towards talking about and re- negotiating work, other and self.“ (Iedema/Scheeres 2003: 334). In der Konsequenz erwächst daraus ein anderer Umgang mit der Arbeit und vor allem auch eine Neupositionierung bzw. Neu- Konstruktion der eigenen Rolle und Identität im jeweiligen Team. Die Veränderungen der Arbeitswelt bedingen also nicht nur Erwartungen in Bezug auf Wissens- und Fähigkeitserweiterungen, sondern auch in Bezug auf die eigene Rollenerwartung: „Instead, they are expected to move beyond their positions as process worker or doctor, to positions where identity and self become objects for intervention and invention.“ (Iedema 2003: 335). Im Rückgriff auf den Prozess der „textualisation“ wird die Bedeutung der Kommunikation und Interaktion deutlich: Sprachliche Äußerungen stellen die Grundlage für die Konstruktion der eigenen Identität innerhalb eines Arbeitsprozesses dar, wobei Sprache als „socio- political and strategic means to enacting and (re) negotiating identity and positioning.“ (Iedema/Scheeres 2003: 335) verstanden wird. Anders formuliert werden anhand von Kommunikation und Interaktion nicht nur Inhalte der Arbeit verhandelt, sondern auch Rollen und Identitäten der am Prozess Beteiligten. Eine besondere Herausforderung ergibt sich dabei aufgrund der sich aus den Veränderungen der Arbeit ableitenden „textualization“.

Dass die spezifischen Rollen und Identitäten keine statischen Größen sind, sondern Ergebnis eines interaktiven Konstruktionsprozesses zwischen den Beteiligten, ist auch Gegenstand der Arbeit von Housley (1999). Der Autor hat dazu multidisziplinär besetzte Teambesprechungen audiotechnisch aufgenommen und anhand einer Verbindung aus Konversationsanalyse und „Membership Categorization Analysis“ ausgewertet. Anhand dieser Analyse kann Housley zeigen, dass die je spezifische Rolle eines Akteurs keine statische ist, sondern das Ergebnis der wechselseitigen Aushandlung und Zuschreibung zwischen den Beteiligten darstellt: „role as an interactional device and resource that is reflexively oriented to, accomplished, contested, negotiated and deployed during the course of the everyday work of team members in meetings.“ (Housley 1999: 13). Der Autor orientiert sich damit an einer interaktionistischen Haltung, die im Unterschied zu einer deterministischen Auffassung Rollen und Identitäten nicht als feststehende Fakten betrachtet, die konsekutiv für das interaktive Geschehen sind, sondern als im Verlauf der Interaktion ausgehandelte und festgestellte. Mit anderen Worten geschieht die konkrete Ausgestaltung der Rollen aufgrund der Interaktion der Handelnden und ihrer je spezifischen Situationsdefinition. Etwas vereinfacht könnte man sagen, dass nicht erst die Rolle „da ist“ und sich das interaktive Geschehen darauf aufbaut, sondern dass aufgrund des interaktiven Geschehens die Rollen konstruiert werden, die dann wiederum im Prozess der Interaktion wirksam werden und somit Teil der sozialen Ordnung werden: „Role is not

imposed from above, but is an emergent property of team members' work within meetings.“ (Housley 1999: 13).

Ungeachtet dieser Ergebnisse konnten Suter et al. (2009) nachzeichnen, dass Praktiker der Gesundheitsversorgung ein spezifisches Rollenverständnis als Notwendigkeit für effektive Zusammenarbeit ansehen. Ziel ihrer Studie war es, die Kompetenzen zu identifizieren, die von Praktikern als Voraussetzung für multiprofessionelle Kooperation angesehen werden. Sie führten dazu halbstrukturierte Interviews mit Health Professionals durch, wobei die Mehrzahl der Beteiligten der Profession der Pflege angehörte. Befragt nach ihren Vorstellungen über Voraussetzungen für effektive Zusammenarbeit antworteten die Teilnehmer der Studie, dass neben kommunikativen Fähigkeiten das Anerkennen und das Respektieren der Rollen der anderen Teammitglieder ausschlaggebend seien: „Understanding and appreciating professional roles and responsibilities and communicating effectively emerged as the two perceived core competencies...“ (Suter 2009: 48). Weitergehend seien Probleme und Konflikte im Team zurückzuführen auf die Unklarheit und Uneindeutigkeit der Rollen und der Verantwortlichkeiten der verschiedenen Disziplinen bei der Patientenversorgung. Dieser Befund widerspricht auf den ersten Blick den bisher angeführten, nach denen Rollen und Identitäten Ergebnisse eines interaktiven Prozesses sind. Bei genauerer Betrachtung jedoch wird dieser scheinbare Gegensatz erklärbar: Auf der einen Seite geht es um Vorstellungen von Health Professionals über Voraussetzungen für Teamarbeit, auf der anderen Seite geht es um den Vollzug der im täglichen Arbeitsprozess stattfindenden interaktiven und kommunikativen Prozesse. Weitergehend kann der Wunsch nach eindeutigen Rollenzuschreibungen auch als Indiz für die Konstruktionsprozesse gesehen werden: Eben weil die Rollen und Identitäten im interaktiven Prozess hergestellt werden und immer wieder Teil eines Aushandlungsprozesses sind, fehlt eine klare und eindeutige Zuschreibung. Dies kann auf Seiten der Akteure zu Verunsicherungen führen, die dann den Wunsch nach klaren Rollenzuschreibungen erklärbar machen.

Kennzeichen und spezifische Verfahren

Während Meier (2002) in seiner Studie zu Arbeitsbesprechungen in verschiedenen betrieblichen settings als wesentliche Charakteristika unter anderem die Steuerung und Strukturierung der thematischen Progression sowie eine zyklische Verlaufsstruktur der Gespräche identifiziert, kommt Opie (1997a, 1997 b) bezogen auf multidisziplinäre Teambesprechungen in Einrichtungen der gesundheitlichen Primärversorgung zu einem anderem Ergebnis. Als wesentliche Kennzeichen multidisziplinärer Teambesprechungen identifiziert die Autorin die „heterogeneous sources in different disciplinary perspectives and the fragmented representa-

tions of knowledge which result from the flow of conversation among the various members of the team.” (Opie 1997a: 9). Diese Aspekte sieht Opie (1997a: 9). als maßgeblich dafür an, dass „the most common mode of representing knowledge adopted by team members is narrative.” Die Themenprogression erfolgt nicht strukturiert, sondern in Form von Erzählungen/Berichten einzelner Teammitglieder zu ihren Erfahrungen oder Wissensbeständen über einzelne Patienten, die entsprechend medizinische, psychologische oder organisatorische Schwerpunkte haben. Die lose Aneinanderreihung erfolgt dabei ohne thematische Strukturierung, wobei sich aus allen Berichten und den sich gegebenenfalls anschließenden Diskussionen am Ende eine „story line“ (Opie 1997a:10; 12) ergibt, die als gemeinsame Leistung des Teams verstanden werden muss („team as a corporate author“). Mehr noch, so schlussfolgert Opie, fördert diese wechselseitige Interaktion die Identifikation der einzelnen Disziplinen mit dem Team: „Making their shared and unique knowledge explicit in this evolving story about the service user is a fundamentally important means by which they can make manifest the team dimension of their individual work.” (Opie 1997a: 10). Gleichzeitig kann Opie (1997 a, b) zeigen, dass aufgrund der fehlenden thematischen Strukturierung und Steuerung die Möglichkeiten einer genaueren Analyse der berichteten Episoden ungenutzt bleiben. Anders formuliert werden Episoden berichtet – nicht aber vor dem Hintergrund des gemeinsamen Wissensbestandes oder aus professionsspezifischer Perspektive reflektiert und analysiert, so dass „the problem is defined in pre- established boundaries.“ (Opie 1997 a:16) und die Chancen einer multidisziplinären Analyse und Reflektion nicht genutzt werden. So werden z. B. problematische Situationen lediglich aus Sicht des Teams, nicht aber aus der Perspektive des Patienten geschildert oder die Probleme werden individualisiert. Als weitere Kennzeichen der Teambesprechungen nennt die Autorin:

- Unklarheit über die Relevanz von Themen
- Deskriptive Sprachformen
- Kaum analytische Diskussionen
- Häufige Unterbrechungen
- Überlappungen
- Abrupte Themenbrüche
- Schwerpunktsetzung auf medizinisch- therapeutischen Themen (Opie 1997 a, b).

Einen ähnlichen Befund stellen Hinojosa et al. (2001) in ihrer Studie eines speziellen frühkindlicher Förderprogramms fest. Ihre Datengrundlage umfasst sowohl Teambesprechungen wie die klinische Praxis. An den Besprechungen nahmen neben Lehrern, Sozialarbeitern, Logopäden, Ergotherapeuten auch Physiotherapeuten teil. Auch hier verliefen die Besprechun-

gen ohne reflexive Diskussionen über die Versorgung und Therapie betreffende Inhalte, sondern sie sind eher durch einen durch die Aneinanderreihung verschiedener Informationen gekennzeichnet (Hiojosa et al. 2001: 216). Die Autoren beschreiben die Kommunikation während der Besprechungen als „formal- administrativ“, was sie in erster Linie auf organisatorische und formale Gründe (Zeitmangel, bürokratische Erfordernisse etc.) zurückführen. Für die jeweiligen Teambesprechungen existierten klare Vorgaben in Form einer Leitung und Agenda. Nach Ansicht der Autoren orientierten sich die Teilnehmer an dieser formalen Struktur, was in der Konsequenz dazu führte, dass „This structure, however, appeared to restrict other components of communication that are typically associated with team collaboration, such as the discussion of different viewpoints, negotiation, and consensus building.“ (Hinojosa et al. 2001: 217).

Grundsätzlich können die Autoren zwei unterschiedliche therapeutische Ansätze der Behandlung identifizieren. Während die Health Professionals individuelle, an rehabilitativen Zielen orientierte Fortschritte in den Mittelpunkt ihrer Therapie stellen, sehen die anderen beteiligten Akteure die emotionalen und sozialen Fortschritte der Patienten als prioritär an. Allerdings werden diese unterschiedlichen Ansätze der therapeutischen Ziele nicht in den Besprechungen thematisiert oder diskutiert. Weitergehend stellen die Autoren fest, dass „None of the professionals adapted their actions to reflect the family goals identified at the team meetings. Thus, both the educational and treatment programs were dominated by the teams` interpretations of the child`s individual needs.“ (Hiojosa 2001: 210). Vorherrschend sind also hier die Einschätzungen der Akteure über die Bedürfnisse der Patienten, weniger ausschlaggebend waren die von den Familien angestrebten Ziele der Behandlung. Anders formuliert: „However, the service delivery model was medically focused, and the family`s unique contributions were considered peripheral to programming.“ (Hinojosa 2001: 218).

Während Hiojosa et al. (2001) lediglich feststellen, dass das medizinische Modell die Diskussionen dominiert, fragt Arber (2008) in ihrer Arbeit nach den Konsequenzen für die Kommunikation und Interaktion. Ausgangspunkt ihrer Studie ist dabei zunächst die Frage, wie multiprofessionelle Teams kommunizieren, welche rhetorischen Aspekte kennzeichnend sind und welche Bedeutung dies auf die interprofessionelle Interaktion, Kollegialität und Entscheidungsfindung hat (Arber 2008: 1325). Die Autorin hat dazu Teambesprechungen in unterschiedlichen Palliative Care Settings (Krankenhaus, stationäres Hospiz, ambulante Palliative Care Teams) untersucht. Unabhängig vom Setting konnte sie den Einsatz von Fragen als strategisches Mittel zur Steuerung der Kommunikation identifizieren: „The overarching theme

identified in the data is the strategic use of questions to manage the boundary between one discipline and another.“ (Arber 2008: 1326). Der Gebrauch von Fragen als strategisches Mittel der Kommunikation wird dabei in erster Linie von den Pflegekräften eingesetzt, dies häufig in Kombination mit Vagheitsausdrücken. Arber (2008) erklärt diesen Umstand damit, dass es den Pflegenden so möglich ist, medizinische Themen anzusprechen, ohne dabei unhöflich oder übergriffig wirken zu müssen. „By interrogating the consultant’s medical know-how, the [nurse] treats him as a medical oracle. This achieves his expertise in relation to medicine and enables her to enter into medical discourse while maintaining the consultant’s footing as a medical expert. This system enables them to do interprofessional work in a manner that is mutually constructed.“ (Arber 2008: 1328) Das rhetorische Mittel der „Frage“ wird also zu einem strategischen Mittel der Pflegenden, die so Einfluss nehmen auf die „action trajectory“ (Arber 2008: 1331), und zwar dergestalt, dass z. B. die Tagesordnung verändert wird, Entscheidungen herbeigeführt oder Vorschläge gemacht werden (Arber 2008: 1332). Entscheidend aus interaktionistischer Perspektive ist der wechselseitig zwischen den Akteuren hergestellte prozessuale Verlauf des Entwicklungsgangs.

Inhalte

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt ist eine Trennung von Inhalt und Struktur vor dem Hintergrund einer interaktionistischen Perspektive künstlich und dient lediglich dazu, einen Überblick über entsprechende Forschungsarbeiten zu erlangen. Ein Schwerpunkt liegt dabei in der Frage, wie innerhalb der gesundheitlichen Versorgung medizinisches Wissen (re)produziert wird. Anders formuliert geht es darum, wie medizinisches Wissen in der täglichen Praxis artikuliert wird, welche rhetorischen Strukturen verwandt werden, wie Plausibilität hergestellt wird und wie Relevanz anhand rhetorischer Strukturen erzeugt wird.

Diese Fragestellungen waren Gegenstand einer Studie von Atkinson (1995), der dazu in zwei hämatologischen Abteilungen in den USA und Großbritannien an täglichen bzw. wöchentlichen Fallbesprechungen teilgenommen hat. Grundsätzlich stellt der Autor dazu fest, dass die Produktion, Reproduktion und die Anwendung von medizinischem Wissen in der täglichen Praxis von einer breiten Palette von Fähigkeiten und Fertigkeiten abhängig ist. Zu diesen zählen wesentlich kommunikative Aspekte: „Medical work and medical knowledge are enacted within an oral culture.“ (Atkinson 1995: 90). Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist dabei die Frage, wie medizinische Fälle zu solchen werden, oder anders formuliert, wie medizinische Fälle konstruiert werden. Dazu stellt Atkinson (1995: 93) zunächst fest, dass „The cases are produced by the case-talk itself.“ Diese Aussage meint nun allerdings nicht, dass Krankheiten

erst durch die Kommunikation über sie `entstehen`, sondern dass die (medizinischen) Fälle anhand der Kommunikation über sie konstruiert werden: „physicians repeatedly produce the cases they discuss, and they discuss the cases they produce.“ (Atkinson 1995: 94). Entscheidend ist dabei die Art und Weise, wie dies geschieht: „from professional records to professional narratives, as cases are constructed as oral performances in rounds and conferences.“ (Atkinson 1995: 92), oder anders formuliert werden Patienten aufgrund der spezifischen Art und Weise der Berichtsform zu medizinischen Fällen. Der Autor identifiziert dazu verschiedene syntaktische Formen und Phrasen und die Verwendung von spezifischen Redewendungen (‘liturgische Elemente`), die für die jeweilige Organisation charakteristisch sind. Gleichwohl lassen sich wiederkehrende Elemente der Falldarstellungen identifizieren: „Histories presented in rounds generally begin with a sentence introducing the patient and the presenting problem. This is followed by the history of the patient’s problem and its management and then by a list and summary of the present problems in each organ system, presented in order of importance. Because social aspects of the case are always presented (if at all) only after medical problems have been discussed, the sematic structure of the base presentation attests to the relatively low priority accorded to social issues...“ (Anspach zit. n. Atkinson 1995: 94). Mit anderen Worten erfolgt die Konstruktion medizinischer Fälle in Teambesprechungen aufgrund der spezifischen Art und Weise der Darstellung, die in Form eines Berichtes umgesetzt wird. Die damit einhergehende Herstellung von Plausibilität und Relevanz lässt den individuellen Patienten lediglich als Träger von physiologischen bzw. pathophysiologischen Zuständen erscheinen. Der Mechanismus von Fallkonstruktionen besteht somit darin, mittels Kommunikation ein biomedizinisches Verständnis zwischen den Health Professionals zu erlangen (Atkinson 1995: 109).

Zusammenfassend schlussfolgert Atkinson (1995: 109, Herv. i. O.): „Disease is accomplished through narrative... Most importantly, it is precisely the narrative that establishes the story as a case. For a story to count as a case, it is not merely a listing of signs, symptoms and test results. The narrative provides a framework within which that story takes shape...it constricts the case as a topic of medical discourse, and establishes the parameters of what is noteworthy....The achievement of a biomedical case therefore rests on the distinctive rhetoric of medical talk. The case presentation reconstructs events and inferences into a career for the patient, and the course of the disease.“ Mit anderen Worten beruht die Zuschreibung eines Menschen als Patienten (und somit als medizinischen Fall) ebenso wie der sich dann anschließende prozesshafte Verlauf der Krankheit („illness trajectory“, s. a. 3.5) auf der je spezi-

fischen Situationswahrnehmung- und deutung der im Prozess involvierten Akteure, die diese in Form von medizinischen Berichten darlegen.

Die standardisierte, an medizinischen Kriterien orientierte Falldarstellung scheint dabei nicht ausschließlich ein Charakteristikum akutmedizinischer Versorgung zu sein. So kann Wittenberg-Lyles (2005) vor dem Hintergrund interdisziplinärer Besprechungen eines Hospizes zeigen, dass auch hier die Falldarstellung einem festen Schema folgt. Dazu nennt der zuständige Case Manager den Namen, das Aufnahmedatum, die medizinischen Diagnosen, die medizinische Krankengeschichte, die Medikation und schließlich Angaben zum Vorhandensein von Patientenverfügungen und Vollmachten. Sofern bereits bekannte Patienten Gegenstand der Besprechungen sind, erfolgt die Darstellung im verkürzten Format und mit zusätzlichen Informationen zur Schmerztherapie (Wittenberg-Lyles 2005: 1383). Sofern psychosoziale Informationen vermittelt werden, haben diese einen funktionalen Charakter: Entweder sie dienen der Verdeutlichung von Pflege/ Versorgungszielen, oder sie werden im Zusammenhang mit Trauerprozessen der Familienmitglieder thematisiert. Eine dritte Option besteht in der Rechtfertigung bzw. Diskussion über die Einbeziehung zusätzlicher Disziplinen in die Versorgung. Eine Thematisierung bezogen auf die konkrete Situation des Patienten, die z. B. seine Wünsche und Vorstellungen oder auch seine Gedanken und Sorgen bezüglich seiner verbleibenden Lebenszeit beinhalten könnte, findet nicht statt, noch werden psychosoziale Gesichtspunkte als ein wesentlicher Aspekt des menschlichen Lebens anerkannt und entsprechend in die Versorgung integriert. Die Autorin interpretiert dieses Vorgehen als eine Strategie der Health Professionals angesichts des Sterbens und des Todes der Patienten handlungsfähig zu bleiben. Dafür spricht auch der Umstand, dass, sofern Patienten versterben, diese Tatsache lediglich mitgeteilt, jedoch keinerlei weitere Informationen zu den Umständen gegeben werden. Nach Ansicht der Autorin erzeugt die Angabe von psychosozialen Aspekten und dem Tod von Patienten eine dialektische Spannung, die zugunsten der Akzentuierung medizinisch-somatischer Informationen aufgelöst wird: „the standardized sharing process does not allow the discussion of patients` deaths, and thus, the dialectical tension triggered by trying to meet psychosocial care goals is dismissed. Rather, this dialectical tension is internalized by team members and functions to keep information medically focused.” (Wittenberg-Lyles 2005: 1388).

Die Frage, wie Patienten konstruiert und prozediert werden, ist auch Gegenstand der Studie über eine pädiatrische Abteilung eines Krankenhauses in Großbritannien, die von White (2002) vorgelegt wurde. Die Autorin hat dazu im Rahmen nicht-teilnehmender Beobachtung

sowohl übergreifende Klinikbesprechungen wie auch Stationsbesprechungen, Teambesprechungen und weniger formale Kommunikationen zwischen den Health Professionals (z. B. vor oder nach einer Besprechung) audiotekhnisch aufgezeichnet und zusätzlich dazu die Krankenakten gesichtet. Hintergrund ihrer Arbeit ist die Schwierigkeit der Diagnosefindung bei Kindern und Jugendlichen, da die beschriebenen Symptome nicht zwangsläufig auf eine somatische, psychische oder soziale Ursache zurückzuführen sind (z. B. nächtliches Einnässen, Entwicklungsverzögerungen). Entsprechend steht im Mittelpunkt der Studie die Frage, wie die Fälle in die verschiedenen Kategorien (somatisch, psychisch, sozial) eingeordnet werden – oder anders formuliert, wie die Konstruktion und Prozedierung der Fälle im klinischen Alltag vollzogen wird. Dazu stellt sie zunächst fest: „Wherever it takes place, talk does particular ordering work. It turns symptoms and events into cases which are recognisable to members and can be processed using one or more of a range of potential disposals.“ (White 2002: 412). Erkennbar ist der Ansatz der Atkinsons (s.o.), der ebenso davon ausgeht, dass im Vollzug des Sprechens über einen Fall dieser damit konstruiert wird. Die Autorin kann anhand ihrer Analyse aufzeigen, welche Spezifika der Darstellung kennzeichnend für die Konstruktion von medizinischen, psycho- sozialen und Grenzfällen beider Bereiche sind. Im Unterschied zu den medizinischen Fällen, bei denen der Schwerpunkt auf der Nennung der physiologischen bzw. pathophysiologischen Vorgängen liegt und die Eltern lediglich in indirekter Form erwähnt werden, liegt der Schwerpunkt der Konstruktion bei psycho- sozialen Fällen auf der Beschreibung der Familie als Ganzes, sowie auf einer Akzentuierung problematischer Ereignisse. Zudem werden in diesen Zusammenhängen eher extreme Formulierungen (z. B. Steigerungen) gebraucht, die in der Regel der Charakterisierung des elterlichen Verhaltens als abweichend oder nicht ‘normal’ dienen. Im Ergebnis wird dann die Familie als Ganzes als Fall konstruiert, während bei den somatischen Krankheiten das Kind als Fall identifiziert wird und die Rolle der Eltern findet, wenn überhaupt, marginal Erwähnung.

Darüber hinaus kann White (2002: 428) zeigen, dass neben diesen Aspekten die Bewertung der Elternrolle immanenter Bestandteil der Konstruktionsprozesse ist: „normative judgements about parents are a routine feature of the work.“ Die Kategorisierung erfolgt dabei gemessen an dem Verhalten der Eltern ihren Kindern gegenüber als „good or bad parents“ (White 2002: 429), wobei diese Einordnung nicht selten auf die Kinder als „good or bad patients“ übertragen wird bzw. die Eltern selbst als „good or bad patients“ kategorisiert werden. Die normative Bewertung umfasst dabei auch die Beurteilung der elterlichen Liebe sowie die Einschätzung der intellektuellen Fähigkeiten der Eltern (White 2002: 429). Im Ergebnis kann White (2002) zeigen, dass Konstruktionsprozesse medizinischer und psycho- sozialer Fälle nicht aus-

schließlich anhand medizinischer/ wissenschaftlicher „Fakten“ erfolgt, sondern auch immer normative und moralische Beurteilungen über die betroffenen Kinder und ihre Familien das Gesamtbild des „Falls“ prägen: „By examining how clinicians tell cases, we can see how science, seasoned professional ‘know-how’ and moral judgement coexist as warrants for action. Moral judgement in this context is usually ‘affective’ judgement – it is warranted in informal talk principally by invoking emotions – the clinicians ‘feel’ for the family, or for the appropriateness and/ or inappropriateness of parental ‘affect’.” (White 2002: 413, Herv. i. O.).

Dass normative und moralische Beurteilungen Teil der Konstruktions- und Prozedierungsprozesse sind, kann auch Crepeau (2000) anhand ihrer Studie zeigen. Im Mittelpunkt steht dabei die Fallkonstruktion einer Patientin („Gloria“) im Rahmen von mehreren interdisziplinären Teambesprechungen einer gerontopsychiatrischen Station eines Krankenhauses. Als ein zentrales Merkmal identifiziert die Autorin, dass die Erzählung von „stories“ (Crepeau 2000: 767) über die Patientin zu unterschiedlichen Anlässen erfolgt, aber dass „The team meetings provided the most structured forum for telling of stories.“ (Crepeau 2000: 768).

Innerhalb dieser Teambesprechungen, an denen neben Medizinern, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern auch ein Psychiater und eine Diätassistentin teilnahmen, wurden die Patienten der Station besprochen und Ziele für die Versorgung und Therapie festgelegt. Aufgrund der Analyse der Transkripte kann die Autorin zeigen, dass die „stories“, die über die Patientin berichtet wurden, in erster Linie Erfahrungen des Personals mit der Patientin beinhalteten. Entscheidend in diesem Zusammenhang ist dabei die Art und Weise der Berichterstattung. Dazu stellt Crepeau (2000: 772) fest, dass „Most of these stories are pejorative, casting Gloria in an unfavorable light. The verbs describing Gloria were overwhelmingly negative,...“. Interessanterweise werden die Geschichten über die Patientin in der Regel nicht nur von einem Akteur berichtet, sondern andere Teilnehmer nehmen Ergänzungen vor oder berichten neue Aspekte, wobei die negative Konnotation von allen Beteiligten verwandt wird. Im Ergebnis wird die Patientin als eine unkooperative, renitente Frau konstruiert, die sowohl die Medikamenteneinnahme wie auch die therapeutischen Angebote verweigert (Crepeau 2000: 773). Bemerkenswert ist weiterhin, dass lediglich über das Verhalten der Patientin berichtet, dieses jedoch nicht analysiert wird. Keiner der Akteure unternimmt den Versuch, Gründe für das Verhalten der Patientin zu suchen, noch werden Überlegungen angestellt, inwieweit die Atmosphäre der Station einen Einfluss auf das Verhalten hat, oder ob es Teammitglieder gibt, die einen besonderen Zugang zu der Frau haben. Die unkooperative Haltung

der Patientin dominiert die „stories“, die über sie berichtet werden, und dient als Interpretationsfolie für die Auslegung des Verhaltens, aber gleichzeitig auch als Rechtfertigung für das Verhalten der Health Professionals Gloria gegenüber.

Diese eingeschränkte Situationsdeutung in Richtung einer negativen Konstruktion der Patientin zeigt sich besonders auch in dem Fall, wo über ein anderes/ positives Verhalten (Teilnahme an einer Gruppenaktivität) der Frau berichtet wird. Allerdings bleibt der Bericht auch hier auf einer deskriptiven Ebene stehen, die Akteure analysieren nicht, warum die Patientin in diesem Beispiel von ihrem Verhaltensmuster abgewichen ist, noch stellen sie Überlegungen dazu an, wie eine ähnliche Situation geschaffen werden könnte, die es der Patientin ermöglichen würde, ihre ablehnende Haltung abzulegen. Mehr noch wird die Fallbesprechung beendet, indem erneut die Probleme geschildert werden und der Fall „Gloria“ somit negativ gerahmt wird: „The positive image of Gloria was left undeveloped and seemingly underappreciated.“ (Crepeau 2000: 780). Die Autorin schlussfolgert, dass aufgrund der Art und Weise, wie innerhalb der Teambesprechungen Situationseinschätzungen und -deutungen vorgenommen werden die eigentliche Zielsetzung der Besprechungen verfehlt wird: „Team meetings offer health care personell the opportunity to present their views through telling stories and to reach consensus about the actions that should be taken on the patient’s behalf. From these stories, different moral tales emerge so that the right actions for a particular patient can be taken.“ (Crepeau 2000: 784). Darüber hinaus ist von entscheidender Bedeutung, dass die Akteure selbst sich der interaktiven Prozesse nicht bewusst sind und in der Konsequenz die thematischen und moralischen Aspekte, die ihren Umgang und ihre Entscheidungen beeinflussen, unreflektiert bleiben: „Unfortunately, team members typically do not recognize this imagistic or constructive process. This lack of awareness means that they are not likely to recognize the thematic and moral components of their discussion and how these contribute to their clinical reasoning and subsequent decision making.“ (Crepeau 2000: 784).

Dass moralische und normative Beurteilungen Teil eines wechselseitigen Konstruktionsprozesses sind, zeigen auch Li und Arber (2006) in ihrer Studie über sterbende Patienten in unterschiedlichen Palliative Care Settings (zwei Hospize und ein Krankenhaus mit einer Palliative Care Einheit). Als Datengrundlage nutzen die Autorinnen die täglichen Übergaben der Pflegenden sowie Besprechungen von Palliative Care Teams und teilnehmende Beobachtung der täglichen Arbeit. Die Auswertung erfolgt anhand einer Kombination aus Konversationsanalyse und Diskursanalyse und konnte zeigen, dass sterbende Patienten vom Pflegepersonal in zwei grundsätzliche Kategorien subsumiert werden: „troubled and credible“ (Li/Arber

2006: 27). 'Credible patients' werden dabei als solche präsentiert, die ihren terminalen Zustand akzeptieren und weiterhin offen, freundlich und ausgeglichen sind. Im Unterschied dazu werden „Troubled patients [...] presented by staff as dying from a terminal disease, which makes them difficult. Such patients are presented as irritable, demanding, and critical of palliative care staff.” (Li /Arber 2006: 27). Der Konstruktionsprozess erfolgt anhand von “emotion talk” (Li/Arber 20006: 28), den die Autorinnen als einen aktiven Prozess der Zuschreibung von Erfahrungen mit Patienten und Gedanken und Gefühlen über Patienten definieren. Die Verwendung von Wörtern, die die emotionale Verfassung der Patienten beschreiben, dienen dabei der Kategorisierung als 'troubled and credible'. Zu den Kriterien, die Pflegenden zur Kategorisierung nutzen, gehören neben der Krankheit auch Aspekte wie der soziale Status, persönliche Kompetenz und Freundlichkeit oder auch weitere Charaktereigenschaften (Li/Arber 2006: 43). Die verwendeten Strategien umfassen rhetorische Verfahren wie z.B. Übersteigerungen oder den Gebrauch von extremen Formulierungen, die zu „atrocity stories“ zusammengefasst werden.

Nach Ansicht der Autorinnen besteht der Kern des Konstruktionsprozesses in der Produktion dieser Geschichten, die zum einem die Funktion haben die entsprechenden Zuschreibungen vorzunehmen, zum anderem aber auch eine Möglichkeit bieten, sich selbst als kompetente Palliative Care Pflegeperson darzustellen: „Emotion talk is presented as a platform for nurses to display their qualities of caring, such as being very patient and understanding with a troubled and dying patient:“ (Li/Arber 2006: 40). Weitergehend schlussfolgern die Autorinnen, dass die spezifische Art und Weise des Konstruktionsprozesses auch dazu dient, forderndes Verhalten von 'troubled' Patienten zu entschuldigen: „this behavior is located within a dying trajectory and allows patients' difficult behavior to be located as morally acceptable and forgivable , as they have an identity as a dying person.“ (Li/Arber 2006: 43). Mit anderen Worten erfüllt die spezifische Art und Weise der „artocity stories“ neben der Zuschreibung der Patienten in bestimmte Kategorien auch die Funktion der Selbstdarstellung der Pflegenden sowie der Rechtfertigung von forderndem Patientenverhalten.

Inwieweit „emotion talk/ work“ im klinischen Alltag Berücksichtigung findet, steht im Mittelpunkt einer Studie von Miller et al. (2008). Ausgangspunkt war hier die Auffassung, dass interprofessionelle Besprechungen eine wichtige Voraussetzung für eine koordinierte Versorgung sind. Ähnlich der Studie von Li und Arber (2006) stellen die Autoren fest, dass innerhalb pflegerischer Besprechungen neben medizinischen und therapeutischen auch psychosoziale Aspekte Gegenstand der Gespräche sind. Im Unterschied dazu werden in interdisziplinä-

när besetzten Besprechungen diese Gesichtspunkte nicht thematisiert, bzw. wenn sie angesprochen werden, reagieren die anwesenden Mediziner mit Unverständnis: „Information pertaining to emotion work was a central feature of nursing rounds yet was suppressed, ignored or viewed antagonistically during interprofessionals rounds.“ (Miller et al. 2008: 340). Nach Ansicht der Autoren manifestiert diese Haltung das medizinische Modell der Versorgung und führt in der Konsequenz dazu, dass Pflegende kaum Redebeiträge formulieren oder sogar den Besprechungen fernbleiben.

Kommunikation und Interaktion in Zusammenhang mit Sterbeprozessen

Während sich die bisherigen Ausführungen allgemeinen Aspekten kommunikativer und interaktiver Prozesse zwischen Health Professionals widmeten, soll im Folgenden der Blick verdichtet werden auf Kommunikation und Interaktion im Zusammenhang mit Sterben und Tod. Im Mittelpunkt stehen dabei entsprechend dem Erkenntnisinteresse der Arbeit, die von den Health Professionals geleistete „death work“, also kommunikative und interaktive Aspekte der beruflichen Bearbeitung von Tod und Sterben.

In diesem Zusammenhang muss zunächst die Frage aufgeworfen werden, inwieweit über den Tod überhaupt kommuniziert werden kann, da der Tod selbst sich jeder Erfahrung entzieht. Nassehi und Saake (2005: 31) bezeichnen diesen Umstand als „empirische Nicht-Erfahrbarkeit“. Diese Nichterfahrbarkeit hat allerdings nicht zur Folge, dass nicht über den Tod gesprochen wird, „sondern das Gegenteil: Seine Nichterfahrbarkeit entfesselt Kommunikation, zwingt uns dazu, sprachliche Sinn- Universen zu errichten, und jener Spur zu folgen, die am Ende doch nur auf sich selbst verweist, nicht auf den Tod selbst.“ (Nassehi/Saake 2005: 32). Mit anderen Worten wird der Tod zum Gegenstand vermehrter kommunikativer Aktivitäten, die zum Ziel haben, den Tod in irgendeiner Art und Weise kommunizierbar zu machen. Ausgehend von diesen Grundüberlegungen folgern die Autoren: „Der Tod ist also zunächst nichts anderes als ein Kommunikationsinhalt, wenn man so will: die kommunikative Repräsentation der Tatsache, dass zwischen Akteuren und der Gesellschaft eine temporale Diskontinuität besteht.“ (Nassehi/Saake 2005: 33). Diese Kommunikation vollzieht sich nun aber nicht einheitlich, sondern in unterschiedlichen Kontexten, die die Autoren Kontexturen nennen, um so die Perspektivgebundenheit der Akteure zu betonen. Innerhalb dieser Kontexturen, zu denen z.B. die Medizin, die seelsorgerische Betreuung oder auch das Bestattungsunternehmen zählen, wird unterschiedlich über den Tod kommuniziert und somit der Tod zu etwas sozial Wirklichem gemacht.

Entscheidend nach Nassehi und Saake (2005: 40) ist in diesem Zusammenhang dabei, „wie die kommunikativen Prozeduren beschaffen sind, denen aus den unterschiedlichen funktions-spezifischen Perspektiven gelingt, jene epistemologische Besonderheit des Todes, nämlich nur ein kommunikativer Horizont bleiben zu müssen, zu bearbeiten.“ Mit anderen Worten geht es nicht um die Frage, was über den Tod, sondern wie über den Tod kommuniziert wird. Ein Ergebnis der von den Autoren durchgeführten biografischen Interviews ist dabei, dass „Experten ähnlich wie Biographen die Evidenzen ihrer Aussagen über den Tod ihren spezifischen Kontexturen entnehmen.“ (Nassehi/Saake 2005: 52). Vor diesem Hintergrund ist zu fragen, wie innerhalb spezifischer Kontexturen der Tod mittels Kommunikation und Interaktion zu etwas sozial Wirklichem gemacht wird und inwieweit die spezifische Art und Weise der Kommunikation Aussagen über die Kontextur beziehungsweise ihre Akteure zulässt. In diesem Zusammenhang sind dabei solche Arbeiten relevant, die die kommunikative und interaktive berufliche Bearbeitung der Nichterfahrbarkeit des Todes zum Gegenstand haben.

Im diesem Kontext sind zunächst drei frühe Arbeiten zu diesem Themenkomplex zu erwähnen. Zum einem zählen dazu zwei Arbeiten der amerikanischen Soziologen Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss („Awareness of Dying“: 1965; „Time for Dying“:1968) und die Studie des ebenfalls amerikanischen Soziologen David Sudnow „Passing On. The Social Organization of Dying“, welches erstmals 1967 erschien und 1973 in einer ersten deutschen Übersetzung vorlag. Diese frühen Arbeiten sind insofern bemerkenswert, als das erstmalig Sterben und Tod nicht als primär biologische Phänomene verstanden wurden, sondern als Teil einer sozialen Ordnungsform, die empirisch untersucht werden kann. So verstanden stellen Sterben und Tod nicht in erster Linie biologische Prozesse dar, sondern Prozesse, die aufgrund kommunikativer und interaktiver Handlungen der beteiligten Akteure konstruiert werden, wobei biologische Aspekte einen Teilaspekt des Geschehens ausmachen. Sudnow (1973: 82) beschreibt dies folgendermaßen: „...Aussagen, dass (...) ‘er ist tot’, und ‘er stirbt’ bzw. ‘wird sterben’(...) das Ergebnis von Beurteilungsprozeduren sind, d.h. von mehr oder weniger gründlichen Untersuchungen durch Personen, für die Feststellungen dieser Art bestimmte praktische Konsequenzen haben. Soziologisch gesehen ist ein Mensch also dann ‘tot’ oder ‘final’ (d.h. ein Sterbender), wenn er von Personen entsprechend beurteilt wird, die zu derartigen Feststellungen legitimiert sind, sie routinemäßig treffen und daraus für sich selbst und für andere bestimmte Verhaltensmaßregeln ableiten.“ Vor diesem Hintergrund betrachtet Sudnow (1973) Sterben und Tod als Ereignisse, die für die Organisation insofern relevant sind, als dass sich aufgrund ihres Vorkommens praktische Arbeitserfordernisse ableiten, die dann Teil der sozialen Organisation eines Krankenhauses werden. Nach Sudnow (1973: 82, 125) stellt

der Sterbeprozess ein Übergangsstadium zum Tod dar, welches zu einem Teil einer organisatorisch- medizinischen Grundordnung wird. Zentrale Kennzeichen dieser Grundordnungen sind die zwischen den Beteiligten hergestellten Verhaltensregeln, anhand derer eben auch die Kategorien Sterben und Tod in der alltäglichen Routine konstruiert werden. Die mit der Kategorisierung in Zusammenhang stehenden organisatorischen und arbeitsteiligen Erfordernisse stellen dabei den Bezugsrahmen für die Interpretation der spezifischen Situation dar (Sudnow 1973: 218).

Während also der Schwerpunkt der Analyse bei Sudnow auf den praktisch- organisatorischen Aspekten der „death work“ liegt, fokussieren die Arbeiten von Glaser und Strauss die Interaktion zwischen Health Professionals und zwischen Health Professionals und Patienten bzw. ihren Angehörigen. Um Redundanzen zu vermeiden, werden an dieser Stelle lediglich Kerngedanken wiedergegeben, eine ausführlichere Darstellung erfolgt unter Punkt 3.6. Ausgangspunkt der Arbeiten von Glaser und Strauss waren dabei zunächst die Fragen, wie sich Health Professionals Sterbenden gegenüber verhalten, welche sozialen Handlungen sich im Umgang mit Sterbenden ergeben und schließlich, welche sozialen Konsequenzen sich für alle am Prozess Beteiligten ergeben. Als zentrales Ergebnis ihrer Arbeit identifizieren Glaser und Strauss (1965) das Konzept der Bewusstheitskontexte („awareness context“), was sich darauf bezieht, wie Interaktionsteilnehmer ihr Wissen und ihre Motive während des Sterbeprozesses wechselseitig offen legen oder verdecken (wer weiß was?). Mit anderen Worten geht es um die Situationswahrnehmungen und -deutungen der beteiligten Akteure bezüglich des Sterbeprozesses eines Menschen und den sich daraus ableitenden Konsequenzen für das interaktive Geschehen, die dann wiederum auf den Sterbeprozess selbst zurückwirken (Glaser / Strauss 1965). So verstanden sind Sterben und Tod keine `neutralen, statischen´ Fakten oder Instanzen, die unabhängig existieren, sondern soziale Prozesse, die aufgrund der Kommunikation und Interaktion verschiedener Akteure gebildet, aufrechterhalten und auch verändert werden können. Bezogen auf Sterbeprozesse hat die „institutional interaction“ (Drew und Heritage 1992), also die Funktion vor dem Hintergrund der Situationswahrnehmungen und -deutungen der beteiligten Akteure die Bewusstheitskontexte zu etablieren, aufrechtzuerhalten oder gegebenenfalls zu modifizieren. Folgt man der Argumentation Atkinsons (1995), stellen die von den Akteuren wechselseitig konstruierten Bewusstheitskontexte eine Möglichkeit dar, Plausibilitäts- und Relevanzkriterien im Vollzug des Sterbeprozesses eines Menschen zu schaffen, die somit Teil der sozialen Ordnung werden.

Dass der Sterbeprozess vor allem auch als ein zeitliches Geschehen zu verstehen ist, was nach temporalen Gesichtspunkten organisiert ist, verdeutlichen Glaser und Strauss in dem Werk „Time for Dying“ (1968). Zentrale Aussage ist hier, dass die „dying trajectory“, also der individuelle Verlauf eines Sterbeprozesses, einerseits durch eine bestimmte Gestalt, andererseits durch eine spezifische Zeitdauer gekennzeichnet ist. Ausgangspunkt der „dying trajectory“ ist dabei die Definition eines Patienten als sterbend und die damit verbundenen Vorstellungen über den Verlauf, die Dauer und die notwendige Unterstützung für die Angehörigen (Glaser / Strauss 1968). Sowohl Dauer wie auch Gestalt sind dabei nicht anhand ‚objektiver‘, physiologischer Kriterien zu bestimmen, sondern davon abhängig, ob eine Person als sterbend definiert wird und welche Erwartungen an den Sterbeprozess geknüpft sind. Zentral sind also die Situationswahrnehmungen und -deutungen der beteiligten Akteure bezüglich der Frage, ob ein Patient sterbend ist und welche Vorstellungen die Akteure über den Fortgang des Sterbeprozesses entwickeln. Mit anderen Worten kommen in dem Konzept der Sterbeverlaufskurven die wahrgenommenen und nicht die tatsächlichen Sterbeverläufe zum Ausdruck (Glaser / Strauss 1968). Die Situationsdeutungen der Akteure stellen somit einen Relevanzrahmen für das interaktive Geschehen dar. So verstanden beinhaltet die Definition eines Patienten als sterbend eine spezifische Art der Fallkonstruktion dar, in deren Folge der Patient als Sterbender prozediert wird.

Der Frage, wie diese Prozesse innerhalb einer Institution verlaufen, die die Lebenserhaltung und die Gesundheit ihrer Patienten zum Ziel hat, ist Gegenstand einer Untersuchung von Streckeisen (2001, 2005). Die Forscherin hat dazu eine explorative Feldstudie durchgeführt, die neben teilnehmender Beobachtung auch offene Gespräche mit den Akteuren eines Krankenhauses umfasst. Ausgangspunkt ihrer Arbeit ist dabei zunächst einmal die Feststellung, dass es aufgrund historisch bedingter Veränderungen (z. B. Erhöhung der Lebenserwartung, Institutionalisierung des Lebenslaufs) zu einer Institutionalisierung von Sterben und Tod kam. Allerdings widerspricht die Zielsetzung des Krankenhauses den in die Institution verlagerten Prozessen, an deren Ende eben nicht die Lebenserhaltung und Heilung sondern der Sterbeprozess und schließlich der Tod selbst stehen. Vor diesem Hintergrund fragt Streckeisen (2001) nach den Strategien der Health Professionals, die diese zur Bewältigung dieses Spannungsverhältnisses anwenden: „wie [wird] in der ‚falschen‘ Institution des Krankenhauses mit Sterbenden umgegangen...“ (Streckeisen 2005: 130). Genauer formuliert fragt sie nach den Praktiken und Deutungen, die die Mediziner, Pflegende und Pathologen im Zusammenhang mit der Betreuung Sterbender bzw. Gestorbener nutzen. Konzeptionell ordnet die Autorin ihre Arbeit einer professionstheoretischen Perspektive zu, wobei sie hier im Besonderen auf

Talcott Parsons Ausführungen zur Arztrolle und dem von Oevermann formulierten Prinzip „Heilung durch Verwundung“ zurückgreift (Streckeisen 2001: 14f).

Im Ergebnis kann die Autorin verschiedene Handlungs- und Deutungsweisen der beteiligten Akteure bezogen auf die Betreuung Sterbender identifizieren. Für den medizinischen Bereich zählt dazu zunächst die Deutung von Tumorkrankheiten als langandauernde Krankheiten, die aufgrund der medizinischen Fortschritte nicht mehr als akute, schnell zum Tode führende Krankheiten angesehen werden, sondern eher als chronisch verlaufende. Diese Deutung, so kann Streckeisen nachzeichnen, impliziert eine Handlungslogik, die medizinische Therapien einschließt, die gegebenenfalls auch einen invasiven und radikalen Charakter haben: „...Tumorkrankheiten [werden] als Krankheiten gedeutet, bei denen gerade auch dann radikale ‚verwundende‘ Therapien sinnvoll sein können, wenn eine Heilung als ausgeschlossen gilt und nur noch Schmerzen behandelt werden können.“ (Streckeisen 2001: 171). Anstatt der „Heilung durch Verwundung“ tritt die „Linderung durch Verwundung“ (Streckeisen 2005: 132).

Den damit in Zusammenhang stehenden Fragen der Ausrichtung der Therapie nach kurativen oder palliativen Gesichtspunkten begegnen die Ärzte mit dem Prinzip des instrumentellen Aktivismus: „Tumorleiden gelten als Leiden, deren Behandlung eine Verknüpfung von kurativen (aktiven) Methoden und palliativen (linderungsbezogenen) Zielen nahe legt. In dieser Sichtweise wird der instrumentelle Aktivismus (Parsons) der kurativen Medizin vom Heilen Kranker auf die Behandlung Schwerstkranker übertragen. Das aktive, erfolgsorientierte Engagement bleibt im Modus der Behandlung gleichsam aufrechterhalten.“ (Streckeisen 2005: 132). Die Frage der Ausrichtung der Therapie erfolgt dabei auch vor dem Hintergrund einer Perspektive der medizinischen Unsicherheit. Diese Unsicherheit bezieht sich zum einem auf den potentiellen Verlauf der Krankheit, zum anderen auf die Vorhersage des möglichen Todeszeitpunkts. Im täglichen Handlungsvollzug führt diese Unsicherheit dazu, dass bei uneindeutigen Krankheitsverläufen eine Maximaltherapie eingesetzt wird. Streckeisen (2001, 2005) spricht in diesem Zusammenhang von einer Phase der Forschung: Da eine Heilung oder Konsolidierung des Zustandes faktisch nie ausgeschlossen werden kann, wird im Sinne des instrumentellen Aktivismus eine Maximaltherapie angewandt. Mit anderen Worten findet im Falle der medizinischen Unsicherheit eine Ausdehnung des instrumentellen Aktivismus im Sinne einer „Forschungsphase“ statt: Die letzte Lebensphase wird unter dem Paradigma der Heilung interpretiert (Streckeisen 2005: 143).

Im Zusammenhang mit der Betreuung Sterbender durch Pflegende stellt Streckeisen unterschiedliche Handlungsstrategien fest. Dazu zählt zum einen die „Verzichtsstrategie“ (Streckeisen 2001: 172), worunter der gänzliche Verzicht oder ein auf ein Minimum reduziertes Handeln am bzw. mit dem Sterbenden zu verstehen ist. Dann, wenn auf spezifische Maßnahmen nicht vollständig verzichtet werden kann (z. B. Spritzen, Umlagern), kommt die „Korrektur-Strategie“ zur Anwendung: Die Pflegenden rechtfertigen ihre Handlungen den Sterbenden gegenüber: „Durch solche ‚korrektiven Handlungen‘ (Goffman) zeigen sie an, dass sie wider die zeremoniellen Regeln verstoßen haben, welche die Interaktion mit Sterbenden bestimmen sollten, und versuchen, die ‚ungebührliche‘ verletzende Maßnahme beim Sterbenden in etwas Akzeptierbares zu verwandeln.“ (Streckeisen 2001: 173). Das Unbehagen der Pflegenden, Sterbenden Verletzungen zuzufügen, wird auch durch die Strategie der Bevorzugung Sterbender (z. B. Wunschkost, veränderte Besuchszeiten) versucht zu mildern. Als eine weitere – sozusagen Metastrategie – identifiziert Streckeisen das Engagement der Pflegenden für den Aufbau einer expliziten, methodisch reflektierten Palliativpflege. Spätestens an dieser Stelle werden die grundsätzlich unterschiedlichen Deutungs- und Handlungsweisen zwischen Mediziner*innen und Pflegenden deutlich. Während erstere dazu neigen, den in Sprache verfassten Deutungsakt der Zuweisung der Sterbendenrolle zu vermeiden, und als Folge dessen kurative Therapiemethoden die letzte Lebensphase dominieren, tendieren Pflegende dazu, „Deutungen des ‚guten Sterbens‘ Raum [zu] verschaffen, die sich an die Konzepte der Hospizbewegung anlehnen und herkömmliche Krankenhaus-Strategien in Frage stellen.“ (Streckeisen 2005: 143). Diese Entwicklungen können auch als Bestrebungen von Seiten der Pflegenden interpretiert werden, eine Zuschreibung / Situationsdeutung der Rolle Sterbender vorzunehmen, wobei aufgrund der bestehenden Hierarchieverhältnisse die Hoheit des Definierens und Entscheidens den Mediziner*innen vorbehalten bleibt.

Einen weiteren Aspekt der beruflichen Bearbeitung von Sterbeprozessen konnten Salis-Gross (2001) und Pfeffer (2005) anhand ihrer Studien herausarbeiten. Während die Ergebnisse von Salis-Gross auf einer Untersuchung in einem Altenheim beruhen, untersuchte Pfeffer die berufliche Bearbeitung von Sterben und Tod in einem Hospiz und einer hospiz-ähnlichen Palliativstation. Unabhängig vom Setting kommen beide zu dem Ergebnis, dass reflexive Bewertungen vergangener Sterbeprozesse Gegenstand der Situationsdeutung und -bewertung weiterer Sterbeverlaufskurven sind. Obschon aufgrund struktureller Bedingungen zumindest für das Hospiz vom Beginn der Aufnahme eines Patienten eine begrenzte Lebenserwartung von sechs Monaten zu erwarten ist, stellt die kommunikative und interaktive Arbeit der Berufsakteure über den Sterbeprozess auch hier einen wesentlichen Anteil der beruflichen Bearbeitung

des Sterbens dar. Während, wie gezeigt, im Krankenhaus zunächst die Definition der Sterbendenrolle als solches im Mittelpunkt steht, steht im Fokus der interaktiven Aushandlung im Hospiz nach Pfeffer (2005: 269) der zeitliche Aspekt: „Die erwartete zeitliche Begrenztheit des Sterbens ist eine zentrale Voraussetzung für die auf die Sterbende fokussierte Arbeitsorganisation.“. Die Ungewissheit über den Eintritt in die, von Pfeffer (2005: 264) so bezeichnete, „akute Sterbephase“ ist gekoppelt mit der Ungewissheit über den Zeitpunkt des Todeseintritts, was wiederum Konsequenzen für die Arbeitsorganisation hat. Die Autorin schlussfolgert, dass die Definition eines Patienten als sterbend das „Ergebnis von Aushandlungsprozessen zwischen den Beteiligten [ist], in denen sowohl `handfeste klinische` Befunde als auch eher diffuse Eindrücke, aktuelles Geschehen und Vergleiche mit schon verstorbenen Patienten eine Rolle spielen.“ (Pfeffer 2005: 274).

4.3 Konsequenzen für die Untersuchung

Vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen ist nun zu fragen, welche Konsequenzen für die vorliegende Untersuchung abgeleitet werden können. Dabei werden zunächst im Rückgriff auf die Ausführungen zum Trajektkonzept die für die Untersuchung relevanten theoretischen Erkenntnisse gebündelt. Ausgehend davon werden dann in einem nächsten Schritt Bezüge zwischen diesen und den Ergebnissen der dargelegten Forschungsarbeiten hergestellt, um so einen heuristischen Rahmen für die Untersuchung zu entfalten. Die Spezifikation der Fragestellung rundet die Ausführungen schließlich ab.

Die Konfrontation mit der Diagnose „Krebs“ stellt für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine enorme Belastung dar, dies nicht zuletzt, da neben intensiven therapeutischen Interventionen die Auswirkungen der Krankheit auch die Alltagsroutinen betreffen. Erschwerend kommt hinzu, dass die bisherigen Lebensentwürfe und Zukunftspläne aufgrund des potentiell tödlichen Ausgangs der Krankheit grundlegend in Frage gestellt sind (Corbin/Strauss 2004; Schaeffer 2004, Schaeffer/Moers 2008, Riemann/Schütze 1991; Matthes/Schütze 1973, 2006). Die mit der Manifestation einer Tumorkrankheit einhergehenden biografischen Erschütterungen werden von den Betroffenen oftmals als Zäsur erlebt (Bury 2009, Schaeffer 2004; Schaeffer/Moers 2008; Woodgate 2006). Im Falle von Kindern und Jugendlichen verschärft sich diese Situation insofern, als dass die vielfältigen Entwicklungsaufgaben und -chancen sowie die offene Lebensperspektive der im Wachstum und Entwicklung befindlichen Kinder durch die Krankheit akut gefährdet sind. Sofern die Krebserkrankung nicht geheilt

werden kann, tritt anstelle der offenen Lebensperspektive eine fortschreitende Schwächung und frühzeitige Begrenzung des Lebens. Diese Situation stellt sowohl für die betroffenen Familien wie auch für die betreuenden Health Professionals eine besondere Herausforderung dar (Peter/ Richter 2009; Woodgate 2006; Woodgate/Degner 2004; Fochtman 2006; Steele 2000; Gravelle 1997; Glaser/Strauss 1965, 1968;).

Das ursprünglich von Glaser und Strauss (1975, 1984) und im Verlauf der Jahrzehnte stetig erweiterte und verfeinerte Konzept der Krankheitsverlaufskurve bietet einen theoretischen Rahmen zum Verständnis der Vielfalt und der Interdependenzen des Krankheitsgeschehens (Strauss et al. 1997; Corbin/Strauss 2004; Schaeffer 2004, Schaeffer/Moers 2008). Wesentlich ist dabei, dass Krankheit, Sterben und Tod nicht auf ihre physiologischen Aspekte reduziert werden, sondern vielmehr als Prozesse verstanden werden, die durch die beteiligten Akteure gestaltet werden. Entscheidend sind die komplexen und interaktiven Handlungen aller Beteiligten sowie die sich daraus ableitenden Konsequenzen und Ergebnisse, die wiederum auf den Prozess selbst zurückwirken (Strauss 1993; Corbin et al. 2009). Dabei werden sowohl die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen sowie die Health Professionals als aktiv Handelnde angesehen, die aufgrund ihrer Handlungen die Entwicklung eines Phänomens über eine bestimmte Zeitspanne aktiv beeinflussen. Im Rückgriff auf die im Fokus der Arbeit stehenden Phänomene Krankheit, Sterben und Tod lässt sich konstatieren, dass auch diese Ereignisse keine ausschließlich aus sich selbst heraus entstehenden Geschehen darstellen, sondern dass sie das Ergebnis eben jener Handlungen sind, die von den am Prozess beteiligten Akteuren vorgenommen werden. Im Kern handelt es sich dabei um kommunikative und interaktive Prozesse, aufgrund derer die Handelnden Plausibilität und Relevanz und damit auch entsprechende Sinnstrukturen herstellen. Mit anderen Worten können Krankheit, Sterben und Tod nicht als ´neutrale` Fakten angesehen werden, sondern sie stellen das Ergebnis kommunikativer und interaktiver Konstruktionsprozesse dar. Dies gilt gerade auch vor dem Hintergrund der empirischen Nichterfahrbarkeit von Sterben und Tod, die nur auf den ersten Blick paradoxerweise zu vermehrten kommunikativen und interaktiven Prozessen führt (Nassehi/Saake 2005). Die Kommunikation über Sterben und Tod wird somit zu einem Aspekt der „institutional interaction“ (Drew/Heritage 1992).

Dabei sind die institutionellen Interaktionen selbst ebenfalls nicht als statische Geschehen anzusehen. Wie die Ausführungen zu Kommunikation und Interaktion zwischen den Gesundheitsprofessionen zeigten, erklärt sich der institutionelle Charakter nicht allein aus dessen Einbettung in ein bestimmtes Setting. Vielmehr zeigt sich die Eigenheit institutioneller Kom-

munikation und Interaktion in der spezifischen Art und Weise wechselseitiger Bedeutungszuschreibungen und Interpretationen. Hervorzuheben ist dabei, dass die Situationswahrnehmungen und -deutungen der Akteure den Relevanzrahmen für das interaktive Geschehen darstellen. Anders formuliert stellen Plausibilität und Relevanz keine neutralen Instanzen dar, sondern sie beruhen auf den individuellen Deutungen der Akteure, die dann im Vollzug der Interaktion zu kollektiv geteilten Einschätzungen im Sinne der von Opie (1997) beschriebenen „story line“ werden. An dieser Stelle zeigt sich der Anknüpfungspunkt zum Trajektkonzept: Nicht nur Krankheit, Sterben und Tod stellen das Ergebnis eines sozialen Konstruktionsprozesses dar, sondern auch die Art und Weise der Kommunikation und Interaktion selbst ist das Resultat eines wechselseitigen, zwischen den Beteiligten ablaufenden Konstruktionsprozesses. Mit anderen Worten: Der institutionelle Rahmen des Krankenhauses allein bestimmt weder die kommunikativen und interaktiven Prozesse noch die Konstruktion von Krankheit, Sterben und Tod. Vielmehr sind es die sich im Vollzug des interaktiven Geschehens verwirklichenden wechselseitigen Bedeutungszuschreibungen und Interpretationen, aufgrund derer soziale Ordnung und damit auch soziale Phänomene hergestellt werden. So gesehen stellen sowohl die institutionelle Interaktion an sich wie auch Krankheit, Sterben und Tod das Ergebnis eines sozialen Konstruktionsprozesses dar.

Gleichwohl vollziehen sich diese Prozesse nicht losgelöst von strukturellen und institutionellen Faktoren, was anhand der Darstellung der Konditionellen Matrix deutlich wurde. Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Studienergebnissen bestätigte die wechselseitige Bedingtheit von Struktur und Prozess. Verdeutlichen lässt sich dieser Zusammenhang an den Untersuchungen zu interdisziplinären Besprechungen. Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass das von Meier (2002) im Rahmen seiner Studie zu Arbeitsbesprechungen festgestellte Kennzeichen der Ausrichtung der Teilnehmer auf einen gemeinsamen Fokus insofern für interdisziplinäre Teambesprechungen im Gesundheitswesen zutrifft, als dass hier medizinisch-somatische Situationsdeutungen und Themen im Vordergrund stehen. Diese Engführung der Perspektive nimmt ihren Anfang in der spezifischen Art und Weise der Fallkonstruktion, die den Patienten zu einem Symptomträger reduziert und psycho-soziale Aspekte außer Acht lässt. Die so geschaffenen Relevanzkriterien sind maßgeblich für die Konstruktion und Prozedierung der Patienten und ihrer Verlaufskurven. Mit anderen Worten: Der institutionelle Rahmen des Krankenhauses beeinflusst die Art und Weise der kommunikativen und interaktiven Prozesse.

Ähnliches lässt sich aufgrund der Auseinandersetzung mit Forschungsarbeiten zu Sterbeprozessen festhalten. Auch Sterben und Tod lassen sich nicht ausschließlich aufgrund medizinischer Fakten erklären, sondern sie sind das Ergebnis vielfältiger sozialer Prozesse, die sich zwischen den Beteiligten vollziehen. Dass diese Konstruktionsprozesse entlang (professionspezifischer) Wissens- und Werteorientierungen verläuft, konnte anhand der Studie von Streckeisen (2001) gezeigt werden und bestätigt nochmals den Zusammenhang von Struktur und Prozess. Der Verlauf eines Sterbeprozesses als solches lässt sich demnach nicht auf biologische Veränderungen reduzieren, sondern die Gestalt und die Form, die dieser annimmt, ist wesentlich beeinflusst durch die Situationswahrnehmungen und -deutungen, oder um mit Glaser und Strauss (1965) zu sprechen, von den Bewusstseinskontexten, der am Prozess Beteiligten. Die berufliche Bearbeitung der Grenzsituationen Sterben und Tod wird somit Teil der „textualisation of the workplace“ (Iedema/Scheeres 2003). Vor dem Hintergrund der referierten Arbeiten ist dabei nicht die Tatsache, dass, sondern wie über die zu behandelnden Phänomene kommuniziert wird, von Bedeutung. Dies nicht zuletzt, da anhand von Kommunikation und Interaktion neben Inhalten der Arbeit auch Rollen und Identitäten der am Prozess Beteiligten verhandelt werden. Damit schließt sich der Kreis: Krankheits- und Sterbeverlaufskurven sowie die institutionelle Kommunikation und Interaktion sind Ergebnisse sozialer Konstruktionsprozesse.

Genau an diesem Punkt setzt die vorliegende Untersuchung an: Gefragt wird danach, in welcher Art und Weise Krankheit, Sterben und Tod bei Kindern und Jugendlichen konstruiert und damit zu einem Teil der „institutional interaction“ (Drew/Heritage 1992) wird. Hintergrund dieser Fragestellung ist im Rückgriff auf das Trajektkonzept die Vorstellung, dass diese Phänomene nicht ausschließlich physiologisch erklärbar sind, sondern als Prozesse verstanden werden, die von den beteiligten Akteuren aktiv gestaltet werden. Im Fokus des Interesses stehen dabei die von den Berufsakteuren vorgenommenen Konstruktionsprozesse, an deren Ende die Prozedierung der Krankheitsverlaufskurven krebskranker Kinder und Jugendlicher steht. Konkret wird danach gefragt, wie innerhalb interdisziplinärer Teambesprechungen die beteiligten Health Professionals die Krankheits- und -Sterbeverlaufskurven krebskranker Kinder und Jugendlicher konstruieren und prozedieren. Die Krankheitsverlaufskurven dienen dabei sozusagen als Folie für die im Zentrum des Interesses stehenden Handlungen und Interaktionen der beteiligten Akteure. Es geht demnach nicht um die Rekonstruktion einzelner Krankheitsverlaufskurven, sondern im Mittelpunkt stehen die interaktiven Konstruktionsprozesse eben jener Krankheitsverlaufskurven. Anders formuliert zielt das Erkenntnisinteresse auf die Frage, wie die Krankheitsverlaufskurven aufgrund interaktiver Gestaltungsprozesse zwischen

den an der Versorgung Beteiligten Health Professionals zu Krankheitsverlaufskurven werden und wie diese dann im interaktiven Vollzug prozediert werden.

In diesem Zusammenhang ist von besonderem Interesse, wie die Akteure unterschiedliche Vorstellungen über Krankheitsverlaufskurvenentwürfe und -pläne untereinander aushandeln und abstimmen. Diese Aushandlungsprozesse beruhen nach Strauss (1963, 1993) auf unterschiedlichen Situationswahrnehmungen und -deutungen, aufgrund derer die Handelnden ihre Perspektive auf ein Geschehen entwickeln und wechselseitig produzieren. Diese Einschätzungen und Vorstellungen über den potentiellen Verlauf einer Krankheit oder eines Sterbeprozesses beeinflussen das Interaktionsgeschehen und damit – folgt man dem Trajektkonzept – auch die Entwicklung der Verlaufskurve. Mit anderen Worten werden im Vollzug des interaktiven Geschehens Plausibilitäts- und Relevanzkriterien geschaffen, die für die Prozedierung der Verlaufskurven wirksam sind bzw. werden. Neben der inhaltlichen Frage, welche Kriterien maßgeblich sind, interessiert darüber hinaus der prozessuale Verlauf der Kommunikation und Interaktion, an deren Ende eben jene Sinnstrukturen stehen, die der Prozedierung zugrunde liegen. Besondere Aufmerksamkeit liegt dabei auf den Aushandlungs- und Abstimmungsprozessen innerhalb des interdisziplinären Teams. Neben dem Verlauf der Aushandlungsprozesse interessieren in diesem Zusammenhang auch inhaltliche Aspekte. Diese umfassen vor allem die Perspektiven der Akteure zu Fragen der Ausrichtung der Verlaufskurven an kurativen und oder palliativen Versorgungskonzepten. Der Hintergrund dieses Schwerpunktes erklärt sich aus dem Umstand, dass trotz verbesserter Heilungschancen Krebs immer noch die zweithäufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen darstellt (s. a. Kapitel1). Zu fragen ist, inwieweit und wann die Prozedierung palliative Aspekte einschließt oder ob die Gestaltung der Verlaufskurven entlang einer dichotomen Auffassung kurativer und palliativer Versorgungskonzepte verläuft. Im Zusammenhang damit steht auch das Thema, inwieweit die Berufsakteure Aspekte des „dying talk“ (Wettreck 1999) zum Gegenstand der Besprechung machen und so gemeinsam geteilte Wissens- und Werteorientierungen palliativer Versorgung bei der Prozedierung der Verlaufskurven wirksam werden.

Neben diesen auf die Verlaufskurven fokussierten Aspekten richtet sich ein weiterer Interessenschwerpunkt auf die interaktiven und kommunikativen Prozesse an sich. Dieser erklärt sich aus dem Umstand, dass die den Besprechungen zugrundeliegende soziale Ordnung selbst Gegenstand eines wechselseitig von den Teilnehmenden hergestellten Konstruktionsprozesses ist. Die sich im Vollzug des interaktiven Geschehens verwirklichende Bedeutungszuschreibungen und Interpretationen beziehen sich also nicht nur auf die Prozedierung der Ver-

laufskurven, sondern auch auf die sich konstituierende soziale Ordnung der Besprechung. Mit Meier (2002) formuliert gelten interdisziplinäre Besprechungen als elementare soziale Form, in deren Verlauf soziale Wirklichkeit hergestellt wird. Im Anschluss an diese Überlegungen lässt sich fragen, welche besonderen Handlungsformen für die interdisziplinären Besprechungen typisch sind. In diesem Zusammenhang gilt die Aufmerksamkeit besprechungsspezifischen Regeln, die im Verlauf der Teambesprechungen wirksam werden und von den Akteuren wechselseitig produziert werden. Zu fragen ist auch, ob sich eine besprechungsspezifische Logik identifizieren lässt, die von den Akteuren wechselseitig hergestellt wird und die diesen dann als Orientierungsrahmen dient. Anders formuliert gilt es jene Handlungsformen zu identifizieren, die für die Akteure von handlungsleitender Relevanz sind. In diesem Zusammenhang geht es um Fragen, wie im Verlauf des Interaktionsprozesses Themen etabliert und beendet werden bzw. wie der Prozess der Identifikation relevanter Probleme verläuft, die Gegenstand der Besprechung sind. Ebenso ist von Interesse, wie im Verlauf der Interaktion die thematische Progression verläuft. Darüber hinaus ist zu klären, wie die lokalen Identitäten der Akteure im Verlauf des Interaktionsprozesses (re)produziert werden, anhand derer die Teilnehmenden ihre Orientierung an dem institutionellen Charakter der Besprechung zum Ausdruck bringen.

Zusammenfassend lassen sich also zwei Analyseschwerpunkte identifizieren. Zum einem handelt es sich um inhaltliche Fragen, die die Konstruktion und Prozedierung der Verlaufskurven angeht. Zum anderem interessieren kommunikative und interaktive Prozesse, aufgrund derer die Akteure die soziale Ordnung der Besprechung konstituieren.

5. Methodisches Vorgehen

Wie die Ausführungen des vorherigen Kapitels zeigten, richtet sich das Interesse der Arbeit einerseits auf inhaltliche Aspekte der Verlaufskurvengestaltung und andererseits auf die Konstitution der sozialen Ordnung der Besprechung. Dem Gegenstand und der Fragestellung angemessen wird für die Arbeit ein qualitativ-empirischer Forschungsstil gewählt. Nach Flick et al. (2003: 14) hat „Qualitative Forschung (...) den Anspruch, Lebenswelten ‘von innen heraus’, aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen.“ Entscheidend ist dabei, dass dahinter liegende theoretische Verständnis der Wirklichkeit, die als sozial konstruiert verstanden wird. Entsprechend richtet sich das Forschungsinteresse darauf, „wie die jeweiligen Wirklichkeiten praktisch ‘erzeugt’ werden, es geht (...) also um die situativ eingesetzten Mittel zur Konstruktion sozialer Phänomene aus der teilnehmenden Perspektive.“ (Lüders 2003: 390, Herv. i. O.). Die induktive Vorgehensweise als Kennzeichen qualitativer Forschung erfordert eine Annäherung an die zu untersuchenden Zusammenhänge durch „sensibilisierende Konzepte“ (Flick 2002). Im Zentrum steht dabei die Analyse konkreter Fälle in alltäglichen Kontexten (Flick 2003). Anders formuliert zielt das Erkenntnisinteresse qualitativer Forschung auf das „Verständnis spezifischer kultureller Selbstverständlichkeiten, Handlungsformen – und strategien [...], um Strukturen und Muster ihrer sozialen Reproduktion sowie ihre Eigenrationalitäten zu erkennen.“ (Flick et. al. 2003: 106).

Anknüpfend an diese Perspektive werden die interdisziplinären Besprechungen als soziale Welt innerhalb eines klinischen Settings verstanden, da diese in der Institution Krankenhaus fest verankert sind. Der Anspruch qualitativer interaktionistischer Forschung, die Konstruktion sozialer Phänomene aus der teilnehmenden Perspektive zu betrachten, impliziert die Analyse eben jener Handlungsabläufe, die zum Entstehen eines Phänomens führen. Die Teambesprechungen stellen neben anderen Routinen, wie ärztlichen Visiten oder pflegerischen Übergabegesprächen, einen Teil des „Alltags“ der Gesundheitsprofessionen dar. Die für die Fragestellung relevanten Kommunikations- und Interaktionsprozesse und die sich daraus ableitende Prozedierung der Verlaufskurven werden unter anderem während der Teambesprechungen konstituiert. Im Unterschied zu anderen Erhebungsmethoden – wie z. B. Interviews – können diese somit im direkten prozesshaften Vollzug (im „Alltag“) beobachtet werden. Anders formuliert handelt sich um Datenmaterial, das im Feld in einer natürlichen Situation entstanden ist und damit Teil des Alltagshandelns der Health Professionals ist.

5.1 Ethnomethodologischer Hintergrund der Konversationsanalyse und sich daraus ableitende Prämissen

Das der Arbeit zugrundeliegende Verständnis der Konstruktion der sozialen Wirklichkeit impliziert, dass die Forschungsmethode geeignet sein muss, das interaktive Geschehen aus seiner eigenen Logik heraus erfassen zu können. Innerhalb qualitativer Sozialforschung hat sich die Konversationsanalyse als eine Forschungsmethode etabliert, die „die von ihr untersuchte soziale Welt als von den Interaktanten konstituierte, flexible, offene und nicht-substanziale Konstruktion begreift“ (Deppermann 2001). Spezifischer noch versteht die ethnomethodologische Konversationsanalyse die interaktive Herstellung von Sinn und Ordnung als prozesskonstituierte Leistung, die durch die an der Interaktion beteiligten Akteure geleistet wird (Deppermann 2001). Innerhalb der Gesundheitswissenschaften stellt die Konversationsanalyse keine allzu häufig angewandte Methode dar, weshalb im Folgenden eine einführende Darstellung der Ursprünge, der Grundzüge und der Methode erfolgt. Anhand dieser Ausführungen wird deutlich, warum die Konversationsanalyse geeignet ist, dem Forschungsinteresse der Arbeit gerecht zu werden.

Die Wurzeln der Konversationsanalyse liegen in der Ethnomethodologie, deren Annahmen als Prämissen für die Konversationsanalyse angesehen werden (Bergmann 1988, 2003, Deppermann 2008, 2001, Eberle 1997). Ausgangspunkt ethnomethodologischer Forschung war die kritische Auseinandersetzung mit dem durch T. Parsons geprägten Strukturfunktionalismus. Hintergrund hier war die Vorstellung, dass soziale Wirklichkeit das Ergebnis internalisierter Normen, Werte und Rollenverständnisse ist, aufgrund derer sich kulturelle Wertesysteme herausbilden, die für die Menschen handlungsleitend sind. Demgegenüber entwickelten sich verschiedene Forschungsansätze, die anstelle der Vorstellung, dass die Mitglieder einer Gesellschaft ihr Verhalten passiv an ihren internalisierten Normen und sozialisierten Zwängen ausrichten, die Ansicht vertraten, dass soziale Ordnung das Resultat eines fortwährenden Interaktionsprozesses ist (Bergmann 1988). Wegweisend in diesem Zusammenhang ist die Ethnomethodologie, die davon ausgeht, dass Struktur und damit Sinn sozialer Ordnung zwischen Handelnden ständig situativ hergestellt wird, bzw. im Hier und Jetzt konstituiert wird (Eberle 1997). Die „Herstellungsprozesse“ werden von den Handelnden intuitiv angewandt und sind in hohem Maße routinisiert und damit den Interagierenden nicht direkt zugänglich. Die Annahme, dass Wirklichkeit situativ produziert wird, erlaubt im Gegenzug die Untersuchung der Methoden und der Strukturmerkmale dieses Konstruktionsprozesses. Die Analyse der Alltagssituationen hat genau diese „Herstellungsprozesse“ zum Gegenstand. Anders for-

muliert geht es nicht darum ein soziales Phänomen mit bekannten oder noch zu entdeckenden (soziologischen) Kategorien zu beschreiben, sondern zu ermitteln, mit welchen praktischen Methoden „etwas“ zu „etwas“ wird (Bergmann 2003 b).

Ziel ethnomethodologischer Forschung ist es demnach, die „als selbstverständlich hingegenommenen Praktiken und Verfahren (*Methoden*) zu bestimmen, mittels derer die Mitglieder einer Gesellschaft (*ethnos*) in ihrem Handeln das eigene Tun wahrnehmen und erkennbar machen und die Wirklichkeit um sich sinnhaft strukturieren und ordnen.“ (Bergmann 2003 a: 51, Herv. i. O.). Anders formuliert wendet sich die ethnomethodologische Konversationsanalyse den im Gespräch ablaufenden Prozessen der Bedeutungszuschreibung und Interpretation zu (Brinker/ Sager 2001). Mit Bergmann (1988:23) lässt sich weitergehend formulieren, dass soziale Wirklichkeit als „Vollzugswirklichkeit“ im situativen Ablauf durch Hören, Sprechen, Wahrnehmen und Agieren der Beteiligten stetig produziert wird. Die ethnomethodologische Konversationsanalyse setzt genau an diesem Punkt an, indem sie nach der „methodischen Erzeugung der sozialen Wirklichkeit im und durch das Sprechen-beim- Interagieren“ (Meier 2002) fragt. Vor dem ethnomethodologischen Hintergrund der Konversationsanalyse werden Sinn und Ordnung als prozesskonstituierte, relationale Leistung der Interaktanten verstanden. Ziel der Konversationsanalyse ist es „durch eine strikt empirische Analyse ‘natürlicher’ Interaktion die formalen Prinzipien und Mechanismen zu bestimmen, mittels derer die Teilnehmer an einem sozialen Geschehen ihr eigenes Handeln, das Handeln anderer und die aktuelle Handlungssituation in ihrem Tun sinnhaft strukturieren, koordinieren und ordnen.“ (Bergmann 1994:3, Herv. i. O.).

Im Zentrum der Analyse stehen dabei diejenigen Gesprächspraktiken, die die Interaktanten anwenden, um die jeweils situationsspezifischen Gesprächsaufgaben, Probleme und Ziele auf den verschiedenen Ebenen der Interaktionskonstitution zu bearbeiten (Deppermann 2008). Mit anderen Worten geht es um die kommunikativen Praktiken und Verfahren anhand derer die Interaktionsteilnehmer soziale Ordnung (re)produzieren. Die von den Teilnehmern angewandten Gesprächspraktiken werden dabei als Voraussetzung und Mittel für die sich im Gespräch konstituierende sinnhafte Ordnung verstanden. Entsprechend richtet sich das Erkenntnisinteresse auf die Frage, *wie* die Gesprächsteilnehmer handeln, um dann Aussagen über die Funktion (*wozu*) der spezifischen Handlung treffen zu können. Anders formuliert sind die Gesprächspraktiken zunächst als solche zu beschreiben, bevor sie im Hinblick auf ihre Funktion hin analysiert werden können. Interaktive Ereignisse und die sich daraus konstituierende Wirklichkeit werden somit nicht als Ergebnis von verborgenen Wirklichkeiten wie Motive,

Persönlichkeitsstrukturen oder sozialstrukturellen Gegebenheiten erklärt, sondern als interaktive Ergebnisse selbst: „Interaktive Phänomene werden als *Phänomene-im-Prozess* und als *Phänomene-durch-den-Prozess* verstanden.“ (Deppermann 2001:62, Herv. i. O.). Deutlich werden in diesem Zusammenhang die ethnomethodologischen Wurzeln der Konversationsanalyse: Soziale Wirklichkeiten entstehen in der Art und Weise, wie die Gesellschaftsmitglieder sie konstruieren: „Die Handelnden stehen vor der Aufgabe, ihre Wirklichkeitsdefinitionen in der aktuellen Interaktion abzustimmen und durch entsprechende Markierungsleistungen fortlaufend zu bestätigen bzw. auf Modifikationen hinzuweisen.“ (Bergmann 1994:6).

Die Objektbereiche konversationsanalytischer Forschung waren dabei zunächst alltägliche, gewöhnliche Gespräche – Konversationen –, wovon sich auch die Bezeichnung ableitet. Die Untersuchung formaler oder institutioneller Kommunikation erfolgt entlang der Vorstellung, dass Strukturen alltäglicher, außerinstitutioneller Kommunikation in spezifischer Weise transformiert werden. Bedeutsam ist der Zusammenhang ist die Beziehung zwischen den sprachlichen Äußerungen und dem (institutionellen) Kontext, in dem sie verbalisiert werden. Konversationsanalytiker gehen dabei nicht von einer einfachen Ursache-Wirkung-Beziehung aus. Vielmehr geht die Konversationsanalyse von der Indexikalität sprachlicher Kommunikation aus, also von dem wechselseitigen Aufeinanderbezogensein von Situation und sinnhafter Äußerung (Brinker/ Sager 2001). Anhand der Analysen gilt es nachzuweisen, in welcher Art und Weise ein spezifischer Handlungskontext für die Interaktanten handlungsleitend ist. „Die Konversationsanalyse sieht die Interagierenden also als *kontextsensitive Akteure*, die den Kontext ihres Handelns analysieren, mit Hilfe von Alltagswissen interpretieren, ihre Äußerungen auf diesen Kontext einstellen und sich wechselseitig ihre Kontextorientierungen fortwährend anzeigen.“ (Bergmann 2003 b:529, Herv. i. O.). Allerdings wird der Einfluss kontextueller Faktoren auf das Gesprächsereignis nicht geleugnet, es geht vielmehr darum „den Kontext des Gespräches als einen Kontext im Gespräch zu bestimmen.“ (Bergmann 2003 b:530). Mit anderen Worten reproduziert sich der Kontext des Gespräches in den Handlungen der Teilnehmer.

Methodisches Vorgehen ethnomethodologischer Konversationsanalyse

Ebenso wie die Ethnomethodologie hat sich auch die Konversationsanalyse gegen die Etablierung eines methodischen Regelwerkes gesträubt (Bergmann 1994, 2003, Deppermann 2008). Dies lässt sich auf das Empirieverständnis zurückführen, nachdem die Wahl der Methode vom Untersuchungsgegenstand abhängt. Mit anderen Worten wird die Methode nicht vom Gegenstand getrennt, sondern in und mit der Auseinandersetzung der empirischen Gegebenheiten

entwickelt sich die Methodik, die dem spezifischen Untersuchungsgegenstand angemessen ist (Deppermann 2008: 7). Diese Haltung führt nun allerdings nicht dazu, dass das konversationsanalytische Vorgehen völlig willkürlich erfolgt. Vielmehr lassen sich einige Prinzipien und Maximen beschreiben, die charakteristisch für die Konversationsanalyse sind.

Ausgangspunkt konversationsanalytischer Arbeiten sind natürliche, alltägliche Interaktionen. „Natürlich“ sind die Interaktionen insoweit, als dass sie auch ohne die Anwesenheit des Forschers stattgefunden hätten. Entscheidend ist, dass das soziale Geschehen in seinem „natürlichen“ Kontext und in seinem realen zeitlichen Verlauf dokumentiert wird. Bergmann (2003) prägt in diesem Zusammenhang den Begriff des „registrierenden“ Konservierungsmodus. Während bei Interviews oder Beobachtungsprotokollen das soziale Geschehen rekonstruiert wird („rekonstruktiver Konservierungsmodus“, Bergmann 2003), wollen die Ethnomethodologie und die Konversationsanalyse die im Moment des Entstehens ablaufenden sozialen Prozesse „registrieren“ und dann einer Analyse unterziehen: „Interaktionssequenzen werden mit hin in ihrem ursprünglich, real-zeitlichen Ablauf festgehalten, damit ihre Geordnetheit so, wie sie sich Schritt für Schritt entwickelt hat, untersucht werden kann.“ (Eberle 1997: 258). Entsprechend werden für die Analyse audio(visuelle) Aufzeichnungen von realen Interaktionen erstellt. Die Aufarbeitung des Datenmaterials erfolgt unter der Prämisse, das interaktive Geschehen möglichst verlustarm zu verschriftlichen. Entsprechend soll das Transkript als schriftliche Version des Gespräches das soziale Geschehen in seiner tatsächlichen Abfolge dokumentieren und zudem so genau und detailliert wie möglich sein. Die Transkription selbst ist als Prozess zu verstehen: Durch wiederholendes Abhören der Audioaufnahmen entsteht nach und nach ein immer ausdifferenzierteres Transkript, das Betonungen, Dehnungen, Überlappungen, Pausen, Husten, Ein- und Ausatemgeräusche, Lachen usw. beinhaltet. Dieses Vorgehen der möglichst genauen Wiedergabe der Interaktionen verweist auf eine zentrale analytische Maxime der Konversationsanalyse: Kein im Transkript auftauchendes Textelement ist als zufällig anzusehen, sondern zunächst als „Bestandteil einer sich reproduzierenden Ordnung (zu betrachten) und in den Kreis möglicher relevanter Untersuchungsphänomene“ (Bergmann 2003 b: 532) einzubeziehen.

Anknüpfend an diese Ausführungen lässt sich das Ziel der Analyse im Entdecken der „Ordnung“, welche die Lösung für ein strukturelles Problem der Organisation der sozialen Interaktion darstellt, beschreiben (Bergmann 2003). Dabei geht die Konversationsanalyse strikt datengeleitet und nicht theoriegeleitet vor (Eberle 1997). Mit anderen Worten erfolgt die Analyse nicht hypothesengeleitet oder hypothesenprüfend, sondern im Material wird jedes Detail

potentiell als Teil der Ordnung angesehen, die es im Datenmaterial zu entdecken gilt. Diese analytische Maxime wird als „order at all points“ beschrieben (Depermann 1997, Bergmann 1988).

In einem ersten Schritt der Analyse wird zunächst im Transkript ein Ordnungselement (Detail) identifiziert. Ordnungselemente können sowohl Interaktionssequenzen, Schweigen, wie auch ein Räuspern oder spezifische Formulierungen sein. Für die weitere Analyse ist die Annahme leitend, dass „dieses Element ein Bestandteil einer von den Interagierenden methodisch erzeugten Geordnetheit ist.“ (Bergmann 2003: 532). Konsequenterweise wird im Verlauf der Analyse nach weiteren Stellen im Transkript gesucht, die dieses Ordnungselement aufweisen. Anhand der so gefundenen Interaktionssequenzen wird dann geprüft, ob sich wiederkehrende Muster finden lassen. Sofern ein regelmäßiges Muster zu erkennen ist, besteht der nächste Analyseschritt darin „zu zeigen, dass die festgestellte Geordnetheit *interaktiv erzeugt* ist.“ (Eberle 1997: 260, Herv. im Original). Hintergrund dieses Vorgehens ist die Annahme, dass die Geordnetheiten als methodisch produzierte Lösungen des Problems der Organisation der Interaktion verstanden werden. Die Art des Problems ist dabei selbst Gegenstand der Analyse. So könnte z.B. hinterfragt werden, welches Problem ein Sprecher löst, wenn er seine Äußerung unterbricht und noch einmal von vorne beginnt. Ziel der Analyse ist es nicht möglichst viele Verhaltensgleichförmigkeiten der Akteure aufzuzeigen, sondern Prinzipien zu identifizieren, die für die Interagierenden Orientierungsgrößen zur Organisation der Interaktion darstellen. Entsprechend besteht eine wesentliche Aufgabe der Analyse darin, im Datenmaterial aufzuzeigen, „auf welche Art und Weise, d.h. mit welchen Ethno-Methoden, die Interaktionsteilnehmer die Geordnetheit dieses Phänomens in ihrem Handeln produzieren.“ (Bergmann 1988: 35). Sofern in einem ersten Schritt eine Ordnung festgestellt wurde, besteht der nächstfolgende Analyseschritt in der Rekonstruktion des Problems, dessen methodische Lösung zu der beobachteten Geordnetheit geführt hat. Grundsätzlich erfolgt die Analyse des Datenmaterials sequenziell, wobei nicht isolierte Äußerungen, sondern Gesprächssequenzen Gegenstand der Analyse sind (Depermann 2008). Schließlich ermöglicht die fallübergreifende Analyse Aussagen über die Eigenschaften und Interaktionsaufgaben, die Gegenstand der Geordnetheit sind.

Vor dem Hintergrund dieser einführenden Aussagen zeigt sich die Angemessenheit der ethnomethodologischen Konversationsanalyse für die vorliegende Untersuchung. Die der Arbeit zugrundeliegende interaktionistische Perspektive, die von der Konstruktion der sozialen Wirklichkeit durch die Gesellschaftsmitglieder ausgeht, impliziert, dass gesellschaftliche Phäno-

mene wie Krankheit, Sterben und Tod ebenfalls Gegenstände dieser Konstruktionsprozesse sind, die sich unter anderem in der Manifestation von Krankheits- und Sterbeverlaufskurven zeigt. Weitergehend bedeutet diese Sichtweise, dass soziale Sachverhalte in der Art und Weise existieren, wie die Gesellschaftsmitglieder sie produzieren. Genau diesen Herstellungsprozessen wendet sich die Konversationsanalyse zu: Gegenstand konversationsanalytischer Arbeiten ist die Frage, wie Interaktanten soziale Wirklichkeit herstellen, wie sie den Interaktionsprozess gestalten und wie die im Interaktionsprozess entstandenen Sinnstrukturen auf ihr Handeln zurückwirken. Die Konversationsanalyse eignet sich insofern für die Bearbeitung der Forschungsfrage, als dass sie sich der mit der Rekonstruktion der methodischen Erzeugung der sozialen Wirklichkeit beschäftigt. Die im Fokus der Arbeit stehenden Phänomene Krankheit, Sterben und Tod sowie die sich daraus ergebende Prozedierung der Krankheitsverlaufskurven stellen einen Aspekt der von den Interaktanten produzierten sozialen Wirklichkeit dar. Abstrakter formuliert verhalten sich die interaktionistische Wirklichkeitsauffassung und ethnomethodologische Konversationsanalyse komplementär zueinander: Während erstere von der Konstruktion der sozialen Wirklichkeit ausgeht, bietet die Konversationsanalyse ein Instrumentarium zur Untersuchung eben jener Konstruktionsprozesse. Gleichzeitig setzt die Analyse gesellschaftlicher Konstitutionsprozesse das Verständnis der Konstruktion eben jener Phänomene voraus, die es zu untersuchen gilt. Dem Postulat der wechselseitigen Bedingtheit von Untersuchungsgegenstand und Methode entsprechend orientiert sich die vorliegende Untersuchung an den Prämissen und der methodologischen Mentalität (Bergmann 1988) der ethnomethodologischen Konversationsanalyse.

5.2 Prozess der Datengenerierung und Auswertung der Daten

Beschreibung des Feldes und Feldzugang

Dem Forschungsinteresse der Untersuchung machte es erforderlich ein Setting auszuwählen, indem krebskranke Kinder und Jugendliche versorgt. Die Behandlung dieser Patienten erfolgt in Deutschland zentralisiert in spezialisierten Abteilungen, die in der Regel an Kinderkrankenhäuser angeschlossen sind. Aufgrund fehlender Strukturen ambulanter und stationärer pädiatrischer Palliativversorgung sowie aufgrund der spezifischen Schwerpunktsetzung der Kinderhospize (s.a. 2.2) ergibt es sich, dass das Krankenhaus nach wie vor zentraler Versorgungsort und Sterbeort krebskranker Kinder und Jugendlicher ist. Aus diesen Gründen fiel die Wahl auf eine hämatologisch/onkologische Abteilung eines Kinderkrankenhauses. Das Krankenhaus ist Teil eines Verbundes konfessioneller Häuser und verfügt über eine eigene Kinderklinik, die jährlich etwa 10.000 Kinder und Jugendliche betreut. Die Kinderklinik setzt

sich einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, einer Klinik für Kinderchirurgie und einem Sozialpädiatrischen Zentrum zusammen. Zudem ist dem stationären Bereich eine Tagesklinik angeschlossen, die zur Behandlung und Diagnostik genutzt wird. Entsprechend der Größe der Kinderklinik werden nahezu alle pädiatrischen Fachdisziplinen angeboten.

Innerhalb der Kinderklinik finden einmal wöchentlich interdisziplinäre Besprechungen statt. Als zeitlicher Rahmen ist eine Stunde vorgesehen. Gegenstand der Besprechung sind onkologisch erkrankte Kinder und Jugendliche, die entweder stationär oder ambulant betreut werden. Nach Auskunft des zuständigen Oberarztes haben die Besprechungen die Funktion „Informationen über den medizinischen und psycho-sozialen Sachstand“ zu vermitteln. Außerdem wird das „Erkennen und Bewerten von Handlungsbedarf und entsprechende folgende Koordination“ als Ziel angegeben. Schließlich sollen die Reflektion und der Austausch zwischen den Berufsgruppen ein Teil der Besprechung sein (E-mail des Oberarztes).

Die Gruppe der Teilnehmer der Besprechung setzt sich aus einem Oberarzt und einer Oberärztin, mehreren Stationsärztinnen, einer Ärztin der Tagesklinik, mehreren Kinderkrankenschwestern der Krankenstationen, mehreren Erzieherinnen der krankenhauseigenen Schule, einer Seelsorgerin, einem Ergotherapeuten, einer Ergotherapeutin, einer Musiktherapeutin, zwei Sozialarbeiterinnen, einer Psychologin und einem Supervisor zusammen. Die Musiktherapeutin, der Ergotherapeut, die Psychologin und der Supervisor werden über einen gemeinnützigen Elternverein bezahlt und sind keine Angestellten des Krankenhauses. Die Teilnahme an den Besprechungen variiert, wobei keine offiziellen Abwesenheitserklärungen abgegeben werden.

Die onkologischen Besprechungen finden in der sogenannten Ärztebibliothek des Krankenhauses statt. Dieser Raum ist ca. 40 qm groß, nüchtern gehalten, sowohl Mobiliar, Fußboden wie auch Gardinen stammen aus den 70er Jahren. Nach Eintritt in den Raum schließt sich rechts ein kurzer Flur an, der zu einer kleinen Teeküche führt. An der linken Längsseite befinden sich Einbauregale, in denen pädiatrische ärztliche Bücher und Zeitschriften stehen. Außerdem befindet sich an dieser Seite ein ca. 80cm x 60cm großer Röntgenshirm. Direkt gegenüber der Tür ist eine Fensterfront, die die gesamte Front der Außenseite umfasst. An der rechten Seite des Raumes ist eine Schrankfront, die ein offenes Regal enthält, in dem einige Papiere liegen. In der Mitte des Raumes stehen mehrere zu einem Rechteck (ca. 4x 3 m) zusammengestellte Tische, die so den Raum dominieren. Die Stühle des Raumes (ca. 20) stehen nicht direkt am Tisch, sondern an den Längs- und Querseiten des Raumes. Die Teilnehmer der Besprechung treffen zu unterschiedlichen Zeiten und in verschiedener Reihenfolge in der

Ärztbibliothek ein und setzen sich einen der freien Stühle. Zwischen den bereits Anwesenden entstehen regelmäßig Gespräche, die zur Begrüßung neuer Teilnehmer kurz unterbrochen werden. Alle Teilnehmer begrüßen sich ohne Handschlag.

Obschon keine Sitzordnung (z. B. durch Zettel auf den Stühlen) vorgegeben ist, streben die Teilnehmer gezielt auf bestimmte Stühle zu. Das ärztliche Personal sitzt immer vor der Bücherfront, dort sitzen ebenfalls immer die beiden Mitarbeiter der Ergotherapie und die Musiktherapeutin. Die Sozialarbeiterinnen, der Supervisor und die Psychologin bevorzugen die Stühle auf der gegenüberliegenden Seite des Raumes. Die Lehrerinnen streben die Plätze an der Fensterfront oder der rechten Raumseite an; lediglich während einer Besprechung sitzt eine Pädagogin vor der Bücherfrontseite. Sowohl das Pflegepersonal wie auch die Seelsorgerin sitzen entweder vor der Bücherfront oder auch auf Stühlen der gegenüberliegenden Seite. An der Bücherfrontseite werden grundsätzlich immer zwei Stühle freigelassen; dies ist selbst dann der Fall, wenn schon alle anderen Plätze besetzt sind (Besprechung 4). Auf diesen beiden Stühlen nehmen dann der Oberarzt und die Oberärztin Platz.

Der Zugang zum Forschungsfeld gestaltete sich aufgrund vorheriger Kontakte der Forscherin, die diese im Rahmen einer Qualifikationsarbeit und einer wissenschaftlichen Begleitforschung eines Projektes zur ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung aufgebaut hatte, recht unkompliziert. Der für den Bereich der Hämatologie und Onkologie zuständige Oberarzt erwies sich als „gatekeeper“ (Merkens 2003: 288) sehr entgegenkommend und bot sich an, die Teilnehmenden der Besprechung zu informieren und ihr Einverständnis bezüglich der Untersuchung sowie der Audioaufzeichnung einzuholen, was auch erfolgte.

Datenerhebung

Entsprechend einer Prämisse ethnomethodologischer Konversationsanalyse, das soziale Geschehen möglichst genau und detailliert zu registrieren, wurden Audioaufnahmen der interdisziplinären Besprechungen erstellt. Aufgrund der Größe des Raumes und der Anzahl der Teilnehmer konnte dazu nicht auf digitale Aufnahmegeräte zurückgegriffen werden. Anstatt dessen erfolgte die Aufnahme über zwei Tischmikrophone, einem Mischpult und einem CD-Aufnahmegerät. Anhand dieser Ausstattung wurde ein grundsätzliches Dilemma ethnografisch orientierter Forschung deutlich: Einerseits soll der Gegenstand der Forschung (Alltag/Lebenswelt) so natürlich wie möglich bleiben, andererseits wird diese durch die Erhebungsinstrumente (Forscher, Aufnahmegeräte etc.) zwangsläufig beeinflusst. Die Gegenwart der Aufnahmegeräte beeinflusst also die Situation, die idealerweise nicht beeinflusst werden

soll. Für dieses an sich unlösbare Problem wurde eine pragmatische Lösung gewählt: Eine halbe Stunde vor Beginn der Besprechung wurde das Equipment aufgebaut, wobei sich bis auf die beiden Mikrophone alle Geräte unter den Tischen befanden und somit dem direkten Blickfeld der Teilnehmer entzogen waren. Die Teilnehmer der Besprechung zeigten sich gegenüber der technischen Ausstattung zumeist eher unverkrampft: Einige fragten „sollen wir jetzt singen?“ (Besprechung 2) oder sie gaben Ratschläge bezüglich der Positionierung der Mikrophone (Besprechung 1). Die Anwesenheit der Untersucherin als Störfaktor relativierte sich insofern, als dass diese fast allen Beteiligten bekannt war.

Überblick über die vorhandenen Audioaufzeichnungen

In einem Zeitraum von einem Monat wurden im Frühjahr 2006 vier aufeinanderfolgende interdisziplinäre Besprechungen audiotekhnisch aufgezeichnet. Die Anzahl der Aufnahmen orientierte sich dabei weniger an quantitativen als an qualitativen Gesichtspunkten: „Die Qualität gesprächsanalytischer Untersuchungen beruht in erster Linie auf der detaillierten Analyse von Einzelfällen und nicht auf großen Stichproben.“ (Deppermann 2008: 28). Im Rahmen der Besprechungen wurden schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche thematisiert, die entweder stationär oder ambulant betreut wurden. Insgesamt wurden 43 Patienten angesprochen, wobei einige wiederholt Gegenstand der Besprechung waren. Die Ausführungen zu den Kindern und Jugendlichen reichen von kurzen Beiträgen (z.B. Nennung der Diagnose und Krankenstation) bis zu ausführlichen, die einzelnen Besprechungen dominierenden Darstellungen. Im Folgenden wird ein Überblick über die Audioaufzeichnungen der Besprechungen gegeben.

Besprechung 1:

Datum: 07. 03. 2006

Dauer: 53 Minuten

Teilnehmer: Oberarzt, Oberärztin, fünf Lehrerinnen, zwei Physiotherapeutinnen, Supervisor, drei Stationsärztinnen, ein Stationsarzt, Ärztin der Ambulanz, Ergotherapeutin, Ergotherapeut, Musiktherapeutin, zwei Sozialarbeiterinnen, Seelsorgerin, drei Kinderkrankenschwestern

Themen: 9 Kinder/Jugendliche, wissenschaftliche Tagung über Hirntumore

Besprechung 2:

Datum: 14. 03. 2006

Dauer: 48 Minuten

Teilnehmer: Oberarzt, Oberärztin, vier Lehrerinnen, Psychologin, Ergotherapeutin, Ergotherapeut, vier Stationsärztinnen, Musiktherapeutin, eine Sozialarbeiterin, eine Physiotherapeutin, vier Kinderkrankenschwestern

Themen: 11 Kinder/Jugendliche, Jubiläum des Elternvereins, der einige Stellen innerhalb der Kinderklinik finanziert

Besprechung 3:

Datum: 21. 03. 2006

Dauer: 55 Minuten

Teilnehmer: Oberarzt, Oberärztin, fünf Lehrerinnen, ein Stationsarzt, drei Stationsärztinnen, Ärztin der Ambulanz, Ergotherapeutin, Ergotherapeut, Musiktherapeutin, zwei Sozialarbeiterinnen, Psychologin, vier Kinderkrankenschwestern, Supervisor

Themen: 12 Kinder/Jugendliche

Besprechung 4:

Datum: 28. 03. 2006

Dauer: 37 Minuten

Teilnehmer: Oberarzt, Oberärztin, zwei Sozialarbeiterinnen, Ergotherapeutin, Ergotherapeut, Musiktherapeutin, Psychologin, vier Kinderkrankenschwestern, fünf Stationsärztinnen

Themen: 11 Kinder/Jugendliche

Aufbereitung des Datenmaterials zur Analyse

Mit der Audioaufzeichnung der Besprechungen stehen zunächst nur eingeschränkt verwendbare Daten zur Verfügung. Die Transkription hat den Zweck, für die Analyse eine ausreichende Menge an Daten des interaktiven Geschehens in schriftlicher Form darzustellen. Die Verschriftlichung der ausgewählten Passagen soll das „reale soziale Geschehen in seinem Ablauf möglichst genau festhalten, gleichzeitig aber auch lesbar bleiben.“ (Eberle 1997: 258). Entsprechend wurden zunächst von allen vier Besprechungen Basistranskripte erstellt, die den Ablauf der Handlungen der Akteure wiedergeben. Im Zuge der Erstellung der Basistranskripte wurden die Namen der Teilnehmer, der Patienten sowie im Rahmen der Besprechung genannte Orte maskiert.

Um einen Überblick über die aufgezeichneten Besprechungen zu erlangen, wurden im Anschluss sogenannte Gesprächsinventare (Deppermann 2008: 32) erstellt. Diese bestehen aus einem Deckblatt, was wesentliche Informationen zu den Gesprächsumständen und den Teilnehmern umfasst. Darüber hinaus wurde ein Inventar des Gesprächsablaufes erstellt, was neben der Beschreibung der Gesprächsabschnitte und Gesprächsthemen auch erste Bezüge zur Forschungsfrage aufweist. Gesprächsinventare ermöglichen einen ökonomischen Überblick über das vorhandene Datenmaterial und vermitteln erste Zugänge zu interessanten Phänomenen. In einem nächsten Schritt wurde dann eine makroskopische Analyse durchgeführt, die der Auswahl jener Gesprächsabschnitte galt, die in Feintranskripte überführt wurden. Im Unterschied zum Basistranskript umfassen diese nicht nur *was* gesagt wurde, sondern auch, *wie* etwas gesagt wurde. Dazu wurden in Anlehnung an das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem (GAT) die entsprechenden Sequenzen des Basistranskripts um Pausen, Intonationen, Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit, Akzente und nonvokale Phänomene ergänzt (Transkriptionssystem s. Anhang).

Die Auswahl der Sequenzen orientierte sich an verschiedenen Aspekten, zu denen neben gesprächsorganisatorischen auch inhaltliche Gesichtspunkte zählen. Zum ersteren Punkt zählen Sequenzen des Gesprächsbeginns und -endes sowie Initialpassagen, die im Zusammenhang der Besprechungen die Themeneinführung und -beendigung in Form von Falldarstellungen neuer oder bekannter Patienten betreffen. Unter inhaltlichen Gesichtspunkten wurden jene Passagen ausgewählt, die in einem direkten Bezug zu der Forschungsfrage stehen, also Gesprächssequenzen, in denen die Akteure sich mit Fragen der Gestaltung der Verlaufskurven krebskranker Kinder und Jugendlicher beschäftigen. Noch spezifischer wurden zunächst jene Passagen ausgewählt, in denen die Themen Sterben und Tod – also Sterbeverlaufskurven – thematisiert wurden. Um ein größeres Maß an Phänomenvarianz zu erhalten, wurden dann Gesprächssequenzen ausgewählt, in denen die betreffenden Themen nicht oder zumindest nicht offen angesprochen wurden. Die Erweiterung der Fallauswahl um zwei Fälle, bei denen Sterben und Tod nicht thematisiert wurden, erfolgte unter dem methodologischen Aspekt der maximalen Kontrastierung.

Analytische Maximen und Auswertung der Daten

Um der Forderung der Arbeit gerecht zu werden, dass die Fragestellung unter Berücksichtigung der kommunikativen und interaktiven Strukturen beantwortet wird, ist es notwendig, genau jene Gesprächsvorgänge zu analysieren, die zu der Prozedierung der Krankheitsverlaufskurven führen. Die dazu gewählte Methode der Konversationsanalyse verzichtet auf eine

differenzierte Methodologie, vielmehr wird in Forschungstradition anstatt eines (starren) Regelkatalogs immer wieder auf grundlegende analytische Maximen verwiesen (Bergmann 1988, 2003, Eberle 1997, Deppermann 2008). Um Redundanzen zu vermeiden (s.o.) werden diese im Folgenden nicht explizit ausgeführt, sondern anhand der Darstellung der Auswertungsschritte dargelegt.

Mit dem Vorliegen der Basistranskripte erfolgte in einem ersten Schritt eine makroskopische Analyse des Datenmaterials (Deppermann 2008). Diese baut auf den erstellten Gesprächsinventaren auf, bietet aber eine differenziertere Beschreibung des Gesamthandlungsablaufes. Anhand dieser Analyse wurde die makroskopische Gliederung der Besprechungen in Themen- und Handlungssegmente möglich. Vor diesem Hintergrund wurden dann in einem nächsten Schritt die Gesprächssequenzen herausgefiltert, die detailliert analysiert werden sollten. Die Ergebnisse der makroskopischen Analyse zeigten, dass die Besprechungen jeweils einen spezifischen Anfang und Ende hatten. Diese zunächst banale Erkenntnis korrespondiert mit der analytischen Maxime der „einfachen Beobachtung“ (Bergmann 1988). Einfach sind diese in dem Sinn, dass jedes Gesellschaftsmitglied sie machen kann. Konversationsanalytisch betrachtet werden diese Gesprächsphänomene allerdings nicht als selbstverständliche, unhinterfragbare Tatsachen hingenommen, sondern gerade aufgrund ihres anscheinend selbstverständlichen Charakters zum Gegenstand der Analyse. Mit Bergmann (1988: 37) können der Besprechungsbeginn und das Besprechungsende auch als „unproblematische Probleme“ bezeichnet werden.

Darüber hinaus zeigte sich anhand der makroskopischen Analyse, dass die Themeneinführung und -beendigung in je spezifischer Art und Weise vorgenommen wurde. Aufgrund der mikroskopischen Detailanalyse zeigte sich, dass die thematischen Felder mit einer Falleinführung bzw. -beendigung gleichzusetzen sind. Mehr noch offenbarte die Sequenzanalyse, dass die Umsetzung der Themeneinführung abhängig davon ist, ob die Patienten den Teilnehmern der Besprechung bekannt sind oder nicht. Weitergehend wurden dann alle thematisierten Fälle daraufhin untersucht, ob sich das identifizierte Muster der Falleinführung und -beendigung wiederholt. Entlang der analytischen Maxime der „Wiederkehrenden Mustern“ (Bergmann 1988) wurden dann nach weiteren Erscheinungs- und Manifestationsformen gesucht. Die Kollektion der so entstandenen Fälle zeigte, dass es sich nicht um Einzelphänomene handelte, sondern dass die Art und Weise der Falleinführung und -beendigung Teil einer interaktiv erzeugten Geordnetheit ist. Mit anderen Worten konnte anhand der Rekonstruktion des Interaktionsphänomens eine für die Besprechung typische „Ethno-Methode“ nachgezeichnet werden

(Bergmann 1988). Dann wurde danach gefragt, worin das zugrundeliegende Interaktionsproblem liegt, das die Verwendung der beobachteten Geordnetheit für die Interaktionsteilnehmer notwendig werden lässt.

Dem Erkenntnisinteresse der Arbeit folgend stellt die Analyse der Kommunikations- und Interaktionsprozesse, aufgrund derer die Prozedierung der Krankheitsverlaufskurven erfolgt, den Hauptbestandteil der Auswertung dar. Im Folgenden werden anhand des analytischen Vorgehens bei der Bearbeitung der Fallbeispiele die Prinzipien der detaillierten Sequenzanalyse ausgeführt. Die im vorherigen Abschnitt aufgeführten analytischen Maximen waren dabei auch für diesen Analyseschritt handlungsleitend. Anders herum erfolgte die Sequenzanalyse der oben beschriebenen Gesprächsphänomene ebenfalls entlang der im Folgenden dargestellten Sequenzanalyse.

Vor dem Hintergrund der makroskopischen Analyse wurden insgesamt fünf Fälle für eine weitergehende detaillierte Sequenzanalyse ausgewählt (Auswahlkriterien s. o). Die einzelnen Analyseschritte dienen in erster Linie dazu, die „analytische Sensibilität zu steigern, Beschreibungsinstrumente zur Verfügung zu stellen und grundlegende Interaktionseigenschaften zur Fundierung und zur Prüfung von Aussagen über Gespräche zu nutzen.“ (Deppermann 2008: 54). Grundlage der Analyse ist dabei immer eine Gesprächssequenz. Hintergrund dieser Vorgehensweise ist eine Prämisse der Konversationsanalyse, die von der sequenziellen Konstituiertheit eines Gespräches ausgeht. Entsprechend wurden Gesprächsabschnitte Äußerung für Äußerung (bzw. Zeile für Zeile) analysiert. Die folgende Darstellung orientiert sich an den von Deppermann (1999) vorgeschlagenen Aspekten der Detailanalyse.

Paraphrase und Handlungsbeschreibung

Zur Gewinnung eines ersten Zugangs zu den entsprechenden Sequenzen wurden zunächst Paraphrasen derselben formuliert. Diese erlauben die Identifikation der inhaltlichen Themen sowie die Klärung der Frage, worauf sich die Gesprächsäußerung bezieht (z. B. Personen, Sachverhalte). Die sich anschließende Formulierung der Handlungsbeschreibung bezieht sich auf die vollzogene sprachliche Handlung selbst (z.B. Frage, Antwort, Begründung). Aufgrund der primär inhaltlichen Fragestellung der Untersuchung wurden zudem die spezifischen Bedeutungen der verwendeten Gesprächsäußerungen analysiert.

Äußerungsgestaltung und Formulierungsdynamik

Die einzelnen Gesprächsäußerungen wurden dann unter dem Aspekt der Äußerungsgestaltung betrachtet. Dazu zählt die Phonetik (z. B. Verwendung von Dialekt, Lauttilgungen), die Prosodie (z. B. Akzentuierung, Pausen, Lautstärke- und Tempoveränderungen, Intonation am Äußerungsende), die Lexik (z. B. Interjektionen, Fachsprache) und schließlich die Stilistik (z. B. Sprichwörter, Redewendungen). Die so identifizierten Merkmale der Äußerungen weisen auf bestimmte Bedeutungs- und Funktionspotentiale hin, sie stellen für sich aber keine Interpretation des Gesagten dar. Anders formuliert bezieht sich die linguistische Beschreibung auf die Art und Weise, wie etwas gesagt wurde, nicht aber auf die Bedeutung, die das Gesagte im Kontext des Handlungsverlaufs hat. Um Aussagen bezüglich der inhaltlichen Dimension treffen zu können, bedarf es darüber hinaus der Interpretation des Verhältnisses zwischen verschiedenen Äußerungen sowie der Analyse, der Differenzen zwischen der Äußerungsgestaltung (z. B. bei welchem Thema ändert sich die Lautstärke). Gegenstand der Analyse in diesem Zusammenhang waren z. B. Fragen, wann und bei welchen Handlungen spezifische Merkmale auftreten. Darüber hinaus ist zu beachten, dass „Merkmale der Äußerungsgestaltung (...) besonders wichtig für solche interaktiven Bedeutungsdimensionen [sind], die nicht explizit angesprochen werden.“ (Deppermann 2008: 58). Die weitergehende Analyse der Fallbeispiele zeigte zudem, dass sich diese Erkenntnis auch auf inhaltliche Aspekte übertragen lässt.

Während sich der Aspekt der Äußerungsgestaltung also auf die Art und Weise, wie gesprochen wird bezieht, werden unter der Formulierungsdynamik prozessuale Gesichtspunkte analysiert. Dazu wurden einzelne Elemente der zu analysierenden Äußerung auf ihre Position innerhalb einer Redezugkonstruktion hin untersucht, um so zu Aussagen über den Bedeutungsgehalt zu erlangen. So wurden z. B. einzelne Beiträge daraufhin analysiert, ob sie systematisch eröffnet und beendet wurden oder ob innerhalb eines Beitrags Wortabbrüche, Wiederholungen, Selbstkorrekturen oder Formulierungsprobleme auftraten.

Sprecherwechsel

Konstitutiv für ein Gespräch ist die Art und Weise, wie und an welchen Stellen des Handlungsverlaufs die einzelnen Akteure ihr Rederecht umsetzen. Entsprechend lag ein Fokus der Analyse auf den im Gesprächsverlauf stattfindenden Sprecherwechseln. Dieser Aspekt war insofern von Bedeutung, als dass die Besprechungen trotz ihres institutionellen Rahmens keinerlei festgelegte Vorgaben bezüglich des Rederechts haben, so dass der Sprecherwechsel immer lokal organisiert wird. Gegenstand der Analyse waren dementsprechend Fragen, die

sich darauf bezogen, wie innerhalb der Besprechungen der Sprecherwechsel organisiert wird (z.B. Wer spricht wann? Wer folgt auf wen? Wird parallel gesprochen?). Aufgrund der Sequenzanalyse wurde deutlich, dass der Gesprächsablauf auch Schweigephasen aufweist. Diese stehen entweder im Zusammenhang mit Sprecherwechseln oder sie treten auch unabhängig von diesen auf. In diesem Zusammenhang richtete sich das analytische Interesse auf die Frage, an welchen Stellen im Handlungsverlauf das Phänomen auftritt, wie es aufgelöst wird und schließlich, wie es zu interpretieren ist.

Kontextanalyse

Die Kontextanalyse knüpft mit dem Sequenzialitätsprinzip an eine der wesentlichen Prämissen der Konversationsanalyse an. Demnach sind die einzelnen Äußerungen im Verlauf eines Gespräches nicht als isolierte Sätze zu verstehen, sondern sie stellen den Bezugsrahmen für die folgende Äußerung dar. Ziel der Kontextanalyse ist es, den Zusammenhang zwischen den einzelnen Redebeiträgen aufzuzeigen und die für das Gespräch bedeutsamen Kontexte zu rekonstruieren. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass Kontext hier den sich im Gespräch entwickelnden Kontext meint, nicht z. B. strukturelle Faktoren. Wesentliche Gesichtspunkte der Analyse sind die Fragen, was der spezifischen Äußerung vorausging, wie sich die zu untersuchende Äußerung auf die Vorangegangene bezieht und schließlich, welche Voraussetzungen mit der Äußerung gemacht werden (Deppermann 2008). Zu zeigen ist, welche Zusammenhänge zwischen den Äußerungen bestehen, wodurch diese hergestellt werden (z.B. explizit oder nicht), an welche Äußerungen die Redebeiträge anknüpfen, welcher Kontext hergestellt wird und schließlich, ob die Akteure den konstituierten Kontext teilen oder nicht. Für die interdisziplinären Besprechungen zeigte sich darüber hinaus, dass nicht nur die einzelnen Äußerungen kontextgebunden waren, sondern dass im Zuge des Interaktionsgeschehens für die einzelnen Kinder und Jugendlichen ein „Gesamtkontext“ des Falls erfolgte.

Folgerwartungen

Generell wird das Phänomen der Folgerwartung in konversationsanalytischen Arbeiten auf einzelne Äußerungen bezogen. Hintergrund ist dabei, dass jede Äußerung in einem doppelten zeitlichen Horizont zu betrachten ist: „Sie orientiert sich an einem vorangehenden Kontext und bildet selbst einen Kontext für folgenden Äußerungen“ (Deppermann 2008: 68). Klassisches Beispiel ist die Frage-Antwort-Interaktion, bei der die Erwartung besteht, dass der Befragte eine Antwort auf die Frage gibt. Erwartungen an den Verlauf der Interaktion können aber auch das gesamte Gespräch umfassen und nicht nur einzelne Äußerungen. Folgerwartungen beziehen sich dann z. B. darauf, wie die Interaktionsteilnehmer miteinander umgehen,

oder welche Themen Gegenstand des Gespräches sind. Der Verlauf der Interaktion ist dann davon abhängig, inwieweit die Akteure im Sinne der Folgerwartung agieren und bestimmte Themen ansprechen oder eben nicht.

Interaktive Konsequenzen

Die Analyse der interaktiven Konsequenzen umfasst die Reaktion der Interaktanten auf eine Äußerung eines Gesprachsteilnehmers. Sie stellt einen wichtigen Analyseschritt dar, da sich die Bedeutung der einzelnen Gesprächsbeiträge aus dem Interaktionsprozess selbst ableitet. Diese Bedeutungen werden im Vollzug des interaktiven Geschehens zwischen den Akteuren ausgehandelt. Die interaktiven Konsequenzen stellen somit die Grundlage für die Rekonstruktion der Handlungs- und Interpretationspraktiken der Gesprächsteilnehmer dar. Die Analyse erfüllt eine doppelte Funktion: Einerseits zeigen sich die Interaktanten gegenseitig an, wie sie die vorangegangene Äußerung interpretieren, andererseits können die Untersucher anhand der Konsequenzen ihre eigenen Interpretationen überprüfen: „Die Interpretation eines Gesprachszugs ist dann gültig, wenn gezeigt werden kann, dass diese Interpretation und die Handlungsprinzipien, die ihr zugrunde liegen, für die Interaktanten selbst im weiteren Gespräch handlungsleitend sind.“ (Deppermann 2008: 70). Fragen, die in diesem Zusammenhang die Analyse leiteten, bezogen sich auf folgende Aspekte: Wie reagieren die Teilnehmer auf vorangegangene Beiträge? Wie wird die Interpretation des vorherigen Beitrags angezeigt? Stimmen die Folgesprecher dem vorangegangenen Beitrag zu? Wie verlaufen Aushandlungen von Bedeutungen? Welcher Art sind die Ergebnisse der Aushandlungsprozesse? Bleiben diese explizit oder implizit? (Deppermann 2008).

Fallübergreifende Analyse

Vor dem Hintergrund der durchgeführten Analyseschritte wurde dann eine fallübergreifende Analyse durchgeführt. Der Begriff „fallübergreifend“ bezieht sich dabei zum einem auf den Vergleich der Gesprächssequenzen und der entsprechenden Gesprächspraktiken, zum anderem aber auch auf einen Vergleich der inhaltlichen Gesichtspunkte, die die Prozedierung der Verlaufskurven betrifft (also die angesprochenen Kinder und Jugendlichen). Ziel der fallübergreifenden Analyse ist es, für beide Gegenstandsbereiche zu verallgemeinernden Aussagen zu kommen, die auf den kontrastiven Vergleich der analysierten Fälle beruht.

Validierung konservationsanalytischer Aussagen

Notwendige Kriterien, die die Einschätzung der Güte konversationsanalytischer Arbeiten erlauben, haben Bergmann (1988, 1994, 2003) und Deppermann (1999) zusammengetragen. Wichtig sind den Autoren zufolge Aspekte, die den Untersuchungsgegenstand und -ablauf selbst betreffen und solche, die sich auf die Generierung der Ergebnisse beziehen. Wenn auch zunächst banal anmutend, ist dabei zunächst zu fragen, ob die Methoden zur Erhebung überhaupt dem Gegenstand angemessen sind. So wäre es z. B. zumindest fragwürdig, anhand von Interviews das Handeln der Akteure durch Sprechen über ihr Handeln zu erheben. Das Prinzip der Natürlichkeit der Daten bezieht sich also auch auf den Umstand, dass sich die aufgezeichnete Alltagssituation mit der Situationsdefinition der Akteure übereinstimmt (Deppermann 2008). Bezogen auf die erhobenen Daten müssen Kriterien der Vollständigkeit, der Natürlichkeit, der Aufnahmequalität und der Transkriptionsregularien beachtet werden. Die Transparenz des Forschungsprozesses (Erhebungsmethode, Erhebungskontext, Auswertungsmethode, Transkriptionsregeln) und die Nachvollziehbarkeit der Untersuchung und der gewonnenen Erkenntnisse als allgemeine Anforderung an die Validität qualitativer Untersuchungen gilt selbstverständlich auch für konversationsanalytische Untersuchungen. (Steinke 2003).

Spezifisch für konversationsanalytische Arbeiten beziehen sich Aspekte der Validität vorrangig auf die Frage, inwieweit die identifizierten Ordnungsprinzipien des Gespräches tatsächlich ein Orientierungsrahmen für die Interaktanten darstellen. Bergmann (1988: 46f) führt dazu aus: „Die Gültigkeit konversationsanalytischer Aussagen lässt sich zum einen über die Beobachtung untermauern, dass gleichzeitig verschiedene Aktivitäten auftreten, für die sich zeigen lässt, dass sie im Hinblick auf ein bestimmtes interaktives Problem gleiche oder verwandte Funktionen erfüllen. Eine einmal identifizierte Manifestation einer Geordnetheit bleibt selten isoliert für sich stehen, in den allermeisten Fällen manifestiert sich diese Geordnetheit noch in einer Reihe anderer Phänomene.“ Also werden im Datenmaterial nicht singuläre, sondern funktional gleichartige Phänomene zusammengetragen.

Eine weitere Möglichkeit zur Feststellung der Gültigkeit der Aussagen besteht in der Suche nach solchen Beispielen, die auf den ersten Blick der Geordnetheit widersprechen. Diese abweichenden Fälle dienen als Nachweis dafür, dass die Akteure selbst diese Fälle als Verstöße gegen das Orientierungsmuster wahrnehmen und behandeln: „Tatsächlich kann die Betrachtung solcher `abweichender Fälle` den stärksten Nachweis für den normativen Charakter eines Organisationsprinzips bringen.“ (Bergmann 1988: 48).

Eine dritte Quelle zur Begründung der Gültigkeit der Aussagen ergibt sich unmittelbar aus den Kennzeichen von Gesprächen. Diese sind im Unterschied zu einem Monolog durch ihre Konstitutivität, die Prozessualität, die Methodizität, die Pragmatizität und die Interaktivität gekennzeichnet (Deppermann 2008). Die Interaktivität, also die wechselseitige Bezugnahme der Interaktanten, kann insofern als Beleg für die Gültigkeit konversationsanalytischer Aussagen herangezogen werden, als dass sich in der Formulierung einer Nachfolgeäußerung die Art und Weise manifestiert, in der der Rezipient die vorangegangene Äußerung verstanden hat: „diese Verstehensmitteilung kann vom Sozialforscher als Beleg für die Stichhaltigkeit seiner Interpretation in Anspruch genommen werden.“ (Bergmann 2003).

Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung konversationsanalytischer Untersuchungen erweist sich insofern als Herausforderung, als dass die Interpretationshypothesen ihre Gültigkeit in dem Maße gewinnen, „wie anhand des Materials demonstriert werden kann, dass sich an der Interaktion beteiligten Personen selbst an den identifizierten Phänomenen und Verfahren orientieren und im Vollzug die beobachtete Geordnetheit herstellen.“ (Meier 2001: 48). Um diesen Nachweis führen zu können, ist eine Einzelfallanalyse notwendig, da so jede Äußerung im Hinblick auf die Geordnetheit und die reproduzierte Sinnstruktur hin analysiert werden kann. Dieses Vorgehen deckt sich mit der Prämisse der „order at all points“, als dass so jeder Ausschnitt eines Gesprächs als gleichwertig betrachtet wird und entsprechend jedes Detail der Interaktion als Teil der Ordnung angesehen wird, die es im Datenmaterial zu entdecken gilt. Anders formuliert ermöglicht die Einzelfallanalyse die Darstellung des realen Verlaufs der Interaktion, die die Voraussetzung dafür ist, dass die Hypothesen eben nicht am Material geprüft werden, sondern in der Auseinandersetzung mit dem Material entwickelt werden: „Die Aussagen müssen in den Daten fundiert und aus ihrer Analyse entwickelt werden, die Daten dürfen nicht nur als Illustration für vorab gefasste Hypothesen selektiv bearbeitet werden.“ (Deppermann 2008: 106). Für die vorliegende Untersuchung spricht für die einzelfallorientierte Darstellung darüber hinaus, dass Fragen der Prozedierung von Krankheitsverlaufskurven sich zunächst am individuellen Fall nachzeichnen lassen, bevor aufgrund von Fallvergleichen Aussagen zu eventuell identifizierbaren Mustern getroffen werden können.

6. Ergebnisdarstellung

6.1 Die onkologische Besprechung als soziale Einheit und deren Ordnungsprinzipien

Ziel der Konversationsanalyse ist die Bestimmung der Verfahren und Prinzipien, anhand derer die Teilnehmer an einem sozialen Geschehen „im situativen Vollzug des Handelns und in wechselseitiger Abstimmung mit den Handlungspartnern die sinnhafte Strukturierung und Ordnung eines ablaufenden Geschehens (...) erzeugen.“ (Bergmann 2003 b: 525). Anders formuliert interessiert sich die Konversationsanalyse für die routinemäßigen und systematischen Gesprächspraktiken, die Handelnde nutzen, um einem Gespräch Sinn und Struktur zu verleihen. Dabei wird neben den einzelnen Sequenzen innerhalb eines Gesprächs auch das vollständige, in sich abgeschlossene Gespräch als soziale Einheit verstanden. Entsprechend lassen sich nicht nur für einzelne Gesprächsabschnitte, sondern auch für das Gespräch an sich spezifische Ordnungsprinzipien identifizieren. Zu der übergreifenden strukturellen Organisation zählen neben der thematischen Progression auch die Begrenzungen eines Gesprächs in Form des Gesprächsbeginns und der Gesprächsbeendigung. Zur Charakterisierung der onkologischen Besprechung als eine soziale Einheit innerhalb der Institution Krankenhaus wird der erste Auswertungsschritt in der Analyse des Besprechungsbeginns bzw. -endes liegen. Die Frage des thematischen Verlaufs der Besprechung wird vor dem Hintergrund der spezifischen Fragestellung dieser Arbeit anhand einzelner Fälle vorgenommen.

Besprechungseröffnung: Erzeugen einer gemeinsamen Fokussierung

Wie bereits oben angedeutet stellt die Organisation des Gesprächsbeginns einen wesentlichen Faktor dar, der das Gespräch als eine soziale Einheit kennzeichnet. Mit der je spezifischen Art und Weise des Beginns signalisieren die Teilnehmer ihre Bereitschaft zu dann folgenden Interaktionen. Das strukturelle Problem, wie die Akteure ihre Bereitschaft anzeigen, wird in der Regel durch wechselseitige Begrüßungen und Blickkontakte gelöst. In den vorliegenden Besprechungen dienen der Austausch von Begrüßungsformeln und die Suche nach einem freien Platz dem Aufbau einer gemeinsamen Situation oder anders formuliert der Etablierung der sozialen Einheit „onkologische Besprechung“. Allerdings ist die für Arbeitsbesprechungen typische Ausrichtung der Aufmerksamkeit der Beteiligten auf einen gemeinsamen Fokus hin (Meier 2002) noch nicht erreicht: die Anwesenden unterhalten sich (ähnlich wie bei geselligen Zusammenkünften) zu zweit oder dritt. Vor diesem Hintergrund lassen sich die Aktivitäten der Teilnehmer als „Prä- Beginn“ (Mazeland 1984, zit. n. Meier 2002) interpretieren: Sie dienen der Schaffung von Voraussetzungen für die Herstellung einer gemeinsamen Fokussie-

rung auf arbeitsbezogene Inhalte. Der Übergang zum offiziellen Beginn der Besprechung gestaltet sich in allen vier Fällen ähnlich.

Besprechung 4

((Gemurmel unter den Teilnehmern))

Dr. Wenzel: !JUT!= starten wir mal- die lehrer kommen nicht die haben heute ne (2) dienstREIse. (2) NEUE patienten haben wir ei:ne die aber wahrscheinlich keine weitere therapie benötigt;

Besprechung 3

((Gemurmel unter den Teilnehmern))

Dr. Wenzel: !SO!=starten wir gleich durch (..) habens spät aber=muß FRÜHER gehen ((lacht))

Dr. Wilmsmeier: (...) gleich kommt mit (..) lara hieß die doch ne?

((Schaut zu einer Ärztin, die nickt))

Dr. Wenzel: kann die können die zu weil wir ungefähr wissen wie viele kinder da sind? ja ja (5) wir haben heute ein=gestern ein kind BEkommen=das kennt noch keiner von uns weil es in der nacht gleich rüber zum neurochirurgen gegangen ist

Wie diese Ausschnitte zeigen, ist der Übergang vom Prä- zum offiziellen Beginn nahezu identisch. Die Initiative dazu geht von Dr. Wenzel aus. In beiden Beispielen markiert der Einsatz der Gliederungspartikel „so“ und „jut“ eine Zäsur zu den bisherigen Aktivitäten der Teilnehmer. Indem Dr. Wenzel diese Partikel betont und dehnt, ohne dabei wesentlich lauter zu sprechen, zieht er die Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf sich. Gleichzeitig öffnet sich ein Raum für eine nächste, eigene Handlung. Die sich schnell anschließende Formulierung „starten wir“ erfüllt zwei Funktionen: Zum einem sichert sich Dr. Wenzel das Rederecht, zum anderem schafft sie die Voraussetzung dafür, dass die sich anschließenden Themen zum gemeinsamen Fokus der Beteiligten werden. Mit den folgenden Aussagen über fehlende Personen (Besprechung 4) oder den fortgeschrittenen Zeitpunkt (Besprechung 3) spricht Dr. Wenzel Bedingungen für den Beginn der Besprechungen an. Indem die Anwesenden ihre Gespräche beenden und selbst keine Initiativen übernehmen, akzeptieren sie den von Dr. Wenzel markierten Beginn der Besprechung und richten ihre Aufmerksamkeit auf einen gemeinsamen Fokus hin.

Im Beispiel der Besprechung vier übernimmt Dr. Wilmsmeier das Rederecht und stellt eine Frage, die Dr. Wenzel mit „ja ja“ beantwortet. Die daraufhin entstehende Vakanz nutzt keiner der Anwesenden für weitere Initiativen. Mit dem Verzicht auf eine thematische Initiative der Teilnehmer entsteht ein freier Raum, der es Dr. Wenzel ermöglicht, weitere Aktivitäten zur

Etablierung eines gemeinsamen Fokus („wir haben heute ein=gestern ein kind BEkommen“) vorzunehmen. Lediglich im Beispiel eins bedarf es der wiederholten Initiative Dr. Wenzels die onkologische Besprechung zu eröffnen:

Besprechung 1

((Gemurmel unter den Teilnehmern))

Dr. Wenzel: !SO!=alles klar; starten wir in die vollen,

((Gemurmel unter den Teilnehmern))

Lehrerin 1: großer kreis (2)
Schaut sich in der Runde um

((Gemurmel unter den Teilnehmern))

Lehrerin 1: wir WERden auch noch grÖßER;

((Gemurmel unter den Teilnehmern))

Dr. Wenzel: fangen wir aber TROTZdem ganz einfach so- an oder? ja;

Die Teilnehmer der Besprechung unterbrechen ihre Gespräche trotz der Initiative Dr. Wenzels zunächst nicht. Eine der anwesenden Lehrerinnen nutzt den frei gewordenen Raum für die Etablierung des Themas der Gruppengröße. Jedoch reagiert keiner der Beteiligten auf diese thematische Initiative, so dass die Lehrerin mit dem Satz „wir WERden auch noch grÖßER;“ einen zweiten Versuch unternimmt. Auch diese Aktivität wird von der Gruppe nicht als offizieller Beginn der Besprechung gesehen, sondern die Gespräche unter den Teilnehmern dauern an. Erst als Dr. Wenzel erneut die Initiative übernimmt, beenden die Teilnehmer ihre Gespräche. Dr. Wenzel weist das von der Lehrerin angesprochene Thema der Gruppengröße zurück und greift zunächst seine Intention, die Besprechung zu beginnen wieder auf. Der als Frage formulierte Satz „fangen wir aber TROTZdem ganz einfach so- an oder?“ stellt den ersten Teil einer Paarsequenz dar. Allerdings nutzt keiner der Anwesenden den so entstandenen Aktionsraum, so dass Dr. Wenzel selbst den zweiten Teil der Paarsequenz übernimmt. Somit überlassen die Anwesenden Dr. Wenzel den Aktionsraum für weitere thematische Fokussierungen („neue patienten“) und etablieren ihn somit als Besprechungsleiter.

Dass die Eröffnung der Besprechung und die thematische Fokussierung von der ärztlichen Profession übernommen werden, zeigt auch das letzte Beispiel. Auch hier sprechen die Teilnehmer solange untereinander, bis Dr. Wilmsmeier akzentuiert (aber nicht laut) „K 5“ sagt.

Mit der sich anschließenden Feststellung mit eingeschobener Selbstkorrektur „is ja=sind ja nur zwei kinder stationär im moment“ legt sie einen thematischen Rahmen fest.

Besprechung 2

((Gemurmel unter den Teilnehmern))

Dr. Wilmsmeier: K5 is ja=sind ja nur zwei kinder stationär im moment (...) das ist GRUNER die ich heute mal wieder nach hause lasse;

Neben diesen kommunikativen Interaktionen zeigt auch die Tatsache, dass immer zwei Stühle an der Bücherfrontseite des Raumes freigehalten werden, die dann von den beiden Oberärzten eingenommen werden, dass routinisierte Handeln der Teilnehmer. Indem die Anwesenden in dieser spezifischen Art und Weise handeln, konstruieren sie die onkologische Besprechung als eine ärztlich geleitete. Dies zeigt sich auch beim Beenden der Zusammenkünfte.

Besprechungsende: Aufheben der gemeinsamen Fokussierung

Kennzeichen offizieller Besprechungen ist neben der Etablierung einer gemeinsamen Fokussierung der Beteiligten auf eine Handlungsfolge auch deren Beendigung. Das dahinterstehende strukturelle Problem besteht darin zu klären, ob an einer spezifischen Stelle der Handlungsfolge ein weiterer Sprecherwechsel erfolgt oder eben nicht. Während bei Besprechungen mit vorliegender Satzung oder Tagesordnung dieses Problem oftmals mit dem Punkt „Verschiedenes“ gelöst wird, muss, wenn diese nicht vorliegt, eine andere Lösung gefunden werden. In den vorliegenden Besprechungen stellt sich darüber hinaus das Problem, ob in dem Abschluss des gerade besprochenen Falls auch gleichzeitig der Abschluss der Besprechung liegt. In zwei der vier beobachteten Besprechungen (Besprechung 2, 3) unternimmt Dr. Wenzel jeweils zwei Initiativen dieselben zu beenden. Exemplarisch dazu folgendes Beispiel:

Besprechung 2

Dr. Wenzel: ja kann mal gucken vielleicht zu hause (..) das wetter macht ja alle fertig im moment hier. (...) GUT. solln wir schluss machen für heute?

Ergotherapeut: =ich wollte hier sabine knoll vorstellen; das ist unsere ehrenamtliche mitarbeiterin

Dr. Wenzel: ((wendet den Kopf zu dem Ergotherapeuten)) j::oh;

Ergotherapeut: sie kommen jeden freitag hier

Auf die von Dr. Wenzel initiierte Paarsequenz „solln wir schluss machen für heute?“ reagiert der Ergotherapeut. Allerdings übernimmt er nicht den zweiten Teil der Sequenz (die Beantwortung der Frage), sondern er führt ein neues Thema ein: Die Vorstellung einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin. Damit weist er die Initiative Dr. Wenzels zum Beenden der Teamsitzung

ab. Dieser wiederum lässt sich darauf ein, stellt Blickkontakt zu dem Ergotherapeuten her und quotiert die Aussage mit einem langgezogenem „j::oh;“. Mit dieser Zustimmung ratifiziert Dr. Wenzel das neue Thema und damit auch, dass seine Initiative zum Beenden der Besprechung zurückgewiesen wurde. Anders verhält es sich beim tatsächlichen Ende der Teamsitzungen. Die folgenden Ausschnitte zeigen, dass Dr. Wenzel zunächst das Thema (den Fall) zu einem Ende bringt und daran anschließend auch die Besprechung beendet.

Besprechung 1

Dr. Wenzel: aber mei=also das problem eigentlich, ist gar nicht MIKE (..) problem sind die Eltern äh (...) weil=weil ich da glaub=ich hatte ich gestern so den eindruck; dass wir die irgendwie nicht

((Murmeln im Hintergrund))

Dr. Wenzel: in so eine KOOPERierende haltung kriegen können (..) kooperierende haltung im moment wäre einfach DAS the:ma mal mehr offen zu lassen und nicht sich definitiv zu äußern; das würde für den mo::ment ja schon mal reichen (...) das krieche ich bei den eltern nich erreicht (..) da kann ich die zu nicht bewegen das s::o zu machen
mmh (8)
na:::ja. (3)
ansonsten ist bei uns überall reich::lich zu tun (8) machen wir schluß? glaub ich dann.

((die Anwesenden reden durcheinander, lachen, schneller Aufbruch))

Besprechung 2

Musiktherapeutin: dass die NICHT mehr in die schule gehen=und wenn das dann gewesen wäre hätte ich ihm das anbieten können.(..) aber so ist das ja bestens.
(4)

((Murmeln in der runde))

Dr. Wenzel: GU:T. machen wir schluß jetzt ne? ja.

((Gespräche in der Runde, Aufbruch der meisten Teilnehmer))

Eingeleitet wird das Ende eines Themas mit einer Pause. Den so entstandenen Handlungsraum nutzt Dr. Wenzel indem er die Gliederungspartikel „gut, na ja“ anschließt, die in diesem Zusammenhang die Funktion des „pre-closing“ übernehmen. Die sich dann anschließende Formulierung „machen wir schluß“ markiert in allen vier Besprechungen das Ende derselben. Auch wenn eine aufsteigende Intonation die Aussage als Frage erscheinen lässt, übernimmt Dr. Wenzel im Unterschied zu dem oben angeführten Beispiel die Beantwortung des zweiten Teils der von ihm initiierten Paarsequenz selbst. Er wartet somit weder eine Reaktion der Teilnehmer auf das „pre-closing“ noch auf die Paarsequenz ab. Indem er so handelt, signalisiert Dr. Wenzel den Teilnehmern, dass seiner Ansicht nach die Besprechung beendet ist, auch wenn keine Verabschiedungsformel gebraucht wird. Die Anwesenden wiederum neh-

men dieses Signal auf: Sie lösen sich vom gemeinsamen Fokus und reagieren weder auf das „pre-closing“ noch auf die Paarsequenz, sondern sprechen untereinander oder verlassen sofort den Raum. Entgegen dem Austausch von wechselseitigen Signalen zum Aufheben der gemeinsamen Fokussierung bestimmt Dr. Wenzel das Ende der Besprechung allein. Indem er den Teilnehmern keinen Aktionsraum überlässt, manifestiert er seine Position als Besprechungsleiter. Mit dem Verzicht auf jegliche Aktivitäten zum Aufheben des gemeinsamen Fokus bestätigen die Teilnehmer die Rolle Dr. Wenzels als Besprechungsleiter. Wesentliche Aspekte, die die Besprechung zu einer sozialen Einheit werden lassen, sind also ärztlich dominiert.

Das Aktivitätsmuster Patientenvorstellung

Während mit der Analyse der Besprechungseröffnung und –beendigung der Fokus auf die übergreifenden strukturellen Organisationsprinzipien der Besprechung gelegt wurde, wird in den folgenden Analysen der Blick auf die der Besprechung zugrunde liegenden inneren Organisationsprinzipien gerichtet. Vor dem Hintergrund der spezifischen Fragestellung der Arbeit wird dazu ein sequentielles, an den jeweiligen Fällen orientiertes Vorgehen gewählt, um so zu Aussagen über die Konstruktionsprozesse von Krankheitsverlaufskurven zu kommen. Neben diesem methodischen spricht auch noch ein weiteres Argument für dieses Vorgehen: Gegenstand und wesentlicher Inhalt der Besprechungen sind an Krebs erkrankte Kinder, nur in einer Besprechung (Besprechung 1) werden zwei Themen (eine Tagung und ein Jubiläum) behandelt, die nicht in direktem Zusammenhang mit einem erkrankten Kind stehen. Aufgrund dieser Tatsache ergibt sich praktisch zwangsläufig ein an den Fällen orientiertes Vorgehen. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass das fallorientierte Vorgehen bereits Teil einer zwischen den Teilnehmern ausgehandelten Ordnung darstellt. Anders formuliert stellt die fallspezifische Struktur der Besprechung das Ergebnis eines fortwährenden Interaktionsprozesses dar. Nun lässt sich an dieser Stelle fragen, wie sich dieser Prozess gestaltet. Das Merkmal „Fall“ muss dazu zunächst einmal in der Besprechung als solches konstituiert werden. Mit Bergmann (1988) kann in diesem Zusammenhang gefragt werden: „Wie wird ein Thema zu einem Fall?“ und spezifischer für die zu untersuchenden Besprechungen: „Wie wird ein Fall zu einem Fall? und damit eine Krankheitsverlaufskurve zu einer Krankheitsverlaufskurve?“ Aufgrund der spezifischen Inhalte der Besprechungen müssen zudem zwei Aspekte dieser Frage berücksichtigt werden: Zum einen gilt es zu untersuchen, wie Patienten, die der Gruppe bereits bekannt sind, während der Teamsitzung zum Thema werden. Zum anderen geht es um die Frage, wie neu aufgenommene Kinder, die somit noch nicht Thema der Besprechung sein konnten, zu einem Fall werden. Diesem letztgenannten Punkt soll zunächst nachgegangen werden.

Themeneröffnung: Neue Patienten

Im vorliegenden Korpus werden insgesamt vier neue Patienten während der Besprechungen eins, drei und vier vorgestellt. Ein Patient („christoph“) wird dabei zunächst in Besprechung drei als neuer Patient vorgestellt und dann während der vierten Besprechung erneut wie ein neu aufgenommener Patient angeführt (der Patient war zwischenzeitlich entlassen worden). Wie zu zeigen sein wird, verläuft die Patientenvorstellung immer nach einem spezifischen Muster ab. Zur Verdeutlichung wird dazu im Folgenden zunächst eine Patientenvorstellung („bertram“) ausführlich vorgestellt und analysiert. Im Anschluss daran werden die in den anderen Fällen auftretenden Abweichungen dieses Musters dargestellt. Wie zu sehen sein wird, stellen diese Abweichungen lediglich Variationen des eigentlichen Aktivitätsmusters dar.

Besprechung 1

Dr. Wenzel: ehm (..) NEUE patienten. (..) wir haben oben auf der Station 8 einen jungen mann- der heißt bertram RÖLL= ist 8 jahre alt; hat eine akute lymphatische leukämie (..) hat nen etwas seltsamen wech genommen weil er nämlich (..) von ABC ins herzzentrum überwiesen wurde nach DFG? ja weil er ergüsse an herzbeuteln und im lungenfell hatte. und von dort ist er dann weiter nach HIJ gekommen weil dann bei der biopsie seines herzbeutels (..) die dort gemacht wurde.(..) heraus kam dass er irgendwie so leukämisch verdächtig ist= er hatte aber gleichzeitig schon dreißig prozent leukämiezellen im blut die hatte man irgendwie dann wahrgenommen;(..) sprich der hat da= das gibts ja mal dass die ergüsse haben bei manchen infektionen (.)

((Dr. Wilmsmeier und eine Kinderkrankenschwester kommen herein, schauen sich kurz um, steuern zielsicher Plätze auf der linken Seite an – Dr. Wilmsmeier neben Dr. Wenzel, die Kinderkrankenschwester neben einer Stationsärztin))

so ist er bis nach HIJ gekommen, und eh die haben kommt aber aus ABC und die haben ihm dann die die initiale therapie gegeben haben gleich wieder zu UNS beordert; (..) das ist ja alles soweit schön und gut,=der hat nur dummerweise jetzt das protokoll was wir sonst nich fahren das bmi protokoll schon wieder das ist so die therapie die der HENning schüssler? kriecht (..) wo die da so alle zwei drei tage mal irgend ne kleinigkeit kriegen an chemotherapie (..) was immer so ein bisschen unglücklich ist (...) na ja, das ist die geschichte (...) mutter selber hat ne onkologische erkrankung gerade frisch überstanden

((Mitleidiges raunen/ stöhnen einige in der Runde schütteln mitleidig den Kopf))

kommt da noch ein bisschen verschärft hinzu: jeoh:: gut weiß ich nicht das ist DE:R neue patient (--)

Nachdem Dr. Wenzel die Besprechung eröffnet hat (s.o.), sichert er sich mit dem eingeschobenen Gesprächspartikel „ehm“ das Rederecht. Die folgende Äußerung „NEUE patienten,“ ist durch zwei kurze redeinterne Pausen eingerahmt und als Ankündigung für die folgende inhaltlich- kommunikative Handlung zu verstehen. In Verbindung mit der Akzentuierung des Wortes „NEUE“ und der tief fallenden Betonung am Ende der Äußerung lenkt Dr. Wenzel die

Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf diesen Sachverhalt, den er damit als gemeinsamen Fokus etabliert. Diese Themenetablierung wird von den Anwesenden nicht ratifiziert, womit sie die gemeinsame Orientierung an dem Sachverhalt signalisieren (Müller 1997).

Nachdem die Teilnehmer sich also wechselseitig ihre Aufmerksamkeit auf den Gegenstand „neue Patienten“ bestätigt haben, spezifiziert Dr. Wenzel das Thema weiter. Neben der Krankenstation nennt er den Namen, das Alter und die Diagnose des neuen Patienten. Es folgt eine längere Ausführung zu Stationen des diagnostischen Prozesses (ABC, Herzzentrum DFG, HIJ) und den entsprechenden medizinischen Sachverhalten (Ergüsse am Herzbeutel und im Lungenfell, Biopsie des Herzbeutels). Nach dieser eher nüchternen Beschreibung folgt eine Sequenz, die aufgrund der zweimaligen Verwendung des Vagheitsausdruckes „irgendwie“ und der stockenden Sprechweise auffällt. Nach Schwitalla (2006: 155) äußern Sprecher diese Modalität bei Aussagen, die ihnen unangenehm sind, bei vorsichtigen Wertungen oder wenn sie schwierige Sachverhalte ausdrücken wollen. Im vorliegenden Fall deutet die Verwendung des Vagheitsausdruckes in Zusammenhang mit der Diagnose („dass er irgendwie so leukämisch verdächtig ist“) und der Prozentzahl der Leukämiezellen im Blut („dreißig Prozent Leukämiezellen im Blut die hatte man irgendwie dann wahrgenommen;“) auf eine versteckte Kritik an dem Vorgehen der Klinik in HIJ. Dort wurde man nach der Biopsie des Herzbeutels, auf die im Blut befindlichen Leukämiezellen aufmerksam („irgendwie dann wahrgenommen“). Eine Analyse der Blutbefunde vor der Biopsie hätte diese eventuell überflüssig gemacht. Für diese Interpretation spricht der Fortgang des Redebeitrags. Am Beginn steht die resümierende Formulierung „sprich der hat da“, die auf eine zusammenfassende Aussage hindeutet. Jedoch schließt Dr. Wenzel keine solche an, sondern er liefert eine Erklärung für die Ergüsse: „= das gibts ja mal dass die ergüsse haben bei manchen infektionen (.)“ Der Zusammenhang zwischen „den infektionen“, der Leukämie und den Ergüssen erschließt sich aus dem Redebeitrag nicht direkt. Denkbar ist, dass Bertram aufgrund der Leukämie eine Abwehrschwäche hatte, die Auslöser für eine oder mehrere Infektionen war, in deren Folge sich die Ergüsse entwickelten. Diese Interpretation lässt sich aus dem Datenmaterial indirekt erschließen. Für diese Auslegung spricht auch der zuvor dargelegte Sachverhalt der versteckten Kritik Dr. Wenzels an dem Vorgehen der Klinik in HIJ. Schließlich folgt dann doch eine resümierende Aussage Dr. Wenzels: „so ist er bis nach HIJ gekommen“. Deutlich wird, die Intention Dr. Wenzels zu erklären, warum die Diagnostik in einem nicht wohnortnahen Krankenhaus durchgeführt wurde. Wohnortnah wäre die betreffende Kinderklinik gewesen.

Es folgt eine Beschreibung des weiteren medizinischen Vorgehens: „die haben ihm dann die die initiale therapie gegeben“, der sich eine Erklärung anschließt, warum der Patient jetzt in der betreffenden Kinderklinik liegt: „haben gleich wieder zu UNS beordert, (..)“. Die sich anschließende Mikropause markiert eine Zäsur im Redebeitrag, die dann auch sprachlich zum Ausdruck gebracht wird: „das ist ja alles soweit schön und gut,“. Mit dem Rückgriff auf diese formelhafte Redewendung resümiert Dr. Wenzel das bisher Gesagte. Gleichzeitig impliziert diese Formulierung, dass die angesprochenen Aspekte des Falls abgeschlossen sind: Wenn ein Sachverhalt „schön und gut ist“ bedarf es keiner weiteren Aussprachen darüber, er muss als gegeben hingenommen werden. Entsprechend spricht Dr. Wenzel mit der sich schnell anschließenden Äußerung einen neuen Sachverhalt an und sichert sich somit weiterhin das Rederecht. Der bisherigen Darstellung des diagnostischen Weges folgt nun mit der Erläuterung der Therapie („=der hat nur dummerweise jetzt das protokoll was wir sonst NIch fahren“) die Etablierung eines neuen inhaltlichen Schwerpunkts des Redebeitrags. Dieses Thema wird in drei Schritten spezifiziert: Nach der Konkretisierung („das BMI protokoll schOn wieder was immer so ein bisschen unglücklich ist (..)“) erfolgt ein Vergleich mit einem Patienten, der dieselbe Therapie erhält: „das ist so Die therapie die der HENning schüssler kriecht (..)“. Im Anschluss an die Mikropause folgt eine Beschreibung des Ablaufs des Therapie: „wo die da so alle zwei drei tage mal irgend ne kleinigkeit kriegen an CHEmotherapie (...)“. Die von Dr. Wenzel vorgenommen Wertungen („dummerweise“, „bisschen unglücklich“) deuten darauf hin, dass er diesem Verfahren gegenüber kritisch eingestellt ist. Das zeigt sich auch an der Beschreibung des Ablaufs der Therapie, die durch wiederholte abschwächende Elemente („irgend ne kleinigkeit“) auffällt.

Auch diesen inhaltlichen Schwerpunkt schließt Dr. Wenzel mit einem Resümee ab: „na ja, das ist die geschichte (...)“. Die sich anschließende Pause nutzt keiner der Anwesenden für Kommentare oder Fragen, so dass Dr. Wenzel fortfahren kann. Er tut dies, indem er den Fokus seiner Ausführungen auf den Vater des Jungen legt: „mutter selber hat ne onkologische erkrankung geRAde frisch überstanden.“. Das Einführen des neuen Inhalts „Mutter“ markiert eine Zäsur zu der bisherigen Themenbearbeitung über Bertram und wirft gleichzeitig eine weitere Problemdimension mit auf: Die Mutter ist selbst an Krebs erkrankt. Allerdings umfasst die nachfolgende Äußerung nicht die zu erwartenden Informationen über die Art der Erkrankung und was genau mit der Formulierung „geRAde frisch überstanden“ gemeint ist. Anstatt dessen fügt Dr. Wenzel „kommt ein bISSchen ver:schärft hinz:u“ an und knüpft damit wieder an die Ausführungen über Bertram an. Die Formulierung „ein bISSchen verschärft“ stellt eine inhaltliche Abschwächung der Tatsache dar, dass innerhalb kurzer Zeit zwei Mit-

glieder einer Familie an einer onkologischen Krankheit erkranken. Diese Abschwächung ist in Zusammenhang mit der Darstellung der Mutter zu sehen: Diese wird lediglich als Rollenträgerin beschrieben. Der neutrale Ausdruck „mutter“ beschreibt das verwandtschaftliche Verhältnis zu Bertram, die individuelle Person Frau Röhl mit ihrem Schicksal verschwindet hinter dieser entpersonifizierenden Zuordnung. Mit dem Gebrauch dieser Modalitäten schafft Dr. Wenzel Distanz zu der Tragik der Familiengeschichte. Im Anschluss beendet Dr. Wenzel seinen Monolog mit folgender Äußerungseinheit: „j:oo gut weiß ich nicht das ist DE:R neue patient (..)“. Die Kombination aus dem Partikel „j:oo“ und dem Vorschaltelement „gut weiß ich nicht“ verweisen auf die vorhergehenden Äußerungen und übernehmen damit die gesprächsorganisierende Funktion der Zusammenfassung und des Abschlusses des Redebeitrags. Mit der Formulierung „neue patient“ greift Dr. Wenzel auf die Ankündigung seines Beitrages zurück und stellt somit eine deutliche Anfangs- und Schlussrahmung her (Schwitalla 2006: 191), die den Zuhörern das Ende des Berichts signalisiert.

Zur Veranschaulichung dieser Analyse werden in der folgenden Tabelle die zentralen Aspekte des Redebeitrags in Stichworten wiedergegeben, inhaltlich zusammengefasst und dann in ihrer Funktion innerhalb des Aktivitätsmusters beschrieben.

Gesprächsbeitrag	Inhalt/ Funktion	Gesprächsphase
„neue patienten“	Rollenzuschreibung	Anfangsrahmung
„oben auf station acht“	Nennung der Krankenstation	Ankündigung
„jungen mann“	Umschreibung der Person	Ankündigung
„bertram röhl“	Name	Spezifikation
„acht jahre“	Alter	Spezifikation
„akute lymphatische leukämie“	Diagnose	Spezifikation
„seltsamen wech genommen“	Darstellung der Ereignisse zur Diagnosefindung, Symptomschilderung	Erste thematische Kernphase
„initiale therapie, bmi protokoll“	Darstellung der Therapie	Zweite thematische Kernphase
„mutter selbst hat ne onkologische erkrankung gerade frisch überstanden“	Situation des Mutter	Dritter thematischer Abschnitt
„jeoh: gut weiß ich nicht das ist DE:R neue patient“	Zusammenfassung	Schlussrahmung

Tabelle 2: Aktivitätsmuster Patientenvorstellung, 1

Anhand dieser Gegenüberstellung lässt sich das Aktivitätsmuster „Patientenvorstellung“ aufzeigen. Die Rollenzuschreibung und die Nennung der Krankenstation erfüllen dabei die Funktion einer Ankündigung, auf das, was anschließend inhaltlich folgt. Dieser vorausdeutende Hinweis (Schwitalla 2006: 173) dient der inaktiven Absicherung der folgenden Themen, die mit der Nennung des Namens, des Alters und der Diagnose eine Spezifikation desselben darstellen. Es folgt eine längere narrative Sequenz über Stationen der diagnostischen Suche, die somit einen ersten thematischen Kern darstellen. Diesem folgt eine zweite thematische Kernphase, die im Unterschied zur ersten mit der Erläuterung der Therapie eher explikativen Charakter hat. Nach Abschluss dieser Phase durch ein Resümee schließt sich eine kurze Sequenz über eine Erkrankung des Vaters an. Die Schlussrahmung markiert das Ende der Patientenvorstellung.

Ganz ähnlich gestaltet sich die Einführung aller während der Besprechung vorgestellten Patienten. Zur Stützung dieser These dient ein weiteres Beispiel. Um Redundanzen zu vermeiden, erfolgt im Anschluss an den Transkriptauszug die komprimierte Zusammenfassung in Form der bereits bekannten tabellarischen Gegenüberstellung mit einer kurzen Erläuterung derselben.

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: einen patienten kriegen wir wahrscheinlich der war schon mal kurz da christoph kaminski heißt der (..) der hat zwei kleine tumörchen einen an der schädelbasis und einen an der zwirbeldrüse (..) eh was (2) der aufgefallen ist dadurch daß er sehprobleme hat weil der da an der schädelbasis der sitzt direkt hinter der sehnervenkreuzung das macht druck auf die sehnerven jetzt hat er ne eingeschränkte sehfähigkeit eh der wird (..) diese oder nächste woche auf die station kommen zur (..) neurochirurgischen operation da ist geplant den tumor zu biopsieren einen davon nämlich den der auf den sehnerv drückt und eh eventuell gleichzeitig so ein bißchen zu dekomprimieren nicht nur ne kleine biopsie sondern so ein bißchen großzügiger zur biopsie damit der sehnerv wieder ein bißchen mehr luft kriegt und dann halt son bisschen was zu bessern in abhängigkeit von der gewebeuntersuchung (..) kann er dann die weitere therapie zu gucken (2) ganz liebe leute (..) das sind so welche die immer aufpassen daß die nicht zu freundlich sind daß sie wirklich auch nicht zu bescheiden (..) zu kurz kommen (4)

Gesprächsbeitrag	Inhalt/ Funktion	Gesprächsphase
„einen patienten kriegen wir wahrscheinlich noch“	Rollenzuschreibung	Ankündigung
„christoph kaminski“	Name	Spezifikation
„zwei kleine tumörchen einen an der schädelbasis und einen an der zwirbeldrüse“	Diagnose	Spezifikation
„aufgefallen dadurch dass der“	Darstellung der Symptome und Pathophysiologie	Erster thematischer Kern
„zur ((..)) neurochirurgischen op“	Darstellung der Therapie	Zweiter thematischer Kern
„ganz liebe leute sind das ((4))“	Aussagen zur Familie	Dritter thematischer Abschnitt und Ende

Tabelle 3: Aktivitätsmuster Patientenvorstellung, 2

Auffällig ist die nahezu identische Abfolge der Gesprächsphasen mit den entsprechenden Inhalten. Differenzen lassen sich lediglich am Ende und bei den thematischen Schwerpunkten ausmachen. Während im ersten Beispiel die Patientenvorstellung eine Anfangs- und Schlussrahmung aufweist, fehlt im zweiten Beispiel die Schlussrahmung. Das Ende des Berichts wird hier durch eine Pause markiert. Ebenso wie im ersten Beispiel erfolgt nach der Ankündigung „einen neuen patienten kriegen wir wahrscheinlich noch“ eine erste Spezifikation anhand des Namens „chritoph kaminski“, der sich eine weitere durch die Nennung der Diagnose („zwei kleine tumörchen einen an der schädelbasis und einen an der zwirbeldrüse“) anschließt. Es folgt eine Beschreibung der Symptome und der zugrundeliegenden pathophysiologischen Zusammenhänge, die einen ersten thematischen Kern darstellen. Diesem reiht sich mit der Darstellung des geplanten therapeutischen Vorgehens eine zweite Kernphase an, die einen explikativen Charakter hat. Aussagen zur Familie des Kindes („ganz liebe leute (..) das sind so welche die immer aufpassen daß die nicht zu freundlich sind daß sie wirklich auch nicht zu bescheiden (..) zu kurz kommen (4)“) stellen einen letzten thematischen Abschnitt dar, dem eine Pause folgt, die wie bereits ausgeführt das Ende des Berichts markiert.

Vor diesem Hintergrund lässt sich festhalten, dass die Vorstellung neuer Patienten während der Besprechungen anhand eines spezifischen Musters erfolgt. Dabei finden folgende Punkte Berücksichtigung: Name, Alter, Diagnose, Therapie und Familie. Variationen bestehen lediglich in der Länge der Vorstellungen, der Schwerpunktsetzung (Besprechung 1: Bertram: diagnostischer Weg; Besprechung 4: Christoph: Symptome und Pathophysiologie, Besprechung 3: Nelli: Diagnose; Besprechung 4: Natali: Diagnose) und in der Reihenfolge, in der die unterschiedlichen Inhalte vorgestellt werden bzw. gar nicht angesprochen werden (Besprechung 3: Nelli und Besprechung 4: Natali: Aspekt Familie fehlt). Dieses Vorgehen entspricht der Art

und Weise, wie innerhalb der Medizin Fallkasuistiken bearbeitet werden. Ausschlaggebende Aspekte sind dabei Name, Alter, Diagnose, Therapie sowie Angaben zum familiären Hintergrund. Der Umfang der Darstellung der einzelnen Inhalte orientiert sich dabei an dem Kriterium der medizinischen Relevanz: Je nach Bedeutung werden einzelne Aspekte mehr oder weniger ausführlich dargestellt. Vor diesem Hintergrund lässt sich also festhalten, dass die Vorstellung neuer Patienten innerhalb der interdisziplinären Besprechungen anhand medizinischer Relevanzkriterien erfolgt. Mehr noch ist die Einführung neuer Patienten ein Exklusivrecht der Medizin: Alle vier neuen Patienten werden ausschließlich durch den Oberarzt vorgestellt. Dies ist insofern von Bedeutung, als dass jede Themeneröffnung als eine spezifische Form der Situationseröffnung verstanden wird, die als beispielhaft für die Konstitution von Diskurscharakteristika und von sozialen Strukturen angesehen wird (Müller 1997: 81). Die Art und Weise der Situationseröffnung bestimmt demnach die grundsätzlichen Bedingungen für die Interaktion zwischen den Beteiligten. Im vorliegenden Fall ist die Situationseröffnung – und damit die Falleinführung - durch die medizinische Profession geprägt. Dafür spricht neben der Tatsache, dass nur der Oberarzt neue Patienten vorstellt, auch die Tatsache, dass die Anwesenden im Zusammenhang mit der Patientenvorstellung keine eigenen Redebeiträge bringen, bzw. Versuche, das Rederecht zu erlangen, scheitern. So versucht lediglich in einem Beispiel eine Akteurin das Rederecht zu erlangen:

Besprechung 4:

Dr. Wenzel:	neue patienten haben wir eine die aber wahrscheinlich keine weitere therapie benötigt die hat nen hirntumor gehabt heißt natali liegt auf der station eins und ist ein achtjähriges mädchen der gehirntumor scheint komplett entfernt zu sein sie hat das ganze wohl auch [gut überstanden]
fr. möller. fleck:	[das ist das mädchen]
Dr. Wenzel:	[so da]ß äh sie vielleicht noch mal kurz ne runde über die 8 zur erholung machen wird aber die mit externen drainagen (...)

Die Vorstellung der Patientin erfolgt nach dem bekannten Muster: Name, Diagnose, Alter, Therapie. Frau Möller-Fleck versucht das Rederecht zu erlangen, indem die überlappend zu Dr. Wenzel sagt „das ist das mädchen“. Diese Aussage ist so formuliert, dass ein weiterer inhaltlicher Beitrag bezüglich des Mädchens zu erwarten ist. Dr. Wenzel ignoriert diese Initiative jedoch und fährt mit seinem Betrag fort, ohne auf die Aussage einzugehen. Die Psychologin unternimmt daraufhin keinen erneuten Versuch, das Rederecht zu erlangen. Deutlich wird, dass von Seiten des Mediziners den Teilnehmern keinerlei Aktivitäten zuerkannt werden: Das Aktivitätsmuster „Patientenvorstellung“ wird ausschließlich durch den Oberarzt wahrgenommen, es gibt keine Beteiligungsmöglichkeit für die anderen Teilnehmer der Be-

sprechungen. Ihre Aufgabe im Interaktionsprozess beschränkt sich auf das Zuhören. Dies zeigt sich unter anderem auch daran, dass die redeganginternen Pausen während der Beiträge von Dr. Wenzel von den Teilnehmern nicht genutzt werden. Mit dem Verzicht auf das Rederecht drücken die Akteure ihre Orientierung an dem Rederecht des Oberarztes aus. Entsprechend beendet dieser auch die thematische Einheit „neuer Fall“: Dr. Wenzel schließt die Patientenvorstellung jeweils ab, ohne den Teilnehmern eine Möglichkeit zu Nachfragen zu geben. Dieses Vorgehen zeigt, dass das Thema „neuer Patient“ bearbeitet ist, alles Wichtige zu dem Patienten mitgeteilt wurde und es keiner weiteren Erläuterungen oder Informationen bedarf.

Im Rückgriff auf die Ausgangsfrage „Wie wird ein Fall zu einem Fall?“ kann also nun festgehalten werden, dass ein Fall – und damit ein Kind – zu einem Fall wird, indem es durch den Mediziner in der Teambesprechung vorgestellt wird. Diese zunächst etwas schlicht wirkende Aussage gewinnt unter dem bereits oben angedeuteten Aspekt der Situationsdefinition allerdings eine weitreichende Bedeutung. Aufgrund der spezifischen Art und Weise der Themeneinführung – hier Falleinführung – werden grundlegende Bedingungen für die Kommunikation und Interaktion zwischen den Teilnehmern festgelegt und ausgehandelt. Wenn wie beschrieben ein Fall anhand medizinischer Relevanzkriterien eingeführt wird, heißt dies im Umkehrschluss, dass ein Fall dann zu einem Fall wird, wenn ein Kind eben diesen medizinischen Kriterien entspricht. Anders formuliert: Ein Fall ist dann ein Fall, wenn der Fallträger (Kind) eine Diagnose und eine Therapie aufweisen kann. Diese spezifische Situationswahrnehmung und -deutung orientiert sich an naturwissenschaftlichen Merkmalen, psycho-soziale oder biografische Aspekte werden dabei außer Acht gelassen. Dies zeigt sich neben der Verwendung medizinischer Fachtermini besonders auch durch die marginalen Hinweise zu den Familien der erkrankten Kinder und den komplett fehlenden Angaben zur Situation des Kindes selbst. Es gibt keinerlei Aussagen zu den jeweiligen Familienkonstellationen, der sozialen Lage der Familien oder auch schlicht nur zum Wohnort. Genauso wenig erschließt sich ein genaueres Bild über die erkrankten Kinder selbst: Welche Wesenszüge sind charakteristisch, wie haben die Betroffenen die Diagnose aufgenommen oder ob ein Kind in die Station integriert ist oder nicht.

Die Situationswahrnehmung und -deutung eines Kindes als medizinischen Fall hat darüber hinaus Auswirkungen auf die Kommunikation und Interaktion zwischen den Teilnehmern der Besprechung. Diese spezifische Art und Weise der Falleinführung bestimmt den Verlauf der Interaktion dergestalt, dass sich die Rolle der Beteiligten auf das Zuhören beschränkt: Sie haben entsprechend ihrer Berufsgruppe als Physio- oder Ergotherapeuten, Lehrer oder Pflege-

personal keinen Beitrag zu einem medizinischen Fall zu leisten. Für diese Interpretation spricht auch der missglückte Versuch der Psychologin, einen Redebeitrag zu einem Fall zu bringen. Die mit dieser Art der Falleinführung geschaffenen Relevanzverhältnisse haben darüber hinaus Konsequenzen für die Gestaltung der Krankheitsverlaufskurven der betroffenen Kinder. Krankheitsverlaufskurven sind demnach medizinische Verlaufskurven („course of illness“): Von Interesse sind neben der Diagnose und Therapie pathophysiologische Zusammenhänge, soziale oder biografische Aspekte sind nicht relevant. Die Initiierung einer Verlaufskurve innerhalb der Teambesprechungen ist also durch die Medizin dominiert.

Themeneröffnung: Bekannte Patienten

Dem Beginn eines neuen Themas geht in der Regel im Rahmen von Arbeitsbesprechungen der Abschluss eines vorherigen voraus. Nach Meier (2002: 101) besteht hierin ein wesentlicher Unterschied zu geselligen Zusammenkünften, die sich durch eine schrittweise Themenverschiebung auszeichnen. Für die vorliegenden Besprechungen kann diese Beobachtung dergestalt bestätigt werden, da auch hier auf die Herstellung einer thematischen Kontinuität verzichtet wird. Anstatt dessen werden im Verlauf der Besprechungen verschiedene Kinder und Jugendliche von den unterschiedlichen Akteuren als Thema eingeführt. Hierin besteht ein wesentlicher Unterschied zu dem oben beschriebenen Aktivitätsmuster „Patientenvorstellung“, welches durch eine einseitige Handlungsfolge durch die Medizin gekennzeichnet ist. Bei genauerer Betrachtung lassen sich im Zusammenhang mit der Themenetablierung bekannter Patienten unterschiedliche Beteiligungsrollen der verschiedenen Akteure feststellen. Grundsätzlich ist dabei zwischen einer Themenetablierung mit oder ohne Aufforderung durch den Besprechungsleiter zu differenzieren. Allerdings hat diese Unterscheidung keinerlei Konsequenzen für die Handlungen der Akteure oder anders formuliert gestalten sich die Beteiligungsformen unabhängig davon, ob der Besprechungsleiter zu einer Initiative zur Themeneröffnung aufruft oder nicht. Aufgrund dieser Tatsache orientiert sich die folgende Darstellung der Themeneröffnung bei Patienten, die der Gruppe bereits bekannt sind, an den Beteiligungsformen der handelnden Akteure. Für dieses Aktivitätsmuster lassen sich im Korpus verschiedene Fälle finden. Zunächst ist es der Besprechungsleiter selbst, der Themen einführt. Dazu nochmals ein schon bekannter Transkriptauszug:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: mutter selber hat ne onkologische erkrankung gerade frisch überstanden

((Mitleidiges raunen/ stöhnen einige in der Runde schütteln mitleidig den Kopf))

kommt da noch ein bisschen verschärft hinzu: jeoh:: gut weiß ich nicht
das ist DER: neue patient (..) ähm herr ahmed tadic der patient mit dem
osteosarkom; ist zuRÜCK aus: ABC

Wie bereits oben dargestellt resümiert Dr. Wenzel zunächst seine Ausführungen und bringt sie mit der Schlussrahmung zu einem Ende. Der sich anschließenden redezuginterne Pause schließt er ein „ähm“ an, welches zweierlei Aufgaben hat. Zum einem sichert sich Dr. Wenzel somit das Rederecht, zum anderem erzeugt er eine Zäsur, die gleichzeitig die Funktion hat, ein neues Thema anzukündigen. Im Anschluss daran folgt die Themenspezifizierung in Form der Nennung des Namens und der Diagnose des Patienten. Nach diesem Muster: Resümierende Schlussäußerung – Themenankündigung – Themenspezifizierung bringt Dr. Wenzel sämtliche der Gruppe bekannte Patienten in die Besprechung ein.

Im Unterschied zur Vorstellung neuer Patienten führen auch die anderen Akteure der Besprechung Fälle ein, sie bedienen sich dabei aber anderer Verfahren als Dr. Wenzel, um ein Thema zu etablieren. Neben Handlungsankündigungen stellen unterschiedliche Frageformate eine häufig angewandte Methode dar. Dazu folgende Beispiele:

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: schon interessant wie die lebensentwürfe (...) ((lacht)) okay (...)

Ergotherapeut: wie lange bleibt moham [med] hier?

Dr. Wenzel: [bitte?]

Ergotherapeut: oder wie wie läuft? mohammed

Dr. Wenzel: öztürk

Ergotherapeut: öztürk

Dr. Wenzel: ja ja der hat jetzt erst noch mal nen block (..) der hat noch (2) ooh drei bis vier monate therapie hat der noch

Nach bekanntem Muster beendet Dr. Wenzel einen Fall mit dem resümierenden Gliederungssignal „okay“. Im Unterschied zur oben dargestellten Praxis schließt er kein neues Thema an, sondern der Ergotherapeut nutzt die Redevakanz, um mit einer Frage ein neues Thema zu etablieren. Er verbindet dazu mit der Namensnennung die konkrete Frage nach der Aufenthaltsdauer von Mohammed. Die Nachfrage Dr. Wenzels gilt der Verständnissicherung und der Ergotherapeut wiederholt nach einer nachgeschobenen Frage über den weiteren Verlauf den Namen des Kindes. Die sich anschließende Nennung des Nachnamens durch beide Interaktanten dient der erneuten Verständnissicherung, in deren Folge Dr. Wenzel dann mit der Beantwortung der Frage den zweiten Teil der Paarsequenz übernimmt, der dann noch einige

Redebeiträge zu dem Fall folgen. Während in diesem Beispiel die Themeninitiierung sehr direkt ohne Umschweife erfolgt, steht der folgende Auszug für eine wiederholt angewandte Praxis der Handlungsankündigung:

Besprechung 1

Dr. Wenzel: dann hätten ich hier herrn mike thiele noch mal= vorbereitet und d:a wollte ich- (2)
Frau Schultheiss- Schmitt: ich hab eine KURrze
Dr. Wenzel: JA
Frau Schultheiss-Schmitt: frage zu ba::har oushalm noch von der fünf
Dr. Wenzel: ja
Frau Schultheiss- Schmitt: ehm (2) das kind wird ja zurzeit kurativ behandelt, kommt glaube ich jetzt bald in die DAuertherapie-

Die sich an die Aussage von Dr. Wenzel anschließende Pause nutzt die Sozialarbeiterin, um das Rederecht zu erlangen. Bevor sie aber ihr eigentliches Anliegen formuliert (die Frage der Therapie des Kindes Behar und den damit verbundenen Konsequenzen für ihre Arbeit), kündigt sie ihre Frage zunächst an. Obschon die Relevanz ihrer Frage für die Besprechung durch die Nennung eines Patientennamens deutlich wird, fügt sie das Adjektiv „kurz“ ein und signalisiert damit, dass die Positionierung ihrer Frage an dieser Stelle problematisch (Dr. Wenzel hatte zuvor ein neues Thema etablieren wollen) und damit begründungsbedürftig ist. Die als Handlungsankündigung zu verstehende Äußerung „ich hab eine kurze frage“ dient darüber hinaus dazu, die Verständlichkeit der angekündigten Handlung sicherzustellen (Meier 2002: 146). Dr. Wenzel billigt die Handlungsankündigung und zieht sein Thema zurück. Für das interaktive Geschehen ist diese Art und Weise der Themeneinführung aus Sicht der Akteure ambivalent: Der Fragesteller kann sich aufgrund der konditionellen Relevanz relativ sicher sein, dass seine Handlungsankündigung positiv angenommen wird. Für den Besprechungsleiter dagegen ist die Zielrichtung des Beitrages unklar und nicht zu antizipieren.

Eine ähnliche Situation liegt dann vor, wenn der Besprechungsleiter die Teilnehmer direkt dazu auffordert neue Themen zu nennen. Auch in diesem Fall ist unklar und nicht zu antizipieren, welcher Fall genannt wird. Die in Form einer Paarsequenz angelegte Frage nach neuen Inhalten ermöglicht aber gleichzeitig den Fortbestand des interaktiven Geschehens.

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: jut WEN (2) wollen wir denn noch besprechen?
(7)
Ergotherapeut: MUSTAFA yildrim
Dr. Wenzel: mustafa yildrim der ist ä::h im moment hat er ne thromBOSE der leisten und beinvenen

An dieser Sequenz wird deutlich, dass die Themeninitiierung mittels Frageformaten insofern erfolgreich ist, als dass aufgrund der konditionellen Relevanz die Beantwortung der Frage erwartbar ist. Gleichzeitig drückt sich damit die Orientierung der Akteure in ihrer Rolle als Teilnehmer, respektive der Position Dr. Wenzels als Besprechungsleiter, aus. Obschon die verschiedenen Frageformate die am häufigsten angewandte Methode der Themeneröffnung durch die Akteure darstellt, finden sich auch noch andere Praktiken:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: okay
Ergotherapeutin: dem baby ku:nert gehts ziemlich g::ut so ne?
Dr. Wilmsmeier: NOCH ja

((Alle lachen))

Dr. Wilmsmeier: ja der kriegt gerade mtx und dann ist der danach immer irgendwie zie::mlich (..) ziemlich MALAD

Anhand dieser Sequenz wird deutlich, dass das Ende eines Falls (markiert durch den Gliederungspartikel „okay“) für die Akteure eine Möglichkeit darstellt, ein eigenes Thema zu benennen, und zwar nicht in Form einer Frage, sondern als Aussage zu einem Kind. Ebenso wie bei der Formulierung von Frageformaten schließen sich dann Redebeiträge der Teilnehmer zu diesem Fall an.

Themenbeendigung

Eng verbunden mit dem Problem der Themenetablierung ist die Frage, wann dieses beendet ist. Wie bereits oben angedeutet sind Arbeitsbesprechungen durch einen bewussten Themenabschluss und nicht durch eine sich stetig entwickelnde Themenverschiebung charakterisiert. Für die vorliegenden Besprechungen fällt in diesem Zusammenhang auf, dass bis auf wenige Ausnahmen immer die beiden Oberärzte ein Thema beenden. Dazu folgende Beispiele:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: da erscheinen auch vater und mutter unterschiedlich auf ä::h also darüber OB sie nach hause soll=oder nicht und mutter braucht sicherlich die bräuchte sicherlich ne psychotherapeutische INTERvention aber sie ist dem ja gar::: nicht aufgeschlossen (6) das dahin (3) okay

Nachdem über eine längere Sequenz mit unterschiedlichen Beteiligten über die Patientin Karina gesprochen wurde, besteht die letzte Handlung dieser Fallbearbeitung in einer Einschätzung Dr. Wenzels über eine psychotherapeutische Therapiebedürftigkeit der Mutter des Mädchens. Dem schließt sich eine auffällig lange Pause an, die aber von keinem der Teilnehmer

für einen Redebeitrag genutzt wird. Es folgt eine erste zusammenfassende Äußerung Dr. Wenzels („das dahin“), dem sich die Gliederungspartikel „okay“ anschließt, die in diesem Zusammenhang eine ordnende Funktion hat: Der Fall ist beendet, ein nächstes Thema kann eröffnet werden. Den Anspruch, dass ein Mediziner einen Fall beendet, belegt auch das folgende Beispiel:

Besprechung 2:

Frau Schultheiss-Schmidt:	obwohl die in den letzten fünf Jahren vier oder fünfmal umgezogen sind =also die sind fast jedes JAHR umgezogen komischerweise (9) gucken wir mal (5)
Dr. Wenzel:	(leise) gut (3) die Frau Müller
Dr. Wilmsmeier:	Frau Müller und Herr Pfaff das ist AUCH NICHT so einfach

In diesem Auszug wird der Fall „Bahar“ beendet. Die Sozialarbeiterin hatte zuvor über einen Hausbesuch bei der Familie berichtet, dem sich eine Diskussion über die familiären Verhältnisse und die Haltung der Eltern den therapeutischen Bemühungen gegenüber entspannte. Der letzte Beitrag der Sozialarbeiterin fällt durch eine lange Pause auf, die sie selbst unterbricht, indem sie ein resümierendes „gucken wir mal“ anschließt. Diese Formulierung ist durch eine weitere Pause eingerahmt, die dann durch Dr. Wenzel unterbrochen wird. Mit dem Einsatz der Gliederungspartikel „gut“ beendet Dr. Wenzel den Fall Bahar an dieser Stelle und weist somit die Initiative der Sozialarbeiterin zum Themenabschluss zurück. Die Methode mittels von Gliederungspartikeln einen Fall zu beenden ist charakteristisch für die beiden Oberärzte und nur von ihnen genutzt. Weitere Variationen bestehen darin, nach einer Äußerung eine Pause anzuschließen oder direkt einen nächsten Beitrag zu bringen. Im gesamten Korpus finden sich lediglich vier Beispiele für eine Themenbeendigung durch andere Teilnehmer der Besprechungen. Dazu ein Beispiel:

Besprechung 2:

Dr. Wenzel:	oder so andere (...) telefoniert dann STUNDENlang
Fr. Möller-Fleck:	genau=also er hat das auch definitiv gesagt das ist ne sache die ich für mich brauche und sie sagt dann auch ganz offensiv e:h da soll er auch ALLEINE hin:gehen ne

Diesem Ausschnitt voran geht eine Sequenz über eine Familie, deren Kind bereits verstorben ist. Das Themenende wird hier nicht aktiv herbeigeführt, sondern nach einem Beitrag der Psychologin entsteht eine längere Pause, in deren Anschluss ein neues Thema etabliert wird. Die Beendigung eines Falls erfolgt sozusagen beiläufig ohne eine bewusste Initiative eines Akteurs. Zusammenfassend kann also zweierlei festgehalten werden: 1. die aktive Beendigung eines Themas anhand von ordnungsstiftenden Gliederungssignalen erfolgt nur durch die bei-

den Oberärzte; 2. sofern ein Fall nicht von den Medizinerinnen beendet wird, übernimmt kein anderer Akteur die Initiative zum bewussten Themenabschluss.

Diskussion

Arbeitsbesprechungen lassen sich durch einige Merkmale charakterisieren, zu denen neben der zyklischen Abfolge von Themen und der damit notwendigen werdenden Themenetablierung auch die thematische Progression sowie die Begrenzung durch einen offiziellen Beginn und ein Ende gehören (Müller 2002). Die hier untersuchten Arbeitsbesprechungen sind dabei zunächst als eine je eigene soziale Einheit zu verstehen, deren übergreifende Ordnungsprinzipien und systematische, routinisierte Gesprächspraktiken zwischen den Teilnehmern interaktiv ausgehandelt werden. Anhand der Analyse der Ordnungsprinzipien Besprechungen konnte gezeigt werden, dass sowohl das Ende, wie auch der Beginn ausschließlich durch die Mediziner vorgenommen werden. Initiativen anderer Teilnehmer werden zurückgewiesen bzw. erst gar nicht zugelassen. Damit konstruieren die Akteure die Besprechung als eine ärztlich dominierte. Im Unterschied dazu zeigt sich für den Bereich der Themenetablierung ein heterogenes Bild: Während die Vorstellung neuer Patienten den Medizinerinnen vorbehalten bleibt, können bereits bekannte Patienten durch die unterschiedlichen Akteure zum Thema gemacht werden, wobei der Themenabschluss bis auf wenige Ausnahmen wieder ärztlich dominiert ist. Aus dem Gesagten lässt sich schlussfolgern, dass die Beteiligung der Akteure am interaktiven Prozess vom thematischen Gegenstand abhängig ist. Anders formuliert stellt das zu behandelnde Thema eine Handlungsbedingung für die aktive Teilnahme der Anwesenden an den Besprechungen dar. Die Initiierung von Patienten als zunächst ausschließlich medizinische Fälle ist dabei als ein weiteres Indiz für ein an medizinischen Kriterien ausgerichtetes Orientierungssystem. Inwieweit sich dies auch für die Prozedierung der Krankheitsverlaufskurven auswirkt, ist Gegenstand der folgenden Analysen.

6.2 Fallanalysen

Anknüpfend an die Vorstellung, dass innerhalb eines Interaktionsfeldes spezifische Gestaltungsaufgaben von den Akteuren geleistet werden (s. a. 5.1), steht in den folgenden Ausführungen die Frage im Mittelpunkt, wie die Teilnehmer der interdisziplinären Besprechungen die Krankheitsverlaufskurven krebskranker Kinder und Jugendlicher prozedieren. Die Darstellung orientiert sich dabei an für die Beantwortung der Forschungsfrage maßgeblichen Inhalten des Trajektkonzeptes, der Theorie der „illness trajectory“ und der Theorie der „dying

trajectory“. Dabei interessieren zunächst die Sequenzen, in denen die Akteure ihre Vorstellungen zu den Verlaufskurvenentwürfen und -plänen mitteilen, da diese die Vorstellungen über den Verlauf und das Ziel der Verlaufskurve sowie die dazu notwendigen Arbeiten umfassen. Wie bereits unter Punkt 3.2 dargestellt stellt „work“ ein zweites zentrales Konzept der „illness trajectory“ und der „dying trajectory“ dar, welches ebenfalls Gegenstand der Analyse sein wird. In diesem Zusammenhang interessieren vor allem Identifizierung und die interaktive Aushandlung der verschiedenen Arbeitstypen zwischen den Beteiligten der Besprechungen. Verlaufskurven zeichnen sich durch einen dynamischen Charakter aus, der sich neben dem eigentlichen Krankheitsverlauf auch durch eine Vielzahl an möglichen Kontingenzen ergibt. Die Anpassung der Verlaufskurve an diese Umstände erfolgt an „trajectory sequence points“, die ebenfalls Gegenstand der Analyse sind, da hier richtungsweisende Entscheidungen bezüglich des Trajektmanagements getroffen werden.

6.2.1 Karina Kimpel: Revision des Verlaufskurvenentwurfes

Ankündigung der Abwärtsphase: „man ahnt nichts gutes“

Die Behandlung des Falls „Karina“ erstreckt sich über drei der Besprechungen. Im zeitlichen Verlauf der Besprechungen lässt sich die Revision eines kurativen Behandlungsziels zu einer palliativen Betreuung nachzeichnen.

Besprechung 2:

Dr. Wenzel: karina kimpel (...) die hat zwar ein knochenmark was in ORD:nung ist nach dem ersten chemoblock= aber sie hat HAUT:infiltrate ihrer leukämie (...) die jetzt wieder neu gekommen sind (...) das ist also eine insgesamt SCH:wierige (...) situation (...) da die RE::mmissionslage zu beurteilen und ehm (...) ja (3) man ahnt nichts gutes gutes (...) also ich hab sie= wir machen jetzt im moment ne dau::ertherapie=ne intensive therapie würde sie im moment nicht überstehen. äh das hört sich nicht so an (...)dass =das uns das gelingen wird=wir sind allerdings NICHT s:o weit daß man hier schon sagen kann das hat sicher KEIne aussicht auf ER::folg dafür ises noch zu f:rüh (.) aber dem punkt nähern wir uns ein wenig. (2)

Die Themeneröffnung erfolgt durch Dr. Wenzel, indem er den Namen des Kindes nennt. Diese Namensnennung erfüllt dabei die Funktion eines vorausdeutenden Hinweises: Das neue Thema ist der Fall „Karina“, es bedarf aufgrund der fallspezifischen Struktur der Besprechungen keiner weiteren einführenden Erläuterungen. Es folgen Ausführungen der medizinischen Befunde, die mit der Redewendung „ein knochenmark was in ORD:nung ist“ beginnt. Dieses Formulierungsverfahren umschreibt die Tatsache, dass das Knochenmark Karinas keine Leukämiezellen aufweist, womit ein entscheidendes Ziel der Chemotherapie erreicht ist. Im

schnellen Anschluss folgt eine nächste medizinische Befundmitteilung, die mit dem Gebrauch der Gliederungspartikel „aber“ auf eine inhaltliche Relativierung der ersten Aussage hinweist. Diese erfolgt dann durch die Information, dass Karina Hautinfiltrate der Leukämie hat, „die jetzt wieder neu gekommen sind“. Anders formuliert berichtet Dr. Wenzel „course of illness“, der durch das wiederholte Auftreten der Hautinfiltrate nicht den gewünschten Verlauf nimmt. An diese Befundmitteilung schließt Dr. Wenzel Überlegungen an, welche Konsequenzen sich aus dieser „schwierige(n) situation“ ergeben, wobei die Schwierigkeit in der Beurteilung der Remissionslage (also dem Rückgang der Leukämie) besteht. Im Anschluss an eine gefüllte Pause, die Dr. Wenzel das Rederecht sichert, folgt eine weitere Pause, die durch die Gliederungspartikel „ja“ unterbrochen wird, an den sich wiederum eine Pause von drei Sekunden anschließt. Schließlich folgt der Satz „man ahnt nichts gutes“, mit dem Dr. Wenzel vorsichtig eine Änderung der Verlaufskurve in Richtung einer Abwärtsphase andeutet. Das stockende Sprechen des Redners deutet darauf hin, dass dieser das, was er sagen möchte, nur mühsam hervorbringt. Dafür sprechen noch zwei weitere Beobachtungen: Zum einen der Gebrauch des entpersonalisierenden „man“, was im Unterschied zu den folgenden Aussagen nicht gebraucht wird und in seiner Funktion eine Distanz zum Gesagtem ermöglicht. Zum anderen spricht für diese Interpretation der Umstand, dass die folgenden Aussagen, die sich auf die Änderung des Verlaufskurvenplans (Dauertherapie anstatt intensiver Therapie) beziehen, flüssig und ohne wiederholte Pausen realisiert werden.

Gleichzeitig bringt Dr. Wenzel mit diesen Aussagen zum Ausdruck, dass Karinas Verlaufskurve in eine instabile Phase übergegangen ist: „ne intensive therapie würde sie im moment nicht überstehen äh das hört sich nicht so an (...)dass =das uns das gelingen wird“. Allerdings sieht er noch keinen Anlass zu einer Revision des Verlaufskurvenentwurfes: „=wir sind allerdings NICHT so weit dass man hier schon sagen kann das hat sicher KEINE aussicht auf ERfolg dafür ises noch zu früh (.).“ Momentan hat also der ursprüngliche Verlaufskurvenentwurf „Kuration“ noch weiter Bestand. Allerdings deutet Dr. Wenzel mit seiner folgenden Äußerung eine mögliche Änderung des Ziels an: „aber dem punkt nähern wir uns ein wenig. (2)“. Der Gebrauch der Gliederungspartikel „aber“ stellt wieder eine inhaltliche Relativierung des zuvor Gesagten dar: Es ist möglich, dass sich der Verlaufskurvenentwurf ändern muss, da aufgrund der aufgetreten Kontingenzen die Verlaufskurve in die Abwärtsphase übergeht. Allerdings scheint dieser Punkt noch nicht erreicht. Momentan überwiegt eher die Unsicherheit über die weitere Entwicklung der Verlaufskurve. Anders formuliert antizipiert Dr. Wenzel die Entwicklung der Verlaufskurve hin zu einem „trajectory sequence point“, also einem Punkt, an dem maßgebliche Entscheidungen bezüglich der weiteren Therapie und Ver-

sorgung getroffen werden müssen.

Nach einer freien Gesprächspause ergreift eine Lehrerin das Rederecht und fragt, nach der Bedeutung von Hautinfiltraten. Einer kurzen Erklärung durch den Mediziner folgt eine auffällig lange freie Gesprächspause von fünf Sekunden, die von Dr. Wenzel unterbrochen wird. Er greift nochmals einen Aspekt des Verlaufskurvenplans (eine geplante Transplantation) auf und fügt die Erläuterung an, dass die Voraussetzung für eine Transplantation die vollständige Abwesenheit aller Krankheitssymptome sei. Dieses Ziel war nach der ersten Chemotherapie auch erreicht: „das war zwischendurch auch weg (2) da war nichts mehr zu sehen nach dem block (...)“. Diesen den „course of illness“ beschreibenden Äußerungen fügt Dr. Wenzel ein „aber“ an, welches wie bereits beschrieben die zuvor getätigte Äußerung inhaltlich relativiert. Diese Relativierung bezieht sich auf den Umstand, dass „die restchancen=die ohnehin klein waren nun auch verloren gehen (3) [tiefes einatmen] daß wir da nich viel in der hand haben. (3)“. Mit dieser Äußerung deutet Dr. Wenzel indirekt die Möglichkeit an, dass die Verlaufskurve in eine Abwärtsphase übergeht. Er knüpft damit an die zuvor getroffene Aussage über den „trajectory sequence point“ an, indem er antizipiert, in welche Richtung sich die Verlaufskurve entwickeln könnte. Noch ist der Entscheidungspunkt aber nicht gekommen, sondern es bestehen noch „restchancen“, um das ursprüngliche Ziel der Verlaufskurve – eine Heilung - zu erreichen, die genutzt werden sollen. Im weiteren Verlauf der Besprechung ergreift wiederum die Lehrerin das Wort und bringt mit der Beschreibung des Verhaltens der Eltern und der Großmutter ein neues Thema ein, in dessen Folge sich eine Interaktion zwischen mehreren Teilnehmern entspannt:

Besprechung 2:

Dr. Wenzel: karina kimpel (...) die hat zwar ein knochenmark was in ORD:nung ist nach dem ersten chemoblock= aber sie hat HAUT:infiltrate ihrer leukämie (...) die jetzt wieder neu gekommen sind (...) das ist also eine insgesamt SCH:wierige (...) situation (...) da die RE::mmissionslage zu beurteilen und ehm (...) ja ((3)) man ahnt nichts gutes gutes (...) also ich hab sie= wir machen jetzt im wir hatten ja hier auch mal besprochen=daß die eltern und auch die großmutter we::nig zuwendig sind das hat sich GEän[dert]

Lehrerin II:

Dr. Wenzel: [ja]

LehrerinII: ganz und gar

Dr. Wenzel: eigentlich

Dr. Wenzel: wo:bei das IMMER ein anderer punkt ist wenn man dann halt ((..)) den punkt benennt so (..) jetzt gehts nicht mehr (...) dann weiß ich nicht= wie die reaktion sein wird

Lehrerin II: mmh (2)

Dr. Wenzel: ich glaube dann [wirds]

Dr. Wilmsmeier: [schle]ht ja

Dr. Wenzel: [äh]dann wirds

Fr. Möller-Fleck: [dann] wolln die wieder für sich alleine sein

Dr. Wilmsmeier: mmh
Fr. Möller-Fleck: die kapseln (..) sich dann ab in diesem MOment.
Dr. Wenzel: das wird schwer (...)

Die Lehrerin spricht zunächst das Verhalten der Eltern und der Großmutter an, welches sich im Verlauf der Therapie von einer eher zurückhaltenden zu einer offeneren Umgangsweise gegenüber den Health Professionals verändert hat. Diese Einschätzung wird von Dr. Wenzel geteilt, jedoch schließt er Überlegungen an, wie sich das Verhalten der Familie nach der Information „jetzt geht's nicht mehr“, also der Mitteilung des Beginns der Abwärtsphase der Verlaufskurve, entwickeln wird. Die sich anschließende freie Gesprächspause nutzt Dr. Wenzel, um seine Vorstellungen zu präzisieren, jedoch wird er von Dr. Wilmsmeier unterbrochen, die mit der Formulierung „schlecht ja“ den Satz beendet. Aber auch die zweite Initiative Dr. Wenzels seinen Redebeitrag zu beenden wird unterbrochen: Mit der Aussage „dann wolln die wieder für sich alleine sein“ knüpft die Psychologin dabei an den von Dr. Wenzel angesprochenen „trajectory sequence point“ an, an dem Karinas Eltern mitgeteilt werden muss, dass die Leukämie ihrer Tochter nicht zu heilen ist. Nach einem bestätigen den „mmh“ von Dr. Wilmsmeier steigert die Psychologin ihre Aussage, indem sie die Vorstellung entwickelt, dass sich die Familie Karinas dann vollständig abkapselt. An diese Bemerkung fügt Dr. Wenzel „das wird schwer“ an, womit er von der wiederholten Initiative, seinen ursprünglichen Redebeitrag zu einem Ende zu bringen, ablässt. Gleichzeitig bestätigt er damit die Einschätzung der Psychologin, dass sich die dann anstehende „awareness context work“ und „sentimental“ work“ zu einem problematischen Prozess entwickeln werden. Dr. Wenzel fährt dann fort eine Begründung für das elterliche Verhalten zu kommunizieren:

Besprechung 2:

Dr. Wenzel: obwohl sie ja schon sehr viel ERFAH: rung mit der krankheit haben das ist immer noch so daß man sich manchmal doch sehr wundert über die fragen die da kommen (..) ich meine die hat man schon ganz häufig beantwortet aber das hat was damit zu tun ((3)) daß es auch EInen SCHützt wenn man nich soviel versteht das ist häufig so das was da auch hinter steckt neben einer vielleicht aber das ist glaube ich der hauptgrund dabei (4)

Aus Sicht des Mediziners besteht eine Verarbeitungsstrategie der Familie Kunkel darin, die im Zusammenhang mit der Erkrankung ihrer Tochter gemachten Erfahrungen nicht in Wissensbestände zu modifizieren. Ansonsten sei es nicht nachvollziehbar, warum die Eltern bestimmte Fragen immer wieder stellen. Nach Ansicht Dr. Wenzels dient diese Strategie dazu, spezifische Zusammenhänge und Konsequenzen des Krankheitsverlaufs und der therapeutischen Interventionen nicht verstehen zu müssen, oder anders formuliert, nicht akzeptieren zu müssen. Dieser Erklärung des elterlichen Verhaltens folgt eine freie Gesprächspause, die von

dem Ergotherapeuten unterbrochen wird:

Besprechung 2:

Ergotherapeut: das ist ein bißchen ambivalente situation gestern=ich war da und hab ich eh karina ihr hand eh gemacht an STirn und die mama und die oma waren RICHTIG glücklich richtig so alles was glücklich oder was ist normalität für alle sind se:hr kommunikativ andere themen sind richtig zu RI:chtig ehm (in der Runde: mmmh)

Ergotherapeut: ist ambivalent aber ist alles dreht sich um karina=und gestern konnte sie ja und nein sagen und dann die hand halten die waren so RICH:tig richtig glücklich und man hat den eindruck sind kommunikativ die eltern und sind offen für ein ge:spräch aber sind so so eh sporadisch nur wenn karina ist stabil=dann können sie reden wenn nicht ist zu richtig zu wie eine mauer (4)

Der Ergotherapeut knüpft mit seinem Redebeitrag nochmals an das Thema des Verhaltens der Familie gegenüber den Health Professionals an. Seiner Wahrnehmung nach ist dies abhängig vom gesundheitlichen Zustand Karinas: Wenn es ihr gut geht, sind die Eltern den Health Professionals gegenüber offen, verschlechtert sich der Zustand des Mädchens, kommunizieren sie nicht. Auch nach diesem Beitrag folgt eine recht lange freie Gesprächspause, die schließlich von Dr. Wenzel beendet wird:

Besprechung 2:

Dr. Wenzel: und das einsehen müssen even::tuell einer nicht erfolgreiche behandlung wird schwer werden (5) eine GROße konfusion bedeuten denk ich mal (4)
okay

Dieser beginnt seinen Redezug mit der Gliederungspartikel „und“, was darauf hindeutet, dass Dr. Wenzel inhaltlich an den Beitrag des Ergotherapeuten anschließen wird. Mit erneuten Überlegungen bezüglich des Verhaltens der Familie bezogen auf den „trajectory sequence point“ knüpft der Mediziner allerdings an das zuvor behandelte Thema an. Die sich anschließende Pause wird von keinem der Teilnehmer genutzt, so dass Dr. Wenzel schließlich mit einem resümierenden „okay“ den Fall „Karina“ abschließt.

Revision des Verlaufskurvenentwurfes: „das is (..) ehm ist (..) ne palliative situation an sich“

Während in der zweiten Besprechung eine Veränderung des Verlaufskurvenentwurfes lediglich angedeutet wurde, steht in der Besprechung drei die konkrete Modifikation desselben im Mittelpunkt:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: karina kimpel da hatten wir berichtet daß da die situation ist daß sie NE::ben dem HAU:TREZIDIV jetzt ja auch noch ein ZNS rezidiv hat (..) ähm (..) da hab ich mit den eltern das besprochen daß is (..) ehm ist (..) ne palliative situation an sich (..) ähm weil das für die eltern wie=häufig wie wir das

schon kennengelernt haben DAS zu akzeptieren für die fast nicht mögl[ich] ist

((In der Runde: einige nicken mit dem Kopf))

Dr. Wenzel: einfach weil die jetzt ZU LANGE jetzt ja auf der kurativen schiene waren (2)

Analog dem bereits für die Besprechung zwei festgestellten Modus der Namensnennung als vorausschauenden Hinweis, berichtet Dr. Wenzel direkt im Anschluss an die Themeneinführung über Karinas Krankheitsverlauf. In dem zwischen den Besprechungen liegenden Zeitraum hat sich die Krankheit Karinas weiter verschlechtert: „da die situation ist daß sie NE::ben dem HAU:TREZIDIV jetzt ja auch noch ein ZNS rezidiv hat (..) ähm (..)“. Das Auftreten von Leukämiezellen im zentralen Nervensystem ist der Auslöser für den in der vorherigen Teamsitzung angedeuteten „trajectory sequence point“: „dass is (..) ehm ist (..) ne palliative situation an sich (..)“. Während also in der zurückliegenden Besprechung noch der Verlaufskurvenentwurf „Kuration“ Bestand hatte, teilt Dr. Wenzel nun die Änderung des Ziels der Behandlung zur Palliation hin mit. Die auffällig häufigen Pausen weisen darauf hin, dass die Mitteilung der Modifikation des Verlaufskurvenentwurfes von der Kuration hin zur Palliation einen problematischer Sachverhalt darstellt. Dr. Wenzel fügt keine weitere Begründung für die Änderung des Verlaufskurvenentwurfes an, sondern er beschreibt dann die Reaktion der Eltern auf diese Mitteilung: „weil das für die eltern wie=häufig wie wir das schon kennengelernt haben DAS zu akzeptieren für die fast nicht möglich ist einfach weil die jetzt zu lange jetzt ja auf der kurativen schiene waren (2)“. Diese Einschätzung wird von einigen Teilnehmern der Besprechung bestätigt, indem sie mit dem Kopf nicken oder ein „mmh“ murmeln. Nach einer freien Gesprächspause ergreift Dr. Wenzel das Rederecht und schildert, dass Karinas Bewusstseinslage aufgrund des Auftretens von Leukämiezellen im zentralen Nervensystem beeinträchtigt sei. Mit dem Gebrauch des Gliederungssignals „ne“ schließt der Mediziner dieses Thema ab und fügt im schnellen Anschluss einen nächsten Redezug und ein neues Thema an:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: ne=hab ich mit den um den eltern den weg zu bahnen=hab ich mit denen im moment SO die situation=besprochen das war ja letzte woche das wir jetzt ne intensivierete zns therapie machen (...) die äh die::se woche noch und dann (..) vielleicht ende nä::chster woche noch mal dann gespräch führen über das weitere vorgehen=nen spender stände wahrscheinlich zur verfügung (...) aber ä::h alle realität spricht dagegen=dass wir noch in DIESE situation kommen

Gegenstand dieses Redebeitrags ist die Erläuterung des neuen Verlaufskurvenplans, der neben der Behandlung des zentralen Nervensystems („intensivierete zns therapie“) auch ein Gespräch mit den Eltern des Mädchens über das weitere Vorgehen beinhaltet. Diesen neuen Hand-

lungsplan begründet Dr. Wenzel nicht mit einer medizinischen Indikation, sondern mit der Vorstellung, dass sich die Eltern mit dem neuen Verlaufskurvenentwurf und dem Beginn der Abwärtsphase in einem langsamen Prozess auseinandersetzen müssen. Mit der Formulierung „den eltern den weg zu bahnen“ deutet Dr. Wenzel vorsichtig die Abwärtsphase und den Beginn der „dying trajectory“ hin. Dafür spricht, dass Dr. Wenzel im weiteren Verlauf seines Redezugs nochmals den alten Verlaufskurvenentwurf anspricht („nen spender stände wahrscheinlich zur verfügung“), im Anschluss aber diese Aussage sofort relativiert, indem er sagt, dass diese Option nicht mehr realistisch sei. Implizit bestätigt er somit den neuen Verlaufskurvenentwurf der Palliation. Dr. Wenzel berichtet dann weiter von der Reaktion der Mutter auf die Mitteilung („mutter war heute ist zu dem gespräch heute nicht erschienen ist auch oben auf der station zwei tage lang nicht zu (...) karina ins zimmer gegangen (...) als ich ihr diese schlechte NACHricht bringen musste“). Im weiteren Verlauf seines Beitrags informiert Dr. Wenzel die Teilnehmer der Besprechung darüber, dass die Familie zu ihrer alten Besuchs-routine zurückgekehrt sei und Karina über den Tag verteilt besuche. Im Anschluss daran berichtet Dr. Wenzel von den Vorstellungen der Familie und seiner Situationseinschätzung diesbezüglich:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: haben auch schon angesprochen ob sie eventuell mal nach HAUse gehen könnte könnte=wobei ich das gefühl habe dass die familie vor allem emotional fast erst (...) weil die einfach so weit noch nicht sind dass das emotional glaub ich das noch nicht packen können (4) ehm SCHWierige aber das ist so (...) ich denke dieses blatt müssen wir GA::NZ langsam auf die andere sei::te drehen um da auch für (...) die gesamte familie=und für karina das be:ste herausbekommt

Der Verlaufskurvenentwurf der Familie hat demnach das Ziel, Karina zu Hause zu versorgen. Dieser Vorstellung widerspricht Dr. Wenzel zwar nicht, jedoch teilt er seine Bedenken bezüglich einer möglichen Entlassung mit. Seiner Einschätzung nach ist die Familie emotional noch nicht in der Lage, die ambulante Betreuung Karinas zu übernehmen. Dr. Wenzel spricht hier den Bereich der „identity work“ und „awareness context work“ an, die seiner Bewertung nach angesichts der sich abzeichnenden „dying trajectory“ noch nicht ausreichend von der Familie geleistet wurden. Der Beitrag Dr. Wenzels fällt durch die häufigen Abbrüche und die Unvollständigkeit der einzelnen Sätze auf. Diese Formulierungsschwierigkeiten deuten darauf hin, dass der Beginn der Abwärtsphase und damit auch der Beginn der „dying trajectory“ und die damit im Zusammenhang stehenden Arbeiten heikle Themen darstellen (vgl. Schwitalla 2006: 128). Für diese Interpretation spricht zum einen, dass Dr. Wenzel selbst in seinem resümierenden „ehm schwierige aber das ist so (...)“ die Situation als problematisch beschreibt (auch hier bleibt der Satz unvollständig). Zum anderen greift er mit der sich anschließenden

Redewendung „dieses blatt müssen wir GA:~NZ langsam auf die andere seite drehen“ auf eine Redewendung zurück, die es ermöglicht, das eigentlich Gemeinte nicht direkt auszudrücken zu müssen. Anders formuliert kündigt Dr. Wenzel zwar die Abwärtsphase an, aber der gleichzeitig damit verbundene Beginn der Sterbeverlaufskurve wird nur indirekt angesprochen. Ohne weitere Ausführungen zu diesem Komplex beendet der Mediziner diesen thematischen Abschnitt, indem er auf den Allgemeinzustand Karinas zu sprechen kommt: „so gehts karina jetzt so nicht schlecht“. Diese Aussage ist insofern verwunderlich, als dass zuvor beschrieben wurde, dass das Mädchen Einschränkungen der Bewusstseinslage aufweist (s.o.), welche ein schwerwiegendes Krankheitssymptom darstellen. Die Aussage Dr. Wenzels ist vor dem Hintergrund eines an medizinischen Kriterien orientierten Wissenssystems erklärbar: Karina weist zwar massive Krankheitssymptome auf, aber sie ist nicht vital gefährdet. Diese Situations einschätzung anhand medizinischer Kriterien wird weiter ausgeführt:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: hat halt nur noch ne magen:sonde als einzige als einzigen schlauch sozusagen
(..) alles andere GEHT SO

Ohne ein Signal Dr. Wenzels abzuwarten, dass sein Redebeitrag beendet ist, ergreift eine Lehrerin das Wort: „eigentlich könnte sie hoch aber“. Die Redezugkonstruktion mit einem Vagheitsausdruck zu Beginn („eigentlich“) und einem „aber“ am Ende spricht für die Unsicherheit der Sprecherin, ob dieser Beitrag zum einem richtig platziert ist und ob zum anderem die inhaltliche Ebene (die Frage, ob das Mädchen weiterhin auf der Intensivstation liegen muss oder auf eine Normalstation verlegt werden kann) angebracht ist. Indem Dr. Wenzel im folgenden Redebeitrag die Formulierung „sie könnte hoch“ aufgreift, bestätigt er sowohl den vollzogenen Sprecherwechsel wie auch den Themenwechsel. Anders formuliert zeigt sich hier die sequentielle Organisation der Gesprächsordnung: Die sequentielle Implikation der Äußerung der Lehrerin bezieht sich auf den nächsten „turn“, also die Frage wer mit welcher Aktivität die folgende Äußerung realisieren soll.

Besprechung 3:

Lehrerin: eigent:lich könnte sie hoch aber?
Dr. Wenzel: sie könnte hoch=die frage ist nur da unten liegt sie FAST nen bisschen geschickter und ruh:iger als oben

Entsprechend dem Prinzip der konditionellen Relevanz realisiert Dr. Wenzel den zweiten Teil der als Paarsequenz angelegten Äußerung der Lehrerin. Einerseits bestätigt er deren Einschätzung, dass Karina auf die Normalstation verlegt werden könnte, andererseits formuliert er in

der Nach-Sequenz eine Begründung, warum das Mädchen auf der Intensivstation verbleiben soll. Diese Paarsequenz bildet den Anlass für eine weitere Handlungskette:

Besprechung 3:

- Dr. Wilmsmeier: die haben auch keine kapazität die da oben im mädelzimmer da zu haben das ist sehr ungeschickt glaube ich
- Dr. Wenzel: das glaub ich ist nicht so also das ist halt das würd ich mein ZIE::L wär eher sie könnte eigentlich könnte sie nach hause S::O aufwändig is es nicht nur die RESS::OURCEN (..) die familiären RESS:sourcen sind hier so (.) extrem gering
- Dr. Wilmsmeier: ambulanter pflegedienst?
- Dr. Wenzel: ja das ist glaub (..) ich gut das kö:nnte man das hat natürlich auch erst mal was mit dem a= an= anerkenntnis der aktuellen situation zu tun ((leise)) die fehlt halt auch so ein biß::chen insofern (...) ein bißchen gehemmt (4)

Mit dem Argument der fehlenden Kapazität liefert Dr. Wilmsmeier eine zusätzliche Begründung, warum eine Verlegung Karinas aus ihrer Sicht nicht möglich sei. Diesem widerspricht Dr. Wenzel allerdings im folgenden Redezug („das glaub ich ist nicht so“) und wehrt somit die Argumentation Dr. Wilmsmeiers offensichtlich ab. Im Anschluss folgen einige Satzfragmente, die keinerlei Bezug zum vorherigen Thema haben und die somit eher die interaktive Funktion haben, das Rederecht Dr. Wenzels zu sichern. In der Folge nimmt Dr. Wenzel indirekt nochmals Bezug auf das Thema der Verlegung, wobei er als Alternative zur Verlegung die Entlassung Karinas nennt („mein ZIE::L wär eher sie könnte eigentlich nach hause“). Dieser Äußerung schließt er das Argument an, dass die Versorgung Karinas nicht so umfangreich sei und damit eine ambulante Betreuung möglich sei. Dr. Wenzels Verlaufskurvenentwurf für die beginnende Abwärtsphase besteht also darin, Karina nach Hause zu entlassen, wobei er diese Vorstellung sogleich wieder einschränkt: „nur die RESS::OURCEN (..) die familiären RESS:sourcen sind hier so (..) extrem gering“. Die Redezugkonstruktion bestehend aus Wiederholungen und redezuginernen Pausen unterstreicht dabei die ernsthafte Interaktionsmodalität. Seiner Ansicht nach steht einer Entlassung also fehlende familiäre Ressourcen entgegen, wobei an dieser Stelle unklar ist, was genau Dr. Wenzel damit meint. Es liegt nahe davon auszugehen, dass er auf die von ihm bereits angesprochene „awareness context work“ und „identity work“ anspielt, also die von der Familie zu leistende Arbeit bezüglich der existentiellen Bedeutung der beginnenden Sterbeverlaufskurve.

Im weiteren Interaktionsverlauf übernimmt erneut Dr. Wilmsmeier das Rederecht und sagt: „ambulanter pflegedienst?“. Die aufsteigende Intonation des Beitrags macht deutlich, dass es sich weniger um einen Vorschlag zur Unterstützung der Familie bei der ambulanten Versorgung als vielmehr um eine Frage handelt. Entsprechend agiert Dr. Wenzel, indem er den

zweiten Teil der Paarsequenz mit der Formulierung einer Antwort übernimmt: „ja das ist glaub (..) ich gut das kö:nnte man“. Damit bestätigt Dr. Wenzel grundsätzlich den Vorschlag Dr. Wilmsmeiers, den Verlaufskurvenplan um den Aspekt der Einbeziehung eines ambulanten Pflegedienstes zu erweitern. Mit der Verwendung des Konjunktivs bei gleichzeitiger Dehnung des Wortes „kö:nnte“ schränkt Dr. Wenzel diese Zustimmung jedoch wieder ein. Er begründet diese Einschränkung im weiteren Verlauf seines Redezugs mit der seiner Meinung nach fehlenden Akzeptanz der Eltern bezüglich des veränderten Verlaufskurvenentwurfes und dem Beginn der „dying trajectory“. Die sich anschließende freie Gesprächspause nutzt der Ergotherapeut, um mit der Anwesenheit des Vaters ein neues Thema einzubringen. Nach kurzer Diskussion zwischen Dr. Wenzel, dem Ergotherapeuten und einem Stationsarzt stellen die Beteiligten fest, dass Karinas Vater immer abends zu Besuch kommt und dementsprechend nicht von allen Health Professionals gesehen wird. Nachdem dieser Themenabschnitt beendet ist entsteht eine erneute Gesprächspause, die von Dr. Wenzel unterbrochen wird:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: da erscheinen auch vater und mutter unterschiedlich auf ä:h also darüber OB sie nach hause soll=oder nicht und mutter braucht sicherlich die bräuchte sicherlich ne psychotherapeutische INTERvention aber sie ist dem ja gar::: nicht aufgeschlossen (6) das dahin (3) okay

Dr. Wenzel knüpft mit seiner Äußerung an das vorherige Thema der Entlassung Karinas an, indem er ausführt, dass seiner Einschätzung nach die Eltern verschiedene Vorstellungen über den Verlaufskurvenentwurf haben. Dieser Aussage schließt er eine weitere an, mit der er eine Einschätzung über die seelische Verfassung der Mutter vornimmt, die seiner Bewertung nach einer „psychotherapeutischen Intervention“ bedarf. Diesem Redezug folgt eine auffällig lange Pause an, die aber von keinem der Teilnehmer für einen Redebeitrag genutzt wird. Es folgt eine erste zusammenfassende Äußerung Dr. Wenzels („das da:hin“), dem sich nach einer weiteren Pause der Gliederungspartikel „okay“ anschließt, der in diesem Zusammenhang eine ordnende Funktion hat: Der Fall ist beendet, ein nächstes Thema kann eröffnet werden.

Bestätigung des neuen Verlaufskurvenentwurfes: „palliativ auf jeden fall das ist ja klar“

Analog den anderen beiden Besprechungen erfolgt auch in der Besprechung drei die Themenöffnung durch Dr. Wenzel entsprechend dem bereits bekannten Muster: Der Namensnennung folgt eine Einschätzung der medizinischen Sachlage, die durch die Beschreibung einiger Symptome (Zähneknirschen, Tremor, Fieber, Hautinfiltrate, autistische Sprache) verdeutlicht wird.

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: kunkel (..) karina (2) mmh zeigt schon deutliche aus eh schsch::on deutliche neurologische schäden ihrer Z::NS beteiligung dass sie halt zum beispiel immer auch beim wachen mit den zähnen kn::irscht dass sie eh häufig einen TR::emor hat bei bewegungen dass sie son bißchen autistisch spricht und nicht mit jedem und auch eher SELten (..) eh (..) also schon deutliche neurologische symptome die ich denke auch schädigung durch dieser=zns beteiligung der leukämie angeht die knobbel unter der haut sind noch deutlich zu sehen als zeichen der leukämie (..) insgesamt und sie hat halt noch immer fiebert halt hoch rum das kann durchaus ausdruck würde ich am eh::sten denken von leukämischer BELastung sein das

Im Anschluss daran berichtet Dr. Wenzel: „das hirnwasser ist mittlerweile wieder SANIERT da findet man keine zellen mehr“. Gegenstand dieser Aussage ist die durchgeführte Therapie des Hirnwassers, die Teil des Verlaufskurvenplans ist. Dieser positiven Nachricht (untermauert durch die Akzentuierung „SANIERT“) folgt eine Einschränkung: „und das ist ja nur so die spitze des eisbergs den man dann immer sieht“. Diese Äußerung ist im Gesamtkontext zu sehen: Die Leukämiezellen im Hirnwasser sind die Ursache für die neurologischen Symptome, wobei der reine Nachweis der Zellen im zentralen Nervensystem nichts über das Ausmaß aktueller oder potentieller Schädigung aussagt. Gleichzeitig stellt die Infiltration von Leukämiezellen in das Hirnwasser einen deutlichen Krankheitsprogress dar, der darauf hindeutet, dass sich die Leukämie systemisch im Körper ausbreitet. Dr. Wenzel umschreibt diesen Umstand mit der Redewendung: „die spitze des eisbergs“. Diese Formulierung steht für Situationen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass ein Teil, offensichtlich ein weitaus größerer Teil aber unter der Oberfläche und damit nicht sichtbar ist. Übertragen auf den Krankheitsverlauf Karinas bedeutet diese Redewendung also, dass der Nachweis von Leukämiezellen im Hirnwasser zwar offensichtlich ist, aber der Krankheitsprogress weitaus gravierender und unvorhersehbar ist. Mit dem Gebrauch dieser Redewendung deutet Dr. Wenzel zum einem auf den aufgrund der Kontingenzen unsicheren weiteren Verlauf der Krankheit hin, zum anderen umschreibt er damit auch die nicht mehr aufzuhaltende „dying trajectory“: unter der Oberfläche liegt der Tod. Diesen Themenabschnitt beendet Dr. Wenzel, indem er zum Verlaufskurvenplan übergeht:

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: heißt jetzt die pla::nung schon seit ja letzte woche hatte ich das schon gesagt dass sie noch mal nach=hausa kann=wobei man schon sieht daß die familie sich (..) eh ja wird das scho (...) gewisse belastung auch DARstellt und erst mal die frage WO gehts denn hin zur O:MA oder zur MU::tter (..) und die frage erst OB überhaupt das war dann auch die zwei tage dann war das ÜBER:haupt schon m::al klar dann sollte sie nach hausa gehen aber DANN war die frage OMA oder MUTTER das dauerte dann drei tage drei wei::tere tage dann war k:lar dass es doch die MU::tter sein soll und jetzt gibts die NÄ::chste geschichte sie sollen kein hausbesuch machen?

Dr. Wenzel beschreibt hier den Entscheidungsprozess der Familie bezüglich des Verlaufskurvenplans. Die Darstellung fällt durch die häufigen Akzentuierungen und Dehnungen auf, durch den der Redezug eine ironische Interaktionsmodalität aufweist. Auf die Frage nach dem Hausbesuch antwortet die angesprochene Sozialarbeiterin nicht, sondern sie äußert zum Beginn ihres Redebeitrags ein „nee“:

Besprechung 4:

Fr. Stanke: NEE diese diese entscheidung sollte eben in der ganzen familie besprochen werden erst haben wir ge:dacht zur GROSSmutter weil dann die jan ehm=die jule dieses kleine zwei:jährige was wohl se::hr temperamentvoll ist nicht immer dazwischenhing weil e:h aber dann hat die familie am wochenende doch gesagt= nach hause und die wollen jetzt e:h das esszimmer will frau kunkel FREI räumen= ist auch schon dabei um da dann (.) das bett aufzu:stellen und alles im esszimmer also den platz zu gestalten

Frau Stanke leitet ihren Redebeitrag mit einem „NEE“ ein, was zunächst auf die Beantwortung der Frage hindeutet. Im Weiteren stellt sie dann aber den Verlauf des Entscheidungsprozesses der Familie aus ihrer Perspektive dar. Indem die zur Entscheidung führenden Argumente darlegt, widerspricht sie der Darstellung eines unkoordinierten Prozesses durch Dr. Wenzel. In der Folge beschreibt die Sozialarbeiterin dann die Vorbereitungen der Mutter für die Entlassung, womit sie indirekt nochmals der Darstellung, dass die Familie sich nicht auf die Entlassung vorbereitet, widerspricht. Diesem Themenkomplex folgen Ausführungen, die sich auf den Verlaufskurvenplan beziehen:

Besprechung 4:

Fr. Stanke: und eh frau kunkel das=war eigentlich letzte woche schon SO wußte eigentlich gar nicht war::um wir was vorbereiten sollen=weil sie immer meinte eigentlich wär schon alles klar (..) das SAGT sie eigentlich schon seit letzten DONNERstag dass imgrund genommen doch alles kl::ar ist und dass sie wenn die hilfsmittel da sind dann doch mehr gar nicht braucht. jetzt ist esJ A so ehm dass wir über die=ambulante pflege nochmal gesprochen haben

Frau Stanke erläutert, dass aus Sicht der Mutter bis auf die Hilfsmittel kein weiterer Handlungsbedarf für das häusliche Arrangement notwendig ist. Demgegenüber sieht der Verlaufskurvenplan der Health Professionals die Einbeziehung eines ambulanten Pflegedienstes vor. Diese differenten Einschätzungen bleiben zunächst offen und werden erst im Verlauf der Fallbesprechung wieder aufgegriffen. In der Folge erläutert die Sozialarbeiterin dann ausführlich einige strukturelle Schwierigkeiten und Besonderheiten der vor Ort ansässigen Pflegedienste sowie die komplizierte Organisation der Hilfsmittel. Nach diesen Ausführungen greift sie das Thema der Entlassung wieder auf:

Besprechung 4:

- Fr. Stanke: frau kunkel sagt jetzt dass das [gemeint ist die Entlassung] aus IHRER sicht quasi auch SOFORT passieren könnte
- Dr. Wenzel: ja

Mit dieser Frage klärt Frau Stanke eine weitere Bedingung für die Entlassung, die neben der Bereitstellung der Hilfsmittel in der Zustimmung Dr. Wenzels besteht. Im Anschluss spricht die Sozialarbeiterin ein neues Thema an, was ebenfalls für die Entlassung relevant ist:

Besprechung 4:

- Fr. Stanke: und eh frau kunkel das=war eigentlich letzte woche schon SO wußte eigentlich
- Frau Stanke: es hatte ja auch mal irritationen gegeben= die großmutter hatte als ich ihr gesagt hab die hilfsmittel sind so:weit eigentlich alle bestellt=das hab ich gefaxt da sagte sie auf einmal mmh was denn mit ner ÜBERWACHUNG wär sie hätten von überwachung gesprochen (..) dann hab ich das ja noch an frau block ver::wiesen und die hat sie ja dann=noch mal gefragt
- Dr. Wenzel: das problem ist einfach dieses komplexe gebilde der familie ne
- Fr. Stanke: is es auch JA
- Dr. Wenzel: die kommen so den tag VERteilt die familie geht da immer einzeln zu dahin so dass man der vater kommt eigentlich immer spätestens ab 19 uhr abends eh
- Fr. Stanke: ja
- Dr. Wenzel: das ist also sehr schwer die wirklich mal gesammelt HIERher zu bekommen (...) überwachung im=moment nicht wir müssen auch bei uns die überwachung abmachen das ist immer so das pro:blem bei uns dass die dran denken auch selber mal die überwachung ZU NEHmen weil das ist natürlich sonst p:utzig bei uns hängt sie an drei kabeln=und zu hause solls dann ohne sein ne
- Fr. Stanke: mmh
- Dr. Wenzel: und ich denke dass ne Überwachung auch in der palliativsituation durchaus SI::nn machen kann wenn man symptome erkennen will die man behandeln möchte=aber im moment hat sie da eigentlich keine die (..) überwachungsbedürftig wären ich würde im moment keinen überwachungsbedarf sehen
- Fr. Stanke: mmh es war ja äh (..) etwas mh (..) eigenartig dass ich am ANfang (..) wirklich mehr mit der großmutter geredet habe

Der erste Teil des Redezugs von Frau Stanke stellt eine vorgeschaltete Aktivität dar, die auf die Durchführung der Hauptsequenz bezogen ist. Die Realisierung dieser erfolgt anhand einer indirekten Frage zur Notwendigkeit der Überwachung Karinas. Dr. Wenzel reagiert darauf mit der Formulierung einer Einschubsequenz („das problem ist einfach dieses komplexe gebilde der familie ne“), welche von Frau Stanke bestätigt wird. Die Funktion dieser Einschubsequenz liegt in der Zurückweisung einer versteckten Kritik bezüglich des Trajektmanagements: Karina wird aufgrund der Tatsache, dass sie weiterhin Patientin einer Intensivstation ist, entsprechend den üblichen Standards überwacht. Diese Überwachung ist nicht durch eine medizinische Indikation begründet, sondern sie erfolgt aufgrund der Routine, die Vitalzeichen der Patienten mit Hilfe von medizinischen Geräten zu überwachen. Die Überwachung beruht also lediglich auf der Zuschreibung Karinas als Intensivpatientin. Anders formuliert beruht die Situationswahrnehmung auf medizinischen und pflegerischen Krite-

rien, aufgrund derer dann spezifische Handlungen gewohnheitsmäßig und nicht am individuellen Fall orientiert durchgeführt werden. Im Ergebnis resultiert im Falle Karinas eine Ungewissheit auf Seiten der Angehörigen bezüglich des Verlaufskurvenentwurfes: Solange das Mädchen intensivmedizinisch überwacht wird, scheint aus deren Sicht eine Entlassung nicht möglich. Zur Klärung dieser Frage haben sich die Angehörigen an Frau Stanke gewandt, die wiederum eine weitere Ärztin (Frau Block) hinzuschaltete, die sich dann an Dr. Wenzel wandte. Die Rekonstruktion der Ereignisse zeigt, dass obschon einige Akteure mit der Klärung der Überwachungsfrage beschäftigt waren, die Ungewissheit für die Familie weiterhin bestehen bleibt. Dies mag neben der Tatsache, dass ihre eigene Arbeit betroffen ist, ein Grund für Frau Stanke gewesen sein, dieses Thema in die Besprechung einzubringen. Dr. Wenzel beendet diesen Themenkomplex, indem er ausführt, dass momentan kein Überwachungsbedarf besteht. Unklar bleiben die praktischen Konsequenzen dieser Aussage. Im weiteren Interaktionsverlauf knüpft Frau Stanke an das von Dr. Wenzel bereits angesprochene Familienthema, hier im Besonderen die Tatsache, dass sie selbst zunächst hauptsächlich mit der Großmutter Karinas Kontakt hatte, an. Dieser Aspekt wird sowohl von Dr. Wenzel wie auch von Dr. Wilmsmeier bestätigt. Die Sozialarbeiterin führt dann weiter aus:

Besprechung 4:

Frau Stanke: und weil alles so offen geblieben ist und ich gestern ja auch nochmal lan::ge mit frau kunkel telefoniert habe und sie immer wieder=eigentlich wenn man so EINEN punkt besprochen hat sagt sie ja jetzt ist doch alles BESprochen jetzt brauchen wir doch nicht mehr und=deswegen hatte ich aber eh GERNE gewollt dass sie morgen auch noch m::al vormittags in der klinik ist=dass man sich zusammensetzen kann also so und bis dahin auch weiß welche stolpersteine es denn so gi::bt die jetzt mit ihr vielleicht so NOCH nicht besprochen sind oder die sie auch so noch nicht aufgenommen hat =sie sagte nämlich dass ist ja auch immer so unterschiedlich bei karina dann gehts ihr ja auf einmal wieder BESSER und äh vielleicht brauchen wir sowieso nur am ANfang ambulante pflege?und=dann gehts wieder eh bergauf so ungefähr

Dr. Wenzel: mmh

Frau Stanke greift nochmals das Thema der unterschiedlichen Einschätzungen zwischen Frau Kunkel und ihr, den Verlaufskurvenplan zu besprechen, auf. Während Karinas Mutter diesbezüglich keine Notwendigkeit sieht, besteht die Absicht der Sozialarbeiterin darin mit der Mutter über mögliche „stolpersteine“ zu sprechen. Mit dieser Formulierung umschreibt Frau Stanke kritische Ereignisse, die entweder schon existent sind oder potentiell auftreten können und die Entlassung bzw. der Aufenthaltsdauer Karinas zu Hause gefährden können. Anders formuliert besteht Frau Stankes Intention darin, die zu erwartenden „critical junctures“ der Sterbeverlaufskurve und die damit in Zusammenhang stehenden krisenhaften Erlebnisse zu thematisieren. Die Sozialarbeiterin fährt dann fort, über die Vorstellungen von Karinas Mutter bezogen auf die weitere Entwicklung der Verlaufskurve zu berichten. Diese geht nach Dar-

stellung von Frau Stanke davon aus, dass die Verlaufskurve wieder in eine stabile Phase übergeht und dann auch keine weitere Unterstützung des häuslichen Arrangements notwendig ist. Im Interaktionsverlauf fügt Dr. Wenzel ein bestätigendes „mmh“ an, worauf Frau Stanke fortfährt:

Besprechung 4:

Fr. Stanke: von daher ist es vielleicht auch wichtig mal (2) so (..) nen ehm (..) so nen ehm (..) ja so nen termin zu benutzen um nochmal jetzt so einen punkt zu setzen wie diese entlassung ist ne (..)

Die häufigen redezuginternen Pausen und die mehrmalige Verwendung von Gesprächspartikeln weisen auf die Schwierigkeit der Sprecherin bei der Formulierung des Redebeitrags hin. Darüber hinaus spricht der Einsatz von abschwächenden und Vorsicht indizierende Äußerungselementen („vielleicht“, „mal“) dafür, dass die Realisierung eines Vorschlags interaktiv schwierig ist. Die Bedeutung der Formulierung „wie die entlassung ist“ erklärt sich aus dem Kontext der Redebeitrags. Die Sozialarbeiterin umschreibt damit die auf unterschiedlichen Situationswahrnehmungen beruhenden Vorstellungen über die weitere Entwicklung der Verlaufskurve. Während Karinas Mutter auf eine Stabilisierung hofft, gehen die Health Professionals von der Abwärtsphase aus. Dieser Umstand veranlasst Frau Stanke zu dem Vorschlag, in einem Gespräch „einen punkt zu setzten wie diese entlassung ist“. Aus der Redezugkonstruktion und dem Kontext lässt sich schließen, dass die Sozialarbeiterin damit nicht die instrumentelle Ebene der Entlassung meint, sondern sich auf die Wahrnehmung der Mutter bezieht. Ihrer Ansicht nach sollte Frau Kunkel in einem Gespräch darüber aufgeklärt werden, dass sich Karinas Zustand nicht substantiell verbessern wird und anstatt dessen bis zum Eintritt des Todes mit einer stetigen Verschlechterung zu rechnen sei. Anders formuliert geht die Sozialarbeiterin von einem „Bewusstheitsproblem“ (Glaser/ Strauss 1965) aus: Im Unterschied zu den Health Professionals weiß Karinas Mutter nach Einschätzung von Frau Stanke noch nicht von dem bevorstehenden Tod ihrer Tochter. Das Einbringen ihres Vorschlags erzeugt eine interaktive Relevanz, die eine Stellungnahme zu dem angesprochenen Sachverhalt erwarten lässt. Dieser Erwartung kommt Dr. Wenzel nach, indem er das Rederecht beansprucht:

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: mmh wobei das einfach das da:ss was man hier GERNE HÄTTE ist nun leider ill::usorisch das ist familie die aktuelle situation da ist so wenig wie bei familie ce::tin damals

Fr. Stanke: ah ja m::mh

Dr. Wenzel: ne da kommen wir NICHT hin

Fr. Stanke: mmh=mmh=mmh

Dr. Wenzel: das ist eh das werden wir nicht hinkriegen leider nicht DAS ist mit denen initial

immer wieder besprochen und (...) das eben das ist so=eine situation die man
begleiten muß

Fr. Stanke: mmh
(..)

Dr. Wenzel wehrt die Initiative Frau Stankes ab, indem er die Vorstellung eines offenen Bewusstseinskontexts als „illusorisch“ bezeichnet. Dieser Aussage fügt er einen Vergleich mit einer anderen Familie an, der in diesem Zusammenhang die Funktion hat, seine Einschätzung der familiären Situation zu verdeutlichen. Frau Stanke bestätigt diese Charakterisierung. Im weiteren Verlauf bestärkt Dr. Wenzel seine Bewertung („ne da kommen wir NICHT hin“), was wiederum von Frau Stanke ratifiziert wird. Es folgt eine Wiederholung der Einschätzung, dass die von Frau Stanke gewünschte „awareness context work“ zu keinem Erfolg führen wird. Dieser Aussage folgt eine Begründung: Die bereits wiederholt geführten Gespräche mit der Familie, in denen „DAS“, womit der tödliche Ausgang der Krankheit gemeint ist, thematisiert wurde. Dr. Wenzel fügt dann die sich aus seiner Perspektive ableitenden Konsequenzen aus dem Gesagten an: Die von den Health Professionals zu leistende „sentimental work“ („eine situation die man begleiten muss“). Abschließend wehrt er somit nochmals den Vorschlag der Sozialarbeiterin ab. Diese bekundet durch einen Verzicht auf eine Gegenrede, dass sie von ihrer ursprünglichen Initiative Abstand nimmt.

Im folgenden Redebeitrag erklärt Frau Stanke dann, dass sie Frau Kunkel den Vorschlag machen wird, zusammen mit der Kinderkrankenschwester, die auch die ambulante Versorgung übernehmen wird, einen Hausbesuch zu machen „und das soll erst mal mehr so auf die pflege beziehen ne“. Deutlich wird Frau Stankes Handlungsplan den Hausbesuch zu nutzen, um unter dem Vorwand, pflegerische Versorgungsfragen zu besprechen, doch noch die Themen zu klären, die ihrer Meinung nach relevant sind. Dieser Idee stimmt Dr. Wenzel zu, wobei er im Anschluss die bereits in der zurückliegenden Besprechung ausgeführte Gegebenheit schildert, dass die Mutter nach einem Aufklärungsgespräch über die „palliative situation“ Karina zwei Tage lang nicht besucht hat. Indem Dr. Wenzel diese Episode zum wiederholten Male schildert, bekräftigt er seine Einschätzung, dass Karinas Mutter „belastungsunfähig“ ist. Zur weiteren Stützung dieser Charakterisierung berichtet er über das Verhalten der Mutter bei einem weiteren Gespräch: „zum eigentlichen aufklärungsgespräch da ist sie also nicht gekommen sondern da waren dann nur der vater die großmutter und die schwester und solche also die anderen beteiligten dabei“. Nach einem kurzen Dialog zwischen Frau Stanke und Dr. Wenzel, der die innerfamiliären Entscheidungsprozesse zum Thema hat, nutzt die Psychologin eine freie Gesprächspause, um eine Erklärung für das Verhalten der Familie zu nennen: „natürlich auch ein hoher grad an verdrängung ne“. Dr. Wenzel stimmt der Aussage der Psychologin mit

einem akzentuierten „JO TTotal“ zu, um daran die Aussage „die wollen nicht“ anzuschließen. Psychoanalytisch betrachtet handelt es sich bei Verdrängungsprozessen um psychische Strategien, die dazu dienen, Konflikte oder bestimmte Lebenserfahrungen, die für die Psyche bedrohlich werden, aus dem Bewusstsein zu verbannen – eben zu verdrängen (Zimbardo/Gerring 2003). Die von Dr. Wenzel gebrauchte Formulierung „die wollen nicht“ setzt eine bewusste Entscheidung voraus, die auf Verdrängungsprozesse nicht zutrifft. Nach einer auffällig langen freien Gesprächspause, die von keinem Teilnehmer genutzt wird, fährt Dr. Wenzel fort:

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: wobei weil wenn man karina im moment sieht dann sieht man find ich deutlich (2) dass es es ist ja nicht so dass sie irgendwelche infektionen im moment hat oder irgend ne akute erkrankung sondern man SIEht ihr an dass da ei::niges passiert IST und dass da auch einiges am passieren ist (..) und das ist (..) auch benannt worden aber nichtsdesto-trotz (..) ja es kö::nnte ja noch besser werden das ist das was alle beteiligten (..) zum weiterleben brauchen können dass das nicht so ist das ist für die im moment nicht vor-stellbar oder nicht denkbar

Mit diesen Ausführungen bringt Dr. Wenzel zum Ausdruck, dass Karinas Gesundheitszustand so beeinträchtigt ist, dass jedem der Beteiligten deutlich sein müsste, dass ursächlich hierfür das Fortschreiten der Leukämie und nicht ein akuter Infekt ist. Im Weiteren führt der Mediziner aus, dass dieser Umstand der Familie auch mitgeteilt worden ist, diese jedoch weiter auf eine Besserung hofft. Im Rückgriff auf den Beginn des Redezugs geht Dr. Wenzel also davon aus, dass Familie Kunkel sich bewusst dazu entschlossen hat, wider besseres Wissen auf eine Besserung zu hoffen. Aus seiner Sicht braucht die Familie dies „zum weiterleben“. Anders formuliert hat sich nach Auffassung Dr. Wenzels Familie Kunkel zu einem „closed awareness context“ entschieden. Diese Einschätzung bleibt unkommentiert und nach einer langen Gesprächspause ergreift erneut die Psychologin das Wort:

Besprechung 4:

Fr. Möller-Fleck: wie ist das denn wirklich aus medizinischer (..) sicht (..) einzuschätzen?
also (..) können sie (..) da (..) irgendwie prognostisch (..) was sagen?

Dieser Redezug ist aus zweierlei Gründen bemerkenswert. Zum einem deuten die mehrmaligen redezuginternen Pausen und der Einsatz abschwächender Elemente darauf hin, dass Frau Möller-Fleck einen problematischen Sacherhalt anspricht. Gleichzeitig ist es aber das erste Mal im Zuge der analysierten Besprechungen, dass eine Teilnehmerin den zu erwartenden Verlauf und die Dauer der „dying trajectory“ anspricht. Allerdings formuliert die Psychologin ihre Frage nicht direkt, sondern anhand von Umschreibungen. Damit drückt sie ihre Orientie-

nung an dem bisherigen Muster, die Themen Sterben und Tod nicht offen anzusprechen, aus. Da Dr. Wenzel direkt angesprochen wurde, übernimmt er mit der Beantwortung der Frage den zweiten Teil der Paarsequenz, woraufhin sich eine weitere Interaktionssequenz zwischen Dr. Wenzel und Frau Stanke entwickelt.

Besprechung 4:

- Dr. Wenzel: N::Ö das ist das lebensende ist prognostisch das allerschwerste das sollte man zurückhaltend (..) also pa[l]liativ ist das]
- Fr. Möller-Fleck: [palliativ auf] jeden fall das ist ja klar
- Dr. Wenzel: da geh ich von aus aber wie lang das wird das weiß man nicht
(3)
- Fr. Stanke: aber es könnte ja sein dass der vater dann auch sagt dass der äh (2) dass den zeitraum über jetzt erst mal nicht arbeiten muß ich weiß ja nicht wie wirklich die umstände sind (..) da müßte man ja auch an diese bescheinigung denken ne wenn das die lebensendphase ist
- Dr. Wenzel: ja aber ich glaube dass ehm damit können sie den eltern im moment SCHLECHT kommen
- Fr. Stanke: ja ich werd das auch so nicht ansprechen also[ich will das ich]
- Dr. Wenzel: [der vater der zieht]
- Fr. Stanke: wollte es eigentlich nur wissen

Dr. Wenzel vermeidet es, eine klare Vorstellung zu Dauer und Verlauf der „dying trajectory“ zu kommunizieren. Anstatt dessen beschreibt er die Situation als „palliativ“, wobei unklar bleibt, welche Konsequenz diese Definition bezogen auf die Frage hat. Der Einwurf von Frau Möller-Fleck „palliativ auf jeden fall das ist klar“ zeigt zum einem, dass die Zuschreibung Karinas als „palliativ“ Konsens ist. Im Interaktionsverlauf ist dieser Satz zum anderem als erneute Aufforderung zu verstehen, eine konkrete Aussage zum angesprochenen Sachverhalt abzugeben. Dieser kommt Dr. Wenzel allerdings nicht nach, sondern er setzt seinen, durch den Einwurf von Frau Möller-Fleck unterbrochenen Redebeitrag fort: „da geh ich von aus aber wie lang das wird das weiß man nicht“. Die sich anschließende freie Gesprächspause wird von Frau Möller-Fleck nicht zu einem erneuten Versuch genutzt, eine für sie zufriedenstellende Antwort auf ihre Frage zu erhalten, so dass offen bleibt, was die Definition „palliativ“ bezogen auf den Verlauf und die Dauer der Verlaufskurve für Konsequenzen hat. Anstatt dessen ergreift Frau Stanke das Wort und bringt einen weiteren Aspekt in die Besprechung ein: Die Möglichkeit einer beruflichen Freistellung für die Lebensendphase. Diese Initiative wird von Dr. Wenzel abgewehrt, womit deutlich wird, dass seiner Meinung nach Karina nicht sterbend ist. Im weiteren Interaktionsverlauf beendet Dr. Wenzel seinen begonnenen Redebeitrag über den Vater des Kindes. Die im Anschluss von Frau Stanke gestellte Frage nach dem Beruf von Herrn Kunkel ist Auslöser für eine längere Sequenz, an der sich neben der Sozialarbeiterin und dem Mediziner auch die beiden Ergotherapeuten beteiligen. Gegenstand der Diskussion ist neben der Klärung der beruflichen Tätigkeit des Vaters auch die finanzielle

Situation der Familie. Beide Themen können aufgrund nicht ausreichender Informationen jedoch nicht abschließend geklärt werden, was Frau Stanke folgendermaßen kommentiert: „wir wissen aber irgendwie eher wenig über die familie“. Auf diese Feststellung reagiert der Ergotherapeut, indem er ausführt, dass Familie Kunkel auch bewusst wenig Informationen preisgibt: „gar nich wollten nich“. Im weiteren Verlauf greift der Ergotherapeut nochmals dieses Thema auf:

Besprechung 4:

Ergotherapeut: wenn man fragt die oma die antwortet auch nicht die sagt gar nicht hm so versucht mit ihr zu reden nix

Mit diesem Redezug wiederholt der Ergotherapeut seine zuvor getroffene Einschätzung, dass Familie Kunkel eher zurückhaltend mit der Auskunft über Familienangelegenheiten ist. Interaktiv betrachtet hat diese Wiederholung die Funktion seine Aussage zu bekräftigen. Jedoch wird in der Folge dieses Thema nicht weiter vertieft, sondern es entwickelt sich eine Sequenz, die durch eine hohe interaktive Dichte auffällt:

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: da ist die oma ist noch die stabilste aber
Fr. Möller-Fleck: dieser mann spielt ja doch auch wirklich eigentlich keine rolle der wird doch
Dr. Wenzel: der ehemann
Fr. Möller-Fleck: [ja]
Dr. Wenzel: [doch]
Dr. Wilmsmeier: [doch]
Dr. Wenzel: [doch] doch doch ! immer an den ((lächelnd))entscheidenden stellen schießt der quer

((lachen in der runde))

Dr. Wenzel: ((lächelnd)) diese entscheidende rolle ist ihm schon zugemessen

((lachen in der runde))

(...)

Dr. Wilmsmeier: also das tolerieren die ja dass der so quer schießt
Dr. Wenzel: die wissen das und versuchen das auch teilweise son bißchen (..) auszumänövrieren dass das überhaupt so weit kommt aber an entscheidenden stelle ist es halt nicht auszum::anövrieren und dann wird's halt schwierig

Auslöser dieser Sequenz ist eine Aussage der Psychologin zur Rolle des Vaters in der Familie. Die verständnissichernde Frage Dr. Wenzels, ob Frau Möller-Fleck den Ehemann meint, wird von der Psychologin bejaht. Daraufhin überlappen sich jeweils Dr. Wenzel und Dr. Wilmsmeier mit ihren Beiträgen, um der Einschätzung der Psychologin zu widersprechen. Auf die von Dr. Wenzel angeführte Begründung „immer an den entscheidenden stellen

schießt der quer“ beginnen die Akteure zu lachen, woraufhin Dr. Wenzel die Ergänzung „diese entscheidende Rolle ist ihm schon zugemessen“ anfügt, woraufhin die Teilnehmer wieder lachen, was die ironische Interaktionsmodalität offensichtlich werden lässt. Indem Dr. Wenzel seinen Redezug ironisch konstruiert, drückt seine kritische Haltung Karinas Vater gegenüber aus. Demgegenüber betont Dr. Wilmsmeier in ihrem Redebeitrag die wechselseitige Dimension der Familiendynamik: Nicht nur der Herr Kunkel agiert, sondern die anderen Familienmitglieder tolerieren seine Handlungen. In dem folgenden Beitrag bestätigt Dr. Wenzel diese Einschätzung, womit er seinen zuvor geäußerten Beitrag abschwächt. Im weiteren Interaktionsverlauf thematisieren Dr. Wenzel, die Psychologin, Dr. Wilmsmeier, die Sozialarbeiterin und die beiden Ergotherapeuten die Konstellation der Familie Kunkel und das Verhalten des Vaters. Diesen thematischen Abschnitt beendet Dr. Wenzel mit einem zusammenfassenden „das ist schon schwierig“, worauf eine Gesprächspause folgt. Mit dem Verzicht auf weitere Redebeiträge signalisieren die Teilnehmer, dass sie der Bewertung Dr. Wenzels zustimmen und dieser Themenblock damit beendet ist. Dr. Wenzel fährt dann fort:

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: also sie geht jetzt nach hause ich denke dass da akut ist also die frage wann kann man NICHT sagen akut denke ich ist da nicht mit dem ableben zu rechnen dann wird es irgendwann mal einen dollen PROOgress geben die überlegung die WIR immoment haben dass wir den näch::sten montag halt noch ne wasserpunktion kriegt=auch nen knochenmark (..) weil wir man nicht s:o ahnen kann obs da schon einen progress gibt bei dem vielen fieber könnte man das annehmen (..) das=weiß man aber nicht so recht ansonsten kriegt sie jetzt erst mal stu::mpfe dauertherapie das ist das was jetzt erst mal dran ist=und sie ist dann bald auch s:o wieder so weit dass sie (..) son kleinen ara c block kriegt das mü:ßte eigentlich (2) nicht ganz so weit weg sein (3) ne woche später glaub ich dann erste aprilwoche

Der Gebrauch der Gesprächspartikel „also“ hat eine inhaltlich resümierende Funktion: nach der Diskussion der familiären Verhältnisse folgen nun Überlegungen, wie sich die Zukunft Karinas gestalten wird. Dazu nennt Dr. Wenzel zunächst mit der Entlassung den Verlaufskurvenplan, um dann Überlegungen zur Todeserwartung anzuschließen („certain death at an unknown time“). Daran schließt Dr. Wenzel eine Beschreibung geplanter diagnostischer Handlungen, die dazu führen sollen die Ungewissheit bezüglich des Ausmaßes der Leukämie und die daraus resultierende Ungewissheit bezüglich des weiteren Krankheitsverlaufs zu minimieren. Die „wasserpunktion“ und die Punktion des Knochenmarks dienen also dazu, Gewissheit über den weiteren Krankheitsverlauf zu erlangen. Die sich daraus ableitenden Handlungsschritte bezieht Dr. Wenzel auf weitere therapeutische Interventionen, die in einer Chemotherapie bestehen. Diese Aussage nimmt Dr. Wilmsmeier zum Anlass, um die Organisation dieser Therapie anzusprechen: „das macht ja schwester ute“. Die Medizinerin beschreibt

mit dieser kurzen Aussage, einen komplexen Zusammenhang: Für den Fall, dass der Verlaufskurvenplan umgesetzt wird, muss die Verabreichung der Chemotherapie geklärt werden. Sofern Karina dafür nicht wieder stationär aufgenommen werden soll, muss eine Lösung für das ambulante Setting gefunden werden. Diese besteht nach Ansicht von Dr. Wilmsmeier darin, dass die von Frau Stanke bereits erwähnte Schwester Ute diese Aufgabe übernimmt. Dieses Arrangement kann jedoch nur funktionieren, wenn Familie Kunkel dem zustimmt, wovon Dr. Wilmsmeier im Unterschied zu Frau Stanke anscheinend ausgeht. Im Anschluss an diese Aussage ergreift Dr. Wenzel das Wort, um als Alternative die stationäre Gabe der Chemotherapie ins Gespräch zu bringen: „oder wir müßens hier machen das is vielleicht (...)“. Die Pause nutzt keiner der Anwesenden, um dieses Thema weiter zu erörtern, so dass Dr. Wenzel fortfährt:

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: aber DAS ist so ne fami::lie wo ich nicht SO sicher weiß ob die zu hause gut aufgehoben sind wenn dad kind stirbt

Dr. Wilmsmeier: mmh

Dr. Wenzel: da hat man so den EINDruck dass sie dass die das irgendwie das zwar für uns hier wird das NE DEUTLICH schw:ere situation werden so wie ich das ahne aber= ich habe so das gefühl das die da müßte sich noch ETliches tun das=gibts ja manchmal aber das wird schwer werden
(2)

Neben der Frage, wo die geplante Chemotherapie durchgeführt werden kann, spricht Dr. Wenzel darüber hinaus das Thema an, welches der geeignete Ort für den Sterbeprozess ist. Seiner Wahrnehmung nach ist das häusliche Umfeld nicht geeignet. Dieser Aussage stimmt Dr. Wilmsmeier zu. Der zweite Teil des Redezugs Dr. Wenzels fällt durch die häufigen Satzabbrüche auf, die darauf hindeuten, dass die Antizipation des Sterbeprozesses ein heikles Thema darstellt. Für diese Interpretation spricht auch der weitere Verlauf des Interaktion: Nach einer freien Gesprächspause fragt Dr. Wilmsmeier, ob Karina einen Rollstuhl bekommt. Die Erwartbarkeit einer Antwort auf die Frage erhöht die interaktive Relevanz des abrupten Themenwechsels: Die Ebene der „sentimental work“ wird zugunsten einer instrumentellen Ebene verlassen. Entsprechend gestaltet sich der weitere Interaktionsverlauf:

Besprechung 4:

Fr. Stanke: jaa (3) aber ich habe keine AHNUNG wann

Dr. Wilmsmeier: mmh

Dr. Wenzel: [also]

Fr. Stanke: [das] ((lachend)) rollstuhl beispiel bei ahmed

Frau Stanke spielt mit dem Beispiel Ahmed auf den Umstand an, dass sich die Organisation eines Rollstuhls für den Jungen über mehrere Wochen erstreckte. Im Anschluss daran ergreift

Dr. Wenzel das Wort, um mit einem längeren Redezug nochmals das Verhalten der Familie Kunkel zu thematisieren:

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: also wenn man muß ja auch eins sagen bei anderen familien die die gleiche situation hätten die hätten ihr kind jetzt mit nach hause genommen=ohne rollstuhl und auch ein ganz normal in ihr EINFaches bett gelegt weil wir sind ja auch hier hier kein be::sonderes bett hat in anführungsstrichen natürlich auch mit ihren paar kilo so ne also=das da sieht man so ein biß::chen die zögerlichkeit und die unentschlossenheit einfach dieser familie das auch wirklich UM::ZUsetzen deshalb muß man sich auch so ein bißchen ne ich sag halt dass ich denen das ganz in die hand gegeben SELBST zu bestimmen w:ann sie denn nach hause gehen wollen das ist da gibts einen hohen grad an unsicherheit und unentschlossenheit alle einfach sehr belastet sind (2) und ja viel verdrängung bei allen beteiligten (..) das ist schon schwierig (7) j::ut wen wollen wir denn noch besprechen

Der konstruierte Vergleich mit anderen Familie dient dabei als vorausdeutender Hinweis auf den Kern seines Redezugs: Seiner Wahrnehmung nach ist Familie Kunkel im Bezug auf die Entlassung ambivalent. Ursächlich hierfür sind Unsicherheit, Unentschlossenheit und Verdrängung. Vor diesem Hintergrund hat sich Dr. Wenzel entschlossen, den Zeitpunkt der Entlassung Familie Kunkel zu überlassen. Nach einer auffällig langen Gesprächspause schließt Dr. Wenzel den Fall Karina nach bekannten Muster ab.

Diskussion

In allen drei Besprechungen, in denen der Fall Karina zum Gegenstand wird, erfolgt die Themeneinführung durch den Oberarzt. Im Zuge einer Themeneröffnung finden situative Neuorientierungen statt, die auch Auswirkungen auf das interaktive Geschehen haben. Für den Fall „Karina“ lässt sich dazu festhalten, dass die Falleröffnung einem spezifischen Muster folgt: Im Anschluss an die Namensnennung der Patientin folgen Informationen zu medizinischen Befunden, denen dann Aussagen zur Entwicklung der Verlaufskurve folgen. Anders formuliert zeigt sich bereits an der Art und Weise der Falleinführung die Orientierung an einer medizinischen Situationsdeutung. Während der Mediziner zunächst die Entwicklung hin zu einem „trajectory sequence point“ und der damit verbundenen möglichen Richtungsänderung der Verlaufskurve ankündigt, erfolgt in der sich anschließenden Besprechung die offizielle Verkündung eines neuen Verlaufskurvenentwurfes, der dann in der folgenden Besprechung nochmals bestätigt wird.

Im Zusammenhang mit der Ankündigung eines Gabelungspunktes fällt dabei auf, dass die beteiligten Akteure ausschließlich indirekt von diesem richtungsweisenden Ereignis und den sich daraus ergebenden Konsequenzen sprechen. Die in diesem Zusammenhang von dem Me-

diziner eingeführte Umschreibung des „punktes“ bezieht sich auf den „trajectory sequence point“, den Punkt also, an dem maßgebliche Therapie- und Versorgungsentscheidungen getroffen werden müssen. Indem der Oberarzt diese Umschreibung mit Aussagen über die schwindenden „restchancen“ auf Heilung verknüpft, bringt er damit indirekt zum Ausdruck, dass Karina gegebenenfalls nicht geheilt werden kann und sterben wird. Es zeigt sich, dass die sich abzeichnende Abwärts- und Sterbephase nicht konkret benannt, sondern lediglich angedeutet und umschrieben wird. Zwar deuten einige objektive Zeichen auf den Beginn der Abwärtsphase hin, aber eine Zuschreibung Karinas als nicht heilbar und damit letztendlich sterbend erfolgt nicht. Im Verlauf des interaktiven Geschehens nehmen die Akteure immer wieder Bezug auf die Umschreibung der „dying trajectory“, indem sie von „dem moment“ oder „dann“ sprechen. Damit drücken die Teilnehmer zum einen ihre Orientierung an dem von dem Mediziner eingeführten Modus der Umschreibung aus: die Themen Sterben und Tod stehen im Raum, werden aber nicht offen thematisiert. Zum anderen bedeutet das aber auch, dass sich die Teilnehmer an der Situationseinschätzung und -deutung des Oberarztes ohne weitergehende Diskussionen orientieren.

Auch die Modifikation des Verlaufskurvenentwurfes folgt dem Muster der Umschreibung. Aufgrund der Verschlechterung der Krankheitssituation benennt der Mediziner mit der „palliativen Situation“ einen neuen Verlaufskurvenentwurf, wobei die damit in Zusammenhang stehenden Vorstellungen und Konsequenzen nicht spezifiziert werden. Mit dem Gebrauch der Formulierungen „den eltern den weg zu bahnen“ und „dieses blatt müssen wir GA::NZ langsam auf die andere seite drehen“ drückt Dr. Wenzel allerdings implizit aus, dass die Verlaufskurve in die Abwärtsphase übergeht. Im Rückgriff auf den interaktiven Verlauf bedeutet das, dass Dr. Wenzel mit der Definition „palliativ“ die Tatsache umschreibt, dass Karina nicht geheilt werden kann und sterben wird. Ebenso wie bei der Ankündigung der Abwärtsphase hat der Modus der Umschreibung die interaktive Funktion, die zu erwartende „dying trajectory“ lediglich indirekt anzudeuten und nicht offen anzusprechen. Gleichzeitig vermeidet der Oberarzt mit diesem Aktivitätsmuster, die Patientin als Sterbende zu definieren und damit den Beginn der Sterbeverlaufskurve zu markieren: Karina ist „palliativ“ – nicht sterbend.

Dass dieses Muster interaktive Relevanz hat, zeigt sich an anderer Stelle: Die Sozialarbeiterin bringt im Zusammenhang mit der geplanten Entlassung des Mädchens den Vorschlag ein, dass Dr. Wenzel mit der Mutter den bevorstehenden Sterbeprozess anspricht. Dazu nutzt sie die Formulierung „jetzt so einen punkt zu setzten, wie diese entlassung ist“, womit sie ihre

Orientierung an dem Aktivitätsmuster der Umschreibung zeigt: Sie bringt den Sterbeprozess lediglich indirekt zur Sprache. Die von der Psychologin gestellte Frage nach der medizinischen Prognose stellt einen Versuch dar, eine Aussage über die zeitliche Dauer der Sterbeverlaufskurve zu erlangen. Die damit verbundene Intention, somit eine konkrete Vorstellung der „dying trajectory“ zu erlangen wird aber nicht erfüllt. Anstatt einer Prognose verweist Dr. Wenzel auf die Zuschreibung Karinas als Palliativpatientin, wobei weiterhin offen bleibt, was darunter zu verstehen ist. Die Bestätigung dieser Zuschreibung durch die Psychologin zeigt, dass die Akteure das Aktivitätsmuster der Umschreibung wechselseitig herstellen. Darüber hinaus lässt sich festhalten, dass nach Meinung des Mediziners Karinas Verlaufskurve noch nicht an einem „critical juncture“, dem Punkt also, an dem das Mädchen als sterbend definiert wird, angekommen ist. Gleichzeitig stellen die Teilnehmer aber Überlegungen zum Verlauf der „dying trajectory“ und dem zu erwartenden Todeszeitpunkt an. Sie zeigen sich somit durchgängig ambivalent: Einerseits wird die Sterbeverlaufskurve nur indirekt thematisiert, andererseits antizipieren die Akteure deren Entwicklung. Die ebenfalls wechselseitig hergestellte Vorstellung einer „palliativen Verlaufskurve“ hat die interaktive Funktion diese Ambivalenz in Worte zu fassen, wobei keine konkreten Vorstellungen über Dauer, Gestalt oder die damit in Zusammenhang stehenden Arbeiten artikuliert werden. Es zeigt sich das die Akteure es vermeiden, die Themen Sterben und Tod offen anzusprechen, gleichzeitig finden sie mit der Umschreibung einer „palliativen Verlaufskurve“ einen Modus, diese Inhalte zum Ausdruck zu bringen, auch wenn unklar ist, was genau damit gemeint ist.

Diese Unklarheit schränkt die Handlungsfähigkeit der Akteure bezogen auf die Gestaltung der Verlaufskurve ein, was sich am Beispiel Entlassungsplanung zeigen lässt. Mit der Revision des ursprünglichen Verlaufskurvenentwurfes „Kuration“ zugunsten der „Palliation“ gehen auf Seiten der Health Professionals Überlegungen einher, Karina nach Hause zu entlassen. Die mit dieser Revision notwendige gewordene Adaption des Verlaufskurvenplans erfolgt in erster Linie unter verfahrenstechnischen Gesichtspunkten. So werden neben der Frage, wohin Karina entlassen werden soll, weitere Voraussetzungen für die Entlassung thematisiert. Dazu gehören neben dem Zeitpunkt auch die Frage der Überwachung der Vitalzeichen und Überlegungen bezüglich der Organisation der Verabreichung der geplanten Chemotherapie. Breiten Raum nimmt darüber hinaus die Darstellung struktureller Bedingungen und der sich daraus ergebenden Probleme einer reibungslosen Entlassungsplanung ein.

Die Überlegungen der Health Professionals beziehen sich also hauptsächlich auf die von der Familie zu leistende krankheitsbezogene und alltagsbezogene Arbeit. Entsprechende Hand-

lungspläne werden im Rahmen der Besprechung mitgeteilt, wobei eine konkrete Absprache und Koordination der einzelnen Handlungsschritte, also der Bereich der „articulation work“, nicht erfolgt. Ebenso bleibt offen, inwieweit die Familie angesichts des bevorstehenden Todes ihrer Tochter (und Schwester) bei der biografischen Arbeit unterstützt werden könnte. Anstatt dessen sieht der Verlaufskurvenentwurf des Oberarztes vor, dass das Mädchen für eine gewisse Zeit zu Hause versorgt wird und dann im Krankenhaus versterben wird. Unabhängig von den Vorstellungen der Eltern diesbezüglich (die anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht rekonstruiert werden können), wehrt der Mediziner implizit Überlegungen und Initiativen ab, die darauf zielen, die Familie bei der anstehenden Bewältigungsarbeit so zu unterstützen, dass sie ihre Tochter bis zum Tod zu Hause versorgen können. Vor dem Hintergrund dieser Situationseinschätzung beschränkt sich der Handlungsbedarf aus Sicht des Oberarztes auf den Bereich der „sentimental work“, wobei weder deutlich wird, wie sich diese inhaltlich gestalten könnte, noch wie sie im klinischen Alltag umgesetzt werden soll.

Schlussfolgernd lässt sich festhalten, dass die im Rahmen der interdisziplinären Besprechungen entwickelten Vorstellungen zum Verlaufskurvenentwurf und -plan maßgeblich auf der Situationseinschätzung des Mediziners beruhen. Dabei stellt der Übergang der Krankheitsverlaufskurve in die Abwärtsphase einen problematischen Sachverhalt dar, was Auswirkungen auf das interaktive Geschehen hat. Das von dem Mediziner eingeführte und im Verlauf der Interaktion von den beteiligten Akteuren wechselseitig hergestellte Aktivitätsmuster „Umschreibung“ hat die Funktion, das beginnende Sterbetrajekt und die daraus resultierenden Konsequenzen nicht offen anzusprechen. Die Auswirkungen dieses Modus betreffen das gesamte Verlaufskurvenmanagement. Es zeigt sich, dass die Thematisierung von Sterben und Tod im Interaktionsverlauf ein strukturelles Problem darstellt, dessen Lösung in der methodischen Produktion des Aktivitätsmusters der „Umschreibung“ liegt.

6.2.2 Bahar Onshalm: Handlungsmaxime Kuration

Ungewissheit über den Verlaufskurvenentwurf: „ändert es wirklich so an der palliativen prognose etwas?“

Die Behandlung des Falls „Bahar“ erfolgt über drei Besprechungen. Kennzeichnend für die Bearbeitung des Falls ist dabei die Ungewissheit über die Entwicklung der Verlaufskurve. Wie bereits oben ausgeführt stellt die Revision eines ursprünglich kurativen zu einem palliativen Verlaufskurvenentwurf einen problematischen Sachverhalt dar, wobei die Definitionshoheit bei der medizinischen Profession liegt. Während im Fall „Karina“ die Mitteilung der

Modifikation des Verlaufskurvenentwurfes durch den Oberarzt erfolgt, steht im Fall „Bahar“ zunächst die Klärung der Frage, welcher Entwurf Bestand hat, im Raum.

Besprechung 1:

Frau Schultheiss- Schmitt: ich hab eine kurze
Dr. Wenzel: [JA]
Frau Schultheiss-Schmitt: [frag]e zu bahar oushalm noch von der fünf
Dr. Wenzel: ja
Frau Schultheiss- Schmitt: ehm (2) das kind wird ja zurzeit kurativ behandelt,
kommt glaube ich jetzt bald in die dauertherapie-
mmh.
Dr. Wenzel:
Frau Schultheiss- Schmitt: ich hab sie immer noch so ein bisschen an der langen leine, was so die
palliative- ehm- (2) betreuung ((Telefon klingelt)) =angeht. sollen wir
das jetzt (2) ändern, weil sonst könnte ich einen hausbesuch ((Telefon
klingelt)) noch machen (2) falls da ja eine (.) häusliche (.) versorgung
(.) angedacht

((Telefon klingelt, eine Pflegekraft nimmt ab, Nebengespräche zwischen einigen Anwesenden))

Die Initiative zur Klärung, welcher Verlaufskurvenentwurf Bestand hat, erfolgt durch Sozialarbeiterin. Diese geht von einem kurativen Behandlungsansatz aus („das kind wird ja zur zeit kurativ behandelt“), was durch den Oberarzt bestätigt wird. Frau Schultheiss-Schmitt berichtet dann weiter, dass sie die Patientin „immer noch so ein bisschen an der langen leine [[hat]], was so die palliative- ehm- (2) betreuung= angeht“. In der Folge fragt die Sozialarbeiterin, ob die palliative Betreuung durch sie beendet werden soll oder nicht, da sie ansonsten einen Hausbesuch bei der Familie Onshalm durchführen könnte. Hintergrund dieser Überlegung ist der Umstand, dass die Sozialarbeiterin neben ihrer eigentlichen Tätigkeit im Rahmen eines klinikinternen Projektes zur Verbesserung der ambulanten Palliativversorgung Hausbesuche bei betroffenen Familien durchführen kann, die der Vorbereitung und Organisation einer ambulanten Betreuung dienen sollen. Insofern zielt ihre Frage auf die Klärung des Versorgungskonzeptes: Sofern Bahar kurativ versorgt wird, kann sie keinen Hausbesuch tätigen, wird sie dagegen palliativ behandelt, kann Frau Schultheiss- Schmitt die Familie zu Hause aufsuchen. Die Klärung der Frage nach der Gültigkeit des Verlaufskurvenentwurfes hat demnach direkte Auswirkungen auf die Tätigkeit der Sozialarbeiterin. Mit anderen Worten stellt das Versorgungskonzept eine Handlungsbedingung für den Umfang und die inhaltliche Ausgestaltung ihrer Tätigkeit dar. Entsprechend dem Prinzip der konditionellen Relevanz ist eine Antwort auf die Frage erwartbar, die dann von Dr. Wilmsmeier gegeben wird:

Besprechung 1:

Dr. Wilmsmeier: es ist ja vielleicht doch langfristig möglich, sie nach hause zu
la[ssen],
Fr. Schultheiss- Schmitt: [jaaa]
Dr. Wilmsmeier: aber natürlich auch nur wahrscheinlich mit entsprechender

	begleitung der familie, so dass ein hausbesuch grundsätzlich nicht verkehrt wäre-
Fr. Schultheiss- Schmit:	ja aber das könnte ich natürlich nur, wenn-
Dr. Wilmsmeier:	aber
Dr. Wenzel:	jo.
Frau Schultheiss- Schmitt:	also ich denke, ändert es wirklich so an der palliativen prognose etwas?

Der Redezug der Oberärztin stellt eine Rekapitulation der Äußerung der Sozialarbeiterin dar: Eine Entlassung des Mädchens ist denkbar, allerdings nur mit entsprechender Unterstützung der Familie, worunter auch der angesprochene Hausbesuch zählt. Auffällig an der Redezugkonstruktion sind der Einsatz von abschwächenden Äußerungselementen und der Gebrauch des Konjunktivs, so dass weiterhin unklar bleibt, welcher Verlaufskurvenentwurf Gültigkeit hat. Die Sozialarbeiterin beginnt ihren folgenden Beitrag mit der Gliederungspartikel „ja aber“, die hier eine inhaltlich relationierende Funktion übernimmt: Der von der Oberärztin geschilderte Sachverhalt ist deutlich geworden, jedoch bleibt die Frage nach dem gültigen Verlaufskurvenentwurf noch offen. Im Kontext der Gesamtsequenz ist dieser Redezug als indirekte Aufforderung zu verstehen, eine Antwort auf die ursprüngliche Frage nach dem Versorgungskonzept zu erhalten. Das Formulierungsverfahren der Umschreibung („ja aber das könnte ich natürlich nur, wenn-“) im Zusammenhang mit dem Satzabbruch zeigt die zurückhaltende und vorsichtige Umsetzung des Redebeitrags, was darauf hindeutet, dass das Einfordern einer Antwort interaktiv problematisch ist. Die sich daran anschließenden Reaktionen der beiden Oberärzte beschränken sich auf die Äußerung von Gesprächspartikeln, die die interaktive Funktion erfüllen, eine Antwort zu vermeiden, aber gleichzeitig zu zeigen, dass der inhaltliche Zusammenhang deutlich geworden ist. Nach dem zweimaligen Scheitern eine zufriedenstellende Auskunft zu erhalten, formuliert die Sozialarbeiterin dann im weiteren Verlauf folgende Frage: „also ich denke, ändert es wirklich so an der palliativen prognose etwas?“. Im Kontext der vorangegangenen Redezüge lässt sich dieser Beitrag als direkte Aufforderung verstehen, eine Antwort auf ihre Frage zu erhalten. Nachdem die vorherigen Redezüge der Sozialarbeiterin den Verlaufskurvenentwurf lediglich indirekt thematisierten, fragt sie nun offen nach dem Behandlungskonzept, um daraus die entsprechenden Konsequenzen für ihre Arbeit abzuleiten. Interaktiv betrachtet stellt diese Frage eine Zuspitzung der Handlungsfolge dar, die dazu führt, dass Dr. Wenzel mit der Formulierung einer Antwort den zweiten Teil der Parsequenz übernimmt:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: wir wissen es nicht genau.

((Telefongespräch im Hintergrund: die ist in die Aufnahme gegangen))

Dr. Wenzel: und wenn wir das nicht genau wissen sollten wir doch das nehmen was uns mehr nützt und nützen uns wenn sie hinfahren (...) also wir wissen es nicht genau. also an sich (2) - der verlauf ist so schräg, dass man es nicht ge[nau] [eben]

Frau Schultheiss- Schmitt:

Dr. Wenzel: sagen kann.

Da Dr. Wenzel mit der Formulierung „wir wissen es nicht genau“ der Sozialarbeiterin nicht offen widerspricht, bestätigt er somit indirekt die von ihr angesprochene „palliative prognose“. Gleichzeitig bringt er aber auch die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Erkrankung und damit die ungewisse Entwicklung der Verlaufskurve zum Ausdruck. Er vermeidet somit eine direkte Aussage zur Verlaufskurve, die anscheinend durch das Auftreten einer Vielzahl von unterschiedlichen Kontingenzen gekennzeichnet ist („der verlauf ist so schräg, dass man es nicht genau sagen kann.“). Vor diesem Hintergrund spricht sich Dr. Wenzel für einen Hausbesuch aus, wobei aus seiner Perspektive in erster Linie pragmatische Gründe ausschlaggebend sind: Es nützt mehr. Diese Einschätzung wird im Verlauf von der Sozialarbeiterin insofern bestätigt, als dass sie auf den Unterstützungsbedarf der Familie hinweist. Die endgültige Entscheidung für einen Hausbesuch vollzieht sich in der Schlusssequenz der Fallbearbeitung:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: also ich werd mal noch die chance nutzen und das dann einfach machen.

Frau Schultheiss-Schmidt: ja- also wär mir auch lieber, als es nur von mir aus zu beurteilen jetzt ob das überhaupt zu hause umzusetzen lohnt.

Dr. Wenzel: ja das wäre glaube ich ganz g:ut (3) gut.

Diese Sequenz ist insofern interessant, als dass sich anhand des Interaktionsverlaufs der eigentliche Prozess der Entscheidungsfindung nachzeichnen lässt. Zunächst bringt Dr. Wenzel in seinem Redebeitrag erneut seine Einstellung zu dem Hausbesuch zum Ausdruck: Ein Hausbesuch bietet eine Chance, die es zu nutzen gilt. Der Redebeitrag fällt im Unterschied zum vorherigen zum einen durch den Gebrauch des Präsens und zum anderen durch den Einsatz des Personalpronomens „ich“ auf, womit er einen direkten Bezug zu Frau Schultheiss-Schmitt vermeidet. Mit anderen Worten umgeht Dr. Wenzel mit diesem Verfahren die Formulierung eines direkten Arbeitsauftrages an Frau Schultheiss- Schmitt. Im Anschluss artikuliert Frau Schultheiss- Schmitt ein knappes „ja“, womit sie zu verstehen gibt, dass sie die indirekt formulierte Aufforderung verstanden hat. Daran schließt sie eine Rechtfertigung, warum sie das Thema überhaupt eingebracht hat, an: Die Entscheidung eines Hausbesuchs wollte sie nicht allein verantworten. Im Rückgriff auf den Umstand, dass die Frage des Hausbesuchs in

direktem Zusammenhang mit dem Behandlungskonzept steht, wird deutlich, warum sie diese Entscheidung nicht allein treffen wollte: Sie hätte ansonsten eine Zuschreibung Bahars als Palliativpatientin vorgenommen. Obschon sie Bahar „so ein bisschen an der langen leine was so die palliative- ehm- (2) betreuung= angeht“ hat, reicht ihre eigene Einschätzung eines erhöhten Unterstützungsbedarfs der Familie Onshalm als Rechtfertigung für einen Hausbesuch nicht aus. Da bis auf Dr. Wilmsmeier kein anderer Teilnehmer zu diesem Thema einen Beitrag formuliert, zeigt sich an dieser Stelle erneut die Orientierung der Akteure an der Situationsdeutung des Mediziners: Die Zuschreibung eines Patienten als „palliativ“ erfolgt ausschließlich durch Dr. Wenzel, erst im Anschluss daran können die Akteure im Rahmen der vereinbarten Handlungsmöglichkeiten aktiv werden.

Ankündigung der Abwärtsphase: „ich vermute nichts gutes“

Die Ungewissheit über die Entwicklung der Verlaufskurve und die damit in Zusammenhang stehenden Arbeiten sind auch Gegenstand der folgenden Besprechung. Zunächst eröffnet Dr. Wilmsmeier mit der Nennung des Namens den Fall Bahar:

Besprechung 2:

- Dr. Wilmsmeier: gut also leider sind die stationsärzte von k5 irgendwie verhindert also dann haben wir ja noch onshalm da und wär es ganz gut wenn sie noch mal zu dem ähm
- Fr. Schultheiss-Schmidt: hausbesuch
- Dr. Wilmsmeier: hausbesuch stellung nehmen
- Fr. Schultheiss-Schmidt: ja
- Dr. Wilmsmeier: also leider ist das knochenmark auch nich ehm ehm nicht gut so dass wir äh (2)
- Dr. Wenzel: ja?
- Dr. Wilmsmeier: hm nö

((Augenkontakt Dr. Wenzel - Dr. Wilmsmeier))

letzte woche ja (2) so dass ehm also ich da auch leukämiezellen sehe jede menge muss ich sagen ja. ich vermute nichts gutes (6)

Nachdem das neue Thema eingeführt ist, fordert die Oberärztin die Sozialarbeiterin auf, über den Hausbesuch bei Familie Onshalm, der in der zwischen den Besprechungen liegenden Zeit stattgefunden hat, zu berichten. Diese Aufforderung bestätigt Frau Schultheiss-Schmitt mit einem kurzem „ja“, allerdings kann sie nicht mit ihrem Bericht beginnen, da Dr. Wilmsmeier erneut das Rederecht beansprucht. Diese beginnt ihren Redezug mit einem resümierenden „also“, um daran anzuschließen: „leider ist das knochenmark auch nich ehm ehm nicht gut so dass wir äh (2)“. Die stockende Umsetzung des Redebeitrags in Zusammenhang mit dem Satzabbruch und der sich anschließenden Gesprächspause lassen auf Formulierungsschwie-

rigkeiten der Oberärztin schließen, die auf den Umstand zurückzuführen sind, dass das Auftreten von Leukämiezellen problematisch ist. Das aufgrund der aufsteigenden Intonation als Frage zu verstehende „ja“ durch Dr. Wenzel erfordert nach dem Prinzip der konditionellen Relevanz eine Antwort, die vor dem Hintergrund eines medizinischen Sachverhalts nur von Dr. Wilmsmeier gegeben werden kann. Insofern wird aufgrund des interaktiven Geschehens das Thema des Hausbesuchs zugunsten medizinischer Inhalte erneut vom floor verdrängt.

Im Folgenden spezifiziert Dr. Wilmsmeier dann ihre Aussage: Im Knochenmark von Bahar sind Leukämiezellen zu sehen, um dann Aussage mit der Formulierung „jede Menge“ noch zu steigern. Der Sachverhalt, dass trotz erfolgter Chemotherapie Leukämiezellen im Knochenmark zu finden sind, bedeutet, dass die durchgeführte Therapie nicht den gewünschten Erfolg hat und die Erkrankung fortschreitet. Somit verschärft sich die Situation nochmals: Die bereits in der vorhergehenden Besprechung thematisierte ungewisse Entwicklung der Verlaufskurve wird durch den Krankheitsprogress noch unklarer, bzw. könnte die Verlaufskurve auch in die Abwärtsphase übergehen. Allerdings umschreibt die Oberärztin diese Möglichkeit mit der Formulierung „ich vermute nichts gutes“, was in diesem Zusammenhang den Übergang der Verlaufskurve in die Abwärtsphase meint. Interaktiv drückt sich diese Ungewissheit durch eine lange freie Gesprächspause aus: Keiner der Teilnehmer formuliert eine Frage oder einen Kommentar, die Akteure schweigen angesichts des potentiellen Entwicklung einer „dying trajectory“. Schließlich unterbricht die Sozialarbeiterin die Pause, um dann der Aufforderung nach einem Bericht über den Hausbesuch zu entsprechen. Im Mittelpunkt ihres Redebeitrags stehen die Darstellung der häuslichen Situation und das Verhalten der Eltern von Bahar:

Besprechung 2:

Frau Schultheiss- Schmitt: ehm ich hatte so das gefühl daß für eh für bahar überhaupt noch nichts vorbereitet war also man hatte das gefühl daß bahar überhaupt nicht in dieser familie vorkommt also es lag nicht rum keine bilder eh an der wand und ehm dieses kinderzimmer wird auch nur von silver von der tochter eh bewohnt und ehm also das habn wir einmal besprochen dass es jetzt darum geht dass sie diese dinge auch besorgen ehm sie wollen auch mittelfristig eine andere wohnung haben und eh ich habe gut ich habda kontakt zum wohnungsamt auch ich kann sie da unterstützen aber ich möchte auch dass dass sie ihren teil einlösen und zwar auch wirklich erst mal hier regelmäßig bahar äh besuchen in der klinik ich habe mit denen vereinbart dass sie kontinuierlich zweimal eh also alle zwei tage kommen

Nach Auffassung der Sozialarbeiterin besuchen die Eltern Bahar nicht in ausreichendem Maße in der Klinik, noch gestalten sie die Wohnung für den Säugling um bzw. schaffen notwen-

dige Gegenstände an. Frau Schultheiss- Schmitt bietet den Eltern ihre Unterstützung hierfür an, jedoch knüpft sie diese an eine Bedingung: Herr und Frau Onshalm sollen ihre Tochter alle zwei Tage in der Klinik besuchen. Aus Sicht der Eltern ist dies aus verschiedenen Gründen schwierig: Zum einem hat nur der Vater einen Führerschein, zum anderem bleibt Silver nicht allein bei ihrem Vater. Frau Schultheiss- Schmitt fährt dann fort zu berichten, dass sie den Eltern Vorschläge unterbreitet hat, wie sie „ne bessere organisation hin bekommen auch für die tochter“, jedoch hätten Herr und Frau Onshalm diese „in den wind geschossen“. Im weiteren Verlauf berichtete Frau Schultheiss- Schmitt dann davon, dass sie die Eltern nach ihren Zukunftsvorstellungen gefragt hat:

Besprechung 2:

Frau Schultheiss- Schmitt: ehm und ich hab sie schon konkret gefragt ob sie bahar nach hause haben möchten das haben sie bejaht weil ich das auch noch hören wollte von beiden

Die Intention der Sozialarbeiterin bestand darin zu klären, ob zwischen den Eheleuten Konsens über den Verlaufskurvenplan der Entlassung besteht. Dieses Thema ergänzt sie durch die Einschätzung, dass Frau Onshalm „wirklich teilnahmslos und sehr depressiv“ gewirkt habe. Zusätzlich berichtet sie, dass Bahars Mutter erkältet gewesen sei, woraufhin der Vater sagte, dass sie aus diesem Grund nicht in die Klinik kommen könnten. Diese Aussage nimmt Frau Schultheiss- Schmitt zum Anlass, um erneut auf die Möglichkeit ihrer Unterstützung hinzuweisen:

Besprechung 2:

Frau Schultheiss- Schmitt: ich kann ja auch noch ich hab auch gesagt ich kann auch noch spendenanträge stellen ich wir können uns um die fahrkosten noch kümmern ich sag das mach ich aber erst wenn sie kommen wenn ich wirklich sehe dass sie eh kommen

Vor dem Hintergrund des Interaktionsgeschehens hat die Wiederholung der Haltung, dass ihre Unterstützung abhängig vom Engagement der Eltern ist, zwei Bedeutungen: Zum einem bekräftigt Frau Schultheiss- Schmitt ihre Strategie, zum anderem rechtfertigt sie diese damit. Gleichzeitig wird deutlich, dass aus Perspektive von Frau Schultheiss- Schmitt neben dem Behandlungsansatz auch das Engagement der Eltern eine Handlungsbedingung für ihre Tätigkeit darstellt. Herauszustellen ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass die Bewertung des Ausmaßes des Engagements der Eltern von der Einschätzung der Sozialarbeiterin abhängig ist. Während sich die bisherigen Themen auf der instrumentellen Ebene bewegten, fährt Frau Schultheiss- Schmitt im weiteren Verlauf ihres Berichtes fort, über die emotionale Begleitung des Mädchens zu sprechen:

Besprechung 2:

Frau Schultheiss- Schmitt: über diese organisatorischen sachen kann man mit ihnen sprechen geht es aber wirklich tiefer in die zusammenhänge warum bahar ne kontinuierliche bindung auch braucht und diesen kontakt hier benötigt das versteht der vater nicht das versteht er nicht da sacht er dann immer ich verstehe sie nicht ja ich sach ich kann mir vorstellen dass es ja auch wahrscheinlich einen hilflos macht wenn man nicht richtig was tun kann man sitzt am bett ich versteh sie nicht also das sind irgendwie gedanken gefühle die ihm fremd sind auch

Deutlich wird die Intention der Sozialarbeiterin, den Eltern zu vermitteln, dass Bahar neben den Kontakten zum Klinikpersonal vor allem auch die Beziehung zu ihren Eltern braucht. Im Unterschied zur Klärung der organisatorischen Fragen, scheint der Vater diesen Aspekt nicht nachvollziehen zu können. An dieser Stelle wird Frau Schultheiss- Schmitt zum ersten Mal in ihrem Bericht unterbrochen: Dr. Wenzel fragt, ob ein Dolmetscher bei dem Gespräch anwesend war. Diese Frage dient der Klärung, ob das vom Vater geäußerte Unverständnis auf Sprachschwierigkeiten zurück zu führen oder tatsächlich inhaltlicher Natur sei. Nach der positiven Beantwortung der Frage durch Frau Schultheiss- Schmitt folgt eine Beschreibung der Situation während des Hausbesuchs. Im weiteren Verlauf schildert die Sozialarbeiterin, dass Herr Onshalm sie einige Tage nach dem Hausbesuch in der Klinik aufgesucht hätte, um diverse Anträge zu stellen:

Besprechung 2:

Frau Schultheiss- Schmitt: eh letzte woche war ja onshalm noch mal da weil er hat jetzt einige anträge auch noch mal gestellt und äh da versuchte ich noch mal so mit ihm zu besprechen wie es ihm denn so geht und da sagte er er würde sich äh immer nur würde alles nur sich um bahar drehen seine ganzen gedanken er würde keine leute mehr auf der straße grüßen die freunde würden immer schon sagen hallo warum grüßt du mich denn nicht er wäre immer mit den gedanken weg (3)

Dem Bericht von Frau Schultheiss- Schmitt zufolge hat Herr Onshalm die Initiative ergriffen, um einige Anträge zu stellen, die Teil des Verlaufskurvenplans sind. Der Schilderung der emotionalen Verfassung des Vaters folgt eine rededuzinterne Pause, der sich dann eine Sequenz anschließt, die den Wunsch der Familie nach Hilfestellung bei der Einbürgerung zum Gegenstand hat. Anknüpfend an ihre vorherige Aussage, beschreibt Frau Schultheiss- Schmitt im Folgenden, dass die Eltern einige Schritte für die Entlassung unternommen hätten. Dieser Redezug wird von Dr. Wilmsmeier unterbrochen:

Besprechung 2:

- Fr. Schultheiss- Schmitt: sie sind aber jetzt aktiv das muss man auch honorieren find ich
[und ehm]
- Dr. Wilmsmeier: [kommen] die denn jetzt häufiger
- Dr. Wenzel: ja gestern war er zum beispiel da und suchte nach anbindung
(2) nur ich [weiß nicht]
- Fr. Schultheiss- Schmitt: [war er da]
- Dr. Wenzel: der war da auf jeden fall und suchte auch nach einem gespräch
nur ich konnte gestern nicht mit ihm sprechen
- Dr. Wilmsmeier: ich konnte auch nicht mit ihm sprechen
- Fr. Schultheiss- Schmitt: vielleicht müssen wir einfach die ansprüche so ein bisschen
runterschrau[ben]
- Dr. Wilmsmeier: [ja]
- Fr. Schultheiss- Schmitt: und es kann ja gut gehen dann zu hause das haben wir ja auch
schon (1) des häufigen
- (5)
- Fr. Schultheiss- Schmitt: tja (5)

Diese Sequenz fällt durch ihre vergleichsweise hohe interaktive Dichte auf: Die Gesprächsteilnehmer unterbrechen sich wiederholt gegenseitig. Auf der inhaltlichen Ebene bestätigen sich die Teilnehmer wechselseitig ihre Einschätzung, dass Herr Onshalm häufiger seine Tochter besucht und Kontakt zu den Health Professionals sucht, was aus Sicht der Sozialarbeiterin zu „honorieren“ sei. Im weiteren Verlauf knüpft sie indirekt an diese Aussage an, indem sie vorschlägt, die „ansprüche so ein bisschen“ runterzuschrauben. Die Umsetzung dieses Redezugs anhand von wiederholten Vagheitsausdrücken spricht dafür, dass die damit verbundene vorsichtig formulierte Kritik am Anspruchsdenken der Health Professionals Familie Onshalm gegenüber interaktiv problematisch ist. Mit dem Gebrauch des Personalpronomens „wir“ schließt Frau Schultheiss- Schmitt sich selbst mit in die Kritik ein, was nochmals der Abschwächung der Kritik dient. Lediglich Dr. Wilmsmeier kommentiert den Redezug mit einem knappen „ja“ ohne allerdings eine weitergehende inhaltliche Aussage anzuschließen. Die sich anschließende lange Gesprächspause nutzt kein anderer Teilnehmer für einen Beitrag, so dass das von Frau Schultheiss- Schmitt angeführte „tja“ die Ratlosigkeit der Akteure zum Ausdruck bringt. Diese bestätigt sich nochmals in einer weiteren langen Gesprächspause, die erneut von Frau Schultheiss- Schmitt unterbrochen wird, die mit einem möglichen Zeitpunkt der Entlassung ein konkretes Thema benennt:

Besprechung 2:

- Frau Schultheiss- Schmitt: aber jetzt gehts auch erst mal nicht richtung entlassung ne
wenns ihr jetzt so schlecht geht oder
- Dr. Wilmsmeier: also schlecht gehts ihr ja nicht
- Fr. Schultheiss- Schmitt: mhm
- Dr. Wilmsmeier: aber sie hat jetzt erst mal ja noch mal chemo gekriegt und (3)
stabil ist sie schon aber sie ist nicht mehr ganz so fit wie sie es
vor vier zwei wochen war
- Fr. Schultheiss- Schmitt: mhm

(4)

Dr. Wenzel: ich glaub da muss man auch einfach mal ran auch was zu tun
Fr. Schultheiss- Schmitt: mit silver gehen die sehr liebevoll um mit der tochter
Dr. Wenzel: kann sein dass einem die zeit auch wegläuft
Fr. Schultheiss- Schmitt: ja
Dr. Wilmsmeier: ja
Fr. Schultheiss- Schmitt: ja

(2)

Es folgt eine kurze Sequenz, in der Dr. Wilmsmeier die Einschätzung der Sozialarbeiterin über den schlechten Gesundheitszustand Bahars korrigiert. Die sich anschließende freie Gesprächspause unterbricht Dr. Wenzel, indem er sagt: „ich glaub da muss man auch einfach mal ran auch was zu tun“. Dieser Redebeitrag wird von Frau Schultheiss- Schmitt mit einer Aussage über den Umgang der Eltern gegenüber der Tochter Silver kommentiert, woran deutlich wird, dass die Sozialarbeiterin die Äußerung Dr. Wenzels in Zusammenhang mit dem Verhalten von Herr und Frau Onshalm gegenüber ihren beiden Töchtern interpretiert hat. Die Folgeäußerung Dr. Wenzels zeigt aber, dass dieser im Rückgriff auf den Beginn der Fallbesprechung die ungewisse Entwicklung der Verlaufskurve und die daraus resultierenden Konsequenzen thematisiert. Die Formulierung „dass einem die zeit auch wegläuft“ bezieht sich auf den Fortgang der Verlaufskurve: Mit dem Gebrauch der Redewendung umschreibt Dr. Wenzel die Möglichkeit, dass die Verlaufskurve Bahars gegebenenfalls rasch in eine „dying trajectory“ übergeht und das Mädchen stirbt, bevor die Vorkehrungen für eine Entlassung abgeschlossen sind. Diese Situationseinschätzung wird im Verlauf der Interaktion sowohl von Dr. Wilmsmeier wie auch von Frau Schultheiss- Schmitt jeweils mit einem „ja“ bestätigt. Nicht angesprochen und damit unklar bleiben die sich ableitenden Konsequenzen dieser Einschätzung, die einerseits die Arbeit der Health Professionals, aber auch die der Familie betreffen.

Ungewisse Entwicklung der Verlaufskurve: „das leben wird zeigen, ob das richtig war“

Die Ungewissheit über die weitere Entwicklung der Verlaufskurve ist auch bestimmendes Thema in der folgenden Besprechung. Zunächst eröffnet Dr. Wenzel den Fall in gewohnter Art und Weise anhand der Nennung des Namens, um dann mit einer geplanten Knochenmarkspunktion die nächsten diagnostischen Handlungen zu erwähnen. Daran schließt er mit der Aussage „es ist ne schwierige geschichte“ eine Zusammenfassung der Situation an:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: okay vielleicht noch diskussion oben für die fünfer bahar onshalm (..) da machen wir morgen noch einmal ne knochenmarkspunktion (..) es ist ne schwierige geschichte (2) sie hat ja ein rezidiv (3) wenn man jetzt eltern hätte die (..) so richtig vorangehend sagen würden wir wollen auch wenn die chancen

minimal sind wir wollen sie nutzen dann wär die sache ziemlich einfach was man tun würde (..) aber in dieser situation muss man ja immer dran denken dass auch bei einer eventuellen transplantation die eltern natürlich mit dieser neuen gesamtsituation klar kommen und sie berichtet haben dass die noch nicht mal dass sie noch gar keine anzeichen vom kind zu hause gibt ne

Der in der vorangegangenen Besprechung lediglich angedeutete Verdacht, dass die Leukämie massiv fortschreitet, bestätigt Dr. Wenzel nun, indem er sagt, dass Bahar ein Rezidiv hat. Damit ist offensichtlich, dass die bisherigen therapeutischen Interventionen nicht das gewünschte Ergebnis erzielt haben und die Verlaufskurve an einem „trajectory sequence point“ angekommen ist, der eine Anpassung des Verlaufskurvenplans erfordert. Im Folgenden nennt Dr. Wenzel einige Gründe, die eine Revision des Handlungsplans erschweren. Dazu zählt aus seiner Sicht in erster Linie die Einstellung der Eltern, die nicht „so richtig vorangehend“ die minimalen Chancen nutzen wollen. Außerdem sei zu bedenken, dass „bei einer eventuellen transplantation die eltern natürlich mit dieser neuen gesamtsituation klar kommen“ müssen, was angesichts des Umstandes, dass das häusliche Umfeld noch nicht auf das Kind eingestellt sei, schwer vorstellbar sei. Dieser letztgenannten Aussage widerspricht Frau Schultheiss-Schmitt, indem sie ausführt, dass die Familie Vorbereitungen für eine eventuelle Entlassung treffen würde. Im weiteren Verlauf der Besprechung thematisieren sowohl Dr. Wenzel wie auch Frau Schultheiss-Schmitt und die Ergotherapeutin den Gesundheitszustand des Kindes und des Vaters, bis schließlich die Sozialarbeiterin auf eine mögliche Entlassung zu sprechen kommt:

Besprechung 3:

Frau Schultheiss- Schmitt:	könnten wir denn probieren sie nun nach hause zu lassen?
Dr. Wenzel:	im moment geht es ihr ja so glaube ich dass das nicht geht ne
Fr. Schultheiss- Schmitt:	nee jetzt nicht aber vielleicht am wochenende wenn sie
Dr. Wenzel:	ja
Fr. Schultheiss- Schmitt:	soweit stabil ist dass wirs [einfach mal]
Dr. Wenzel:	[das haben wi]r schon seit monaten
	hätten wir das ja gerne
Fr. Schultheiss- Schmitt:	probieren
Dr. Wenzel:	nun da war ja nun (..) gar keine voraussetzung
Fr. Schultheiss- Schmitt:	aber die sind jetzt dabei und wenn die da zu hause jetzt soweit

Frau Schultheiss-Schmitt führt mit ihrer Frage nach der Entlassung Bahars aus dem Krankenhaus ein neues Thema ein. Die Beantwortung der Frage übernimmt Dr. Wenzel, indem er auf den schlechten Gesundheitszustand des Mädchens verweist, der aus seiner Sicht gegen eine Entlassung spricht. Diese Situationseinschätzung wird von Frau Schultheiss-Schmitt bestätigt, zugleich formuliert sie allerdings den Vorschlag, die Entlassung für das Wochenende zu planen, was mit einem knappen „ja“ von Dr. Wenzel bestätigt wird. Der folgende

Redezug der Sozialarbeiterin stellt eine Fortsetzung ihres Beitrags dar, der durch die Bestätigung des Oberarztes unterbrochen wurde. Aber auch jetzt kann Frau Schultheiss- Schmitt ihren Beitrag nicht ohne Unterbrechung umsetzen: Dr. Wenzel weist darauf hin, dass eine Entlassung seit Monaten gewünscht ist, aber die familiären Voraussetzungen nicht gegeben waren. Im sich anschließenden turn weist die Sozialarbeiterin darauf hin, dass sich diese Situation nun geändert hat, woraufhin Dr. Wenzel seinen anschließenden Redebeitrag folgendermaßen eröffnet:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: die frage ist ja noch ne andere ob wir in den in die rezidivtherapie einsteigen das ist jetzt erst die frage (..).

Mit diesem Redezug spricht Dr. Wenzel den bereits zu Beginn angedeuteten „trajectory sequence point“ erneut an: Aufgrund des Krankheitsverlaufes muss eine Entscheidung über das weitere therapeutische Vorgehen getroffen werden. Gleichzeitig weist er mit der Formulierung „das ist jetzt erst die frage“ das von der Sozialarbeiterin angesprochene Thema der Entlassung zurück, was, wie an diesem turn deutlich wird, zuvor anhand der Unterbrechungen nicht gelungen war. Im weiteren Verlauf nennt Dr. Wenzel die aus seiner Sicht wesentlichen Aspekte des neuen Verlaufskurvenplans, wozu neben einer Rezidivtherapie auch ein Gespräch mit den Eltern und eine weitere Knochenmarkpunktion gehören:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: so rein wenn man alles hin und her überlegt fällt es schwer das nicht zu tun (2) ne weil vor allem wenn man sieht wie gut sie zwischendurch jetzt in der letzten zeit war vorher war das ja noch ganz anders gewesen im vergleich in der letzten zeit hat man schon gesehen dass sie auch durchaus intensive therapie gar nicht so schlecht da hat sie sie deutlich besser vertragen insofern planen wir da hab ich am donnerstag nachmittag würd ich versuchen ob ich weiß nicht ob ist das schon irgendwie eingespielt dass die

Dr. Wilmsmeier: ich hab den eltern nur auf den anrufbeantworter gesprochen dass sie zurückrufen sollen [ich weiß nicht ob das]

Dr. Wenzel: [weil wichtig wär dass]

Dr. Wilmsmeier: geschehen ist

Dr. Wenzel: der dolmetscher dabei wäre

Dr. Wilmsmeier: jaja mit dolmetscher natürlich hm

Indem Dr. Wenzel mit der Frage der therapeutischen Optionen ein medizinisches Thema etabliert, gewinnt er gleichzeitig die Kontrolle über das Interaktionsgeschehen und weist damit die Relevanz des Entlassungsthemas zurück. Am Ende dieser Sequenz bleibt unklar, ob Herr und Frau Onshalm zu dem geplanten Gespräch erscheinen können, da niemand der Anwesenden die Frage der Oberärztin beantwortet. Zudem wird deutlich, dass das Thema der Entlassung nicht mehr Gegenstand der Interaktion ist, oder anders formuliert, dass mit dem Etablieren

einer medizinischen Fragestellung gleichzeitig die Kontrolle über das interaktive Geschehen verbunden ist. In der Schlusssequenz rekapituliert Dr. Wenzel nochmals den neuen Verlaufskurvenplan, um dann schließlich die Fallbearbeitung folgendermaßen zu beenden:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: ich würd das mit wir machen morgen nochmal ein knochenmark um die aktuelle lage zu checken damit wir nicht was ganz verrücktes aber ansonsten würden wir doch in die richtung der rezidivtherapie gehen (...) alle das heißt also auch spendersuche ecetera (3) wobei allen (..) wie gesagt (2) das leben wird zeigen ob das richtig war (5) das dazu ja.

Indem der Oberarzt ausschließlich auf die mit der medizinischen Therapie in Zusammenhang stehenden Aspekte eingeht, weist er indirekt erneut das Entlassungsthema zurück. Da keiner der Anwesenden nochmals auf dieses Thema eingeht, bleibt am Ende unklar, ob die im Verlauf der Besprechung angesprochene Entlassung am Wochenende umgesetzt werden kann oder nicht, bzw. ob dies überhaupt ein Bestandteil des Handlungsplans ist, oder wie die Eltern unterstützt werden können. Während Dr. Wenzel in der vorherigen Besprechung noch darauf drängte, dass entsprechende Schritte für eine Entlassung unternommen werden, weist er nun die Dringlichkeit zurück. Mit der Schlussbemerkung Dr. Wenzels „das leben wird zeigen ob das richtig war“ spricht dieser erneut die ungewisse Entwicklung der Verlaufskurve an: Wenn mit der Umsetzung des neuen Verlaufskurvenplans nicht das gewünschte Ergebnis erzielt werden kann, wird die Verlaufskurve in die Abwärtsphase übergehen und Bahar wird sterben. Mit dem Einsatz der Redewendung umschreibt Dr. Wenzel diesen Umstand, womit er eine offene Artikulation der Themen Sterben und Tod vermeidet.

Handlungsmaxime Kuration: „minimale möglichkeit zur transplantation zu kommen“

Die mit dem Krankheitsprogress in Zusammenhang stehenden Konsequenzen für die Gestaltung der Verlaufskurve sind auch Thema der folgenden Besprechung. Nachdem die Ergotherapeutin mit einem Redezug über das Verhalten von Herr und Frau Onshalm den Fall eröffnet hat, schließt Dr. Wenzel folgenden Beitrag an:

Besprechung 4:

Ergotherapeutin: bei bahar sind ganz viel die eltern jetzt da das ist schön
(2)

Dr. Wenzel: bitte bei

Ergotherapeutin: bei bahar

Dr. Wenzel: bei bahar ja (..) ja aber wobei das schon (..) so weil ich hatte ja mit denen gesprochen dass es halt minimale möglichkeit gebe bis zur transplantation zu kommen wobei dann äh die eltern zunächst erst mal nicht wollten dass die schwester typisiert wird und dass die eine knochenmarkspende machen

würde wo weil dann klar sagen so was ist ja vollkommen ungefährlich (..) ja und es dreht sich halt immerhin um das leben von der schwester und keine ahnung und ehm das ist letztendlich haben wir dann auch noch mal gewartet mit der therapie ham wir ohne dem gehts erst mal net heute wars dann schon noch möglich das blut dort abzunehmen aber da hat man schon den unter also ich hab ja die mutter ist da eher seltsam also beziehung glaub ich in der gesamtsituation die ist ach das ist also gibts

Nachdem Dr. Wenzel der Aussage der Ergotherapeutin über das Besuchsverhalten der Eltern zugestimmt hat, schließt er an eine kurze redezuginterne Pause das Gliederungssignal „ja aber“ an, womit er die zuvor getroffene Aussage inhaltlich relativiert. Im weiteren Verlauf berichtet Dr. Wenzel dann über ein Aufklärungsgespräch mit den Eltern Bahars, in dem er diese über die „minimale möglichkeit [[...]] bis zur transplantation zu kommen“ informiert hat. Er berichtet dann weiter, dass Herr und Frau Onshalm den neuen Verlaufskurvenplan der Rezidivtherapie zunächst nicht gebilligt haben, so dass die Umsetzung noch nicht erfolgen konnte. Vor dem Hintergrund dieser Aussage wird deutlich, warum Dr. Wenzel die von der Ergotherapeutin vorgenommene positive Bewertung der Eltern Bahars relativiert: Zwar erfüllen Herr und Frau Onshalm die von der Sozialarbeiterin in den vorherigen Besprechungen formulierte Bedingung der regelmäßigen Besuche ihrer Tochter im Krankenhaus, aber sie lehnen die Zustimmung zur Typisierung und Knochenmarkspende der Schwester Silver ab, die aber eine Voraussetzung zur Umsetzung des revidierten Verlaufskurvenplans ist. Bezogen auf diesen Aspekt der Gestaltung der Verlaufskurve sind die Health Professionals also aufgrund der Entscheidung der Eltern handlungsunfähig. Dr. Wenzel berichtet dann weiter, dass die Eltern in Bezug auf die Typisierung der Schwester ihre Meinung geändert haben und eine Blutentnahme vorgenommen werden konnte. Der folgende Teil des Redezugs Dr. Wenzels fällt durch die Aneinanderreihung einzelner Worte bzw. unvollständiger Sätze auf, so dass letztendlich unklar bleibt, was der Oberarzt zum Ausdruck bringen möchte. Im Anschluss greift Dr. Wilmsmeier mit der Thematisierung des Verhaltens der Eltern den einzig verständlichen Aspekt des Beitrags von Dr. Wenzel auf, dem dann weitere Wortbeiträge folgen. Gegen Ende der Fallbesprechung führt Dr. Wenzel mit der Entlassung ein neues Thema ein:

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: immerhin war das kind ja jetzt eh auch mehr als vierundzwanzig stunden zu hause (..) von freitagmittag bis zur samstagnacht und sie sind dann ja wir hatten so ein ganzes wochenende eigentlich gedacht aber (..) ehm sie sind letztendlich ehm nicht so richtig klargekommen (..) mit der fütterei mit der fütterung

Dr. Wilmsmeier: geschrieen hat sie auch immer

Dr. Wenzel: na damit sind sie noch nicht so richtig hingekommen nichtsdestotrotz wares mal wichtig das zu tun (..) und ich glaub das ist auch kein beinbruch aber

ich glaub das is auch wichtig dass die im moment auch wissen dass es sie
das vierte mitglied der familie ham nech (6) okay

Offensichtlich war Bahar in dem zwischen den Besprechungen liegenden Wochenende nach Hause entlassen worden. Demnach wurde die von der Sozialarbeiterin forcierte Initiative einer Entlassung doch umgesetzt. Auffällig an dieser Sequenz ist, dass Frau Schultheiss-Schmitt nichts zu diesem Thema beiträgt, obschon sie sich in den vorherigen Besprechungen sehr für eine Entlassung engagiert hat. Es ist vorstellbar, dass sich die Sozialarbeiterin aufgrund der deutlichen Zurückweisung ihrer Initiative durch Dr. Wenzel in der letzten Besprechung zurückzieht. Dafür spricht auch die Tatsache, dass sie die lange freie Gesprächspause nicht nutzt, um ihren Eindruck zum stattgehabten Aufenthalt des Mädchens zu Hause zu schildern. Schließlich beendet Dr. Wenzel die Fallbearbeitung in gewohnter Art und Weise mit dem Einsatz des Gliederungssignals „okay“.

Diskussion

Der Fall Bahar wird in vier Besprechungen thematisiert, wobei im Verlauf der verschiedenen Besprechungen zwei Themen dominieren: Zum einem handelt es sich um die Frage der Entlassung und eines damit in Verbindung stehenden Hausbesuches durch die Sozialarbeiterin, zum anderem werden der Krankheitsverlauf und die sich daraus ableitenden Konsequenzen für den Verlaufskurvenentwurf und -plan angesprochen. Vor dem Hintergrund der geschilderten Analysen zeigt sich, dass beide Themenblöcke eng miteinander verknüpft sind: Eine intensivierete Entlassungsvorbereitung durch die Sozialarbeiterin kann nur im Rahmen eines palliativen Behandlungskonzeptes umgesetzt werden. Aus Sicht der Sozialarbeiterin ist aber genau dieser Punkt offen und bedarf der Klärung: Bahar wird neben dem medizinisch-kurativen Behandlungsansatz im Rahmen der Betreuung durch sie selbst auch palliativ versorgt. Mit anderen Worten stehen hier kurative und palliative Interventionsstrategien nebeneinander, was der Vorstellung der WHO zu diesem Thema (s.a. Kapitel 2) und dem dynamischen Charakter von Krankheitsverlaufskurven entspricht.

Im Interaktionsverlauf zeigt sich allerdings, dass dieser an sich wünschenswerte Umstand nicht konzeptionell verankert, sondern eher zufällig ist und auf Seiten der Akteure zu einer Verunsicherung führt. Diese Verunsicherung beruht auf einer dichotomen Vorstellung palliativer und kurativer Interventionsstrategien als sich einander ausschließende Versorgungskonzepte. Dass diese Auffassung nicht nur strukturelle Gründe hat, sondern auch von den Akteuren wechselseitig hergestellt wird, zeigt sich im Prozess der Entscheidungsfindung. Das Votum für einen Hausbesuch wird nicht aufgrund konzeptioneller Überlegungen der Gleichwer-

tigkeit beider Versorgungskonzepte getroffen, sondern die angeführten Argumente orientieren sich an dem Nützlichkeitsprinzip, womit pragmatische Gesichtspunkte ausschlaggebend sind. Indem die Akteure so verfahren, vermeiden sie eine Zuschreibung Bahars als Palliativpatientin, die aufgrund der klinikinternen strukturellen Bedingungen aber eine Voraussetzung für den angesprochenen Hausbesuch darstellt. Gleichzeitig agieren die Teilnehmer aber so, als ob Bahar palliativ versorgt wird: Der Hausbesuch durch die Sozialarbeiterin kann durchgeführt werden. Damit zeigen sich die Akteure ambivalent: Einerseits vermeiden sie eine Definition Bahars als Palliativpatientin, andererseits orientiert sich die Entscheidung bezüglich des Hausbesuchs an klinikinternen Kriterien einer palliativen Versorgung. Zudem zeigt sich die Orientierung der Akteure an einer statischen Vorstellung von Krankheitsverläufen, die entsprechend nur ein gültiges Versorgungskonzept zulässt und keine, sich den wechselnden Krankheitsphasen angepasste Schwerpunktsetzung verschiedener Interventionsstrategien ermöglicht.

Der Übergang von der stabilen in die instabile Krankheitsphase wird dabei zunächst nur anhand der Darstellung medizinischer Befunde angedeutet („so dass ehm also ich da auch leukämiezellen sehe jede menge muss ich sagen“). Die in diesem Zusammenhang gebrauchte Redewendung „dass einem die zeit auch wegläuft“ deutet auf die dramatische Entwicklung der Verlaufskurve hin: Es ist möglich, dass diese rasch in eine „dying trajectory“ übergeht. Der Gebrauch der Redewendung hat hier die Funktion zu umschreiben, dass Bahar gegebenenfalls schnell sterben wird. Diese Einschätzung wird von den am Gespräch Beteiligten wechselseitig bestätigt, womit sie das Aktivitätsmuster der Umschreibung für die Themen Sterben und Tod interaktiv herstellen. Bei der Diskussion um die im Zusammenhang mit dem Krankheitsprogress notwendig gewordene Adaption des Verlaufskurvenplans zeigt sich, dass die thematische Kontrolle des Interaktionsgeschehens ein Spiegel für die Aushandlung über die inhaltlichen Schwerpunkte der Verlaufskurvenentwürfe ist. Während Dr. Wenzel die therapeutischen Optionen in den Mittelpunkt stellt, bezieht sich die Sozialarbeiterin auf die Entlassungsplanung. Die Art und Weise der Themenkontrolle durch Dr. Wenzel führt im Interaktionsverlauf dazu, dass die Konkurrenz der Schwerpunkte zugunsten des medizinischen Themas entschieden wird. Anders formuliert bilden sich im Interaktionsgeschehen die an medizinischen Kriterien orientierte Situationsdeutung und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Verlaufskurvengestaltung ab. Dies zeigt sich unter anderem an der Sprachlosigkeit der Sozialarbeiterin in der letzten der analysierten Besprechung, in der sie zu dem Entlassungsthema keinen Beitrag bringt, obschon sie eine Initiatorin der Entlassung war.

Darüber hinaus zeigt sich, dass die von den Health Professionals entwickelten Vorstellungen bezüglich des „korrekten“ Verhaltens der Eltern wesentlich die Gestaltung der Verlaufskurve beeinflussen. So knüpft die Sozialarbeiterin z. B. ihre weitergehende Hilfestellung an die Bedingung, dass Herr und Frau Onshalm ihre Tochter regelmäßig im Krankenhaus besuchen, die Eltern müssen „ihren teil einlösen“. Grundlage der Unterstützung ist also ein auf Leistung und Gegenleistung basierende Vorstellung der Beziehungsgestaltung. Das bedeutet, dass kulturell unterschiedliche Deutungsmuster unberücksichtigt bleiben. Die Sozialarbeiterin bringt dies an entsprechender Stelle auch zum Ausdruck: Auf ihre Äußerung, dass die Situation sicherlich für alle Beteiligten schwer zu ertragen sei, antwortet Herr Onshalm „ich verstehe sie nicht“. Es zeigt sich, dass hier unterschiedliche Situationswahrnehmungen nebeneinander stehen, die aber auf Seiten der Health Professionals keine Überlegungen nach sich ziehen, wie die Familie im Rahmen ihrer kulturellen Vorstellungen bei der biografischen Arbeit unterstützt werden könnte, noch wie dann diese dann in einen gemeinsamen Verlaufskurvenplan integriert werden könnten. Die Unterstützungsleistungen beziehen sich in erster Linie auf die alltags- und krankheitsbezogenen Aspekte der Arbeit, die die Familie zu leisten hat.

6.2.3 Ahmed Beqiri: Ungewissheit über die Entwicklung der Verlaufskurve

Unklare Verlaufskurvenentwicklung: „im moment muss man mal warten“

Der Fall von Ahmed wird in zwei Besprechungen thematisiert, wobei die Ankündigung eines „trajectory sequence point“ sowie die damit in Verbindung stehenden Konsequenzen angesprochen werden. Entsprechend dem bekannten Muster eröffnet der Oberarzt den Fall:

Besprechung 3:

Dr. Wenzel: ahmed beqiri der ist noch äh (..) mit der beatmung im moment ist er noch hoch hat er noch nen hohen atem beatmungsbedarf und eh insofern immer noch mit intensivpflichtigkeit (3) eh das müssen sich die blutwerte jetzt eigentlich in der nächsten zeit entwickeln ((2)) also da muss sich jetzt bald was tun zum positiven (2) ansonsten schwinden seine chancen noch weiter also (3) im moment muss man mal warten (...) also da sind wir noch nicht ZU sagen (2) da geht nichts aber da kann man hinkommen (5) gut

Nachdem der Oberarzt den Namen des Jungen genannt hat, fügt er an, dass Ahmed aufgrund eines hohen Beatmungsbedarfs noch auf der Intensivstation liegt. Nach einer redezuginternen Pause schließt er Überlegungen bezüglich des Krankheitsverlaufs an: Das Blut muss sich nach erfolgter Chemotherapie regenerieren. Mit der sich anschließenden Äußerung bringt Dr. Wenzel zum Ausdruck, dass diese Regeneration noch nicht in gewünschtem Maße erfolgt ist. Die sich anschließende Wiederholung dieses Umstandes deutet auf die ernsthafte Situation und die Dringlichkeit der Zellerholung hin. Mit der folgenden Äußerung erklärt sich, warum

der Oberarzt das Mittel der Intensivierung gewählt hat: Wenn die erhoffte Regeneration ausbleibt, besteht die Möglichkeit, dass „seine Chancen schwinden“. Mit anderen Worten stellt die verzögerte Erholung des Blutbildes eine krankheitsbedingte Kontingenz dar, die dazu führen kann, dass die Krankheitsverlaufskurve in die Abwärtsphase übergeht und der Junge versterben wird. Im weiteren Verlauf nennt der Oberarzt dann mit der Strategie des Abwartens den momentanen Handlungsplan, um dann aber mit der Formulierung „also da sind wir noch nicht zu sagen da geht nichts aber da kann man hinkommen“ die Entwicklung zu einem „trajectory sequence point“ anzudeuten. Nach einer langen freien Gesprächspause beendet Dr. Wenzel mit einem resümierenden „gut“ den Fall. Insgesamt fällt dieser Redezug durch die mehrmaligen redezuginternen Pausen auf. Diese kommen vor allem dann zum Einsatz, wenn der Oberarzt über die Entwicklung hin zu einem Gabelungspunkt und die damit in Verbindung stehende Möglichkeit einer Abwärtsentwicklung der Verlaufskurve berichtet. Darüber hinaus fällt in diesem Zusammenhang der Gebrauch des Personalpronomens „man“ auf, womit eine Distanz zum Gesagten erzeugt wird. Insgesamt deutet die Art und Weise der Umsetzung des Redebeitrags darauf hin, dass die potentielle Abwärtsentwicklung der Verlaufskurve einen problematischen Sachverhalt darstellt. Dafür spricht auch die sich anschließende lange freie Gesprächspause am Ende der Fallbearbeitung: Die Teilnehmer sehen keinen Bedarf weitere Themen anzusprechen, sie schweigen angesichts der Andeutung der Abwärtsphase der Verlaufskurve.

Potentielle Richtungsänderung der Verlaufskurve: „dass wir da an den Punkt kommen, wo es nicht mehr geht“

Auch in der folgenden Besprechung stehen Aussagen zum potentiellen Entwicklung der Verlaufskurven im Mittelpunkt der Ausführungen:

Besprechung 4:

Dr. Wenzel: dem Ahmed gehts weiter schlecht der ist beatmet nachdem er ERSTmal sich erholt hat ist jetzt heute die Beatmungssituation wieder schlechter geworden (3) das größte Problem ist immer dass der sich immer noch nicht von seinen Blutkörperchen Zahlen erholt weiterhin (...) und das ist (2) bei ihm das große Problem (...) da vermute ich nichts Gutes (2) also das kann sein (...) dass wir da an den Punkt kommen (3) wo es nicht mehr geht (7) jut

Der Oberarzt eröffnet den Fall mit der Namensnennung in gewohnter Art und Weise, um direkt im Anschluss Aussagen zum „course of illness“ anzufügen: Nach einer Phase der Erholung ist eine Verschlechterung eingetreten. Mit anderen Worten befindet sich die Verlaufskurve in einer instabilen Phase, wobei die Abwärtsbewegung von kurzen Phasen der Erholung unterbrochen wird. Nach einer redezuginternen Pause fügt Dr. Wenzel dann eine Begründung

für den kritischen Zustand Ahmeds an: Die Regeneration der Blutkörperchen bleibt weiterhin aus. Analog zur vorherigen Besprechung bewirkt die Wiederholung eine Verstärkung der impliziten Aussage, dass die Gesamtsituation kritisch ist. Mit der sich anschließenden Formulierung „da vermute ich nichts gutes“ deutet der Oberarzt an, dass die Verlaufskurve gegebenenfalls in die Abwärtsphase übergeht. Er umschreibt damit die potentielle Entwicklung hin zu einer „dying trajectory“: „dass wir da an den punkt kommen (3) wo es nicht mehr geht“. Mit dieser Formulierung drückt der Oberarzt implizit aus, dass für den Fall, dass die Verbesserung der Gesamtsituation ausbleibt, Ahmed sterben wird. Wie bereits an anderer Stelle schweigen die Teilnehmer der Besprechung zu dieser Mitteilung, so dass Dr. Wenzel nach einer weiteren Pause den Fall beendet und ein neues Thema einführt.

Diskussion

Der Fall Ahmed wird in zwei Besprechungen thematisiert, wobei auffällt, dass ausschließlich der Oberarzt spricht. Seine Redebeiträge umfassen in erster Linie Aussagen zum „course of illness“ und der sich daraus ableitenden potentiellen Entwicklung der Verlaufskurve. Ausgangspunkt ist dabei die krankheitsbedingte Kontingenz der fehlenden Zellregeneration, aufgrund derer die Verlaufskurve nicht die gewünschte Entwicklung nimmt. Die in diesem Zusammenhang gebrauchte Formulierung „ansonsten schwinden seine chancen noch weiter also“ deutet darauf hin, dass Ahmed gegebenenfalls nicht geheilt werden kann und versterben wird. Allerdings ist diese Situation noch nicht eingetreten: Die Verlaufskurve befindet sich in einem Schwebezustand, wobei abzuwarten ist, in welche Richtung sie sich entwickelt. In der sich anschließenden Besprechung deuten einige objektive Zeichen auf den Übergang in die Abwärtsphase hin (weiterhin fehlende Zellregeneration und erneute Beatmung). Gleichwohl markieren diese noch nicht den zuvor von Dr. Wenzel angesprochenen „punkt“, also den „trajectory sequence point“, an dem dann Entscheidungen bezüglich der Gestaltung der Abwärtsphase getroffen werden müssten. Anders formuliert befindet sich die Verlaufskurve noch immer im Schwebezustand, wobei die Wahrscheinlichkeit des Übergangs in die Abwärtsphase größer wird. Dies zeigt sich neben den objektiven Zeichen am Formulierungsmodus des Oberarztes: Während er zunächst den Gabelungspunkt in ferner Zukunft und mittels des entpersonalisierenden „man“ beschreibt, rückt dieser in der folgenden Besprechung näher („also das kann gut sein“). Zudem nutzt Dr. Wenzel jetzt das Personalpronomen „wir“, womit er sich in den Kreis der Betroffenen mit einschließt: Je näher der „trajectory sequence point“ rückt, umso weniger kommen distanzierende Elemente zum Einsatz. Insgesamt fallen die Redezüge des Oberarztes durch die häufigen redezuginternen Pausen auf, die in Verbindung

mit dem Gabelungspunkt und der potentiellen Abwärtsentwicklung der Verlaufskurve gebraucht werden.

Weiterhin zeigt sich, dass analog zum Fall von Karina das von dem Mediziner wiederholt verwendete Aktivitätsmuster der Umschreibung für den „trajectory sequence point“ und die „dying trajectory“, auch hier die Funktion hat, die Themen Sterben und Tod nicht offen ansprechen zu müssen. Im Unterschied zu den bisherigen Fallbesprechungen sticht der Fall Ahmed insofern hervor, als dass kein anderer Akteur außer Dr. Wenzel etwas zum Gespräch beiträgt. Während im Fall von Karina und Bahar die Akteure zu unterschiedlichen Themen eigene Beiträge formulieren oder sogar neue Themen einführen, schweigen sie im Fall von Ahmed grundsätzlich, was der interaktiven Bedeutung einer Verweigerung (Schwitalla 2006) gleichkommt. Auf der inhaltlichen Ebene bezieht sich diese Verweigerung auf die interaktiv schwierigen Themen Sterben und Tod, die nicht offen ausgesprochen werden können. Zum anderem zeigt sich, dass der andauernde Schwebestand der Verlaufskurve und das Warten auf den Gabelungspunkt die Akteure in ihrer Handlungsfähigkeit einschränkt.

6.2.4 Mike Thiele: Gefährdung des Verlaufskurvenplans

Unvorhergesehene Kontingenzen gefährden die Umsetzung des Verlaufskurvenplans: „ein sonderfall“

Der Fall Mike Thiele ist Gegenstand einer Besprechung. Die Falleröffnung erfolgt durch Dr. Wenzel, indem er den Namen des Jungen nennt. Im Anschluss daran folgt eine Beschreibung der bisherigen Entwicklung der Verlaufskurve: Nach einem Aufenthalt in der Kinderklinik erfolgte eine Verlegung in eine ca. 160 km entfernt liegende Kinder- und Jugendpsychiatrie, von wo aus der Junge zu einer Operation und Anpassung einer Prothese in eine weitere Klinik verlegt wurde. Von dort wurde er schließlich erneut in die betreffende Kinderklinik zurückverlegt. Im Weiteren führt Dr. Wenzel dann einige Angaben zu der psychischen Verfassung des Jungen an: „sicherlich nur ganz genau was der eigentlich hat = also eins ist klar der hat =ne psychiatrische erkrankung = die hat er auf jeden fall. wie viel NEUROlogische erkrankung er dazu hat das weiß KEINER, so richtig, (..)“ Im Anschluss daran schildert der Oberarzt, den Grund, warum der Fall Mike Thema der Besprechung ist:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: wobei er jetzt unbedingt wieder zurück nach KLM will, (..) das hat so zwei tage ge:braucht, dann wollte er unbedingt wieder zurück nach mü:nster, und ich wurde jetzt = ich war ja ende letzter woche nicht d:a am montag etwas kalt überRASCHT davon dass dann MUTTER auch gleich äh sozusagen das gleiche anliegen hatte und mutter

und vater; ((tiefes einatmen)) und da hab ich dann erst mal gesagt = nicht nur um zeit zu gewinnen er soll mir doch bitte mal

((steht auf geht zum Tageslichtschreiber und legt eine Folie auf))

aufschreiben weshalb er denn nach KLM WILL; = das ist die LISTE; (..) kann ja jeder mal durchlesen

Nachdem Mike also wieder in die betreffende Kinderklinik verlegt wurde, äußerte er den Wunsch wieder in die andere Klinik verlegt zu werden. Diesem Wunsch maßen die Health Professionals zunächst kein Gewicht bei, doch als auch die Eltern dieses Anliegen äußerten fühlte sich Dr. Wenzel „etwas kalt überRASCHT“. Anscheinend hatte er nicht erwartet, dass sich die Eltern dem Wunsch ihres Sohnes anschließen. Mit anderen Worten stellt das Anliegen der Familie aus Sicht der Health Professionals eine nicht zu antizipierende Kontingenz dar, die die Umsetzung des Verlaufskurvenplans gefährdet. Als Reaktion auf diese unvorhergesehene Situation hat der Oberarzt dann den Jungen aufgefordert, eine Liste mit Argumenten für die Rückverlegung zu erstellen, die er dann mittels Tageslichtschreiber den Teilnehmern der Besprechung zugänglich:

1. ich fühle mich dort besser.
2. mir geht es dort besser.
3. ich darf da raus wann und sooft ich will.
4. mir fehlen die leute von der station.
5. die ganze atmosphäre dort ist besser.
6. das essen dort schmeckt besser.
7. die zimmer sind größer und schöner.
8. 9. 10. ich will einfach zurück nach KLM und das ganz schnell.

Nach einer langen Gesprächspause, die die Akteure als Lesepause nutzen, ergreift Dr. Wenzel erneut das Wort, um eine ergänzende Information zu liefern: Im Unterschied zu dem betreffenden Krankenhaus ist es in der anderen Klinik möglich, das Bett aus dem Zimmer zu schieben, so dass auch bettlägerige Patienten das Zimmer verlassen können. Weiter fügt er dann an:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: das nächste ist das als ich das der kollegin in KLM vorlas meinte sie also det. wär. ja. nun. auch. nicht wahr. das hat er da natürlich auch nicht ge:DURFT; (.) was schon richtig is dass er mit dem ehm da mit dem rollstuhl rumfahren konnte;

Anscheinend hat Dr. Wenzel mit der zuständigen Ärztin über Mikes Wunsch der Rückverlegung gesprochen und in diesem Zusammenhang auch die Liste besprochen. Der sich anschließende Teil des Redezugs fällt zum einem durch den Gebrauch des Dialekts und zum anderem durch die abfallende Betonung nach jedem Wort auf. Interaktiv erfüllt diese Rede-

zugkonstruktion die Funktion, die Argumente Mikes neben der inhaltlichen Bewertung zusätzlich noch weiter zu relativieren. Ohne auf diese Aussagen und Wertungen einzugehen, bringt eine Lehrerin einen weiteren Aspekt ein: Mike habe ihr erzählt, dass er in der anderen Klinik „nette jungs“ kennen gelernt habe, was ihm „gut gefiel“. Dieses zusätzliche Argument bezeichnet sie selbst als „einleuchtend“. Der weitere Verlauf des Interaktionsgeschehens fällt durch die gegenseitigen Überschneidungen auf, wobei die Lehrerin sich nicht davon abbringen lässt, ihren Beitrag gezielt zu beenden:

Besprechung 1:

Lehrerin II: das fand ich so einleuchtend als argum[ent,]
 Dr. Wenzel: [ja. mit dem ich glaub]
 Lehrerin II: [ob das wirklich da]nn so w:ar
 so wie IS ist ja auch noch mal ne? [frage ne]
 Dr. Wenzel: [äh physio]= äh Ergotherapeuten
 Lehrerin II: ob er son =kontakt aufnehmen kann,

Im Unterschied zur Art und Weise der Darstellung durch Dr. Wenzel wird deutlich, dass die Lehrerin in der Umsetzung ihres Beitrags keine Wertung vornimmt, sondern zunächst versucht die Perspektive Mikes einzunehmen, um zu verstehen, warum er nach KLM zurück möchte. Im Interaktionsverlauf wird dann allerdings das von dem Oberarzt eingeführte Thema der ergotherapeutischen Betreuung des Jungen fortgeführt. Im Anschluss nimmt der Supervisor Bezug zum Beginn der Fallbesprechung und bringt das Thema der psychischen Verfassung Mikes erneut auf den floor:

Besprechung 1:

Herr Scheller: aber was heißt denn PSYCHIATRISCH erkrankt? (3) psychiatrisch ist also ein ganz ein weites feld
 Dr. Wenzel: ja; das ist also ein bisschen weites feld =der ist jetzt im moment halt noch neuroleptisch behandelt hat haldol (..) ähm weil er dort auch so situations (...) GENAU ZU FASSEN ist es nicht = man muss es als belastungsstörung am ehesten nehmen wobei es das auch nicht ganz trifft,
 Hr. Scheller: aber ein neuroleptikum kriecht man doch bei ner psy:chose
 Dr. Wenzel: ja, das haben sie so ein bisschen angenommen; dass da auch eine psychose mit dabei gewesen sein kann weil er hat da ausnahmezustände geboten immer

Auffällig am Beginn der Sequenz ist, dass die Frage des Supervisors zunächst nicht beantwortet wird, wobei aufgrund des medizinischen Sachverhalts klar ist, dass die Frage an die anwesenden Ärzte gerichtet ist. Da diese jedoch schweigen ergänzt Herr Scheller „psychiatrisch ist also ein ganz ein weites feld“, was in der Handlungsfolge die Funktion hat, indirekt auf eine Antwort zu drängen. Schließlich übernimmt Dr. Wenzel den zweiten Teil der Paarsequenz, wobei er zunächst die Aussage des Supervisors bestätigt, um dann neben der medikamentösen Therapie auf die Schwierigkeit einer konkreten Diagnose zu verweisen. Die Unsicherheit be-

züglich einer psychiatrischen Diagnose drückt sich interaktiv durch die Zurückhaltung bei der Formulierung einer Antwort aus. Der dann folgende Redezug des Supervisors stellt eine erneute Aufforderung zur Spezifizierung dar, der Dr. Wenzel insofern nachkommt, als dass er bestätigt, dass vermutet wird, dass Mike psychotische Ausnahmezustände hat. Es folgen dann weitere Erläuterungen zu diesem Themenkomplex, die Dr. Wenzel schließlich mit dem Gliederungssignal „ja“ abschließt. Nach einer kurzen redezuginternen Pause benennt der Oberarzt dann ein neues Thema: Mike isst wenig bis gar nicht und hat wiederholt erbrochen, was die Fortsetzung der Therapie gefährdet. Mit anderen Worten ist die Umsetzung des Verlaufskurvenplans auch aus diesem Grund in Frage gestellt: „da kann man ihn nicht gut therapieren wenn er da gleich die Kooperation verweigert“. Dr. Wenzel berichtet dann weiter, dass die Eltern den Wunsch geäußert hätten im Beisein von Mike diese Themen zu besprechen, was der Oberarzt ablehnte:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: ich sach datt mach ich sowieso nicht dann kommen sie erst einmal MIT haben den dann vor allem erst noch mal erzählt dass ja das große problem gewesen sei dass sie in KLM kaum GESEHEN WORDEN SEIEN es wäre uns ja immer wieder erzählt worden selbst das sorgerecht hätte man ihnen ja ENT äh nehmen wollen weil die schon allein wegen einwilligung zu EINGRIFFEN hätte man sie ja nicht fassen können (..) das haben sie vehement bestritten =sie wären JEDEN TACH da gewesen

((Ooh in der Runde))

das haben sie da gesacht.

((Kinderkrankenschwester schüttelt den kopf))

ähm (.) VIELLEICHT MAL dass einmal auch der großvater gefahren sei aber an sich seien sie IMMER da gewesen und äh das STIMMT SO NICHT.

Auffallend am Beginn der Sequenz ist der situative Wechsel vom Standarddeutsch zum Dialekt. Vor dem Hintergrund der dann folgenden Ausführungen, lässt sich dieser Variantenwechsel als implizite Abwertung der Eltern Mikes interpretieren: Herr und Frau Thiele haben Mike während seines Aufenthalts in der anderen Klinik kaum besucht, es stand sogar zur Diskussion, dass ihnen das Sorgerecht entzogen werden solle. Die Aussage, dass die Eltern dies bestreiten, kommentieren einige Teilnehmer der Besprechung mit einem „oh“ oder mit Kopfschütteln, um so ihr Erstaunen zum Ausdruck zu bringen. Im weiteren Verlauf berichtet Dr. Wenzel dann, dass in der anderen Klinik die Anwesenheit bzw. Abwesenheit der Eltern anhand eines Protokolls aufgezeichnet wurde, so dass Herr und Frau Thiele nachweislich nicht die Wahrheit sagen. Dieser Aussage schließt sich eine Gesprächspause an, die von Dr. Wenzel unterbrochen wird:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: die große frage ist was das was das nun ist ne der abschied von KLM=is ihm wohl schwer gefallen aber der abschied hier von uns damals ist ihm AUCH SEHR schwer gefallen, und äh wie man da jetzt damit umgeht?

Mit diesem Redezug bringt der Oberarzt zum Ausdruck, dass es aus seiner Perspektive unklar ist, warum sich Mike so verhält. Auch die von Mike genannten Argumente scheinen keine ausreichende Erklärung für Mikes Verhalten und das seiner Eltern zu liefern, so dass für Dr. Wenzel unklar ist, wie mit dieser Situation umzugehen sei. Die von ihm formulierte Frage „wie man da jetzt damit umgeht?“ ist ohne direkten Adressaten gestellt, so dass sie als allgemeine Handlungsaufforderung an die Teilnehmer der Besprechung zu verstehen ist, Überlegungen zu einer angemessenen Umgangsweise zu entwickeln. Anders formuliert führt die Unsicherheit in Bezug auf die Situationseinschätzung zu einer Unentschiedenheit bezüglich einer Handlungsstrategie. Bevor die Anwesenden sich jedoch äußern können, bringt Dr. Wenzel noch einen weiteren Aspekt in die Diskussion ein: „nur weil man ganz klar sagen muss für diese letztendlich sozial schwache familie ist natürlich eine ortsnahe versorgung G:UT“. Für einen Verbleib Mikes in der betreffenden Klinik spricht aus der Perspektive Dr. Wenzels also auch die soziale Situation der Familie Thiele. Da diese Einschätzung von keinem der Teilnehmer kommentiert wird, stellt der Oberarzt dann die Überlegung an, dass für den Fall, dass Mike zurückverlegt würde, er gegebenenfalls dann auch wieder zurück möchte, so dass das Problem nie wirklich gelöst wäre. Diesem Gedanken stimmt der Ergotherapeut mit einem „ja“ zu. Im weiteren Interaktionsverlauf drücken dann unterschiedliche Teilnehmer ihre Verwunderung über Mikes Wunsch der Rückverlegung aus.

So berichtet eine Lehrerin, dass Mikes Freundin ihn ja nur besuchen könnte, wenn der Junge in der betreffenden Klinik sei. Im Anschluss berichtet die Musiktherapeutin von ihren Erfahrungen mit dem Jungen: Sie konnte nahtlos an ihre Arbeit des letzten Aufenthalts anschließen, was Mike viel Spaß bereitet hätte. Insofern wundere sie sich ebenfalls über den Wunsch Mikes, wobei sie einschränkend sagt, dass „das mag ja sein so was geht an mir dann auch ganz schnell vorbei weil ich ja dann auch nicht so viel zeit habe“. Nach diesen beiden Beiträgen ergreift erneut Dr. Wenzel das Wort, um auf die Eltern zu sprechen zu kommen. Seiner Einschätzung nach sind Herr und Frau Thiele unfähig, die Situation zu deuten und lassen sich von ihrem Sohn erpressen. Im weiteren Verlauf ergibt sich folgende Interaktionssequenz:

Besprechung 1:

- Dr. Wenzel: ich hab ihr versucht mal klarzumachen ob er das wirklich so will hinge ja auch sehr von ihnen ab ob das denn gewünscht wird weil bei ihnen ja so der aspekt ist dass er auch so eine neigung hat teilweise sachen zu wollen die andere von ihm erwarten oder gerne wünschen
- Herr Scheller: das ist ja so sein schicksal
- Dr. Wenzel: ne das ist so sein ding
- Herr Scheller: SEIN SCHIKSAL mmh.
- Dr. Wenzel: wenn er wenn ihm die eltern sagen, oh ich fänd das aber ganz klasse, wenn du dich hier wohlfühlen würdest, dann würde das bei ihm auch klappen, bin ich mir ziemlich sicher. nur die eltern sind so schlicht, dass ich die im moment nicht auf diesen trip krieche.

In seinem Redezug berichtet Dr. Wenzel davon, dass er versucht hat Herrn und Frau Thiele zu verdeutlichen, dass ihre Einstellung und Haltung wesentlich die Wünsche Mikes beeinflussen. Der Oberarzt begründet diese Vorstellung damit, dass Mike eine „neigung“ habe, seine Bedürfnisse denen anderer unterzuordnen. Diese Einschätzung bestätigen sich der Supervisor und Dr. Wenzel wiederholt gegenseitig, was interaktiv die Funktion hat, die Bedeutung des Gesagten hervorzuheben. Diese familiäre Dynamik ist nach Meinung Dr. Wenzels auch dafür verantwortlich, dass die Umsetzung des Verlaufskurvenplans gefährdet ist: Wenn die Eltern Mike entsprechend beeinflussen würden, stünde das Thema Rückverlegung nicht zur Debatte. Allerdings seien Herr und Frau Thiele „so schlicht“, dass sie diesen Zusammenhang nicht verstehen würden und sich anstatt dessen von Mike erpressen lassen würden. Die Strategie Dr. Wenzels, das Problem der Rückverlegung unter Einbeziehung der Eltern zu lösen, ist also nicht aufgegangen. Als Erklärung hierfür nennt der Oberarzt die fehlende Intelligenz von Herrn und Frau Thiele, Zweifel an der Richtigkeit der Strategie kommen nicht auf. Nach einem Austausch zwischen einigen Teilnehmern der Besprechung, der die familiären Verhältnisse zum Gegenstand hat, beansprucht Dr. Wilmsmeier das Rederecht:

Besprechung 1:

- Dr. Wilmsmeier: also freitag- ich bin ja freitag angesprochen worden, bin ich ja von der mutter primär angesprochen worden, das war nicht mike, der das primär gefragt hat. das ist auch die frage, ob die eltern sich in KLM irgendwie besser entziehen können, also ob die auch irgendeinen vorteil davon haben können.
- Dr. Wenzel: sie behauptet, sie seien dahin und wenn sie anderthalb stunden fahrt hätten, würde ihnen gar nichts ausmachen.

(6)

Die Oberärztin nimmt den Umstand, dass nicht Mike, sondern Frau Thiele sie auf die Rückverlegung angesprochen hat, zum Anlass, die Frage zu stellen, welche Vorteile dies für die Eltern hätte. Indem sie diesbezüglich Überlegungen anstellt, relativiert sie die von Dr. Wenzel vorgenommene Zuschreibung der Eltern als „schlicht“. Die Antwort Dr. Wenzels, dass die

Eltern gesagt hätten, dass die Fahrtzeit kein Problem für sie darstellen würde, zeigt, dass der Oberarzt die Überlegungen Dr. Wilmsmeiers nicht weiterverfolgen will und er anstatt dessen bei seiner Situationseinschätzung bleibt. Er weist somit die Initiative Dr. Wilmsmeiers, weitere Interpretationen für das Verhalten der Eltern zu suchen, zurück und setzt damit seine Einschätzung durch, was zusätzlich durch die sich anschließende lange freie Gesprächspause interaktiv untermauert wird. Schließlich unterbricht Dr. Wenzel die Pause und sagt: „ist halt die frage, wie man damit umgeht, ne.“ Mit der Wiederholung der bereits zuvor gestellten Frage wird deutlich, dass aus seiner Sicht eine Antwort noch aussteht, oder anders formuliert, dass noch kein Handlungsplan vorliegt. Ohne eine Antwort abzuwarten, berichtet er dann von einem Telefonat mit der anderen Klinik:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: die KLMner aus kenntnis seiner person sagen, na ja, das kann wirklich so sein, also psychologisch ist das ja- also im prinzip ist das ja ne erpressung, die hier passiert. so. muss man einfach mal so sagen, ne. nicht. ne. und ehm- die sagen, na ja, das kann natürlich sein, letztendlich tut man sich immer schwer, erpressung nachzugeben, aber wenn letztendlich dann damit besser die therapie durchgezogen werden kann, dann ist- dann ist es das irgendwie wert.

Anscheinend hat Dr. Wenzel in dem bereits erwähnten Telefonat mit der entsprechenden Klinik auch über eine potentielle Rückverlegung gesprochen. Die Wiedergabe der Reaktion der anderen Klinik unterbricht Dr. Wenzel mit dem Einschub: „also psychologisch ist das ja- also im prinzip ist das ja ne erpressung die hier passiert.“ Die Wahl des Vergleichs der Erpressung zeigt, dass sich Dr. Wenzel genötigt fühlt, einer Verlegung gegebenenfalls zuzustimmen, weil so die Durchführung der Therapie zu gewährleisten ist. Anders formuliert stellt die Umsetzung des Verlaufskurvenplans die Grundlage für die Entscheidungsfindung dar. Dem Einwand des Supervisors, dass eine Entscheidung nicht sofort gefällt werden muss, widerspricht Dr. Wenzel, indem er erneut auf die geplante Chemotherapie und damit auf die Dringlichkeit der Umsetzung des Verlaufskurvenplans verweist. Im Weiteren berichtet der Oberarzt dann davon, dass er mit der anderen Klinik ein erneutes Telefonat vereinbart hat, um dann erneut die Frage nach einer angemessenen Umgangsweise an die Teilnehmer zu richten:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: aber ehm- die frage halt, wie man im moment damit umgeht (...)
Lehrerin II: ich hab noch eine frage. er hat mir erzählt, er hätte hier gleich brechen müssen, weil er hier hätte er essen müssen. und das hätte er in KLM nicht gemusst. ist das (.) wird das so unterschiedlich gehandhabt?

Allerdings übernimmt auch in diesem Fall keiner der Anwesenden mit der Beantwortung der Frage den zweiten Teil der Paarsequenz, sondern ganz im Gegenteil eröffnet die Lehrerin mit

der Frage nach der Handhabung der Essensreglung ein neues Thema, welches im Unterschied zur Frage der Umgangsweise dann auch bearbeitet wird. In diesem Zusammenhang nennt Dr. Wenzel auch das langfristige Ziel, Mike „mit viel pflegeunterstützung“ langfristig gesehen zu entlassen. Im weiteren Verlauf beansprucht erneut die Lehrerin das Wort, um nochmals auf die Mutter zu sprechen zu kommen: „hat die mutter denn nun eigentlich gesagt, warum sie KLM besser findet?“ Mit dieser Frage knüpft sie an die zuvor geführte Aspekte der Diskussion an, da diese aus ihrer Perspektive anscheinend noch nicht ausreichend geklärt sind. Die Antwort Dr. Wenzels „nee, weil- weil mike das besser findet.“ führt zu einer ungläubigen Rückfrage der Lehrerin „nur das war das argument?“, woran deutlich wird, dass die Intention der Lehrerin darin besteht, eine differenzierte Analyse der Situation vorzunehmen, um so eine argumentative Grundlage für die Gestaltung der Verlaufskurve zu erhalten. Nach einer freien Gesprächspause antwortet erneut Dr. Wenzel, indem er sagt, dass er aus diesem Grund Mike gebeten hätte, seine Argumente aufzuschreiben, womit er indirekt die Frage der Lehrerin beantwortet. Daraufhin nehmen einige Teilnehmer nochmals Stellung nehmen:

Besprechung 1:

- Dr. Wenzel: und wenn man mal guckt so richtig, das ist ja mehr, dass er möchte gerne. [[lachend]] so kann man es wohl zusammenfassen.
- Dr. Wilmsmeier: das ist auch so kindlich, ne. mmh. so ein kleinkind, irgendwie so ich will hier nicht mehr bleiben.
- Herr Scheller: er drückt den willen der mutter aus. weil die mutter kann hier im haus nicht so gut. wie ich das mitbekommen habe vor der zeit in KLM war das nicht so günstig.

Während die beiden Oberärzte die Argumente Mikes relativieren, bringt der Supervisor eine andere Ebene der Deutung ein: Mike drückt den Willen der Mutter aus, die aufgrund von Schwierigkeiten in der betreffenden Klinik ein anderes Krankenhaus vorzieht. Nach einer kurzen Sequenz, in der Dr. Wenzel nochmals darauf hinweist, dass den Eltern das Sorgerecht entzogen werden sollte, erwähnt der Oberarzt eine weitere Deutungsmöglichkeit, die eine Kinderkrankenschwester hatte: Der Wunsch Mikes nach einer Rückverlegung könnte den Hintergrund haben, dass er seine Familie entlasten will, da diese ihn dann aufgrund der erheblichen Fahrtzeit nicht täglich besuchen könnte. Diese Interpretation wird sowohl von der Musiktherapeutin wie auch von dem Ergotherapeuten und dem Supervisor bestätigt, die zuvor an der Diskussion beteiligte Lehrerin schweigt hierzu. In der Folge berichtet die Musiktherapeutin von ihren Erfahrungen mit der Familie Thiele, um so nochmals die Deutung der Kinderkrankenschwester zu bestätigen. Nach einer kurzen freien Gesprächspause ergreift erneut Dr. Wenzel das Wort:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: die die karte die wir die ich noch spielen werde das habe ich mit den KLMnern so besprochen weil die nämlich so ein bisschen in die kerbe haut da kann man das so ein bisschen mal schauen wie das geht=dass ich ehm dass ich mit der mutter besprechen werde und dass mike mike soll das auch mithören dass die rückverlegung von den KLMnern nur dann akzeptiert wird wenn wir wenn einer der familienangehörigen das könnte natürlich auf die mutter rauslaufen dann auch ganztägig da ist

In diesem Beitrag teilt der Oberarzt den Teilnehmern der Besprechung mit, dass in Absprache mit den ärztlichen Kollegen der anderen Klinik, die eventuelle Rückverlegung Mikes an die Bedingung geknüpft ist, dass einer der Familienangehörigen den ganzen Tag bei Mike bleibt. Dieser Redebeitrag ist zum einem aufgrund seiner inhaltlichen, zum anderem aufgrund seiner Umsetzung bemerkenswert. Auf der inhaltlichen Ebene fällt auf, dass Dr. Wenzel anscheinend bereits einen Handlungsplan entworfen hat, den er der Gruppe nun mitteilt. Während er zuvor wiederholt die Frage eines angemessenen Umgangs mit der Situation an die Teilnehmer der Besprechung gestellt hatte, liefert der Oberarzt jetzt selbst eine Antwort: Eine Rückverlegung ist prinzipiell möglich, sofern Familie Thiele die an sie gestellte Bedingung der Anwesenheit erfüllt. Die Umsetzung des Redebeitrags fällt durch einen dramaturgischen Aufbau auf: Der eigentlichen Mitteilung des Plans gehen fünf vorausdeutende Hinweise voran, die zum einem die Aufmerksamkeit der Teilnehmer fokussieren, zum anderem aber auch den Wissensvorsprung Dr. Wenzels unterstreichen. Die Mitteilung dieses Handlungsplans löst die Reaktionen einiger Teilnehmer aus:

Besprechung 1:

Herr Scheller: das wird nicht gehen

Dr. Wenzel: jut dann wollen wir mal gucken ob sich die meinung nich wieder ändert (3)
dann (4)

Frau Stanke: das hatten die ja schon von ihr verlangt vorher auch

Dr. Wenzel: =genau.

Frau Stanke: aber das hat sie ja nicht gemacht

Lehrerin II: geht ja gar nicht

Sowohl der Supervisor wie die Sozialarbeiterin als auch die Lehrerin verweisen in ihren Redebeiträgen darauf, dass ihrer Meinung nach der Plan nicht umgesetzt werden wird, da Familie Thiele die Anwesenheit in der Klinik nicht erfüllen wird. Die Reaktion des Oberarztes auf die Einwände zeigt, dass dieses Nicht-Funktionieren des Plans Teil der Taktik ist: Wenn sich die Familie nicht auf die Bedingung einlässt, kann Mike nicht verlegt werden und muss in der betreffenden Klinik verbleiben. Mit anderen Worten ist der Plan von vorneherein so angelegt, dass davon auszugehen ist, dass er nicht umgesetzt werden kann, wobei mit dem Scheitern das von Dr. Wenzel angestrebte Ziel – der Verbleib Mikes in der Klinik – erreicht wird. Schließlich fragt Dr. Wilmsmeier, inwieweit es angesichts der Tatsache, dass auch noch die

Schwester Mikes zu versorgen ist, überhaupt realistisch ist, dass die Mutter den ganzen Tag in der anderen Klinik verbleibt. Deutlich wird, dass sie im Unterschied zu Dr. Wenzel Überlegungen anstellt, inwieweit die Umsetzung des Plans für Familie Thiele zu realisieren ist. Nach einer kurzen Sequenz, in der Dr. Wilmsmeier, die Lehrerin, der Ergotherapeut und die Musiktherapeutin klären, dass Mikes Schwester noch in den Kindergarten geht und es entsprechend schwer vorstellbar ist, dass die Mutter die Bedingung der stetigen Anwesenheit erfüllen kann, fasst Dr. Wenzel die Sachlage aus seiner Perspektive zusammen:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: ja die idee war einfach damit so ein bisschen noch mal klarzumachen weshalb mike überhaupt hierhin gekommen ist noch mal das wird ja dann noch mal klarer und das ist einfach nur dass es schon auf den einsatz der familie ankommt dass das der punkt ist

((Gemurmel in der Runde))

und das einfach noch mehr einzufordern weil wenns das argument ist dass mike die familie entlasten will dann wär das in dem moment natürlich mehr entlastend wenn er dann doch hier bleibt (3) ja (...) so is es (3)

In seinem Redebeitrag nennt Dr. Wenzel den Teilnehmern die Intention des Plans, die darin besteht, Familie Thiele zu verdeutlichen, dass Mike ihre Unterstützung benötigt, die aufgrund der Entfernung am ehesten zu erbringen ist, wenn der Junge in der betreffenden Klinik versorgt wird. Er knüpft dann an die zuvor ausgeführte Überlegung an, dass Mike seine Familie entlasten will, wobei diese am ehesten möglich ist, wenn der Junge in der betreffenden Klinik verbleibt. Deutlich wird, dass Dr. Wenzel die Lösung für Mikes Wunsch, seine Familie zu entlasten an pragmatischen Gesichtspunkten orientiert: Eine Entlastung ist dann möglich, wenn Herr und Frau Thiele nicht täglich eine weite Strecke zurücklegen müssen, um Mike zu besuchen. Also muss es auch für Mike einleuchtend sein, dass eine Verlegung seine Familie be- anstatt entlastet. Unberücksichtigt bei dieser Situationsdeutung bleibt dabei die psychodynamische Dimension des Problems: Mit dem Wunsch der Verlegung ist die Vorstellung verbunden, dass Mike seine Eltern so schützen kann. Unabhängig davon, ob diese Deutung überhaupt zutreffend ist, wird am Ende des Beitrags deutlich, dass Dr. Wenzel seine Sichtweise für richtig erachtet: „ja (...) so ist es (3)“. Nach einer Bestätigung durch den Ergotherapeuten fügt der Oberarzt folgenden Satz an: „ne ob das realistisch ist das ist ein ganz anderes frage“, womit er deutlich macht, dass die Überlegungen der Teilnehmer bezüglich der Umsetzbarkeit des Plans überflüssig sind. Entsprechend äußert sich keiner der Teilnehmer mehr zu diesem Themenkomplex. Im Anschluss an eine freie Gesprächspause fährt Dr. Wenzel dann fort:

Besprechung 1:

- Dr. Wenzel: ja also ist auch so ein bisschen die frage was wir machen sollen in anführungsstrichen also was wir an konzept erarbeiten sollen oder auf deutsch gesagt er hat ja häufig auch so die methode auch mal angewandt erst mal [zu brüllen]
- Herr Scheller: [und klammern]
- Dr. Wenzel: und dann sofort im nächsten moment wenn er merkt und das brüllen hat dazu geführt dass es kontakt gibt dann sofort umzuschalten auf wohlgefallen
- Herr Scheller: und klammern

Mit dem Einsatz der Gliederungspartikel „ja also“ setzt der Oberarzt einen thematischen Umbruch. Er knüpft dann an die im Verlauf der Besprechung bereits mehrmals gestellte Frage des Umgangs mit der Situation an. Bevor jedoch einer der Akteure darauf antworten kann, fügt Dr. Wenzel eine Beschreibung des Verhaltens von Mike an, woraufhin er von dem Supervisor unterbrochen wird, der noch einen weiteren Aspekt einbringt („und klammern“). Dr. Wenzel setzt dann seinen Beitrag fort, um nach einer erneuten Unterbrechung durch den Supervisor nochmals sein Anliegen zu nennen: „also so die frage wie wir uns verhalten dann so“. Allerdings wartet er auch jetzt keine Antwort ab, sondern beansprucht weiter das Rederecht:

Besprechung 1:

- Dr. Wenzel: ich meine da können wir jetzt ein trainingsprogramm machen wo wir alle beteiligten irgend nen beitrug zu leisten und ihn von morgens bis abends beturnen und bedienen und so weiter da können sie ja mal überlegen aber ich glaub erstens werden wir es nicht durchhalten und das ist auch nicht die realität das können wir nich machen da kann ich doch einfach schon die realität die wir haben anbieten okay und ihm durchaus natürlich ne möglichkeit zur meinungsänderung bieten aber wenn er die nicht ich denke dann werden wir glaub ich nicht an der rückverlegung vorbei kommen ne also wär mein konzept ist so das geht mir im kopf im moment herum aber das wollt ich mal (...) hören
was so die meinung insgesamt ist

In seinem Beitrag nennt Dr. Wenzel mit einem intensivierten Betreuungsangebot ein mögliches Konzept für den Umgang mit Mike. Die in diesem Zusammenhang gebrauchten Formulierungen „trainingsprogramm“ sowie „beturnen und bedienen“ deuten bereits auf die ablehnende Haltung Dr. Wenzels hin. Entsprechend führt dann weiter aus, dass seiner Ansicht nach ein erweitertes Betreuungsangebot unrealistisch und nicht umzusetzen ist. Trotzdem fordert er die Akteure dazu auf, sich Gedanken zu diesem Thema zu machen. Das Konzept des Oberarztes sieht vor, Mike „die realität die wir haben“ anzubieten, um ihm dann die Möglichkeit einer Entscheidung für oder gegen eine Rückverlegung offen zu lassen. Der Oberarzt beendet seinen Beitrag, indem er erneut nach den Vorstellungen der Teilnehmer fragt. Im Unterschied zu den beiden vorherigen Initiativen fährt er nicht weiter fort, so dass im weiteren Interaktions-

geschehen die Lehrerin und der Supervisor eine Antwort auf die Frage geben. Beide gehen davon aus, dass Mike nach Verstreichen einiger Zeit nicht mehr in die andere Klinik will. Die Frage nach der Umgangsweise mit Mike bleibt somit weiter unbeantwortet.

Im weiteren Verlauf stellt Dr. Wenzel dann Überlegungen an, warum sich die Eltern für eine Verlegung einsetzen. Eine mögliche Erklärung sieht Dr. Wenzel darin, dass es entlastender sein kann einige Stunden mit dem Auto unterwegs zu sein als die gleiche Zeit mit Mike zu verbringen. Ohne auf diese Überlegungen einzugehen, wechselt der Supervisor das Thema, indem er auf den Vater Mikes zu sprechen kommt: „aber vater ist son etwas relativer begriff“. Es folgt dann eine längere Sequenz, in der der Ergotherapeut, Dr. Wenzel, eine weitere Ärztin, die Erzieherin und der Supervisor über die Rolle von Mikes Vater sowie über die familiären Verhältnisse sprechen. Dieses Thema wird schließlich von Dr. Wenzel beendet, indem er darauf hinweist, dass „also wahrscheinlich wird zum anfang der nächsten woche so die entscheidung nötig sein“. Er verweist damit auf den bevorstehenden trajectory sequence point: Bis dann muss entschieden werden, wie und wo die weitere Versorgung Mikes durchgeführt wird. Nach einer längeren freien Gesprächspause rekapituliert Dr. Wenzel dann nochmals die von der anderen Klinik formulierte Bedingung der Anwesenheit eines Familienmitglieds für den Fall der Übernahme, woraufhin sich eine Sequenz mit hoher interaktiver Dichte entspannt:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: ne und wie gesagt die KLMner sagen da weil die sind dann sozusagen machen dat nur mit wenn dann einer von den angehörigen längerfristig da ist und nicht nur abends

Herr Scheller =und damit ist alles entschieden dann bleiben se hier

Dr. Wenzel: das weiß ich nich ich glaube die bra eh so wie die drauf sind ich meine glaub ich mal sehen ob es dann so kommt glaub ich das ist das was dann sein könnte (4)

Herr Scheller: da würd ich jede wette drauf abschließen

((Lachen in der Runde))

Ergotherapeut: die bleiben hier

Herr Scheller: die [bleiben dann hier]

Dr. Wenzel: das [werd ich heut mal] erzählen die KLMner wären prinzipiell schon bereit zur Übernahme sie hätten nur darauf bestanden dass die familie dann da bleibt

Im Anschluss an den Beitrag von Dr. Wenzel schließt der Supervisor seinen turn schnell an: Seiner Meinung nach wird Mike nicht in die andere Klinik verlegt werden, da Familie Thiele der damit verbundenen Anwesenheitspflicht nicht nachkommen wird. Diese Einschätzung wird von Dr. Wenzel relativiert, woraufhin Herr Scheller seine Haltung bekräftigt, wobei die von ihm gewählte Formulierung „da würd ich jede wette drauf abschließen“ einige Teilnehmer zum Lachen bringt. In dieses Lachen hinein sagt der Ergotherapeut „die bleiben hier“.

Indem er die gleiche Formulierung wie Herr Scheller benutzt, bestätigt er zusätzlich dessen Einschätzung. Dieser wiederholt daraufhin abermals „die bleiben dann hier“, was interaktiv die Funktion hat, seine Meinung nochmals zu bekräftigen. Im weiteren Verlauf übernimmt Dr. Wenzel dann das Rederecht. Ohne erneut auf die Wortbeiträge einzugehen, teilt er den Anwesenden dann seinen Handlungsplan mit: Er wird Herrn und Frau Thiele über die Sachlage informieren. Nach einer langen freien Gesprächspause ergreift erneut der Oberarzt das Wort, um dann einen weiteren Gesichtspunkt des Problems anzusprechen: Wenn sich das Verhalten Mikes nicht grundlegend ändert, wenn er weiter „so bockig ist ...dass er so in diese verweigerungshaltung rein kommt“, gefährdet dies die Fortführung der Therapie. Unter diesem Aspekt wäre aus Sicht des Oberarztes eine Rückverlegung gegebenenfalls eine mögliche Option, da dann die Therapie durchgeführt werden könnte, und für den Fall, dass Mike Schwierigkeiten machen würde, mit der Verlegung in die betreffende Klinik gedroht werden könnte. Dieses Gedankenexperiment löst unter einigen Anwesenden Heiterkeit aus. In seinem folgenden Beitrag weist Dr. Wenzel auf die Dringlichkeit der Umsetzung des Verlaufskurvenplans hin:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: wir müssen irgendwie die therapie an den mann kriegen damit er letztendlich überlebt und in den psychiatr bei diesem psychiatrischen anteil den wird man hinterher erledigen müssen das wird man jetzt unter der therapie nicht schaffen

In diesem Redezug wird der Handlungsdruck unter dem die Health Professionals stehen deutlich: Nur wenn die Chemotherapie wie geplant durchgeführt werden kann, hat Mike eine Chance zu überleben. Die Behandlung der psychiatrischen Probleme lässt sich nach Einschätzung Dr. Wenzels erst nach einer erfolgreichen Therapie angehen. Die dann folgende Interaktionssequenz ist insofern bemerkenswert, als dass die Teilnehmer Überlegungen zu einem Betreuungskonzept anstellen, obschon dies zuvor von Dr. Wenzel als unrealistisch bewertet wurde:

Besprechung 1:

Herr Scheller: aber er braucht jetzt auch begleitung also ich denke man darf ihn da jetzt nicht allein mit lassen
Lehrerin II: könnte nicht frau möller-fleck ihn begleiten
Herr Scheller: ja das ist eine gute idee
Ergotherapeut: ich heute überlegt er braucht eine tagesstruktur richtig tagesstruktur obwohl ich selber gefragt habe ob ich kann pünktlich um drei drei uhr da sein jeden tag bei ihm ich könnte ich will es versuchen er ist ein sonderfall und es viel zu viel haben wir viel zu tun
Musiktherapeutin: ja das stimmt ich werde versuchen dass ich dann immer morgens zu ihm gehe damit er morgens auch ein angebot hat

In seinem Beitrag nimmt der Supervisor Bezug auf die Äußerung Dr. Wenzels. Zwar widerspricht er dessen Einschätzung nicht grundsätzlich, aber seiner Meinung nach sollte Mike auch jetzt schon psychologisch begleitet werden. Diese Idee wird von der Lehrerin geteilt, die den Vorschlag unterbreitet, dass die Psychologin Frau Möller-Fleck Mike unterstützen könnte. Nachdem der Supervisor diesen Vorschlag befürwortet hat, führt der Ergotherapeut in seinem Redezug die Vorstellung aus, dass eine Tagesstruktur für Mike hilfreich sein könnte. Er selbst will trotz seiner Arbeitsbelastung versuchen, täglich zur selben Zeit mit Mike zu arbeiten. Als Begründung dafür führt er an, dass Mike ein „sonderfall“ sei, womit er indirekt darauf hinweist, dass die schwierige Situation besondere Maßnahmen erfordert. Dieser Situationseinschätzung stimmt die Musiktherapeutin zu und sie ergänzt, dass sie versuchen wird ihre Arbeit mit Mike in die Morgenstunden zu legen. Ohne einen weiteren Kommentar bestätigt Dr. Wenzel mit einem „ja gut also“ die Überlegungen der Teilnehmer, wobei offen bleibt, wer die Psychologin anspricht.

Im weiteren Verlauf erklärt der Oberarzt dann nochmals, dass die andere Klinik grundsätzlich zur Übernahme bereit sei, wobei „die haben im prinzip keine lust ihn wieder zu nehmen das ist auch auch so aber letztendlich werden sie ihn dann schon nehmen“. An diesem Beitrag wird deutlich, dass Dr. Wenzel davon ausgeht, dass Mike wieder in die andere Klinik verlegt wird. Indem der Oberarzt so agiert weist er nun seinerseits implizit die Überlegungen bezüglich des Betreuungskonzeptes der Akteure zurück: Seiner Einschätzung nach wird Mike auch trotz der Initiativen weiterhin zurück wollen. Nach einer kurzen freien Gesprächspause wechselt die Lehrerin das Thema, indem sie fragt, ob bekannt sei, wie Mike bei den bisher erfolgten Verlegungen reagiert habe. Nachdem Dr. Wenzel berichtet, dass Mike bei jeder Verlegung zunächst wieder an den vorherigen Ort zurück wollte, ergreift erneut die Lehrerin das Wort: „vielleicht hatte er einfach auch erst mal schwierigkeiten sich wieder einzufinden“. Deutlich wird die Intention der Lehrerin, eine Ursache für Mikes Verhalten zu finden. Im weiteren Verlauf führt Dr. Wenzel dann aus, dass Mike bei der vorherigen Verlegung „halluzinative und krampfverdächtige ausnahmezustände“ hatte, wobei nie ganz eindeutig war, inwieweit auch willkürliche Anteile eine Rolle spielten. Neben dem Erklärungsversuch der Lehrerin stellt im Folgenden die Sozialarbeiterin weitergehende Überlegungen bezüglich einer Ursachenklärung an. Ihrer Meinung nach könnte ein Grund für Mikes Wunsch nach einer Rückverlegung darin bestehen, dass er in der anderen Klinik „wirklich gerade nette leute auf dem zimmer hatte“, mit denen er sich – im Unterschied zu manchen anderen Erfahrungen – gut verstanden hat. In der Runde der Teilnehmer murmeln einige daraufhin ein bestätigendes „mmh“. Ohne auf diesen erneuten Erklärungsansatz einzugehen, fügt Dr. Wenzel dann einen

weiteren an: „ich glaub es gibt da so menschen die immer ehm abschiede ganz schwer verarbeiten können [[...]] der ist noch eher irgendwie für mich im abschied“. Dieser Einschätzung stimmt der Supervisor zu, indem er ergänzt „depressive reste“. Nach einer kurzen Sequenz, in der die Sozialarbeiterin, der Supervisor und der Oberarzt sich wechselseitig bestätigen, dass sich Mike in einem Abschiedsprozess befindet, folgt eine freie Gesprächspause, die schließlich Dr. Wenzel unterbricht:

Besprechung 1:

Dr. Wenzel: aber also das problem eigentlich ist gar nicht mike das problem sind die eltern äh weil weil ich da glaub ich hatte ich gestern so den eindruck dass wir die irgendwie nicht in so eine kooperierende haltung kriegen können kooperierende haltung im moment wäre einfach das thema mal mehr offen zu lassen und nicht sich definitiv zu äußern das würde für den moment ja schon mal reichen das krieg ich bei den eltern nich erreicht da kann ich die zu nicht bewegen das so zu machen mmh (8) na ja. (3) ansonsten ist bei uns überall reichlich zu tun (8) machen wir schluß glaub ich dann

Dieser beginnt seinen Redezug mit der Konstruktion „aber also“, die einerseits eine inhaltlich relationierende, andererseits aber auch eine resümierende Funktion hat: Die Überlegungen bezüglich des Verhaltens des Jungen sind abgeschlossen und ein neues Thema wird etabliert. Vor dem Hintergrund des bisherigen Verlaufs der Fallbesprechung überrascht die Aussage Dr. Wenzels, dass die Eltern das eigentliche Problem darstellen zunächst. Erklärbar wird diese Einschätzung vor dem Hintergrund, den Dr. Wenzel zu Beginn der Besprechung ausführte: Mike richtet seine Bedürfnisse an denen anderer – in erster Linie denen seiner Mutter - aus. Da sich diese momentan für eine Verlegung ausspricht und keine „kooperierende haltung“ einnimmt, ist die Situation verfahren. Die bisherigen Initiativen Dr. Wenzels, die Eltern dahingehend zu beeinflussen, dass diese „das thema mal mehr offen lassen“ scheiterten. Anders formuliert beeinflusst das Verhalten und die Haltung der Eltern die Gestaltung der Verlaufskurve mehr, als es die Arbeit der Health Professionals erreicht. Schließlich beendet Dr. Wenzel den Fall in der gewohnten Art und Weise.

Diskussion

Der Fall Mike ist Gegenstand einer Besprechung, wobei Auslöser der Wunsch des Jungen und seiner Eltern nach einer Rückverlegung in eine andere Klinik ist. Neben der Ursachensuche für das Verhalten Mikes, stehen Überlegungen der Akteure bezüglich eines Handlungsplans im Mittelpunkt der Diskussion. Ausgangspunkt der Erörterungen über das Verhalten des Jungen ist eine Liste, in denen Mike seinen Wunsch nach einer Rückverlegung begründet. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass sofort nachdem die Teilnehmer die Gelegenheit zum Lesen hatten, Dr. Wenzel eine Bewertung der von Mike angeführten Aspekte vornimmt. Zwar be-

zieht sich der Oberarzt vornehmlich auf einen Punkt, jedoch erfüllen die Umsetzung und die Konstruktion seines Redezugs („also. det. wär. ja. nun. auch. nicht wahr.“) die Funktion, die von Mike angeführten Argumente insgesamt zu entkräften. Es zeigt sich, dass bezogen auf den Interaktionsverlauf dieses Verfahren eine steuernde Funktion hat: Da die angeführten Aspekte „nicht wahr“ sind, entbehren sie jeder Grundlage und müssen nicht diskutiert oder berücksichtigt werden. Entsprechend verzichten die Teilnehmer der Besprechung im weiteren Verlauf ebenfalls auf eine Auseinandersetzung mit Mikes Argumenten und bestätigen somit indirekt die Bewertung Dr. Wenzels.

Während also bezogen auf die Argumente Mikes eine inhaltliche Auseinandersetzung ausbleibt, tätigen verschiedene Akteure an anderer Stelle wiederholt Initiativen, die der Ursachensuche dienen. Neben Verständnisfragen zählen hierzu auch differenziertere Überlegungen bezüglich der Familiendynamik oder der Intention der Eltern, einer Verlegung zuzustimmen. Wenngleich die verschiedenen Überlegungen im Verlauf der Besprechung in unterschiedlichen Kontexten angesprochen werden und oftmals aufgrund thematischer Brüche nicht abschließend diskutiert werden, zeigt sich daran jedoch das Interesse und die Bereitschaft der Akteure sich mit der Situation auseinander zu setzen, um zu einem vertieften Verständnis von Mikes Verhalten zu gelangen. Anders formuliert bedeutet das, dass die Teilnehmer der Besprechung den Komplex der „identity work“ thematisieren, wobei sich die Auseinandersetzung auf die Bereiche beschränkt, die von den Health Professionals als wichtig bzw. richtig angesehen werden. Eine Ausnahme stellen die Redebeiträge der Lehrerin dar, die im Verlauf der Besprechung Aspekte in die Diskussion einbringt, die sie im Gespräch mit Mike erfahren hatte. Unabhängig davon zeigt sich, dass die Gesprächssteuerung Dr. Wenzels Konsequenzen auf der inhaltlichen Ebene hat: Die von Mike angeführten Argumente finden bis auf wenige Ausnahmen keine Berücksichtigung. Gleichzeitig lässt sich feststellen, dass die sich durchsetzende Situationseinschätzung der Health Professionals interaktiv hergestellt wird: Die unterschiedlichen Akteure verzichten ihrerseits auf eine Auseinandersetzung mit Mikes Argumenten.

Der Wunsch Mikes und seiner Eltern nach einer Rückverlegung führt dazu, dass die Umsetzung des Verlaufskurvenplans der Health Professionals gefährdet ist. Während der Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits eine unerwartete Kontingenz darstellte, die eine Adaption des Verlaufskurvenplans zur Folge hatte, stellt das Verhalten Mikes und seiner Eltern nun erneut die routinemäßige Fortsetzung des Handlungsplans in Frage. Dabei stehen die Health Professionals unter einem großen Handlungsdruck: Um das Überleben Mike zu

ermöglichen, muss die geplante Chemotherapie innerhalb kurzer Zeit durchgeführt werden. Verschärft wird diese Situation zusätzlich durch die Nahrungsverweigerung Mikes, die als Zeichen mangelnder Kooperation gedeutet wird. Vor diesem Hintergrund stellt Dr. Wenzel wiederholt die Frage nach einem angemessenen Umgang mit Mike. Allerdings überlässt er zunächst den Teilnehmern keinen Raum zur Formulierung einer Antwort. Mit der Übernahme einer Antwort durchbricht Dr. Wenzel das Prinzip der konditionellen Relevanz, womit sein als Frage formulierter Redebeitrag nicht als solche, sondern als sequenzinitiiierende Äußerung zu verstehen ist. Gleichzeitig bedeutet das, dass der Mediziner die von ihm als wichtig erachteten Aspekte verbalisiert und dabei zugleich die Aktivitäten der Teilnehmer zurückzudrängt.

Für den weitere Verlauf der Besprechung bedeutet das, dass die Akteure immer wieder die Ebene der Ursachenforschung für das Verhalten der Familie Thiele einnehmen, aber nicht an einer Handlungsstrategie und damit an einer Lösung für das Problem arbeiten. Zudem zeigt sich, dass Dr. Wenzel bereits einen Handlungsplan entworfen hat, den er den Akteuren mitteilt: In Absprache mit der anderen Klinik wird der Oberarzt Familie Thiele das Angebot der Rückverlegung machen, allerdings nur unter der Bedingung, dass ein Angehöriger Mike begleitet, möglich ist. Der von Dr. Wenzel in diesem Zusammenhang gebrauchte Vergleich mit einem Spiel („die Karte die wir die ich noch spielen werde“) umschreibt den Umstand, dass dem Handlungsplan taktische Überlegungen zugrunde liegen: Wie in einem Kartenspiel löst der Zug des Gegners - die „Erpressung“ Mikes - eine entsprechende Reaktion der Gegenseite – das Stellen einer Bedingung – aus. Gleichzeitig antizipiert jeder Spieler die Reaktion des anderen, um durch einen möglichst geschickten Einsatz der Karten den Spielverlauf so zu steuern, dass am Ende ein Sieg errungen wird. Nach Einschätzung der Teilnehmer der Besprechung kann Familie Thiele die Bedingung nicht erfüllen, so dass die Strategie Dr. Wenzels schließlich dazu führen wird, dass Mike in der betreffenden Klinik verbleibt – oder anders formuliert, dass aufgrund der geschickten Spielzüge ein Sieg in Form des Verbleibs in der Klinik errungen wird.

Die Reaktion der Akteure auf die Mitteilung des Handlungsplans besteht darin, dass sie Überlegungen bezogen auf die Umsetzbarkeit und den wahrscheinlichen Ausgang des Plans anstellen. Eine grundlegende Auseinandersetzung findet nicht statt, die Spielregeln und die Spielleitung werden nicht in Frage gestellt. Es zeigt sich dass, Dr. Wenzel seine Vorstellungen zur Gestaltung der Verlaufskurve durchsetzt und eine Aushandlung nicht stattfindet. Deutlich wird auch, dass sich die von ihm wiederholt gestellte Frage nach dem Umgang mit der Situation nicht das Problem des Versorgungsortes und möglicher Unterstützung der Eltern Mikes

betrifft, sondern sich auf den alltäglichen Umgang mit Mike bezieht. In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass die Akteure entgegen der Vorstellung des Oberarztes dazu konkrete Überlegungen anstellen. Sie entwickeln somit eine Alternative zu dem von Dr. Wenzel favorisiertem Konzept, Mike lediglich die „realität“, also die routinisierten Tagesabläufe, anzubieten. Die Akteure weisen damit implizit das Konzept des Abwartens von Dr. Wenzels zurück. Mit der Zuschreibung Mikes als „sonderfall“ bringt der Ergotherapeut die besondere Herausforderung des „Falls Mike“ zum Ausdruck, der seiner Einschätzung nach nicht entsprechend der sonst üblichen Routinen gehandhabt werden kann, sondern Arbeiten erfordert, die außerhalb der routinisierten Handlungsabläufe liegen.

6.2.5 Bertram Röll: Ein unkomplizierter Krankheitsverlauf

Eine ‚normale‘ Verlaufskurve: „ein bisschen krank mit allem möglichen“

Der Fall von Bertram wird während zwei Besprechungen thematisiert, wobei zunächst nur die Vorstellung des Patienten erfolgt (s. a. 6.1). In einer weiteren Besprechung findet die Themenöffnung durch die Musiktherapeutin statt:

Besprechung 2:

Musiktherapeutin: bertram strauch hätte ich gern noch mal ist das bertram strauch
Dr. Wenzel: (3) mmh
Ergotherapeut: ja
Dr. Wenzel: hat ne normale all ist aber in einem anderen protokoll weil er so von HIJ übernommen wurde (2) ja das können wir ja einmal vielleicht zusammentragen was wir sonst noch von dem so wissen der hat halt jetzt ist er da das passt zu dem protokoll in in der protokollphase ist man immer ein bisschen krank mit allen möglichen jetzt er hat er mund kaputt das ist eigentlich so übel so übel ist ihm und so weiter

Am Beginn fällt die zunächst zögerliche Themenetablierung auf: der Initiative der Musiktherapeutin folgt eine freie Gesprächspause, die von Dr. Wenzel mit dem Gesprächspartikel „mmh“ unterbrochen wird, anhand dessen aber nicht zu schließen ist, ob er den Fall ebenfalls zum Thema machen möchte. Nach der sich anschließenden Bestätigung durch den Ergotherapeuten übernimmt Dr. Wenzel das Rederecht, um mit der Schilderung der Diagnose und der Therapie die Themenetablierung der Musiktherapeutin zu bestätigen. Nach einer redezuginternen Pause macht er den Vorschlag, „vielleicht“ Informationen über den Jungen zusammenzutragen. Allerdings lässt er den Teilnehmern der Besprechung zunächst keine Gelegenheit dazu, sondern er fährt in seinen Redebeitrag fort, über die medizinische Therapie zu sprechen. Die Fortführung seines Beitrags und der Gebrauch des Vagheitsausdruckes „vielleicht“ deuten darauf hin, dass Dr. Wenzel den Themenwechsel lediglich billigt, nicht aber begrüßt.

Die sich anschließende Schilderung der Therapiefolgen (Übelkeit, Defekte der Mundschleimhaut) und die Formulierung „immer ein bisschen krank“ zeigen, dass Bertram ein gewöhnlicher Fall ist, der im Rahmen der üblichen Handlungsrountinen versorgt wird. Im anschließenden turn der Musiktherapeutin verdeutlicht diese, warum sie den Fall eingebracht hat: „er hyperventiliert ja so ne ist also wir ich“. Jedoch kann sie ihren Beitrag zunächst nicht zu Ende bringen, da Dr. Wenzel sie unterbricht: „ja das haben wir heute auch selber gemerkt (...) kann das aber nicht so richtig gut das war so der eindruck auch ja“. Indem der Oberarzt den Beitrag der Musiktherapeutin unterbricht, um mitzuteilen, dass die Hyperventilationszustände des Jungen bekannt sind, weist er indirekt das Thema zurück. Inhaltlich fällt auf, dass Dr. Wenzel davon ausgeht, dass Bertram die Hyperventilation bewusst einsetzt. Im weiteren Verlauf knüpft die Musiktherapeutin dann an ihren unterbrochenen Redezug an:

Besprechung 2:

Musiktherapeutin: also er ehm hat wohl er ist dann sehr ängstlich hyperventiliert und ich hab dann ne viertelstunde da gesessen und mit ihm geatmet immer schön ausgeatmet und dann wars dann gut und ehm er hat jetzt gesagt ob ich ehm ob ich das seiner mutter die bitte erklären könnte weil wenn er das macht dann regt er sich jetzt wieder so auf ((lachend)) und ich sollte ihm dann ((lacht)) also ausgerechnet ich ich hab ja auch gar nicht so viel ahnung davon aber ich sollte der mutter das doch dann erklären also mit dem ausatmen

In ihrem Beitrag schildert die Musiktherapeutin die Situation der Hyperventilation und ihre Intervention, die darin bestand dem Jungen Ruhe zu vermitteln und ihn zu einer regelmäßigen Atmung zu animieren. Im Ergebnis führte ihr Einsatz dazu, dass sich die Situation entspannte und Bertram die Therapeutin bat, dass diese seiner Mutter Anregungen geben solle, wie sie sich in ähnlichen Situationen verhalten könne. Dieser Vorschlag führt auf Seiten der Musiktherapeutin zur Erheiterung, da sie sich selbst nicht als Expertin für eine Atemtherapie ansieht. Im Anschluss resümiert sie diesen Teil ihres Redezugs, indem sie sagt: „und also er wohl einfach furchtbar viel angst“, um dann nochmals das morgendliche Ereignis zu schildern. Diese Wiederholung zeigt zum einem, dass die Situation für die Sprecherin selbst belastend war und sie mit dem erneutem Bericht Entlastung schafft. Interaktiv hat diese Wiederholung die Funktion, die Belastung und die Not des Jungen hervorzuheben. Dies zeigt sich auch am Ende des Beitrags, wo die Musiktherapeutin nochmals auf die schwierige Situation Bertrams hinweist: „ich wollte jetzt nur einfach mal hören also das ist wohl nicht das erste Mal er gerät da ziemlich in panik“. Neben ihrem Interesse zu erfahren, ob diese Hyperventilationszustände bereits häufiger aufgetreten sind, betont die Therapeutin erneut die Not Bertrams. Entsprechend dem Prinzip der konditionellen Relevanz ist eine Antwort auf die Frage erwartbar, die dann auch durch Dr. Wenzel erfolgt. Er bestätigt mit einem knappen „ja“, dass diese Zu-

stände bereits mehrmals aufgetreten sind, um dann anzuschließen, dass dies bisher aber nicht während des Krankenhausaufenthalts der Fall war. Im Anschluss daran übernimmt eine Stationsärztin das Rederecht, um zunächst zu berichten, dass Frau Röhl ihr von ähnlichen Erlebnissen mit Bertram erzählt habe. Sie wechselt dann das Thema, um auf die Mutter zu sprechen zu kommen:

Besprechung 2:

Stationsärztin: wobei die mutter im moment auch extrem belastet wirkt so ich hab noch mal gefragt na ob das sehr anstrengend wäre mit der fahrerei sie sagte ja das wär gar nicht das schlimmste aber sie wär wieder angefangen zu arbeiten

Mit der Verwendung des Adjektivs „wobei“ stellt die Stationsärztin einen Zusammenhang zwischen den Hyperventilationszuständen Bertrams und der Belastungssituation seiner Mutter her. Diese Einschätzung wird von der Musiktherapeutin bestätigt, woraufhin die Ärztin zu einer weiteren Erläuterung ihrer Einschätzung ansetzt, die sie aber nicht beenden kann, da sie von der Sozialarbeiterin unterbrochen wird. Diese nimmt das Thema der Berufstätigkeit von Frau Röhl auf, woraufhin sich ein kurzer Dialog zwischen ihr und der Stationsärztin über dieses Thema entwickelt.

Im weiteren Verlauf übernimmt Dr. Wenzel das Rederecht, um mit der Formulierung „die frage das würde mich mal interessieren“ das Thema der Berufstätigkeit der Mutter vom floor zu verdrängen. Der Oberarzt fährt dann fort, sein Thema zu etablieren: „wie da überhaupt die konstellation ist“. Ohne aber den Teilnehmern die Möglichkeit einer Antwort zu geben, fährt er fort zu berichten, dass Frau Röhl selbst an einer Tumorerkrankung leidet. Dieser Information fügt er an, dass der Vater während einer Bluttransfusion nicht bei seinem Sohn geblieben ist, sondern Schlittschuh gelaufen ist. Im Anschluss bewertet er dieses Verhalten folgendermaßen: „is ja find ich ja irgendwie ganz nett aber nicht das was die meisten väter tun wenn sie die kinder zur transfusion hier vorbeibringen“. Mit anderen Worten schließt Dr. Wenzel aus dem anscheinend nicht üblichen Verhalten des Vaters auf eine problematische Familienkonstellation. Nach einem kurzen Beitrag der Ärztin der Tagesklinik, die darauf hinweist, dass die Eltern sich Bertram gegenüber „sehr zugewandt“ verhalten würden, spezifiziert Dr. Wenzel dann seine Ausgangsfrage: „nee nee die sind sehr zugewandt aber die frage leben die die leben nicht zusammen oder leben doch zusammen oder“. Mit der Übernahme einer Antwort übernimmt die Sozialarbeiterin Frau Stanke die Beantwortung der Frage. Sie erläutert, dass die Eltern nicht getrennt sind und Herr Röhl selbstständig beschäftigt ist. Zudem ergänzt sie, dass die Verwandtschaft der Familie nicht am Wohnort wohnt und dementsprechend keine direkte familiäre Unterstützung möglich sei. Diese Informationen werden von Dr. Wenzel mit

einem „mmh“ kommentiert. Im Anschluss daran entspannt sich eine Interaktionssequenz, in die verschiedene Akteure Überlegungen zur möglichen Unterstützung der Familie anstellen:

Besprechung 2:

Frau Stanke: also ich denke da wäre eine unterstützung für die mutter durch frau möller-fleck sehr angebracht

Dr. Wenzel: mmh

Frau Möller-Fleck: ja okay

Frau Stanke: und ich habe vor mit ihr nochmals über weitere möglichkeiten der entlastung zu sprechen

Musiktherapeutin: vielleicht wär es für bertram auch gut wenn er psychologisch begleitet würde also ich meine bestimmt hat er doch auch schon durch die krankheit der mutter ängste oder so

Frau Möller-Fleck: doch doch das denke ich auch ich werde auf jeden fall mit ihm sprechen

Musiktherapeutin: und ich mache ja auch [weiter]

Dr. Wenzel: [ja kann] können sie machen

Neben dem Vorschlag der Sozialarbeiterin, eine psychologische Begleitung für Frau Röll zu initiieren, berichtet sie, dass sie selbst im Rahmen ihrer Tätigkeit nochmals Kontakt zu der Mutter herstellen wird. Während die Psychologin dem Vorschlag mit einem knappen „ja okay“ zustimmt, äußert Dr. Wenzel lediglich ein „mmh“, wodurch eine eher verhaltene Zustimmung zum Ausdruck kommt. Im weiteren Verlauf schlägt die Musiktherapeutin vor, dass die psychologische Begleitung auch auf Bertram ausgedehnt werden sollte. Als Begründung verweist sie auf die Krebserkrankung der Mutter, die ihrer Vorstellung nach auch Auswirkungen auf die psychische Verfassung des Jungen hatte. Diesem Vorschlag stimmt Frau Möller-Fleck zu. Im Anschluss daran ergänzt die Musiktherapeutin, dass auch sie ihre Arbeit mit Bertram fortsetzen wird, wobei sie bei der Umsetzung ihres Beitrages von Dr. Wenzel unterbrochen, der ebenfalls seine Zustimmung zum Ausdruck bringt. Deutlich wird, dass die Akteure unterschiedliche Ideen zur Unterstützung der Familie Röll entwickeln, wobei sich diese auf den Bereich der alltagsbezogenen und der biografischen Arbeit beziehen. Im weiteren Verlauf des Interaktionsgeschehens ergreift Dr. Wenzel erneut das Rederecht:

Besprechung 2:

Dr. Wenzel: aber der junge mann ist ja doch ein kleines seelchen das ja sehr schön angeben kann was seine probleme sind (...) kann man dann schließen daß das hyperventilationszustände sind und kein kein organisches korrelat eigentlich hat so wie er es selber auch schildert (4) den haben wir jetzt einfach auch so ein bißchen eingefangen so ganz schwer ehm mund halt kaputt und so jetzt etwas bedrohtes hat er sicher nicht aber das sah so aus als ob das jetzt mal ganz gut ist den mal stationär zu pflegen das irgendwie so mit viel mühe irgendwie so ambulant hinzukriegen

Der Oberarzt beginnt seinen Redezug mit dem Gliederungssignal „aber“, woran er dann eine Beschreibung Bertrams als „kleines seelchen“ anschließt. Diese Zuschreibung ergänzt er

durch die Aussage, dass der Junge seine Probleme „schön“ thematisieren kann, woran sich die ironische Interaktionsmodalität zeigt. Nach einer kurzen redezuginternen Pause greift er mit dem Thema der Hyperventilation auf den Beginn der Fallbesprechung zurück. Dies ist als Hinweis auf das Ende des Falls anzusehen, da der Oberarzt mit diesem Vorgehen eine inhaltliche Rahmung setzt. Dafür spricht auch, dass er nach einer weiteren Pause mit dem Thema der Entzündung der Mundschleimhaut ein Thema anspricht, was ebenfalls zu Beginn des Falls angesprochen wurde. Anders formuliert spiegelt sich in der inhaltliche Rahmung die somatische Schwerpunktsetzung des Oberarztes wieder. Im Folgenden ergreift die Musiktherapeutin das Wort und sagt, dass sie im Anschluss an die Besprechung zu Bertram und seiner Mutter gehen wird, um dem Wunsch des Jungen nachzukommen. Nach einer erneuten freien Gesprächspause beendet Dr. Wenzel den Fall in gewohnter Art und Weise mit dem Einsatz des Gliederungspartikels „okay“.

Diskussion

Im Fall „bertram röll“ behandeln die Akteure der Besprechung drei Themenbereiche: zum einem geht es um den Bericht der Musiktherapeutin über die Hyperventilation, zum anderem tauschen die Akteure Informationen über die Familienkonstellation aus, um schließlich einen Handlungsplan für die psychische Betreuung Bertrams und seiner Mutter zu entwerfen. Im Zusammenhang mit der Themenentfaltung lassen sich die unterschiedlichen Situationswahrnehmungen der verschiedenen Akteure aufzeigen. Letztendlich wird mit der Schilderung der Diagnose und der Therapie der Fall durch Dr. Wenzel eröffnet (s. 6.2.3.2). Auffällig in diesem Zusammenhang ist die Umsetzung des Redezugs: der Oberarzt spricht von einer „normalen all“, bei der „man immer ein bisschen krank“ ist. Unabhängig davon, dass unklar ist, was eine „normale all“ ist und ungeachtet der Tatsache, dass eine Leukämie eine lebensbedrohliche Krankheit ist, zeigen die gewählten Formulierungen, die ausschließliche Ausrichtung Dr. Wenzels an einem medizinischen Orientierungssystem. Mit anderen Worten deutet der Oberarzt den Fall „bertram“ anhand medizinischer Kriterien, die schließlich zu der Zuschreibung „normale all“ führen. Implizit bringt er damit auch die Verlaufskurvenentwürfe und -pläne zum Ausdruck: eine kindliche Leukämie wird entsprechend standardisierter Therapiepläne mit einem kurativen Behandlungsziel therapiert, die dabei auftretenden krankheits- und therapiebedingten Folgen sind ebenfalls im Rahmen routinisierter Handlungspläne zu behandeln. Entsprechend konstatiert Dr. Wenzel, dass die Hyperventilation Bertrams „kein organisches korrelat“ hat und demnach nicht behandlungsbedürftig im Sinne einer medizinischen Therapie ist.

Im Unterschied dazu fokussiert die Musiktherapeutin in ihren Redebeiträgen die Person Bertrams. Sie betont wiederholt die Not und Panik des Jungen, die in den Hyperventilationszuständen zum Ausdruck kommt. Im Gegensatz zu der Darstellung des Oberarztes reduziert sie ihn somit nicht auf die Funktion des Rollenträgers „Patient mit normaler ALL“. Ein ähnliches Muster lässt sich im Zusammenhang mit der Thematisierung der Mutter feststellen. Während Dr. Wenzel lediglich die Information, dass Frau Röhl selbst an einem bösartigen Tumor erkrankt ist, mitteilt, stellen die Akteure Überlegungen zur Unterstützung der Mutter an. Diese umfasst die alltagsbezogene wie auch die biografische Arbeit. Darüber hinaus konstatieren sie, dass aufgrund der Krankheit der Mutter Bertram selbst einen Unterstützungsbedarf habe, welcher durch die Psychologin eruiert werden solle. Deutlich wird, dass die Akteure die Gestaltung der Verlaufskurve nicht auf medizinisch-somatische Aspekte beschränken, sondern dass sie mit dem Entwurf von Unterstützungsangeboten auch die alltagsbezogenen und biografischen Dimensionen in das Trajektmanagement miteinbeziehen.

7. Fallübergreifende Ergebnisdiskussion: Der reziproke Einfluss zwischen der Gesprächsorganisation und der Prozedierung der Krankheitsverlaufskurven

Vor dem Hintergrund der einzelnen Fallanalysen und der Analyse der Ordnungsprinzipien der Besprechungen ist jetzt zu fragen, welche übergreifenden Erkenntnisse zu schlussfolgern sind. Dabei gilt es zum einem die gesprächsorganisatorische und zum anderem die inhaltliche Ebene zu beleuchten, um so Aussagen über die der Prozedierung der Verlaufskurven zugrundeliegenden kollektiven Wissens- und Werteorientierungen treffen zu können. Diese stellen eine Voraussetzung für die Handlungsmuster und -logiken dar, die der Gestaltung der Verlaufskurven und damit auch der Versorgungsgestaltung zu Grunde liegen. Dabei ist zu bedenken, dass beide Aspekte lediglich unter analytischen Gesichtspunkten getrennt diskutiert werden. Wie zu zeigen sein wird, stehen die gesprächsorganisatorische und inhaltliche Ebene in einem reziproken Verhältnis zueinander oder, wie Poro (1999) feststellt, sind die Art und Weise der Themenbehandlung und -kontrolle grundlegende Merkmale der Teambesprechungen.

7.1 Prozedierung der Verlaufskurven: Gesprächsorganisatorische Ebene

Organisation der thematischen Fokussierung und Progression: Die Fallstruktur der Besprechung als ordnungstiftendes Element

Im Unterschied zu geselligen Zusammenkünften zeichnen sich offizielle Besprechungen unter anderem dadurch aus, dass die Teilnehmer ihre Aufmerksamkeit auf einen gemeinsamen Fokus ausrichten (Meier 2002). Dass dazu zunächst alle Teilnehmer an einem Ort zusammenkommen müssen, ist zunächst eine banal anmutende Voraussetzung. Allerdings lässt sich im Zusammenhang mit den analysierten Besprechungen feststellen, dass sowohl die Wahl des Ortes (die sogenannte Ärztebibliothek) wie auch die wöchentlich von den Teilnehmern reproduzierte Sitzordnung eine medizinische Rahmung der Besprechung offenbar werden lässt. Mehr noch lässt sich aufgrund der Analyse des Beginns und des Endes der Besprechung feststellen, dass das Erzeugen und die Aufhebung der gemeinsamen Fokussierung ausschließlich durch den Oberarzt erfolgen. Mit der ausschließlichen Umsetzung der Handlungsformate durch den Mediziner etabliert und festigt dieser seine Rolle als Besprechungsleiter. Anders formuliert findet die äußere Rahmung der Besprechung ihre Entsprechung in der inneren Struktur: Ein wesentlicher Aspekt, der die onkologische Besprechung zu einer sozialen Einheit werden lässt, ist medizinisch dominiert.

Während die Eröffnung und die Beendigung der Besprechung der Herstellung bzw. dem Auflöser der Aufmerksamkeit auf einen gemeinsamen Fokus dienen, umfasst der Aspekt der Themenprogression das Herausstellen einer thematischen Kontinuität während der Besprechung. Die Orientierung an der Bearbeitung einzelner Fälle ist als ein von den Teilnehmern interaktiv hergestelltes Verfahren zur Wahrung der thematischen Kohärenz anzusehen. Im Unterschied zu Arbeitsbesprechungen, in denen gegebenenfalls sehr unterschiedliche thematische Bereiche besprochen werden (Müller 1997, Meier 2002), drückt sich in der Orientierung der Akteure an der Fallstruktur der gemeinsam etablierte Fokus krebskranke Kinder und Jugendliche aus. Da für keine der Besprechungen eine Tagesordnung vorliegt noch eine solche im Verlauf der Teambesprechung erstellt wird, dient die Orientierung an der Fallstruktur der Organisation der thematischen Progression. Dies wird unter anderem auch daran deutlich, dass im gesamten Materialkorpus lediglich drei Themen angesprochen werden, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit erkrankten Kindern stehen. Unter dem Aspekt der Gesprächsorganisation muss allerdings festgehalten werden, dass sich die Frage der Themenprogression zunächst nur auf die Abfolge der Fälle an sich bezieht. Fragen einer an inhaltlichen Maßstäben orientierten Themenprogression sind damit noch nicht berührt (Opie 1997). Mit anderen Worten stellt das Prinzip der Fallorientierung ein metakommunikatives Verfahren zur Sicherung der Themenfokussierung und der Themenprogression dar, wobei aufgrund des Fehlens einer Tagesordnung damit noch nicht geregelt ist, welche Fälle zum Gegenstand der einzelnen Besprechungen werden. Die Fallauswahl selbst stellt also ebenso einen Gegenstand interaktiver Aushandlungsprozesse zwischen den Teilnehmenden dar.

Organisation der Themen- und Fallauswahl: Initiierung und Ratifizierung als ordnungsstiftendes Element

Vor dem Hintergrund der oben gemachten Ausführungen kann der Handlungsschritt Falleinführung also gleichgesetzt werden mit der „Themeneröffnung“. Der Themen- bzw. Falleinführung fällt insofern eine gewichtige Bedeutung zu, als dass während einer Themeneröffnung situative Neuorientierungen stattfinden, die sich auf den Bearbeitungsgegenstand und die Beziehung unter den Interaktionspartnern beziehen (Müller 1997: 82). Die Themen-/ Falleinführung stellt also insofern einen bedeutenden Aspekt der „institutional interaction“ (Drew/ Heritage 1992) dar, als dass anhand der spezifischen Art und Weise der Umsetzung ein Orientierungssystem und damit eine Grundlage für eine kollektive Wissens- und Werteorientierung etabliert wird.

Die anhand der Analyse des Datenmaterials herausgearbeiteten Aktivitätsmuster „Patientenvorstellung“ und „Falleröffnung“ unterschieden sich neben der Beteiligungsrolle der Akteure auch inhaltlich. Während sich die Falleröffnung auf bereits bekannte Patienten bezieht, dient das Aktivitätsmuster der Patientenvorstellung dazu, neue, der Gruppe unbekannte Patienten vorzustellen. Im Unterschied zu dem Aktivitätsmuster Falleröffnung wird die Patientenvorstellung ausschließlich durch die Mediziner vorgenommen. Anders formuliert wird ein Fall – und damit ein Kind/ Jugendlicher – zu einem Fall, wenn er von einem der beiden Oberärzte vorgestellt wird. Diese zunächst etwas schlicht wirkende Aussage gewinnt unter dem Aspekt der so geschaffenen Relevanzkriterien allerdings eine weitreichende Bedeutung. Aufgrund der spezifischen Art und Weise der Falleinführung werden grundlegende Bedingungen für die Kommunikation und Interaktion zwischen den Teilnehmern festgelegt und ausgehandelt. „Die Interaktionspartner richten ihre Aufmerksamkeit an diesem Fokus als einer allgemeinen Aktions- und Interpretationsgrundlage aus.“ (Müller 1997:171). Wenn ein Fall anhand medizinischer Relevanzkriterien eingeführt wird, heißt dies im Umkehrschluss, dass ein Fall dann zu einem Fall wird, wenn ein Kind eben diesen medizinischen Kriterien entspricht (Atkinson 1995). Anders formuliert: Ein Fall ist dann ein Fall, wenn der Fallträger (Kind) eine Diagnose und eine Therapie aufweisen kann.

Die Umsetzung des Aktivitätsmusters der Patientenvorstellung verläuft dabei entlang des von Atkinson (1995) beschriebenen „medical talk“: Im Mittelpunkt stehen Ausführungen zum bisherigen Krankheitsverlauf, zu Symptomen und zu diagnostischen und therapeutischen Interventionen. Entscheidend ist dabei die Art und Weise der Berichterstattung im Sinne einer medizinischen Fallkonstruktion (Atkinson 1995). Die Funktion einer solchen Berichterstattung liegt darin, ein biomedizinisches Verständnis zwischen den Beteiligten zu erlangen. In der rhetorischen und inhaltlichen Umsetzung des Aktivitätsmusters Patientenvorstellung, zeigt sich die Ausrichtung der Interaktion an einem medizinischen Orientierungssystem. Diese spezifische Situationswahrnehmung und -deutung orientiert sich an naturwissenschaftlichen Merkmalen, psycho-soziale oder biografische Aspekte werden dabei lediglich am Rande behandelt oder ganz und gar außer Acht gelassen. Dies zeigt sich neben der Verwendung medizinischer Fachtermini besonders auch durch die marginalen Hinweise zu den Familien der erkrankten Kinder und die komplett fehlenden Angaben zur Situation des Kindes selbst. Es gibt keinerlei Aussagen zu den jeweiligen Familienkonstellationen, zur sozialen Lage der Familien oder auch schlicht nur zum Wohnort. Genauso wenig erschließt sich ein genaueres Bild über die erkrankten Kinder selbst: Welche Wesenszüge sind charakteristisch, wie haben die Betroffenen die Diagnose aufgenommen oder ob ein Kind in die Station integriert ist oder

nicht. Anders formuliert zeigt sich der Zusammenhang zwischen gesprächsorganisatorischen Aspekten auf der einen und inhaltlichen Gesichtspunkten auf der anderen Seite: Die medizinische Dominanz in der Umsetzung des Aktivitätsmusters hat seine Entsprechung in der nahezu ausschließlichen Fokussierung medizinisch-therapeutischer Betrachtungsweisen der Fälle: Die Kinder und Jugendlichen sind Träger von physiologischen bzw. pathophysiologischen Zuständen.

Die Situationswahrnehmung und -deutung eines Kindes als medizinischen Fall und die damit einhergehende Wissens- und Werteorientierung haben darüber hinaus Auswirkungen auf die Kommunikation und Interaktion zwischen den Teilnehmern der Besprechung. Die spezifische Art und Weise der Falleinführung bestimmt den Verlauf der Interaktion dergestalt, dass die Beteiligungsrolle der Akteure auf das Zuhören beschränkt bleibt: Sie haben entsprechend ihrer Berufsgruppe als Physio- oder Ergotherapeuten, Lehrer oder Pflegepersonal keinen Beitrag zu einem *medizinischen Fall* zu leisten. Die Dominanz medizinischer Aspekte reicht so weit, dass die Teilnehmer auch keine Fragen zu den Kindern/ Jugendlichen stellen. Indem sie so handeln, drücken sie einerseits ihre Ausrichtung an dem medizinisch-somatischen Orientierungssystem aus, andererseits stellen sie genau dies auch wechselseitig her. Aufgrund der interdisziplinären Zusammensetzung der Besprechungen wäre auch eine grundsätzlich andere Art und Weise der Patientenvorstellung denkbar, die neben dem Umstand, dass eine andere Berufsgruppe das Rederecht übernimmt, vor allem auch durch eine inhaltliche Erweiterung gekennzeichnet wäre.

Die so geschaffenen Relevanzverhältnisse haben darüber hinaus auch Konsequenzen für die Prozedierung der Krankheitsverlaufskurven der betroffenen Kinder. Krankheitsverlaufskurven sind demnach medizinische Verlaufskurven („course of illness“: Strauss et al. 1975): Von Interesse sind neben der Diagnose und Therapie pathophysiologische Zusammenhänge, soziale oder biografische Aspekte sind praktisch nicht relevant, es finden sich lediglich vereinzelte Hinweise hierzu. Die in dem Aktivitätsmuster Patientenvorstellung zum Ausdruck kommende medizinisch-somatische Dominanz findet ihre Entsprechung in der Umsetzung des Musters: Die Vorstellung neuer Patienten ist ein Exklusivrecht der Ärzte. Vor dem Hintergrund der vorherigen Ausführungen kann also konstatiert werden, dass das Aktivitätsmuster „Patientenvorstellung“ eine unabdingbare Voraussetzung für die Beteiligungsmöglichkeit der anderen Akteure der Besprechung darstellt. Erst wenn ein Fall in der spezifischen Art und Weise den Teilnehmern der Gruppe bekannt gemacht wurde und so zu einem „biomedical case“ (Atkin-

son 1995) wurde, können die Akteure in den folgenden Besprechungen darauf rekurren und eigene Beiträge formulieren.

Während die Vorstellung neuer Patienten also ausschließlich durch die Mediziner erfolgt, werden bereits bekannte Patienten neben den Ärzten auch von anderen Akteuren zum Thema gemacht. Dies geschieht mit und ohne Aufforderung anhand verschiedener Beteiligungsformen, wobei der Themenwechsel jeweils durch die Mediziner bestätigt wird, indem sie, bis auf zwei Ausnahmen, immer den nächsten turn übernehmen. Durch den Handlungsschritt der Ratifizierung festigen die Mediziner ihre Rolle als Besprechungsleiter/in: Ein Fall wird dann zum Gegenstand der Interaktion, wenn die Mediziner dem Themenwechsel zugestimmt haben. In der Regel werden Themen und Themenkomplexe vom Gesprächsleiter benannt und damit etabliert, eine Ratifizierung durch die Teilnehmer findet nicht statt (Meier 2002: 96). Hier liegt nun der umgekehrte Fall vor: Unterschiedliche Akteure eröffnen einen neuen Fall, der damit vollzogene Themenwechsel bedarf aber im Unterschied zur Themeneinführung durch den Besprechungsleiter einer Ratifizierung durch diesen. Indem die Mediziner jeweils dem Themenwechsel zustimmen, festigen sie ihre Rolle als Besprechungsleiter/in. Somit weist das Aktivitätsmuster „Falleröffnung“ eine Analogie zur „Patientenvorstellung“ auf: Die entscheidende Voraussetzung, damit spezifische Kinder und Jugendlichen zum Gegenstand der Besprechung werden können, besteht in der Ratifizierung der Falleröffnung durch die Medizin. Anders formuliert stellt die Initiierung der Kinder und Jugendlichen als *medizinische Fälle* eine Handlungsbedingung für das Interaktionsgeschehen dar. Die damit implizit zum Ausdruck kommende biomedizinische Wissens- und Werteorientierung hat Konsequenzen für das interaktive Geschehen.

Organisation der Themenbeendigung: Erzeugen einer Zäsur als ordnungsstiftendes Element

Während in geselligen Zusammenkünften ein schrittweises Ineinanderfließen verschiedener Themen zu beobachten ist, setzt im Zuge offizieller Besprechungen die Etablierung eines neuen Themas den Abschluss des vorherigen voraus (Meier 2002: 114f). Ebenso wie für die beschriebenen Aktivitätsmuster „Patientenvorstellung“ und „Falleröffnung“ lässt sich für die Fallbeendigung feststellen, dass dieser Handlungsschritt durch die medizinische Profession geprägt ist. Die Umsetzung erfolgt regelmäßig durch den Einsatz von Gliederungssignalen, die hier die Funktion einer thematischen Zäsur erfüllen. Der Einsatz dieser Gliederungssignale stellt also eine Methode der Gesprächssteuerung dar: Ebenso wie der Beginn eines Themas obliegt der Abschluss dem Besprechungsleiter. Diese Regel kommt auch dann zur Geltung,

wenn am Ende eines Falls eine lange freie Gesprächspause entsteht, die auch als Fallabschluss gewertet werden könnte. Sofern ein Fall nicht durch die Mediziner beendet wird (was im gesamten Korpus lediglich viermal vorkommt), nutzen die Akteure keine Gliederungssignale zum Themenabschluss. Mit anderen Worten obliegt das Erzeugen einer Zäsur mittels ordnungsstiftender Elemente den Mediziner, die somit eine gesprächssteuernde Funktion einnehmen. Mit dem Verzicht auf den Einsatz von Gliederungssignalen zur Themenbeendigung drücken die Teilnehmer ihre Orientierung an einer medizinisch orientierten Fallbearbeitung sowie an der Rolle der Ärzte als Besprechungsleiter aus. Die Akteure (re-)produzieren damit den Kontext der Interaktion als eine medizinisch onkologische Besprechung und ihre lokale Identität als Teilnehmer/Innen (Meier 2007: 152).

Organisation der Fallkonstruktion: Steuerung und Kontrolle als ordnungsstiftendes Element

Während sich die Themeneröffnung auf die Frage bezieht, wie ein Fall überhaupt zum Thema in der Besprechung wird, umfasst der Aspekt der Fallkonstruktion die Gesamtheit des interaktiven Geschehens bezogen auf einen Fall. Der Ablauf einer Fallkonstruktion erfolgt dabei immer nach einem bestimmten Muster: Nach der Falleröffnung (s.o.) folgt zunächst ein Bericht in Form „medizinischer Narrative“ (Vogd 2004), deren Inhalt Informationen zu medizinischen und therapeutischen Aspekten der Versorgung sind. Entsprechend kann dieser Bericht nur von den Ärzten kommuniziert werden. Über die Falleinführung, die zunächst ja nur der Themenetablierung dient, hinaus dominieren die Mediziner also auch die dann folgende Themenprogression. So wäre theoretisch auch denkbar, dass nach der Nennung des Namens eines Kindes ein anderer Akteur den Fall fortführt, was aber nicht zum Tragen kommt. Auch hier zeigt sich der reziproke Einfluss zwischen gesprächsorganisatorischen und inhaltlichen Aspekten: Die mit der Themeneinführung festgelegten medizinischen Relevanzkriterien finden ihre Fortführung in der Art und Weise der Themenprogression.

Ausnahmen dieser Regel finden sich lediglich dann, wenn über bereits entlassene Kinder und Jugendliche oder über die Familien von verstorbenen Patienten berichtet wird. Diese abweichende Praxis erklärt sich aus der Tatsache, dass diese Kinder nicht mehr Patienten des Krankenhauses sind und somit eine medizinisch-somatische Rahmung durch die Ärzte entsprechend dem Muster der Fallkonstruktion nicht notwendig bzw. aus medizinischer Perspektive nicht erforderlich ist: Der Zuständigkeitsbereich und der damit verbundene Auftrag der Ärzte endet mit der Entlassung eines Patienten. Der sozialen Ordnung der Besprechung folgend werden diese Fälle weder von den Ärzten eingeführt noch durch diese beendet. Mit anderen

Worten bestimmt der Aufenthaltsort der Kinder und Jugendlichen die Art und Weise der Fallkonstruktion: Als Patienten des Krankenhauses werden sie entsprechend des Settings und der Vorrangstellung der Medizin als medizinische Fälle konstruiert. Der Beitrag der anderen Akteure beschränkt sich in diesem Zusammenhang zunächst lediglich auf Verständnisfragen zu den diagnostischen oder therapeutischen Aspekten der Versorgung. Sofern die Kinder oder Jugendlichen aufgrund von Verlegungen oder im Todesfall nicht mehr zum Einflussbereich des Krankenhauses gehören, entfällt der medizinische Handlungsrahmen. In der Folge ist es dann auch anderen Akteuren möglich, einen Fall zum Gegenstand des interaktiven Geschehens zu machen. Deutlich wird zum einem die von den Teilnehmenden wechselseitig hergestellte soziale Ordnung der Besprechung sowie zum anderen die Interdependenz von Gesprächsorganisation und Gesprächsinhalten.

Im Unterschied zu der Falleinführung und dem sich anschließenden „medical talk“ zeichnet sich die dann folgende Fallkonstruktion durch verschiedene Beteiligungsaktionen der verschiedenen Akteure aus. (Lediglich im Fall Ahmed berichtet der Oberarzt monologisch über ein Kind.) So berichten die Teilnehmenden z. B. über die Erlebnisse mit den Kindern und Jugendlichen oder deren Eltern, wobei mit diesen Berichten auch gleichzeitig inhaltliche Zuschreibungen verbunden sind. Die Berichte beinhalten einerseits Aussagen zu den gemachten Erfahrungen mit den Kindern, andererseits schließen sie auch Gedanken und Gefühle der Berichtenden über die Kinder bzw. ihre Eltern ein. Dieser „emotion talk“ (Li/ Arber 2006) hat die Funktion der Kategorisierung der Patienten sowie ihrer Eltern. Ähnlich wie Li und Arber für Palliativpatienten festgestellt haben, erfolgt die Normierung der Patienten entlang der Kategorien „credible/ troubled“ (Li/ Arber 2006). Allerdings orientieren sich die Beurteilungskriterien weniger an der Bewältigungsstrategie der betroffenen Kinder oder ihrer Eltern als vielmehr an deren Haltung und Einstellung bezüglich der Verlaufskurvenpläne und -entwürfe der Health Professionals. Sofern die Kinder bzw. ihre Eltern diesen zustimmen, fallen sie unter die Kategorie „credible“, eine kritische oder anlehrende Haltung dagegen wird als störend und problematisch eingestuft. Ob dabei die Störung der Routine und der Ordnung der Arbeit oder eine empfundene Kränkung ursächlich für diese negative Perspektive auf die Betroffenen ist, muss an dieser Stelle offen bleiben, da sich dies aufgrund der Anlage der Studie nicht empirisch belegen lässt. Zu vermuten ist eine Kombination aus beiden Aspekten. Darüber hinaus ist die Beurteilung der elterlichen Fürsorge und Liebe sowie ihrer intellektuellen Fähigkeiten ein weiterer Bestandteil der Fallkonstruktionen. Diese normativen Wertungen haben, wie White (2002) zeigen konnte, in erster Linie eine affektive Komponente, die sich sowohl auf die Kommunikation über wie auch auf die Kategorisierung selbst bezieht.

Die Fallkonstruktionen bereits bekannter Patienten sind demnach nicht ausschließlich als „medical talk“ zu werten, sondern im Verlauf der Interaktion werden auch psycho-soziale Aspekte der Verlaufskurvengestaltung thematisiert. Die Analyse des Anteils der kollektiven Fallkonstruktionen zeigt allerdings, dass das Verlassen der biomedizinischen Ebene nicht zwangsläufig zu einer Modifikation der Gesprächsorganisation im Sinne einer gleichberechtigten Beteiligung der Akteure führt. Unabhängig davon, ob medizinische oder psycho-soziale Aspekte thematisiert werden, zeigt sich auch im Verlauf der Fallkonstruktion die Dominanz der Mediziner. Diese kommt durch die Verwendung verschiedener Verfahren der Steuerung und Kontrolle des interaktiven Geschehens zum Ausdruck, wozu die thematische Refokussierung und die Identifikation eines Sachverhalts als Problem zählen. Ähnlich wie Müller (1997) für Arbeitsbesprechungen in Unternehmen beschreibt, stellt die Lenkung der Aufmerksamkeitsorientierung der Teilnehmenden einen zentralen Bestandteil steuernder und kontrollierender Handlungsweisen der Besprechung dar. Mit anderen Worten setzt sich die mit dem Beginn der Fallkonstruktion etablierte Dominanz der Mediziner und der damit einhergehende biomedizinisch-somatische Orientierungsrahmen auch im Verlauf der Interaktion fort. Zwar gelingt es den anderen Berufsakteuren, ihre Erfahrungen oder Wissensbestände über die Kinder sowie ihre Angehörigen in Form von Erzählungen oder Berichten zu verbalisieren, so dass sich am Ende eine „story line“ (Opie 1997) ergibt. Allerdings schließt sich den Berichten oder Erzählungen in der Regel keine analytisch geprägte Diskussion über Ursachen oder Zusammenhänge, die das Verhalten der Eltern und ihrer Kinder verständlich machen könnten, an. Mit anderen Worten werden Episoden in unstrukturierter Art und Weise berichtet, aber nicht reflektiert und analysiert, was auch den Befunden von Opie (1997 a, b) und Crepeau (2000) zu multidisziplinären Teambesprechungen entspricht. Es zeigt sich die wechselseitige Bedingtheit von Gesprächsorganisation einerseits und inhaltlicher Gestaltung der Interaktion andererseits: Die von dem Mediziner verwandten Verfahren der thematischen Kontrolle und Steuerung haben einen unmittelbaren Einfluss auf die Interaktion zwischen den Teilnehmern. Berichte, Situationseinschätzungen und -deutungen zu einem Fall können verbalisiert werden, aber die Definition versorgungsrelevanter Aspekte, die auch Konsequenzen für die Prozedierung der Verlaufskurven hat, bleibt den Mediziner vorbehalten. Die Art und Weise der Gesprächsorganisation (Unstrukturiertheit, abrupte Themenbrüche, fehlende analytische Diskussionen, thematische Steuerung und Kontrolle durch die Mediziner) hat somit direkte Auswirkungen auf die Prozedierung der Verlaufskurven. Wenn im Verlauf einer Fallkonstruktion ein Punkt als Problem etabliert ist, werden Lösungsvorschläge erwartbar. Die Akteure nutzen hierzu das Äußerungsformat der Frage, um Vorschläge einzubringen. Die

Realisierung eines Vorschlags in Frageform „erhöht dessen interaktive Relevanz und immunisiert ihn gegen eine Ablehnung durch bloßes Schweigen.“ (Müller 2002: 169). Mit der Art und Weise, Vorschläge indirekt einzubringen und nicht in Form von Feststellungen oder als direkte Äußerungen zu einem Sachverhalt, drücken die Akteure ihre Orientierung an ihrer Rolle als Teilnehmende aus, die über ein eingeschränktes Vorschlagsrecht verfügen. Während Arber (2008) das rhetorische Mittel der Frage als strategisches Mittel der Pflegenden identifiziert, nutzen im Rahmen der interdisziplinären Besprechungen alle nicht medizinischen Teilnehmer dieses Äußerungsformat.

Aufgrund des Prinzips der konditionellen Relevanz können die Akteure mit einer Antwort zu ihrem Vorschlag rechnen. Somit stellt das von den Teilnehmenden angewandte Verfahren, Vorschläge in Form von Fragen zu realisieren, ein für diese Besprechung typisches Muster dar. Im Unterschied zu diesem Verfahren teilen die Mediziner ihre Vorschläge zur Prozedierung und zur Gestaltung der Verlaufskurven den Teilnehmenden lediglich mit, womit sie ihre Rolle als Entscheidungsträger, deren Vorschläge nicht diskutiert werden müssen, festigen. In den wenigen Fällen, wo differierende Meinungen von den Teilnehmenden zum Ausdruck kommen, bleiben diese im Raum stehen bzw. werden durch den Oberarzt entkräftet. In der Regel verzichten die Akteure bei Vorschlägen durch die Mediziner auf Nachfragen, Erklärungen, zu- oder ablehnende Äußerungen. Sie stellen somit die Rolle der Ärzte als Entscheidungsträger wechselseitig her: Die Vorschläge der Ärzte bedürfen keiner weiteren Diskussion, wohingegen Vorschläge anderer Berufsgruppen einer Zustimmung durch die Mediziner bedürfen.

Die Frage der Organisation der Fallkonstruktion lässt sich neben den beschriebenen Aspekten auch noch unter dem Blickwinkel der Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen diskutieren. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass sich die Pflegenden in keiner Weise sprachlich an der Interaktion beteiligen. Unter gesprächsanalytischen Fragestellungen wird das Phänomen des Schweigens auf seine Bedeutung für den interaktiven Prozess analysiert. Der Bedeutungsgehalt des Schweigens ist demnach davon abhängig, wo es platziert ist: Die Lokalisierung der Schweigephasen im Gespräch dient als primäre Ressource der Interpretation (Bergmann 1988). Wenn, wie im hier vorliegenden Fall, eine Berufsgruppe grundsätzlich schweigt, kann nur der gesamte Gesprächsrahmen und nicht die einzelne Zug-um-Zug Abfolgeordnung als Interpretationsgrundlage gelten. Das Schweigen der Pflegenden ist also als Antwort auf den medizinisch dominierten Gesprächsrahmen zu werten, zu dem neben äußeren Aspekten wie dem Ort und der Sitzordnung vor allem auch Gesichtspunkte der Gesprächsorganisation

fallen. Während die anderen vertretenen Berufsgruppen den jeweiligen – wenn auch aufgrund der Themensteuerung und -kontrolle eingeschränkten - Handlungsraum nutzen, beschränken sich die Pflegenden völlig auf die Rolle der passiv Zuhörenden. Auffällig ist dieser Rückzug vor allem dann, wenn pflegespezifische Themen behandelt werden, da sich zumindest in diesen Zusammenhängen eine potentielle Beteiligung regelrecht aufdrängt. Zu interpretieren ist dieses Verhalten zum einem als Reaktion auf herrschende Hierarchieverhältnis, die den Pflegenden wenig Entscheidungsbefugnis und Gestaltungsspielraum ermöglichen, und sie sich so in einer eher passiven, ausführenden Rolle bewegen.

Vor dem Hintergrund einer interaktionistischen Perspektive sowie vor dem Ergebnis der konversationsanalytischen Auswertung ist dieser Verweis allerdings als Erklärung nicht hinreichend. Wie Housley (1999) zeigen konnte, ist die spezifische Rolle, die ein Akteur im Rahmen kommunikativer Prozesse einnimmt, nicht statisch, sondern das Ergebnis einer wechselseitigen Aushandlung und Zuschreibung zwischen den Beteiligten. Ein so verstandenes Rollenverständnis impliziert, dass die im interaktiven Vollzug konstruierten Rollen im Prozess der Kommunikation und Interaktion wirksam und somit zu einem Teil der sozialen Ordnung werden. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, warum der alleinige Verweis auf bestehende Hierarchiebedingungen nicht ausreicht: Im Rahmen der Besprechungen nehmen die Teilnehmenden nicht ´einfach` ihre zuvor etablierte Rolle ein, sondern diese wird durch die Art und Weise der Beteiligung im Verlauf der Interaktion konstruiert. Das Ergebnis dieses Konstruktionsprozesses kann dabei durchaus mit den zuvor bestehenden Rollenerwartungen und dem charakteristischen Rollenverständnis übereinstimmen. Nichtsdestotrotz stellt die spezifische Rolle auch dann das Ergebnis des interaktiven Geschehens dar. Anders formuliert kann mit Müller (1997) geschlussfolgert werden, dass Hierarchie, Zielorientiertheit und die Koordination der Kommunikation einen reziproken Bezugsrahmen bilden, auf den hin die Akteure ihre Beteiligung organisieren.

7.2. Prozedierung der Verlaufskurven: Inhaltliche Ebene

Medizinische-somatische Orientierungsmuster bestimmen die Verlaufskurvengestaltung

Unter Krankheitsverlaufskurven wird ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden, bei dem die physiologische Entwicklung einer Krankheit lediglich einen Teilaspekt umfasst. Die Gestalt einer Verlaufskurve ist neben dem physiologischen Verlauf maßgeblich durch die Aktivitäten/ Arbeit aller Personen gekennzeichnet, die direkt oder indirekt in das Geschehen eingreifen und so den Verlauf lenken und seine Richtung dirigieren (Corbin et al. 2009). Aufgrund

des prozessualen und gleichzeitig unvorhersehbaren Charakters werden dabei immer wieder Anpassungen und Neuausrichtungen notwendig. Die Analyse der Besprechungen zeigt, dass diese vor dem Hintergrund eines medizinischen Orientierungssystems erfolgen, dessen Kennzeichen in einer Über-Lebensorientierung, der Tendenz zu invasivem Handeln, der Verobjektivierung der Patienten im Sinn einer biologischen Kausalität und einer Trennung zwischen kurativen und palliativen Versorgungskonzepten liegt. Der medizinisch ausgerichtete Handlungsrahmen der Institution Krankenhaus findet seine Entsprechung in einem medizinischen Handlungsvollzug: Die Prozedierung der Verlaufskurven vollzieht sich wesentlich entlang der Linien Krankheit, Körper, Funktionalität und Wiederherstellung der Gesundheit. Die Gewichtung der einzelnen Aspekte und gelegentlich vorgenommene Modifikationen im Sinne der Integration psycho-sozialer und biografischer Gesichtspunkte sind dabei stets an den medizinisch geprägten Handlungsbögen und medizinischen Sinnstrukturen orientiert und sind zudem abhängig von der Zustimmung durch die Mediziner. Ein Punkt, auf den noch genauer zurückzukommen sein wird.

Die bio-medizinische Konzeptualisierung der Verlaufskurvengestaltung zeigt sich auch dann, wenn aufgrund von krankheitsbedingten Kontingenzen die Adaption eines ursprünglich kurativen hin zu einem palliativen Verlaufskurvenentwurf notwendig wird. Das Fortschreiten einer Krankheit erweist sich dabei als anschlussfähig für weiteres medizinisches Handeln. Im Rahmen des medizinisch-somatisch geprägten Handlungsmusters agieren die Health Professionals routiniert: Einer Zustandsverschlechterung folgt eine entsprechende medizinische Therapie. Dies ist auch dann der Fall, wenn eine Zuschreibung „Palliativpatient“ erfolgt. Die Definition „palliativ“ führt also nicht zu einem Rückgang medizinischer Interventionen: Auch Palliativpatienten werden unter das medizinische Diagnose – Therapie Schema subsumiert und entsprechend der organisatorischen Routinen diagnostischen und therapeutischen Interventionen unterzogen. Diese Routinen sind dabei an den üblichen kurativen Sinnstrukturen orientiert und nicht Teil einer umfassenden palliativen Versorgung, die demgegenüber durch ein symptomorientiertes Vorgehen und der Ausrichtung der Versorgung an den Zielen der Betroffenen und ihrer Familien gekennzeichnet ist.

Zudem soll der modifizierte Handlungsplan die Funktion erfüllen, den Eltern die Realisierung des neuen Verlaufskurvenentwurfs zu ermöglichen. Mit anderen Worten besteht die Vorstellung, dass die Familien neben Aufklärungsgesprächen vor allem auch aufgrund der diagnostischen und therapeutischen Interventionen zu einem veränderten Bewusstseinskontext gelangen (Fall Karina). Unberücksichtigt bleibt dabei, dass der Übergang in die Abwärtsphase für

die Betroffenen und ihre Familien eine erhebliche emotionale Belastung darstellt, die neben einer rationalen Verarbeitung vor allem auch eine emotionale Bewältigung erfordert. Die Strategie der Health Professionals, diesen Prozess unter anderem anhand der an die Situation adaptierten diagnostischen und therapeutischen Interventionen zu fördern, ist insofern problematisch, als dass die Familien die therapeutischen Bemühungen im Kontext der bisherigen Behandlung bzw. des kurativ ausgerichteten Verlaufskurvenplans interpretieren und nicht als Teil einer palliativen Behandlung. Andere Ideen, wie die Familien in dieser sensiblen Phase der Krankheitsverläufe darüber hinaus unterstützt werden könnten, werden von den Health Professionals nicht entwickelt.

Die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Interventionen impliziert darüber hinaus die Aufrechterhaltung der Krankenrolle, die im vorliegenden Fall auch gleichzeitig mit der Vermeidung der Zuschreibung der Sterbendenrolle vergesellschaftet ist. Das Primat der medizinischen Therapie bestimmt die Prozedierung der Verlaufskurven oder wie Streckeisen formuliert, wird die letzte Lebensphase vor dem Paradigma des Heilens interpretiert (Streckeisen 2001: 175). Anders formuliert durchdringt die an einer bio- medizinischen Behandlungslogik orientierte Prozedierung der Verlaufskurven die Abwärtsphase.

Kurative Behandlungslogik auch bei unklaren Verlaufskurvenentwürfen

Die Dominanz der medizinisch-somatischen Handlungsorientierung setzt sich auch im Fall von unklaren Behandlungsrahmen durch. Sofern sich die Verlaufskurvenentwicklung in einem Schwebestadium zwischen Kuration und Palliation befindet und eine – wenn auch minimale – Chance der Heilung besteht, wird eine maximale Therapie angestrebt (Fall Bahar). Auch hier erweist sich der Krankheitsverlauf als unmittelbar anschlussfähig für medizinische Interventionen: Das Überleben stellt einen unhinterfragbaren Wert dar, so dass jede Chance der Lebensverlängerung genutzt werden muss. „Im Sinne der medizinischen Behandlungslogik bleibt also nichts anderes übrig, als es zu versuchen, denn die Alternative, es *nicht* zu versuchen, also auf Behandlung zu verzichten, kann in der Medizin nur schwerlich gedacht werden.“ (Vogd 2004: 395, Herv. i. O.). Die Möglichkeit der Kuration erlaubt im Sinne einer medizinischen Werteorientierung auch bei einem sich stetig verschlechternden Gesundheitszustand die Möglichkeit einer kurativ ausgerichteten Therapie. Eine andere Behandlungsperspektive bezogen auf den Umgang mit einer fortschreitenden Krankheit bei minimalen Überlebenschancen wird nicht entwickelt. Die Prozedierung ist also ergebnisorientiert auf das Überleben der Patienten ausgerichtet, welches somit zu einem dominanten Maßstab der Gegenwartsgestaltung wird (Wettreck 2001). Die Maßgabe der medizinischen Aspekte hat

dabei auch einen ordnenden Charakter: Aufgrund der Orientierung am Ziel der Heilung können die routinisierten Handlungsstrukturen aufrechterhalten bleiben, die Kinder und Jugendlichen können weiterhin diagnostischen und therapeutischen Interventionen ausgesetzt werden. Oder mit Sudnow (1973: 220) formuliert: „Deshalb ist man ständig bestrebt, den Patienten so zu klassifizieren, dass eine der organisierten Routine entsprechende Behandlung angemessen ist.“ Dieses auf somatische Aspekte fokussierte Trajektmanagement schließt die Ausgrenzung der Themen Sterben und Tod sowie die damit in Zusammenhang stehenden Implikationen mit ein; ein Punkt, auf den noch zurückzukommen sein wird.

Die Orientierung am Überleben der Patienten als eine dominante Handlungsmaßgabe erfüllt darüber hinaus aber noch eine weitere Funktion: Die Aufrechterhaltung des aktiven Behandlungsmodus stellt ein strategisches Mittel der Health Professionals dar, um die Ungewissheit über den Ausgang der Verlaufskurve respektive den Übergang in eine Sterbeverlaufskurve zu bearbeiten. Die der Verlaufskurve immanente Ungewissheit wird im Falle des eventuellen Scheiterns der kurativen Therapie besonders virulent und führt zu einem Handlungsdruck, der aufgrund der Orientierung an einem medizinischen Wertesystem weitere diagnostische und therapeutische Interventionen zur Folge hat. Mit anderen Worten wird unter der Bedingung der medizinischen Unsicherheit kurativ behandelt (Streckeisen 2001). Diese Strategie ermöglicht zum einen den Umgang mit der Ungewissheit, zum anderen aber auch das Hinauszögern oder gegebenenfalls auch die Vermeidung der Definition einer Sterbeverlaufskurve. Die prognostische Unsicherheit wird vermieden (De Graves 2005, Aldridge 2007) und zugunsten einer kurativen Behandlungslogik bearbeitet, aufgrund derer die Themen Sterben und Tod nicht thematisiert werden müssen. Die Health Professionals oszillieren sozusagen zwischen Palliation und Kuration, wobei letztere den grundsätzlichen Handlungsrahmen darstellt. Aufgrund dieser Orientierung können bzw. brauchen lediglich Teilaspekte einer palliativen Versorgung umgesetzt werden. Deutlich wird, dass die Health Professionals ebenso wie die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen die von Wiener und Dodd (1993) beschriebene „uncertainty abatement work“ leisten. Dies trifft auch im Fall von Palliativpatienten zu, wobei sich die Ungewissheit und die damit in Zusammenhang stehende Arbeit auch auf den vermuteten Todeszeitpunkt bezieht.

De-Fokussieren von biografischen Implikationen als Strategie, um Handlungsfähig zu bleiben

Die Frage der Prozedierung der Verlaufskurven lässt sich neben den beschriebenen Aspekten der den Verlaufskurven zugrundeliegenden Orientierungsmaßstäben auch noch unter dem Ge-

sichtspunkt der von den Health Professionals antizipierten Unterstützungsmaßnahmen für die Familien betrachten. Sobald die Diagnose „palliativ“ getroffen wird (Fall Karina) beziehungsweise mitgedacht bzw. oszilliert wird (Fall Bahar), greifen klinikinterne Strukturen, die eine intensivierete Unterstützung der Familien durch die Sozialarbeit vorsehen.

Die Zuschreibung „palliativ“ führt also zu einer Erweiterung der Perspektive: Die von den Health Professionals angestellten Überlegungen beziehen sich nun die häusliche Versorgung und die Frage, wie die Familien im Falle einer anstehenden Entlassung zu unterstützen sind. Diese Ausdehnung der Perspektive impliziert eine Erweiterung der Handlungsspielraums: Neben Aspekten der von den Familien zu leistenden krankheitsbezogenen Arbeit werden dann auch Überlegungen zur Unterstützung der alltagsbezogenen Arbeit angestellt. In diesem Zusammenhang konzentrieren sich die Anstrengungen der Health Professionals vor allem auf die organisatorisch-administrativen Aspekte der Versorgung. Die Unterstützung der Health Professionals umfasst also die Bewältigungserfordernisse auf der Ebene der Versorgungsnutzung (Schaeffer 2004), die aufgrund des Fortschreitens der Krankheit an Komplexität und Vielschichtigkeit zunimmt und für die Familien, sofern sie diese allein bewältigen müssen, nicht-selten eine enorme zusätzliche Belastung darstellen.

Die Erweiterung der Handlungsperspektive auf der einen geht aber gleichzeitig mit einer Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten auf der anderen Seite einher: Aspekte biografischer Arbeit bleiben nahezu völlig unberücksichtigt. Der reziproke Einfluss zwischen Krankheitsstatus und Biografie (Corbin / Strauss 2004: 116), der angesichts der Abwärtsphase aufgrund des näher rückenden Todes besonders virulent wird, wird weder thematisiert, noch gibt es Überlegungen, wie die Familien zu unterstützen sind. Wettreck (2001: 100) spricht in diesem Zusammenhang von einer „strategischen Nicht-Benennung“. Mit anderen Worten setzt sich auch in Zusammenhang mit Sterbeverlaufskurven eine handlungsorientierte Sichtweise durch, die verfahrenstechnische Aspekte der Versorgung in den Fokus rückt. Nahezu völlig unberücksichtigt bleiben dabei die dem Prozess inhärente Entstabilisierungsprozesse und ihre Auswirkungen auf die Biografie (Riemann/ Schütze 1991). Mehr noch sind die mit dem Krankheitsverlauf virulent werdenden und im Zusammenhang mit der dying trajectory sich potenzierenden Aspekte des Leidens an und mit der Krankheit (Fochtman 2006, Woodgate 2004) nicht Gegenstand der Interaktion. Die Fokussierung der somatischen Aspekte geht einher mit der Ignorierung der psycho-sozialen und spirituellen Gesichtspunkte des Leidens der Kinder und ihrer Familien.

Im Unterschied dazu ermöglicht ein kurativer Verlaufskurvenentwurf (Fall Mike) den Akteuren eine Auseinandersetzung mit den psycho-sozialen Aspekten der Familien. Mehr noch ist es in kurativen Zusammenhängen auch möglich, konkrete Ideen bezüglich einer umfassenden Unterstützung der Familien zu entwickeln, die dann auch in einen Handlungsplan münden. Die von den Mediziner*innen vorgenommenen Definitionen in palliative und kurative Fälle stellt demnach eine Handlungsorientierung für die Health Professionals dar, die aufgrund der jeweiligen inhaltlichen Gestaltung direkte Auswirkungen auf die Prozedierung der Verlaufskurven hat. Analog der Dichotomie kurativ/palliativ vollzieht sich eine Trennung in Lebensprozesse und Sterbeprozesse, wobei bei den ersteren alle drei Arbeitslinien als unterstützungswürdig angesehen werden. Der Sterbeprozess wird dagegen auf seine physischen Aspekte reduziert und entsprechend nur auf einer instrumentellen Ebene unterstützt. Anstelle einer Auseinandersetzung mit den existentiellen Erfahrungen der Familien rückt eine handlungsorientierte Rationalisierung, die es den Health Professionals ermöglicht, angesichts von Sterben Tod handlungsfähig zu bleiben. Im Fall der Kuration wird von der Heilung her gedacht und entsprechend sind psycho-soziale Unterstützungen möglich, während im Fall der Palliation der Behandlungsbogen vom Tod her definiert werden muss. Der sich dann zwangsläufig ergebene „dying talk“ (Wettreck 1999: 122) wird vermieden.

Die De-Fokussierung von Sterben und Tod findet ihren kommunikativen Ausdruck in dem Aktivitätsmuster der Umschreibung, welches von den Akteuren wechselseitig hergestellt wird. Dieses umfasst darüber hinaus auch eine Definition „palliativ“, wobei diese keine Zuschreibung der Sterbendenrolle impliziert, welche dann die Funktion hätte, das Sterben als einen institutionalisierten Prozess einzuleiten: Die Patienten sind palliativ – nicht sterbend. Die Definition des Sterbeprozesses setzt eine Situationsdeutung voraus, die eine Veränderung der Handlungsperspektive von „cure to care“ nach sich zieht (Streckeisen 2001: 115). Das von den Akteuren wechselseitig hergestellte Aktivitätsmuster der Umschreibung ermöglicht es ihnen, die Faktizität des Todes zu umgehen beziehungsweise hinauszuzögern. Entsprechend wird eine Vorhersage zum Todeszeitpunkt als eine in Sprache gefasster Deutungsakt vermieden (Sudnow 1973, Salis-Gross 2001). Mit anderen Worten stellt das Aktivitätsmuster der Umschreibung ein von den Akteuren wechselseitig hergestelltes metakommunikatives Verfahren dar, was es ihnen ermöglicht anhand von Schlüsselwörtern signalhaft über Sterben und Tod zu sprechen, ohne sich dabei mit den existentiellen Aspekten auseinander setzen zu müssen. Das Ausblenden der biografischen, psycho-sozialen und der spirituellen Aspekte stellt dabei einen Teil der vorgeprägten (Be)Handlungsverläufe dar und mündet in einer routinisierten Prozedierung der Verlaufskurven.

Mit anderen Worten führt die Konfrontation mit dem „Nichtziel medizinischen Wirkens“ (Vogd 2004: 406) auf Seiten der Health Professionals zu einer an medizinischen-therapeutischen und organisatorischen Aspekten ausgerichteten Prozedierung der Verlaufskurven. Die als solche bezeichnete palliative Versorgung stellt kein eigenständiges, am Patienten und seiner Familie orientiertes Versorgungskonzept dar, sondern reduziert dies auf die Ebene der Versorgungsnutzung. Eine so verstandene Palliativversorgung nimmt einen funktionalen und systemstabilisierenden Charakter an: Auch im Fall Abwärtsphase kann entlang der medizinischen Routinen gehandelt werden. Infolge der medizinisch geprägten Handlungsbögen findet keine Unterstützung biografischer Arbeit als Teil der Vorbereitung auf das Sterben statt: Die Akteure orientieren sich an der Behandlung der Krankheit – nicht am Scheitern der Behandlung, was eine Auseinandersetzung mit der im Zusammenhang einer Abwärtsphase verbundenen Implikationen zur Folge hätte.

Die Vorstellung der Health Professionals dominieren die Prozedierung der Verlaufskurven

Die Prozedierung der Verlaufskurven lässt sich neben den beschriebenen Aspekten abschließend auch noch bezogen auf die Frage, inwieweit kindliche und elterliche Perspektiven und Bedürfnisse in die Gestaltung mit einbezogen werden, betrachten. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die beschriebene Dichotomie kurativer und palliativer sowie die sich daraus ableitenden Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung auf eine mögliche Einbeziehung elterlicher Perspektiven nicht zutrifft. Vielmehr ist festzustellen, dass unabhängig vom Verlaufskurvenentwurf das Verhalten der Kinder und ihrer Eltern vor dem Hintergrund der Relevanzkriterien der Health Professionals interpretiert wird. Eine Erweiterung der Perspektive auf die dem Verhalten der Eltern zugrunde liegenden Logiken und Werteorientierungen findet ebenso wenig statt wie die Berücksichtigung sozialer, kultureller und spiritueller Hintergründe der Familien. Das Bewältigungshandeln oder auch die Vorstellungen der Familien werden im Rahmen der Besprechungen weder analysiert noch reflektiert, sondern anhand einer kontrastiven Struktur der Rede gewertet: Das „richtige“ Elternverhalten wird genannt, um dann im nächsten Schritt die Abweichung davon zu nennen (White 2002). Die sich ableitenden Handlungsschritte orientieren sich wie gezeigt werden konnte am Krankheitsgeschehen und den damit im Zusammenhang stehenden Implikationen. Unberücksichtigt bleibt dabei, dass sich die Bewältigungsanstrengungen der Familien nicht in erster Linie auf die Krankheit beziehen, sondern auf das von der Krankheit bedrohte Leben (Schaeffer/Moers 2008; Steele 2000). Entsprechend liegen dem Handeln der Familien andere Logiken und Relevanzkriterien als dem

der Health Professionals zugrunde. Diese orientieren sich weniger an den diagnostischen und therapeutischen Optionen und Maßnahmen, als vielmehr an dem bis dato gelebten Leben, welches ohne gravierende gesundheitliche Einschränkungen vor allem auch eine offene Zukunftsplanung zuließ.

Im Verlauf der Besprechungen wird deutlich, dass diese divergierenden Orientierungsrahmen den routinemäßigen Ablauf stören, was dazu führt, dass die Überlegungen der Health Professionals darauf zielen, die gestörte Ordnung wiederherzustellen. Die entsprechenden Strategien schließen dabei die Vorstellungen der Familien kaum mit ein, sondern sie orientieren sich an den Relevanzkriterien der Health Professionals: „However, the service delivery model was medically focused, and the family’s unique contributions were considered peripheral to programming.” (Hinojosa 2001: 218). Die Eltern sind als ein wesentlicher Teil der Unterstützung ihrer Kinder zwar anerkannt, aber nur solange sie den standardisierten Behandlungsweg und die zugrundeliegende Ordnung, akzeptieren und nicht stören. Mit anderen Worten setzen sich im Rahmen der Besprechungen die dominanten Vorstellungen der Health Professionals durch, die sich sowohl auf die Frage der von den Eltern zu leistenden konkreten Unterstützung bzw. Betreuung wie aber auch auf die elterliche Fürsorge und Liebe ihren Kindern gegenüber beziehen.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass sich sowohl auf der gesprächsorganisatorischen wie auch auf der inhaltlichen Ebene eine medizinische Werte- und Wissensorientierungen durchsetzt. Beide Ebenen stehen dabei in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander: Aufgrund der gesprächssteuernden Aktivitäten ist es den Medizinerinnen möglich, ihre Situationsdeutungen durchzusetzen. Die Konsequenzen für das interaktive Geschehen zeigen sich an der Schwerpunktsetzung der Prozedierung der Verlaufskurven.

Auf diese Art und Weise reproduziert sich der Kontext des Gespräches als ein Kontext im Gespräch (Bergmann 1988): Die Prozedierung der Verlaufskurven richtet sich an der kollektiven Wissens- und Werteorientierung einer Institution aus, die der Gesunderhaltung beziehungsweise der Lebensverlängerung verpflichtet ist. Entsprechend orientiert sich die Gestaltung an medizinisch-somatischen Orientierungsmustern und wird entlang der bestehenden Machtverhältnisse durch die Mediziner bestimmt. Entscheidender Faktor für die Prozedierung ist dabei die von den Medizinerinnen vorgenommene Zuteilung der Kinder zu einer palliativen oder kurativen Versorgungsform. Diese Zuschreibung erweist sich als handlungsleitend für die Akteure: Im Falle der Kuration entwickeln sie Überlegungen zur psycho- sozialen Unter-

stützung der Kinder und ihrer Familien, während bei potentiellen oder tatsächlichen palliativen Verlaufskurvenentwürfen diese Ebene nahezu vollständig ausgeblendet wird. Die Konfrontation mit dem Beginn einer „dying trajectory“ führt bei allen Beteiligten zur Defokussierung des Sterbeprozesses und in dessen Folge zu einer einseitig ausgerichteten Versorgungsgestaltung.

Ferner bleibt festzuhalten, dass die Prozedierung der Verlaufskurven nicht Gegenstand grundsätzlicher Aushandlungsprozesse ist. Die Kontextbedingungen (negotiation context) in Verbindung mit der Art und Weise der Gesprächsorganisation verhindern eine andere als die an medizinischen Sinnstrukturen orientierte Prozedierung der Verlaufskurven. Aufgrund der gesprächssteuernden Handlungen der medizinischen Profession ist es den anderen Akteuren lediglich in einem eingeschränkten Maß möglich, Einfluss auf die Gestaltung der Verlaufskurven zu nehmen. Dabei erfolgt auch diese entlang der Dichotomie zwischen palliativen und kurativen Verlaufskurvenentwürfen und den sich daraus ableitenden Konsequenzen, die im Rahmen der Besprechung wechselseitig konstituiert wurden. Mit anderen Worten verhindert die Perspektivgebundenheit der Akteure sowie das interaktive Geschehen selbst bei palliativen Entwürfen eine Auseinandersetzung mit den Aspekten Sterben und Tod. Eine Prozedierung, verstanden als ein interaktiver Prozess der Aushandlung verschiedener Perspektiven, findet nicht statt – die Verlaufskurvengestaltung stellt eine naturwissenschaftlich-medizinische Konstruktionsleistung dar und wird bestimmt und festgelegt.

Das grundsätzliche Schweigen der Pflegenden ist Ausdruck der Kontextgebundenheit: Ganz im Sinne der bestehenden Machtverhältnisse ordnen sich die Pflegenden den medizinischen Handlungslogiken unter. Aufgrund der relativen Unabhängigkeit von den medizinisch geprägten Handlungsrahmen ist es den anderen vertretenen Berufsgruppen eher möglich, in einem eingeschränkten Maße Einfluss auf die Prozedierung der Verlaufskurven zu nehmen. Ähnlich wie Vogd (2004: 263) es für ärztliche Teambesprechungen beschrieben hat, dient die Besprechung der „Reformulierung und Restabilisierung der jeweiligen Organisationsidentitäten. (...) Funktionell erscheinen diese Besprechungen weniger als Entscheidungsgremium – wenngleich sie diese Funktion auch manchmal erfüllen – denn als Raum, in dem die Leitunterscheidungen der jeweiligen Organisationen, ihre Programme – wenn man so will: ihre Fortschritts- und Bewährungsmythen – aktualisiert werden.“. Ganz in diesem Sinne agieren die Mediziner, so dass die interdisziplinären Besprechungen als ONKOLOGISCHE Besprechungen und nicht als onkologische BESPRECHUNG beschrieben werden können (Bergmann 1988). Die Funktion besteht somit nicht in einer fallorientierten und abstrahieren-

den Reflexion einer multifaktoriellen Handlungssituation, aus der sich interdisziplinäres Handeln ableitet, sondern vielmehr in der Manifestation bestehender Versorgungsroutinen, (Be)Handlungsroutinen und Hierarchieverhältnisse. Für die Prozedierung der Verlaufskurven bedeutet dies eine Stabilisierung der Ausrichtung auf eine medizinisch-somatische Perspektive. Das Handeln anderer Akteure als der Mediziner besteht zum Teil aus Nicht-Handeln. In Anlehnung an das auf kommunikative Prozesse bezogene Axiom von Watzlawick „Man kann nicht nicht kommunizieren“, kann formuliert werden: „Man kann nicht nicht prozedieren.“ Jede Form der Handlung, und sei es das (vordergründige) Nicht-Handeln, ist Teil eines interaktiven Prozesses, der zwischen den Akteuren wechselseitig ausgehandelt wird. Dass dabei der negotiation context eine wesentliche Voraussetzung für die Beteiligungsmöglichkeiten der Akteure darstellt, konnte anhand der Analyse der Gesprächsorganisation gezeigt werden.

8. Schlussbetrachtung

Abschließend gilt es, die Ergebnisse dieser Untersuchung in den wissenschaftlichen Kontext zu beziehen und Überlegungen anzustellen, welche Konsequenzen sich für die Praxis ergeben. Das im Vorfeld der empirischen Arbeit dargelegte Trajektkonzept diene als heuristischer Rahmen zur Analyse der kommunikativen und interaktiven Prozesse, an deren Ende die Prozedierung der Krankheitsverlaufskurven steht. An dieser Stelle ist nun zu fragen, inwieweit sich das Trajektkonzept als tragfähig erwiesen hat. Mehr noch ist aufzuzeigen, welche neuen theoretischen Erkenntnisse sich aus der durchgeführten Untersuchung ableiten lassen und welche zukünftigen Forschungsfragen sich daraus ergeben. Darüber hinaus ist die zur Analyse der kommunikativen und interaktiven Prozesse angewandte Methode der Konversationsanalyse und ihre Angemessenheit bezogen auf die Fragestellung zu reflektieren. Des Weiteren ist zu diskutieren, ob die bis dato untergeordnete Stellung der Konversationsanalyse als Methode zur Erforschung gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen gerechtfertigt ist. Schließlich ist aufzuzeigen, welche Konsequenzen sich aus der Untersuchung für die Versorgung von lebensbedrohlich erkrankten Kindern und Jugendlichen ableiten lassen.

Deutungsarbeit als wesentlicher Teilaspekt der sozialen Konstruktion von Krankheit, Sterben und Tod

Die vorliegende Untersuchung verfolgte das Ziel die kommunikativen und interaktiven Prozesse von Health Professionals aufzuzeigen, an deren Ende die Prozedierung der Verlaufskurven von lebensbedrohlich erkrankten Kindern und Jugendlichen steht. Ausgangspunkt war dabei die interaktionistische Sichtweise, dass Strukturen sozialer Ordnung nicht statisch, sondern dynamisch sind und dementsprechend auch Bedeutungen, Gewissheiten, Bewusstheiten und Handlungsweisen einen dynamischen Charakter aufweisen (Strauss 1993, Strauss et al. 1997, Soeffner 1991, Denzin 2003, Corbin et al. 2009). Im Zusammenhang mit den im Zentrum der Arbeit stehenden Phänomenen bedeutet dies, dass Krankheit, Sterben und Tod keine statischen Fakten sind, sondern soziale Konstrukte, die aufgrund eben jener Bedeutungen, Gewissheiten, Bewusstheiten und Handlungsweisen konstruiert werden. Im Mittelpunkt der Konstruktionsprozesse stehen dabei situativ ablaufende Interaktionen, bei denen die daran beteiligten Akteure aufgrund spezifischer Situationswahrnehmungen und -deutungen Krankheits- und Sterbeprozesse interaktiv aushandeln und damit konstruieren (Glaser / Strauss 1968, Strauss et al. 1997, Strauss 1993, Schaeffer 2009). Während sich der Aspekt der Aushandlung auf das interaktive Geschehen selbst bezieht, stellen die Situationswahrnehmungen und -deutungen zunächst einen intersubjektiven Vorgang dar, dessen Ergebnis dann als spezi-

fische Handlung auf die Interaktion zurückwirkt. Anders formuliert stellen die Situationswahrnehmungen und -deutungen eine Voraussetzung für die dann folgende Handlung im interaktiven Vollzug dar. Dieser Prozess ist insofern zirkulär, als dass diese Handlung von den Interaktanten wieder in spezifischer Art und Weise wahrgenommen und gedeutet wird, um dann wieder als Voraussetzung für die dann folgende Handlung fungieren zu können. Anknüpfend an den Strausschen Arbeitsbegriff kann dieser zirkuläre Prozess als „Deutungsarbeit“ bezeichnet werden. Am Beispiel der kommunikativen und interaktiven Prozesse der interdisziplinären Besprechungen lässt sich diese verdeutlichen. Gleichzeitig werden die sich ableitenden Implikationen für die Prozedierung der Verlaufskurven offenbar.

Ausgangspunkt der Deutungsarbeit ist das Aktivitätsmuster der Patientenvorstellung, welches einem Initiationsritus gleichkommt: Erst nach erfolgter Einführung durch die Mediziner kann ein Fall als solcher im Rahmen der Besprechung thematisiert werden. Die Vorstellung von Patienten stellt allerdings nur einen Teil der von den Mediziner dominierten Deutungsarbeit dar, was vor allem im Zusammenhang mit kurativen und palliativen Verlaufskurvenentwürfen deutlich wird. Neben dem Umstand, dass die Zuschreibung eines Patienten als palliativ oder kurativ ein Vorrecht der medizinischen Profession ist, stellt die De-Fokussierung von Sterben und Tod bei Palliativpatienten einen einseitig medizinorientierten Deutungsakt dar. Die desintegrierende und zugleich absplattende Neutralisierung der Sterbeprozesse manifestiert die medizinisch-somatische Positionierung. Vogd (2004: 349) konstatiert in diesem Zusammenhang, dass Sterben ein Prozess ist, „der von seiner Natur her nicht in einem medizinischen Rahmen verhandelt werden kann, aber entsprechend der Logik der eingeschalteten Institution nur medizinisch bearbeitet werden kann.“ Besonders deutlich wird diese medizinische Behandlungslogik in den Fällen, wo therapeutische Interventionen zu einem veränderten Bewusstseinskontext auf Seiten der Familien führen sollen: Medizinische Themen überlagern eine direkte Ansprache von Sterben und Tod.

Für die Prozedierung der Verlaufskurven hat diese medizinisch-therapeutische Deutung weitreichende Konsequenzen, da die Verkürzung des Sterbeprozesses auf medizinische Aspekte einher geht mit dem Ausblenden biografischer Gesichtspunkte. Die Integration beziehungsweise Des-Integration biografischer Aspekte in die Verlaufskurvengestaltung geht zurück auf die entsprechende Definition eines Patienten als kurativ oder palliativ. Anders formuliert führt die mit der medizinischen Deutung einhergehende Reduzierung des Sterbeprozesses als ein physiologisch zu bearbeitendes Phänomen zu einer einseitig ausgerichteten Gestaltung der

Verlaufskurven, bei der die im Falle der Abwärtsphase besonders virulent werdende biographische Arbeit zugunsten der alltags- und krankheitsbezogenen Arbeit ausgeblendet wird.

Die Deutungsarbeit bezieht sich allerdings nicht nur auf die Patienten selbst, sondern erstreckt sich auch auf deren Familien, was vor allem im Zusammenhang mit Aussagen über das Verlaufskurvenmanagement deutlich wird. Im Falle palliativer Versorgung orientiert sich die Deutung und anschließende Bewertung der Familien an der Kategorie, inwieweit die Familien das Sterben und den bevorstehenden Tod des betreffenden Kindes angenommen haben beziehungsweise sich mit der Möglichkeit der Entwicklung einer „dying trajectory“ auseinandergesetzt haben. Der Fokus liegt dabei auf dem Ende des Prozesses (der Anerkennung des Todes) und nicht auf der Entwicklung dorthin, was ganz der Logik des Ausblendens der biographischen Implikationen der Abwärtsphase entspricht. Auch im Falle kurativer Verlaufskurvenentwürfe richtet sich die Deutung und Bewertung der Familien an deren Zustimmung zum Verlaufskurvenmanagement. Mit anderen Worten setzen sich auch im Bezug auf die Sichtweisen der Familien der erkrankten Kinder medizinisch-somatische Orientierungen durch: Die Deutung der Familien richtet sich an deren Zustimmung zu dem Verlaufskurvenentwürfen und -plänen der Health Professionals. Sofern diese nicht vorbehaltlos geteilt werden, werden die Familien als problematisch eingestuft. Völlig unberücksichtigt bleiben dabei die Gründe, warum die Angehörigen zu unterschiedlichen Vorstellungen über das Verlaufskurvenmanagement kommen, noch werden diese als Anlass für einen gemeinsam mit den Familien zu entwickelnde Prozedierung der Verlaufskurven gesehen.

Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Deutungsarbeit zum einem auf die Deutung somatischer Befunde im Sinne des Diagnose-Therapie Schemas, zum anderem auch auf den sich daraus ableitenden Prozess der Übertragung dieser Situationsdeutungen in ein spezifisches Versorgungskonzept dient. Die Analyse der Fallbesprechungen zeigt den herausragenden Einfluss der Formierung der Kinder und ihrer Familien in spezifische Krankheits- und Versorgungskategorien, die für die Akteure handlungsleitend sind. Darüber hinaus umfasst die Deutungsarbeit aber auch die Konstruktion einer „story line“ (Opie 1997), also eines gemeinsam von den Akteuren entworfenen Bildes über die Kinder und ihre Familien.

Auf einer abstrakteren Ebene formuliert hat die Deutungsarbeit also die Funktion, Situationen zu klären und auszulegen, um aufbauend auf dieser Auslegung als notwendig erachtete Handlungsschritte zu entwerfen. Mit anderen Worten dient die Deutungsarbeit der Handhabarmachung von unterschiedlichen Gegebenheiten (Situationen, Personen), um so die Hand-

lungsfähigkeit der Akteure zu erhalten. Deutungsarbeit hat somit auch einen ordnenden Charakter. Deutlich wird die Perspektivgebundenheit der Handelnden, die bezogen auf die Deutungsarbeit die subjektive Auslegung einer Situation meint, die dann eine Voraussetzung für das folgende interaktive Geschehen ist. Anders formuliert bezieht sich die Deutungsarbeit nicht ausschließlich auf die Deutung von Situationen im Vollzug des interaktiven Geschehens, sondern bereits auf die vor der Interaktion liegende Definition von Gegebenheiten, die dann im Verlauf der Interaktion reproduziert wird. Das interaktive Geschehen stellt einen zirkulären Prozess der Deutung und Handlung dar. Während im Trajektkonzept die Situationswahrnehmungen und -deutungen der Akteure als stetig implizit ablaufende Handlungen beschrieben werden, ermöglicht die Konzeptualisierung dieser Aspekte als Arbeit im Strausschen Sinn die Offenlegung der wechselseitigen Konstruktion von Sinn und Struktur der Trajekte. Anschließend daran leitet sich eine Konsequenz für das Trajektmanagement ab: Das Deutungsmanagement bezieht sich zum einem auf inhaltliche Aspekte der Trajekte, zum anderem aber auch auf das interaktives Management auf Ebene der Gesprächsorganisation. Der letztgenannte Punkt leitet direkt über zu einem weiteren, im Trajektkonzept bisher nicht berücksichtigten Aspekt.

Die Gesprächsorganisation als weiterer Aspekt des Aushandlungskontextes

Ebenso wie die dem interaktiven Geschehenen zugrundeliegenden Bedeutungen, Gewissheiten oder Handlungsweisen einen dynamischen Charakter aufweisen, begreift Strauss die Strukturen von Organisationen als „structure in process“ (Strauss 1993). Mit dieser Formulierung bringt Strauss zum Ausdruck, dass „Strukturen in ihrem Kern nicht statisch, sondern durch stetige Veränderung gekennzeichnet [sind], die durch Interaktions- und vor allem Aushandlungsprozesse zustande kommt.“ (Corbin et al. 2009: 56). Nach Strauss (1978, 1993, Strauss et al. 1997) generiert sich soziale Ordnung also wesentlich durch Aushandlungsprozesse, die zwischen den an der Interaktion beteiligten Akteuren stattfinden. Allerdings verlaufen diese nicht unabhängig von verschiedenen Einflussgrößen, wozu neben dem „negotiation context“ auch strukturelle Bedingungen zählen, die wiederum unmittelbar auf den Aushandlungskontext Einfluss nehmen (s.a. Kapitel 3). Strauss (1978: 100) nennt verschiedene Eigenschaften, die den Aushandlungskontext beeinflussen, wozu zum Beispiel neben der Anzahl der Teilnehmer, deren Erfahrung und hierarchischer Stellung auch die zu verhandelnden Tatbestände selbst zählen. Ergänzend zu diesen Faktoren kann aufgrund der vorliegenden Analysen die Gesprächsorganisation selbst als eine Bedingung des Aushandlungskontexts angesehen werden. Diese umfasst dabei den allgemeinen Gesprächsrahmen sowie die generativen Verfahren und Prinzipien des interaktiven Geschehens. Einbezogen sind dabei neben der Ge-

staltung des Beginns und des Endes der Besprechung, die Gestaltung der thematischen Initiativen und die Steuerung der thematischen Progression sowie die Gestaltung von Vorschlägen und die Ergebnispräsentationen. Die Wahl des Ortes sowie die wöchentlich von den Teilnehmern reproduzierten Sitzordnung zählen zum Gesprächsrahmen. Wie gezeigt werden konnte greifen beide Ebenen vergleichbar einem Zahnrad ineinander: Die Dominanz der Mediziner auf der Ebene der Gesprächsführung hat ihre Entsprechung in der Organisation des Gesprächsrahmens bzw. vice versa.

Wenn im Sinne einer interaktionistischen Perspektive soziale Interaktion der Ort ist, wo Bedeutungen, Gewissheiten, Meinungen oder Handlungsweisen hergestellt werden, so stehen nicht die Ergebnisse des Prozesses im Fokus, sondern der Prozess selbst. Anders formuliert ist nicht die Tatsache entscheidend, dass den Besprechungen eine wie auch immer gestaltete Gesprächsorganisation zugrunde liegt, sondern die Art und Weise der Gestaltung derselben und die daraus resultierenden Konsequenzen für das interaktive Geschehen. Gleichzeitig darf nicht übersehen werden, dass die Gesprächsorganisation selbst Gegenstand interaktiver Aushandlung und damit Bestandteil der prozessualen sozialen Ordnung ist. Mit anderen Worten ist die sprachliche Verfasstheit der sozialen Wirklichkeit (Bergmann 1983) der Besprechung das Spiegelbild der von den Interaktanten (re-)produzierten sozialen Ordnung, beziehungsweise des „processual ordering“ (Strauss 1993: 255). Dabei stellt die Gesprächsorganisation selbst eine Bedingung für die im interaktiven Vollzug stattfindenden Aushandlungsprozesse dar und ist somit ein Teilaspekt des Aushandlungskontextes.

Schlussfolgernd lässt sich festhalten, dass sich das Trajektkonzept aus zweierlei Gründen als geeigneter theoretischer Bezugsrahmen für die vorliegende Untersuchung erwiesen hat. Diese Einschätzung beruht zum einem auf der dem Trajekt eigenen Betonung des zeitlichen Verlaufs von sozialen Ereignissen. Die Orientierung an Fallverläufen als Ausdruck der zeitlichen Ordnung ermöglichte es, die Prozedierung der Krankheitsverlaufskurven nicht als singulären Akt anzusehen, sondern vielmehr als Ergebnis eines sich über die verschiedenen Besprechungen entwickelnden Prozesses. Besonders deutlich wurde dies bei der Revision von ursprünglich kurativen zu palliativen Verlaufskurvenplänen. Gleich dem temporalen Charakter der Verlaufskurven kann die Prozedierung derselben also auch als ein zeitliches Geschehen angesehen werden oder, um im Bild zu bleiben, die Prozedierung stellt selbst eine Verlaufskurve dar. Während die Analyse der Fallverläufe dem Krankheitsverlaufskurvenkonzept entspricht, unterstreicht die Sichtweise der Prozedierung als eine eigene Verlaufskurve, dass das Trajektkonzept ein *allgemeines* Konzept zum Verständnis sozialer Prozesse ist. Zugleich rü-

cken aufgrund dieser Sichtweise neben den temporalen Aspekten die Handlungen und Interaktionen der am Prozess beteiligten Akteure in den Mittelpunkt, was der Kennzeichnung der Verlaufskurve als sozialem Prozess (Riemann/Schütze 1991) entspricht.

Ein weiteres Argument für die Angemessenheit des Trajektkonzeptes als heuristischer Rahmen für die Untersuchung erklärt sich aus der zentralen Stellung, die die Interaktion sowohl für die Untersuchung wie auch für das Konzept selbst einnimmt. Die Entwicklung eines Phänomens ist neben den erwähnten zeitlichen Aspekten wesentlich auch durch die Interaktionen der beteiligten Akteure gekennzeichnet. Diese Sichtweise erlaubte es, die im Mittelpunkt der Untersuchung stehenden Phänomene Krankheit, Sterben und Tod nicht als in erster Linie biologische Fakten zu betrachten, sondern den Blick auf die kommunikativen und interaktiven Prozesse zu richten, die zur Entwicklung der Ereignisse beitragen. Gezeigt werden konnte, dass die Situationswahrnehmungen und -deutungen einen wesentlichen Einfluss auf die Prozedierung der Verlaufskurven haben. Dabei fiel vor allem die De-Thematisierung von Sterben und Tod auf, die ihren kommunikativen Ausdruck in der Umschreibung dieser Prozesse hat.

Als Fazit kann also festgehalten werden, dass sich das Trajektkonzept als heuristischer Rahmen sowohl für die Analyse der Fallverläufe und für die Untersuchung der kommunikativen und interaktiven Prozesse, die der Prozedierung der Verlaufskurven zugrunde liegen, als geeignet erwiesen hat. Darüber hinaus ermöglichte die Anwendung des Konzeptes auch die Generierung neuer Erkenntnisse, wozu zum einem die Konzeptualisierung der Deutungsarbeit und zum anderem die Erweiterung des Aushandlungskontextes um den Aspekt der Gesprächsorganisation zählt. Der letztgenannte Punkt bezieht sich dabei auf einen Kerngedanken des Trajektkonzeptes, der besagt, dass Strukturen von Organisationen nicht statisch, sondern das Ergebnis von Interaktions- und Aushandlungsprozessen sind. Die auf den Prozess einwirkenden Faktoren werden dabei im Sinne interaktionistischer Perspektive nicht als ursächlich, sondern als Bedingungsfaktoren angesehen. Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung konnte ergänzend zu den bisher beschriebenen Faktoren, die Gesprächsorganisation selbst als Einflussgröße herausgearbeitet werden. Während die von Strauss (1978) benannten Aspekte eher äußere Aspekte betreffen, umfasst die Gesprächsorganisation die generativen Prinzipien und Verfahren des interaktiven Geschehens und unterstreicht damit nochmals das „Verhältnis von fluktuierender Struktur und Handlung“ (Corbin et al. 2009). Somit erfüllt die Gesprächsorganisation eine doppelte Funktion: Zum einem ist sie Teil des interaktiven Geschehens selbst, zum anderen stellt sie eine Bedingung für die kommunikativen und interaktiven Prozesse dar. Deutlich wird die Verwobenheit beider Aspekte, so dass einmal

mehr der prozessuale Charakter sozialer Wirklichkeit („processual ordering“) betont wird. Die Ausdehnung des Aushandlungskontextes erweitert das Verständnis der interaktiven Prozesse insofern, als dass diese nicht ausschließlich als das Resultat der Situationswahrnehmungen und -deutungen angesehen werden, sondern vielmehr auch als Ergebnis der von den Interaktanten verwandten Prinzipien und Verfahren der Gesprächsorganisation. In diesem Zusammenhang wird der potentielle Nutzen dieses Ergebnisses für zukünftige Studien offenbar: Aufbauend auf den - wenn auch aufwendigen - Analysen zur Gesprächsorganisation können die oftmals nicht bewussten, weil routinisierten Praktiken der kommunikativen und interaktiven Prozesse veranschaulicht werden. In einem zweiten Schritt können dann mit den Akteuren Handlungsalternativen erarbeitet werden. Dieses Vorgehen hätte den Vorteil, dass aufgrund der Betonung der prozessualen Aspekte die Beteiligten sich selbst als aktiv gestaltende und nicht passiv erdulden Akteure erleben können.

Eine zweite Erkenntnis knüpft an die interaktionistische Sichtweise an, dass neben Strukturen auch Bedeutungen, Gewissheiten und Bewusstheiten das Ergebnis von Interaktionsprozessen sind. Während im Trajektkonzept Aushandlungsprozesse zwischen den Interaktanten als wesentlich für die Konstruktion sozialer Wirklichkeit angesehen werden, konnte aufgrund der Analyse der kommunikativen und interaktiven Prozesse der zirkuläre Prozess zwischen Deutung und Handlung als ein weiterer gewichtiger Faktor identifiziert werden. Der als Deutungsarbeit konzeptualisierte Prozess umfasst dabei zunächst die intersubjektiven Wahrnehmungen und Deutungen der Akteure, die in einer wie auch immer gearteten Handlung münden. Diese Handlung wird von den Interaktanten wahrgenommen und gedeutet, um dann wiederum als Voraussetzung für die dann folgende Handlung zu fungieren. Deutungsarbeit bezieht sich also neben der Deutung von Situationen im interaktiven Vollzug auch auf die vor der Interaktion liegende Definition von Gegebenheiten, die dann wiederum im Verlauf des interaktiven Geschehens reproduziert wird. Somit umfasst die Deutungsarbeit neben der Klärung und Auslegung von Situationen oder Gegebenheiten auch die sich darauf aufbauende Handlung der Akteure. Sie erfüllt damit die Funktion, die Handlungsfähigkeit der Interaktanten zu erhalten. Die Konzeptualisierung des zirkulären Prozesses zwischen Deutung und Handlung lenkt den Blick auf das interaktive Geschehen an sich und ermöglicht somit ein vertieftes Verständnis der prozessualen Aspekte. Hier liegt auch der potentielle Nutzen dieser Erkenntnis für zukünftige Forschungstätigkeiten: Die gezielte Analyse der interaktiven Prozesse eröffnet die Perspektive auf die Koordinations- und Kooperationsleistungen der Akteure. Da diese als eine wesentliche Voraussetzung für die Versorgungsgestaltung angesehen werden, ermöglicht die Analyse dieser Prozesse die Identifikation von Hindernissen, aber

auch von Potentialen interdisziplinär angelegter Versorgung. Dies könnte vor allem auch im Zusammenhang mit der Palliativversorgung von Bedeutung sein, da hier die interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein konzeptionelles Kernelement angesehen wird.

Die Konversationsanalyse als Methode zur Beantwortung gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen

Mit der Wahl der Konversationsanalyse als methodischen Zugang knüpft diese Arbeit an die Tradition der frühen Gesundheitsforschung in Deutschland an. Entgegen der heutigen Forschungslandschaft stellte die Kommunikations- und Interaktionsforschung zum damaligen Zeitpunkt einen inhaltlichen Schwerpunkt dar (Schaeffer 2002). Begründet wird die heutige Leerstelle mit dem Public Health Paradigma, welches eben nicht individuelle, sondern bevölkerungsbezogene Aspekte umfasst. Diese Argumentation erweist zunächst insofern als stichhaltig, als dass sich die frühen konversationsanalytische Arbeiten z. B. der Arzt-Patienten-Interaktion (Bliesener/Köhle 1986, Rosumek 1990) oder der spezifischen Situation therapeutischer Kommunikation (Speck 1990, Weingarten 1990) widmeten. Provozierend lässt sich fragen, ob eine Methode, die sich auf einer individuellen Ebene bewegt, überhaupt geeignet ist, gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen zu beantworten.

Die Beantwortung dieser Frage sollte sich nicht an dem Gegensatzpaar „individuell oder bevölkerungsbezogen“ orientieren. Diese Polarisierung erweist sich als ebenso müßig wie die Diskussion über die Wertigkeit qualitativer oder quantitativer Forschung. Zudem bewegen sich auch andere qualitative Methoden, die in den Gesundheitswissenschaften zur Anwendung kommen (z. B. Leitfaden-Interviews, Experteninterviews), auf einer individuellen Ebene. Deutlich wird zweierlei: Die Wahl der Methode ist vom erkenntnisleitenden Interesse sowie der Angemessenheit der Methode zur Beantwortung der Fragestellung abhängig. Zum anderen zeigt sich, dass die Public Health Relevanz nicht an Anwendung spezifischer Methoden gemessen werden kann, sondern vielmehr an der Bedeutung eines Themas für die Gesundheitswissenschaften. Die Angemessenheit einer Methode erweist sich anhand der Aussagekraft der Forschungsergebnisse für die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Anstelle eines starren Methodenkatalogs sollte eine Methodenvielfalt zugelassen werden, die der Vielschichtigkeit gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen Rechnung trägt. Jedenfalls legen dies die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nahe.

Der letztgenannte Punkt weist auf einen weiteren Aspekt hin, der in diesem Zusammenhang Beachtung finden sollte. Die Gesundheitswissenschaften wenden sich vielfältigen Bereichen zu, zu denen auch Fragen der Versorgungsgestaltung gehören. Wenig bis keine Berücksichtigung finden dabei die Untersuchung kommunikativer und interaktiver Prozesse zwischen Health Professionals. Diese Lücke erweist sich insofern als bedauerlich, als dass diese Prozesse maßgeblich den beruflichen Alltag und damit auch die Gestaltung der Versorgung beeinflussen. Die kommunikativen und interaktiven Prozesse zwischen den Health Professionals stellen neben strukturellen eine wesentliche Voraussetzung für die Versorgungsgestaltung dar. Es zeigt sich, dass die Umsetzung von Versorgungskonzepten nicht allein von ihrer bloßen Existenz abhängig ist. Vielmehr müssen diese Konzepte im Alltagshandeln der Health Professionals integriert sein, damit die Versorgungsempfänger einen Nutzen davon haben. Wie die vorliegende Untersuchung gezeigt hat, haben kommunikative und interaktive Prozesse zwischen Health Professionals dabei einen wesentlichen Einfluss. Die sich durchsetzenden medizinisch-somatischen Orientierungsmuster, die auf kurativen Zielvorstellungen beruhen, behindern die Umsetzung palliativer Versorgung. Dies ist umso erstaunlicher, als dass die untersuchte Kinderklinik ein Projekt zur ambulanten Palliativversorgung vorhält. Wie gezeigt werden konnte scheitert die Umsetzung nicht daran, dass entsprechende Strukturen fehlen, entscheidend sind die von den Medizinem vorgenommenen bio-medizinischen Konzeptualisierungen der Verlaufskurven. Mit anderen Worten: Die inhaltliche und strukturelle Umsetzung von Versorgungskonzepten ist neben anderen Faktoren auch von den kommunikativen und interaktiven Prozessen der an der Versorgung beteiligten Akteure abhängig.

Im Rückgriff auf die oben aufgeworfene Frage kann also festgehalten werden, dass die Kommunikations- und Interaktionsforschung - und damit auch die Konversationsanalyse - trotz ihres Fokus auf der Mikroebene einen wesentlichen Beitrag zu Fragen der Versorgungsgestaltung liefern kann. Dies vor allem aufgrund der Tatsache, dass die Konversationsanalyse einen methodischen Zugang zur Analyse der handlungsleitenden Relevanzkriterien der Akteure ermöglicht. Sofern diese nicht mit den Inhalten der Versorgungskonzepte übereinstimmen, können diese gar nicht oder nur in einem begrenzten Rahmen zur Anwendung kommen. Die Ergebnisse dieser Arbeit legen nahe, dass bei der Entwicklung und Implementation von Versorgungskonzepten oder Programmen auch die Ebene der Kommunikation und Interaktion zwischen den Health Professionals berücksichtigt werden sollte und gegebenenfalls Überlegungen zur Begleitung oder Moderation derselben in die Programme integriert werden sollten.

Der Zusammenhang zwischen der Konversationsanalyse und dem Trajektkonzept

Im Zusammenhang mit methodologischen Überlegungen darf ein weiterer Aspekt nicht unberücksichtigt bleiben. Angespielt wird auf die Nähe der Konversationsanalyse zum Trajektkonzept. Dies mag zunächst ungewöhnlich erscheinen, da es sich bei dem Trajektkonzept um theoretische Überlegungen, bei der Konversationsanalyse dagegen um eine Methode handelt. Erklärbar wird diese konstatierte Nähe bei Betrachtung der Kerngedanken des Trajektkonzepts und den ethnomethodologischen Wurzeln der Konversationsanalyse. Für letztere ist dabei die Ansicht bezeichnet, dass Struktur und Sinn sozialer Ordnung zwischen Handlenden situativ hergestellt wird. Mit anderen Worten: Sinn und Ordnung werden als prozesskonstituierte, relationale Leistungen der Interaktanten verstanden. Diese Annahme erlaubt im Gegenzug die Analyse eben jener Konstruktionsprozesse. Die Konversationsanalyse zielt dabei auf die Bestimmung der formalen Prinzipien und Mechanismen, aufgrund derer die Akteure ihr Handeln, das Handeln anderer und die aktuelle Handlungssituation sinnvoll strukturieren und koordinieren (s.a. Kapitel 5).

Deutlich wird die Nähe zum Trajektkonzept: Auch hier werden Sinn und Struktur nicht als 'äußere', unumstößliche Gegebenheiten verstanden, sondern als Ergebnis eines fortwährenden Interaktionsprozesses. Der Konstruktionsgedanke der Konversationsanalyse findet sich im Trajektkonzept in den zentralen Aspekten der Temporalität und der Interaktion wieder: Phänomene sind nicht 'einfach vorhanden' - sie stellen das Ergebnis eines über einen bestimmten Zeitverlauf andauernden Interaktionsprozesses dar. Die von den Akteuren vorgenommenen Vorstellungen und Pläne zum Verlauf des Geschehens (Verlaufskurvenentwürfe und -pläne) können im Sinn der Konversationsanalyse als die formalen Prinzipien und Mechanismen bezeichnet werden, die die Interaktanten anwenden, um einem Ereignis Sinn und Struktur zu geben.

Aufgrund dieser Nähe zwischen den konzeptuellen Aussagen des Trajektes und den methodologischen Prämissen der Konversationsanalyse überrascht es, dass diese Methode selten im Zusammenhang mit Forschungen zum Trajektkonzept zur Anwendung kommt. Dieser Umstand erklärt sich sicherlich zum einen darin, dass, wie bereits erwähnt, die Kommunikations- und Interaktionsforschung zumindest im Bereich der Gesundheitswissenschaften ein Schattendasein fristet. Zudem konzentrieren sich Studien zum Trajektkonzept mehrheitlich auf einzelne Konzeptelemente und Ausdifferenzierungen, was zu einer Engführung des Trajektkonzeptes zum Krankheitsverlaufskurvenkonzept geführt hat (Corbin et al. 2009). Dabei ist der allgemeine Gültigkeitsanspruch des Trajektkonzeptes aus dem Blick geraten und

entsprechend erfolgte eine Konzentration auf Teilaspekte und praktische Implikationen des Konzeptes. Die handlungstheoretischen Überlegungen, die ja die Verbindung zur ethnomethodologischen Konversationsanalyse nahe legen, blieben dabei in der Mehrzahl der Arbeiten unberücksichtigt. Da der Fokus dieser Arbeit auf der Prozedierung von Verlaufskurven liegt, können zur Nähe der Konversationsanalyse und dem Trajektkonzept lediglich erste Hinweise gegeben werden. Um zu differenzierteren Aussagen zu gelangen sind weitere Forschungsarbeiten notwendig, die sich explizit mit dieser Frage beschäftigen.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass sich die Konversationsanalyse als geeignete Methode zur Beantwortung der Forschungsfrage bewährt hat. Wesentliches Argument hierfür ist, dass sich das der Untersuchung zugrundeliegende Verständnis der Konstruktion sozialer Wirklichkeit mit den ethnomethodologischen Prämissen der Konversationsanalyse deckt. Diese geht davon aus, dass Struktur und Sinn sozialer Ordnung zwischen Handelnden fortwährend situativ hergestellt werden. Im Rückgriff auf das Trajektkonzept wurden auch die Verlaufskurven als soziale Konstrukte verstanden und dementsprechend richtete sich die Analyse auf die der Prozedierung zugrundeliegenden Konstruktionsprozesse. Da diese Konstruktionsprozesse von den Akteuren intuitiv angewandt und in hohem Maße routinisiert sind, sind sie diesen nicht direkt zugänglich. Aufgrund der konversationsanalytischen Analyse der kommunikativen und interaktiven Prozesse zwischen den Health Professionals konnte das interaktive Geschehen aus seiner eigenen Logik heraus beschrieben werden. Die analytische Maxime der „order at all points“ ermöglichte es, die von den Gesprächsteilnehmern verwandten Verfahren und Prinzipien zu identifizieren, anhand derer diese die soziale Ordnung konstruieren. Mehr noch konnten die nur indirekt zugänglichen Sinn- und Bedeutungsstrukturen, die der Prozedierung zugrunde liegen, identifiziert werden. Darüber hinaus erlaubte die Untersuchung des realzeitlichen Ablaufs der Interaktionssequenzen die von den Interaktanten konstituierte Geordnetheit, die sich zum einem auf die Prozedierung der Verlaufskurven, zum anderem auf den Verlauf der interdisziplinären Besprechungen selbst bezieht. Aus dem Gesagten leitet sich ab, dass ungeachtet der momentanen Leerstelle der Kommunikations- und Interaktionsforschung diese intensiver in das in das Methodenrepertoire der Gesundheits- und Pflegewissenschaften eingehen sollte. Der Erkenntnisgewinn konversationsanalytischer Arbeiten liegt dabei in der Offenlegung der (impliziten) handlungsleitenden Relevanzkriterien der Beteiligten, die neben anderen Faktoren (z.B. strukturellen Einflüssen) die Handlungen der Akteure beeinflussen. Mehr noch lenkt das strikt empirische und sequenzielle Vorgehen den Blick auf die prozessualen Aspekte, die maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung eines Geschehens nehmen. Aufbauend auf den Ergebnissen konversationsanalytischer Arbeiten gewinnen kom-

munikative und interaktive Aspekte bei der Planung und Implementation von Versorgungskonzepten oder Programmen an Bedeutung. Ableitend daraus können dann neben den Nutzern auch die Health Professionals als Adressaten angesehen werden.

Konsequenzen für die Versorgungspraxis

Die Frage, welche Konsequenzen sich aus der vorliegenden Untersuchung für die Praxis ergeben, bezieht sich zum einem auf die kommunikativen und interaktiven Prozesse der Gesundheitsprofessionen, zum anderem auf die Versorgung der betroffenen Kinder und ihrer Familien. Dem letztgenannten Punkt soll dabei zunächst nachgegangen werden.

Umfassende Prozedierung der Verlaufskurven

„Die kideronkologischen Kliniken in Deutschland fungieren in erster Linie als Einrichtungen der Primärtherapie.“ (Reindl et al. 2006: 996) Mit dieser knappen Aussage lassen sich die Versorgungsstrukturen für krebskranke Kinder und Jugendliche umschreiben. Denn im Unterschied zur hospizlichen Versorgung Erwachsener stellen Krebserkrankungen in Kinderhospizen die Ausnahme dar (Wingefeld/Mikula 2002). Diese Tatsache erklärt sich zum einem aus der engen Anlehnung der deutschen Kinderhospize an die britische Hospizphilosophie (s.a. 2.2), zum anderem aber sicherlich auch aus den Besonderheiten pädiatrischer Onkologie, aufgrund derer die Kinder und Jugendlichen über weite Strecken des Krankheitsverlaufs mit kurativer Zielsetzung behandelt werden (McCallum et al. 2000). Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass dabei weniger die Krankheitsverläufe an sich als vielmehr die von den Gesundheitsprofessionen vorgenommene Prozedierung maßgeblich für die Versorgungsgestaltung ist. Diese orientiert sich in erster Linie an der Stabilisierung des Krankheitsverlaufs, wobei kurative Behandlungslogiken dominieren. Die einseitige Orientierung hat für die Prozedierung der Verlaufskurven weitreichende Konsequenzen. Anstelle einer umfassenden Unterstützung der Kinder und ihrer Familien in allen Phasen der Krankheits- und Sterbeprozesse fokussieren die Akteure jeweils nur die Aspekte, die sie entlang der von ihnen vorgenommenen Kategorisierungen für relevant halten. Die Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien bleiben dabei über weite Strecken des Krankheitsverlaufs unerkannt und unberücksichtigt, was besonders während der Abwärtsphasen virulent wird.

Die Anforderungen an die Versorgung lebensbedrohlich an Krebs erkrankter Kinder und Jugendlicher zu stellen sind leiten sich aus den komplexen und schwerwiegenden Konsequenzen der Krankheit für das Leben der Betroffenen und das ihrer Familien ab. Die Komplexität ergibt sich dabei aufgrund der Konfrontation mit gravierenden gesundheitlichen und therapie-

bedingten Beeinträchtigungen. Schwerwiegend sind die Folgen auf Grund der Ernsthaftigkeit der Krankheit. Denn trotz verbesserter Heilungschancen ist der Ausgang über weite Strecken des Krankheitsverlaufs ungewiss. Dabei kann die Bedeutung der Belastungen für die Betroffenen nicht losgelöst vom Kontext der allgemeinen kindlichen Entwicklung gesehen werden. Die physische, kognitive und emotionale Entwicklung kann durch das Auftreten der lebensbedrohlicher Krankheiten unterbrochen, umgekehrt oder auch verhindert werden (Levetown/Carter 1999). Erschwerend kommt hinzu, dass die Betroffenen aufgrund ihres Entwicklungsstandes bei Auftreten der Krankheit oftmals noch nicht über ausreichende Ressourcen zur Bewältigung existenzieller Bedrohungen verfügen. Ähnliches lässt sich für die Situation der Familien sagen: Sofern es sich um junge Familien handelt, besteht auch hier wenig Gelegenheit, Ressourcen zur gemeinsamen Bewältigung von Lebenskrisen zu entwickeln (Wingenfeld 2005 a). Die Konfrontation mit einer onkologischen Krankheit führt zudem auf der alltagspraktischen Ebene zu einer hohen Belastung, da die Versorgung der Kinder über das Maß der sonstigen Betreuungs- und Überwachungsaufgaben hinaus geht. Dabei können die über den Verlauf des Krankheits- und Versorgungsgeschehens entstandenen Problemlagen in der Zeit des Sterbens kumulieren (Schaeffer/ Moers 2003). Entsprechend stellt diese Phase im Krankheitsverlauf, neben der ihr eigenen Bedeutung und Tragweite, eine besonders sensible Zeit dar.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass anstelle einer einseitig an den Relevanzkriterien der Health Professionals ausgerichteten Prozedierung der Verlaufskurven eine Versorgungsgestaltung treten sollte, die neben der Stabilisierung des Krankheitsverlaufs auch eine umfassende Unterstützung der Kinder und ihrer Familien bietet. Diese sollte den Familien Hilfestellungen bei der Bewältigung der sich aus dem Krankheitsgeschehen ableitenden Anforderungen bieten und sich in erster Line an den Bedarfslagen der Kinder und ihrer Familien orientieren. Im Mittelpunkt einer so verstandenen Prozedierung steht dann nicht eine starre Orientierung an Versorgungskonzepten, sondern eine flexible, an den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Familien ausgerichtete Verlaufskurvengestaltung.

Abkehr von dem sequenziellen Verlauf kurativer und palliativer Versorgung

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass im Versorgungsalltag nach wie vor kurative und palliative Versorgung als sich einander ausschließende Konzepte verstanden werden. Diese Auffassung hat zur Konsequenz, dass sich die Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen über weite Strecken des Krankheitsverlaufs (und wie gezeigt werden konnte auch während der Abwärtsphase) an kurativen Zielen orientiert. Bezogen auf die Prozedierung der

Verlaufskurven bedeutet dies eine Sequenzierung des Krankheitsverlaufs in eine kurative, palliative und terminale Phase. Entlang dieser Vorstellung zielen in der kurativen Phase alle Maßnahmen auf das Überleben der Betroffenen, die Einschränkungen der Lebensqualität aufgrund therapeutischer Maßnahmen werden in Kauf genommen. Die palliative Phase beginnt, wenn keine Aussicht auf Kuration besteht. Die Terminalphase bezieht sich auf den Sterbeprozess an sich. Diese statische Vorstellung von Krankheitsverläufen impliziert, dass zwischen den einzelnen Phasen klare Grenzen bestehen und entsprechend der jeweiligen Phase die Versorgung entweder kurativ, palliativ oder terminal ausgerichtet ist. Diese sequenzielle Vorstellung und die im Vergleich mit Erwachsenen relativ guten Heilungschancen kindlicher Krebserkrankungen führen dazu, dass die Palliativversorgung erst zu einem späten, gegebenenfalls auch sehr späten Zeitpunkt erfolgt: „Decision-making regarding end-of-life issues in pediatric population was deferred very close to the time of death, and only after no remaining curative treatment was available.“ (McCallum 2000: 417). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen darüber hinaus, dass mit der zeitlichen Sequenzierung der Krankheitsverläufe auch eine „inhaltliche Sequenzierung“ einhergeht: Während der „kurativen Phase“ bezieht sich die Unterstützung sowohl auf die krankheits-, alltags- und biografische Arbeit der Betroffenen, während letztere im Falle der „palliativen Phase“ ausgeblendet wird. Diese Versorgungspraxis widerspricht den Vorstellungen der WHO zur Palliativversorgung, nachdem die palliative Versorgung mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit beginnt und sich die Unterstützung sowohl auf die mit der Krankheit einhergehenden physischen wie auch die psycho-sozialen und biografischen Auswirkungen bezieht.

Deutlich wird, dass die Integration der Palliativversorgung in die Akutversorgung dringend geboten ist. Aufgrund der Besonderheiten der Situation lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher sollten dabei grundsätzlich andere Maßstäbe der Versorgungsgestaltung gelten als jene, die für die Versorgung sterbender Erwachsener herangezogen werden: „Versorgungs- und weitergehende Unterstützungsangebote, die für Erwachsene wirksame Hilfen zur Verfügung stellen, erweisen sich als wenig geeignet, ihre [der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien] Problemlagen aufzufangen, und innovative Versorgungskonzepte stoßen auf erhebliche Schwierigkeiten bei der Integration in herkömmliche Angebotsstrukturen und die sozialrechtliche Regulierung der Angebotsnutzung.“ (Wingenfeld 2005 a: 175). Diese Einschätzung, sowie die Befunde der vorliegenden Untersuchung unterstreichen, dass eine schlichte Übertragung der bestehenden Konzepte der Erwachsenenversorgung auf die Situation von lebensbedrohlich erkrankten Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Familien wenig erfolgversprechend sind.

In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die pädiatrische Hospizversorgung verwiesen. Diese zeichnet sich im Unterschied zur hospizlichen Versorgung Erwachsener durch ein Unterstützungsangebot aus, was auf die gesamte Familie und alle Lebensbereiche ausgerichtet ist. Zudem bezieht sich das Angebot nicht ausschließlich auf die letzte Lebensphase, sondern auf den gesamten Krankheitsverlauf - beginnend mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung. Interessanterweise stellen onkologisch erkrankte Kinder nur einen geringen Anteil des Klientels dar: Krebserkrankungen stehen in Kinderhospizen nicht im Vordergrund des Versorgungsgeschehens (Davies 1999). In gewisser Weise folgen die Hospize somit im Zusammenhang mit onkologischen Krankheiten den Logiken der Akutversorgung: Grundlage der Versorgung ist ein medizinisch-somatisches Orientierungssystem, aufgrund dessen die Prozedierung der Verlaufskurven erfolgt: Die Möglichkeit der Kuration bestimmt den Handlungsrahmen und damit Inhalt, Ort und Struktur der Versorgung. Trotz dieser Einschränkungen können die bisher gemachten positiven Erfahrungen der Kinderhospize als Orientierungsmaßstab für die Versorgungsgestaltung gelten. Aufgrund der Fokussierung der Kinderhospize auf andere als onkologische Krankheiten sollte die inhaltliche Ausgestaltung allerdings Gegenstand weiterer Forschungen sein. Gleichzeitig ist zu überdenken, inwieweit eine Öffnung bzw. Erweiterung der Kinderhospize auf onkologisch erkrankte Kinder und Jugendliche möglich ist und ob dies zu einer Verbesserung der Versorgungsrealität der Betroffenen führen kann. Umgekehrt gilt es dann aufzuzeigen, welche Auswirkungen die Ausweitung des Versorgungsgeschehens auf onkologische Krankheiten für die pädiatrische Hospizversorgung hat.

Prozedierung der Verlaufskurven als interdisziplinäre Herausforderung

Dass die Versorgungsgestaltung nicht Aufgabe einer einzelnen Profession ist, gilt mittlerweile als allgemein anerkannt. Wie genau die Kooperation und Koordination auf der praktischen Ebene umgesetzt wird und welchen Beitrag die verschiedenen Gesundheitsprofessionen dabei leisten, ist nach wie vor Gegenstand der Diskussion. So weist der Sachverständigenrat in seinem Gutachten des Jahres 2007 auf die Notwendigkeit einer verbesserten Kooperation und auf die stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe hin, um eine effiziente und effektive Versorgung zu gewährleisten. Eine in diesem Zusammenhang diskutierte und vielerorts umgesetzte Maßnahme stellen interdisziplinäre Besprechungen dar (Zwarenstein et al. 2009). Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen allerdings, dass die Implementation von Teambesprechungen allein nicht zwangsläufig zu Veränderungen der kommunikativen und interaktiven Prozesse führt. Wenn sich, wie gezeigt werden konnte, aufgrund bestehender Hierarchieverhältnisse, medizinisch-somatische Wissens- und Werteorientierungen durchsetzen, dienen die Besprechungen eher der Manifestation bestehender Versorgungs- und Handlungsrouninen

denn einer kooperativen, an den Bedürfnissen der Nutzer orientierten Versorgungsgestaltung. Besonders deutlich wurde dies an der Trennung von Lebens- und Sterbeprozessen: Solange eine Aussicht auf Heilung besteht, stellen die Health Professionals Überlegungen zur Unterstützung der Familien bezogen auf alle drei Arbeitslinien an. Demgegenüber werden im Rahmen der palliativen Versorgung biografische Aspekte ausgeblendet. Offensichtlich wird, dass die sich durchsetzenden professionsspezifischen und institutionsspezifischen Relevanzkriterien den Handlungsrahmen der Akteure und damit auch die Prozedierung der Verlaufskurven bestimmen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass dies neben den bestehenden Hierarchieverhältnissen vor allem auch auf das Fehlen eines gemeinsamen inhaltlichen Orientierungsrahmens der Akteure zurückzuführen ist. Grundlage eines solchen Orientierungsrahmens sollte dabei ein umfassendes Fallverständnis sein, welches neben den somatischen auch die psychosozialen und biografischen Auswirkungen des Krankheitsgeschehens auf das Leben der Betroffenen und ihrer Familien berücksichtigt. Im Sinn eines hermeneutischen Fallverstehens könnten so die subjektiven Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit und der Zeit des Sterbens in den lebensweltlichen Kontext der Familien gestellt werden. Entgegen einer akteursorientierten Perspektive rücken so die Deutungs-, Sinn- und Handlungslogiken der Betroffenen und ihrer Familien in den Mittelpunkt. Die Teambesprechungen könnten so als Forum genutzt werden, wo anstelle der Mitteilung von Deutungsergebnissen eine kooperative Erarbeitung von Deutungsmöglichkeiten steht, die zu einer umfassenden Sicht auf einen Fall führen. Diese kann dann Ausgangspunkt für weitergehende Überlegungen zur Steuerung der Verlaufskurven sein, welche unabhängig vom Versorgungskonzept der spezifischen Situation der Familien gerecht wird. Die Prozedierung der Verlaufskurven beruht dann nicht mehr auf einem sich durchsetzenden Orientierungsrahmen, sondern sie stellt das Ergebnis kooperativer interdisziplinärer Aushandlungsprozesse dar, deren Grundlage die verschiedenen Wissens- und Werteorientierungen der jeweiligen Gesundheitsprofessionen bilden. Die damit verbundene Erweiterung des Handlungsrahmens führt somit zu einer umfassenden Verlaufskurvengestaltung. Auf einer abstrakteren Ebene formuliert stellt das methodisch kontrollierte Fallverstehen eine Möglichkeit dar, die zu einer Änderung der Konstitutionslogik des beruflichen Alltagshandelns der Akteure führen kann und zwar mit dem Ziel gemeinsam mit den Betroffenen neue Handlungsmuster zur Bewältigung der existentiellen Bedrohungssituation zu finden.

Kooperation und Kommunikation als Voraussetzung für eine zielgerichtete Versorgung krebskranker Kinder und Jugendlicher

Anknüpfend an die obigen Ausführungen zur Prozedierung als interdisziplinäre Aufgabe, soll im Folgenden der Blick auf die dazu notwendigen Voraussetzungen gerichtet werden. Wie die Ergebnisse dieser Untersuchung deutlich zeigen, ist entgegen des Anspruchs in der Praxis die Kommunikation und Kooperation zwischen den Gesundheitsprofessionen weiterhin hierarchisch orientiert. Dies zeigt sich neben der inhaltlichen Ausrichtung unter anderem auch an der Art und Weise der Gestaltung der Besprechung. Wesentlich ist hierbei die Organisation der thematischen Fokussierung und Progression, die Initiierung und Ratifizierung der Themenauswahl sowie die Themenbeendigung. Aufgrund der spezifischen Art und Weise der Umsetzung dieser gesprächsorganisatorischen Schritte durch die medizinische Profession werden grundlegende Bedingungen für die Kommunikation und Interaktion geschaffen, die in der Dominanz der Mediziner auf der gesprächsorganisatorischen wie auch der inhaltlichen Ebene zum Ausdruck kommt. Die sich durchsetzenden Sinn- und Bedeutungsstrukturen beruhen nicht auf wechselseitigen kooperativen Aushandlungsprozessen, sondern auf den bestehenden Hierarchieverhältnissen. Diese einseitige Orientierung erweist sich als hinderlich für die Prozedierung der Verlaufskurven, da sich auch hier die Vorstellungen der medizinischen Profession durchsetzen: Diese ist nicht nur „gate-keeper“ für die Palliativversorgung (Knapp 2009), sondern sie bestimmt auch die inhaltlichen Schwerpunkte der Versorgung. Entsprechend der professionsbezogenen Wissens- und Werteorientierung setzt sich die medizinisch-somatische Handlungsorientierung durch, die auf bestehenden Versorgungs- und Handlungs-routinen einer an der Lebenserhaltung ausgerichteten Profession und Institution beruht. In diesem Zusammenhang fällt besonders die schwache Position der Pflege auf, die keine eigenen Vorstellungen zur Gestaltung und Steuerung der Verlaufskurven einbringt. Entlang bestehender Hierarchieverhältnisse ordnen sich die Pflegenden den Vorstellungen der medizinischen Profession unter: Das Primat der medizinischen Therapie bestimmt die Prozedierung der Verlaufskurven. Die sich in den Besprechungen reproduzierenden Machtverhältnisse beeinflussen also nicht nur den Gesprächsverlauf an sich, sondern auch die inhaltliche Gestaltung der Verlaufskurven sowie die Rollen der Akteure. Die Pflegenden orientieren sich dabei an einem traditionellen Rollenverständnis, was der von den Akteuren konstituierten sozialen Ordnung der Besprechung entspricht.

Dabei sollte sich eine zielgerichtete Versorgungsgestaltung nicht an den Bedürfnissen und Orientierungen einer Berufsgruppe orientieren, sondern vielmehr an den Anforderungen, die sich aus den komplexen und schwerwiegenden Konsequenzen des Krankheitsgeschehens auf

das Leben der Betroffenen und ihrer Familien ableiten. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Untersuchung wird dabei deutlich, dass Voraussetzung dafür neben der beschriebenen Prozessorientierung der Versorgungsabläufe auch die Optimierung der Kommunikations- und Kooperationsstrukturen ist. Anstelle der Manifestation bestehender Hierarchieverhältnisse und der damit einhergehenden Wissens- und Werteorientierungen sollte eine aufgabenorientierte Kommunikation und Kooperation treten, die ausgehend von der Gleichrangigkeit der Gesundheitsberufe eine umfassende Prozedierung der Verlaufskurven zum Ziel hat. Anstatt berufsbezogener Orientierungen stünde dann eine fallorientierte und abstrahierende Reflexion der multifaktoriellen Situation der Betroffenen und ihrer Familien. Aufbauend darauf können die Akteure dann die Prozedierung der Verlaufskurven gemeinsam erarbeiten, abstimmen und zielführende Aktivitäten festlegen. Im Sinne einer aufgabenorientierten Kooperation steht dann nicht die Durchsetzung eines wie auch immer ausgerichteten Orientierungsrahmens, sondern die Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation einer gemeinschaftlichen Handlungsstrategie, die auf der Expertise gleichberechtigter professioneller Wissensbestände beruht. Eine so verstandene Prozedierung beruht dann nicht auf sich einseitig durchsetzenden professionsspezifischen Vorstellungen, sondern auf den Erfordernissen einer fallbezogenen Versorgungsgestaltung.

Resümierend kann also festgehalten werden, dass neben einer inhaltlichen Neuausrichtung im Sinn einer aufgabenbezogenen Prozess- und Nutzerorientierung auch Veränderungen auf der kommunikativen und interaktiven Ebene erfolgen müssen. Die ausschließliche Implementati-on neuer Konzepte und Programme ohne Berücksichtigung der kooperativen und interaktiven Prozesse läuft Gefahr an den bestehenden Hierarchieverhältnissen zu scheitern. Inwieweit das hermeneutische Fallverstehen zusammen mit Veränderungen der Kommunikation und Inter-aktion in interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppen tatsächlich die Versorgungspraxis ändern kann, wird Aufgabe zukünftiger Forschungsaktivitäten sein.

9. Ausblick

„Wer lebt, kann den Tod nicht annehmen, und wer lebt, muß den Tod annehmen.“

(Gadamer)

Die Auseinandersetzung mit Fragen um Sterben und Tod ist immer geprägt durch eine dem Thema inhärente Dialektik: Einerseits sind Sterben und Tod Erfahrungen, die zur menschlichen Existenz gehören, andererseits entziehen sie sich der unmittelbaren Erfahrung. Während im privaten Bereich die Beschäftigung mit diesen Themen frei ist, sind berufliche Akteure im Gesundheitswesen gezwungen, sich damit auseinander zu setzen. Dabei trifft für die berufliche Bearbeitung des Themas die beschriebene Dialektik ebenso zu wie im Privatbereich. Die Unausweichlichkeit von Sterben und Tod lässt den Gesundheitsprofessionen keine andere Wahl, als Strategien des Umgangs mit diesem Phänomen zu entwickeln.

Allerdings lässt sich die Auseinandersetzung mit Fragen, die die Versorgung von Menschen am Lebensende zum Gegenstand haben, nicht auf die Gesundheitsprofessionen beschränken, vielmehr handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Während im privaten Bereich vor allem Fragen der Bewältigung im Vordergrund stehen, bestehen die gesellschaftlichen Herausforderungen darin, die Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase zu gestalten. Diese an sich schon schwierige Aufgabe verkompliziert sich aufgrund vielfältiger gesellschaftlicher Entwicklungen. Zu nennen sind hier der Anstieg der Lebenserwartung, die Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung, die Verschiebung der Todesursachen und die damit einhergehende Verlängerung der letzten Lebensphase, die Ausweitung der therapeutisch-technischen Interventionen und der Wandel der Familienstrukturen (Ewers/Schaeffer 2005).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen wird deutlich, wie komplex und vielschichtig die Probleme sind, die die Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase betreffen. Es geht dabei nicht nur um die Frage, unter welchen Bedingungen die Menschen sterben, sondern vor allem auch um Fragen, die auf eine Verbesserung der Lebens- und Sterbesituation zielen: Welche Unterstützungsangebote benötigen die Betroffenen und ihre Familien? Wie müssen die Gesundheitssysteme gestaltet sein, damit sie die notwendige Unterstützung und Hilfe zur Verfügung stellen können? Welchen Beitrag können bürgerschaftliche Initiativen zur Verbesserung der Situation sterbender Menschen leisten und welchen Auftrag haben die

Gesundheitsprofessionen? Wie und welche Synergien bestehen zwischen bürgerschaftlichen und professionellen Angeboten bzw. wie lassen sie sich etablieren? Auf welche internationalen Erfahrungen kann rekurriert werden und wie lassen sich diese in die deutschen Gesundheits- und Sozialsysteme integrieren?

Dieser Problemumriss zeigt, dass diese unter dem Begriff End-of-Life Care fallenden Fragestellungen eine weitreichende gesundheitswissenschaftliche Relevanz haben. Während international die Fragen um die Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase seit längerem unter praktischen, theoretischen und wissenschaftlichen Gesichtspunkten erörtert werden, steht diese Auseinandersetzung im deutschsprachigen Raum bisher weitgehend aus (Ewers 2005). Analog der zeitlich verzögerten Etablierung von Public Health in Deutschland erfolgt innerhalb dieser Wissenschaftsdisziplin auch die Beschäftigung mit Fragen um End-of-Life Care im internationalen Vergleich zeitversetzt. Diese Leerstelle ist umso bedauerlicher, als das die Aussparung der allgemein zu beobachteten gesellschaftlichen De-Thematisierung von Sterben und Tod entspricht.

In diesem Zusammenhang ist noch ein weiterer, die Auseinandersetzung um Versorgungsfragen am Lebensende betreffender Aspekt zu berücksichtigen. Gemeint ist die Engführung der Debatte über die Versorgung in der letzten Lebensphase auf klinische Fragestellungen (Ewers/Schaeffer 2005). Ungeachtet der Bedeutung, die somatische und krankheitsbezogene Aspekte für die Versorgung und vor allem auch für die individuelle Situation der Betroffenen haben, entspricht diese Schwerpunktsetzung der „somatischen Fixierung“ (SVR 2002) des Gesundheitswesens. Dabei zeigt sich, dass trotz des multidisziplinären Anspruchs, den die Palliativversorgung hat, auch in diesem Segment medizinisch-somatische Aspekte die Forschungstätigkeiten dominieren. Erschwerend kommt hinzu, dass der Anteil kurativ angelegter Forschungsaktivitäten den der palliativorientierten deutlich übersteigt.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie umfassend der Beitrag von Public Health im Zusammenhang mit Fragen um die Versorgung in der letzten Lebensphase ist. Entsprechend der den Gesundheitswissenschaften eigenen bevölkerungsbezogenen Perspektive stehen dann Fragen der Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit, der Zugangs- und Leistungsgerechtigkeit sowie Fragen der Versorgungs- und Gesundheitssystemgestaltung im Mittelpunkt. Mit anderen Worten: Die Verbesserung der Versorgung Sterbender und ihrer Familien erfordert eine Optimierung der Gesundheitssysteme, die aufbauend auf Erkenntnissen der Gesundheitsforschung erfolgen sollte. Dabei kann es nicht darum gehen klinische und versorgungsbezogene

Forschung gegeneinander auszuspielen oder als Gegensatz zu begreifen – dies nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass nach wie vor ein erheblicher Forschungsbedarf bezogen auf palliativmedizinische und -pflegerische Behandlungsstrategien besteht. Vielmehr sollten die unterschiedlichen Facetten des Themas in ihrer Vielfältigkeit und ihrer Gleichwertigkeit bestehen bleiben und sich die Anstrengungen darauf richten, aufbauend auf den verschiedenen Ansätzen und Forschungsergebnissen die Versorgung Sterbender und ihrer Familien zu optimieren. Dazu gehört es, dass die richtigen Leistungen zur richtigen Zeit, im richtigen Umfang, am richtigen Ort erbracht werden (Stichwort: Leistungsgerechtigkeit), dass die Angebote für alle Menschen zugänglich sind (Stichwort: Zugangsgerechtigkeit) und dass die vorgehaltenen Leistungen den Bedürfnissen und dem Bedarf der Betroffenen entsprechen. Hierin ist auch der eigentliche Beitrag, den die Gesundheitswissenschaften leisten können zu sehen: es geht um eine Erweiterung der Perspektive um die beschriebenen Aspekte im Handlungsfeld Sterben und Tod. Die Beschäftigung mit diesen Themenfeldern könnte aufbauend auf der wissenschaftsinternen Auseinandersetzung auch zur Überwindung der gesamtgesellschaftlichen De-Thematisierung von Sterben und Tod führen.

In Anlehnung an das obige Zitat kann formuliert werden: Wer handelt, kann den Tod nicht annehmen, und wer handelt, muss den Tod annehmen. Dieses Dilemma ist nicht vollständig aufzulösen, vielmehr geht es darum Strukturen zu schaffen und Inhalte festzulegen, die den Gesundheitsprofessionen einen angemessenen Umgang mit dieser Situation ermöglichen. Wesentlich hierbei ist die Erkenntnis, dass kommunikative und interaktive Prozesse zwischen den Beteiligten einen bedeutenden Anteil an den Gestaltungsprozessen haben. Hierin liegt auch das Potenzial der Dilemmasituation: Die Gestaltung der Versorgung am Lebensende ist als eine gemeinschaftliche Konstruktionsleistung aller am Prozess Beteiligten zu verstehen. Entsprechend ist End-of-Life Care auch als gesundheitswissenschaftliche Herausforderung zu verstehen.

LITERATUR

- Aldridge, M./Barton, E. (2007): Establishing Terminal Status in end- of- Life Discussions. *Qualitative Health Research* 17, 7: 908-918.
- Allen, D./Griffiths, L./Lyne, P. (2004): Understanding complex trajectories in health and social care provision. *Sociology of Health & Illness* 26, 7: 1008-1030.
- Arber, A. (2008): Team Meetings in Specialist Palliative Care: Asking Questions as a Strategy within Interprofessional Interaction. *Qualitative Health Research* 18, 10: 1323-1335.
- Atkinson, P. (1995): *Medical Talk and Medical work*. London: SAGE Publications.
- Aulbert, E./Radbruch, L./Grond, S./Zech, D. (2000): Prinzipien der Symptombehandlung. In: Aulbert, E./Zech, D.: *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer, 167-173.
- Bergmann, J. R. (1988): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. Studienbrief 1, 2, 3 der Fernuniversität- Gesamthochschule Hagen.
- Bergmann, J. (1992): Veiled morality: notes on discretion in psychiatry. In: *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 137-162.
- Bergmann, J.R. (1994): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Fritz, G.; Hundsnurscher, F. (Hg.): *Handbuch der Dialoganalyse*. Tübingen: Niemeyer.
- Bergmann, J. R. (2003,a): Harold Garfinkel und Harvey Sacks. In: Flick, U./von Kardoff, E./Steinke, I.: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 51-62.
- Bergmann, J. R. (2003,b): Konversationsanalyse. In: Flick, U./von Kardoff, E./Steinke, I.: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 524-537.
- Bergsträsser, E. (2007): Palliative Care am Beispiel der Pädiatrie. In: Knipping, C.: *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Verlag Hans Huber, 618-623.
- Bliesener, T./Köhle, K. (1986): *Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bluebond-Langner, M./Belasco, J. B./Goldman, A./Belasco, C. (2007): Understanding Parents' approaches to Care and Treatment of Children With Cancer When Standard Therapy Has Failed. *Journal of Clinical Oncology* 25: 2414-2419.
- Blumer, H. (1973): Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. 1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie*. Reinbeck: rororo, 80-146.
- Böhle, F./Glaser, J. (2006): Interaktion als Arbeit – Ausgangspunkt. In: Böhle, F./Glaser, J. (Hg.): *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 11-15.
- Bowles, H. (2006): Conversation Analysis and Health Communication: Updating a Developing Relationship. In: Gotti, M./Salanger-Meyer, F. (Hg.): *Advances in Medical Discourse Analysis: Oral and Written Contexts*. Bern: Peter Lang, 43-64.
- Brinker, K./Sager, S.F. (2001): *Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

- Brook, L./Williams, S. (2003): Pediatric deaths in hospital: scope for pediatric palliative care? *Archives of Disease in Childhood*, 88 Suppl 2 : A 61.
- Brook, L./Vickers, J. (2007): Going home for the last time: rapid discharge from hospital in order to facilitate end-of-life care in the setting of the child and family's choice. *Archives of Disease in Childhood*, 91 Suppl 1: 868-873.
- Brown Hellsten, M./Kane, J. (2006): Symptom Management in Pediatric Palliative Care. In: Ferrel, B. R./Coyle, N.: *Palliative Nursing*. Oxford: Oxford University Press, 995-908.
- Burke, S.O./Kauffmann, E./LaSalle, J./Harrison, M. B./Wong, C. (2000): Parents' perceptions of chronic illness trajectories. *Canadian Journal of Nursing Research* 32, 3: 19-36.
- Burton, C. R. (2000): Re-thinking stroke rehabilitation: the Corbin and Strauss chronic illness trajectory framework. *Journal of Advanced Nursing* 32, 3: 595-602.
- Bury, M. (2009): Chronische Krankheit als biografischer Bruch. In: Schaeffer, D.(Hg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Verlag Hans Huber, 75 – 90.
- Cherny, N.I. (2005): The challenge of palliative medicine. In: Doyle, D./Hanks, G./Cherny, N.I./Calman, K.: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 7-14.
- Christakis, N. A./Lamont, E. B. (2000): Extent and determinants of error in doctors' prognosis in terminally ill patients: prospective cohort study. *www.bmj.com* 469-473, 12. 12. 2009.
- Clarke, A. (1991): Social Worlds/Arena Theory As Organizational Theory. In: Maines, D. R.: *Social Organization And Social Process. Essays In Honor Of Anselm*. New York: De Gruyter, 119-158.
- Clemens, K.E./Ostgathe, C. (2005): Auftrag und Wirklichkeit. *Palliativmedizin und Interdisziplinarität. Klinikarzt* 34, 1+ 2: 11-14.
- Cohen, M. H. (1995): The Triggers of Heightened Parental Uncertainty in Chronic, Life- Threatening Childhood Illness. *Qualitative Health Research* 5: 63-77.
- Corbin, J. M./Strauss, A. L. (1988): *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Corbin, J. (1998): The Corbin and Strauss Chronic Illness Trajectory Model: An Update. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 12, 1: 33-41.
- Corbin, J.M. (1991): Anselm Straus: An Intellectual Biography. In: Maines, D. R.: *Social Organization And Social Process. Essays In Honor Of Anselm Strauss*. New York: Aldine De Gruyter, 17-42.
- Corbin, J. (1994): *Chronicity and the Trajectory Framework*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. ISSN-0935-8137.
- Corbin, J./Strauss, A. (1998): Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Woog, P.: *Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1-30.
- Corbin, J. M./Strauss, A. L. (2004): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Hans Huber.

- Corbin, J./Hildenbrand, B./Schaeffer, D. (2009): Das Trajektkonzept. In: Schaeffer, D. (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Verlag Hans Huber, 55-74.
- Craig, F./Abu- Saad- Huijjer, H./Benini, F./Kuttner, L./Wood, C./Feraris, P. C./Zernikow, B. (2008): IMPaCCT. Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa. *Der Schmerz* 22: 401- 408.
- Creutzig, U. / Klusmann, J-H. (2002): Von der tödlichen zur heilbaren Krankheiten. Die Erfolge in der pädiatrischen Onkologie in den letzten 15 Jahren. GPHO und Kompetenznetz Pädiatrische Onkologie und Hämatologie.
http://www.kinderkrebsinfo.de/sites/kinderkrebsinfo/content/e1676/index_ger.html?raw=Von%20der%20t%C3%B6dlichen%20zur%20heilbaren%20Krankheiten.%20Die%20Erfolge%20in%20der%20p%C3%A4diatrischen%20Onkologie%20in%20den%20letzten%2015%20Jahren.%20&ZMS_HIGHLIGHT=raw, 15. 03. 2010.
- Crepeau, E. B. (2000): Reconstructing Gloria: A Narrative Analysis of Team Meetings. *Qualitative Health Research* 10, 6: 766-86.
- Davies, E./Higginson, I.J. (2004): World Health Organization (2004): The Solid facts.
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118_2, 15. 03. 2010.
- Davies, B./Howell, D. (1999): Special Services for children. In: Doyle, G./Hanks, G./McDonald, N. (Hg.): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2. Aufl. Oxford. Oxford University Press, 1077-1084.
- Davies, B./Steele, R. (1996): Challenges in identifying children for palliative care. *Journal of Palliative Care* 12: 5-8.
- Davis, B./Sumner, L. (2005): Special consideration for children in palliative care. In: Doyle, D./Hanks, G./Cherny, N.I./Calman, K.: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 822-831.
- De Graves, S./Aranda, S. (2002): Exploring documentation of end of life care in children with cancer. *Journal of Palliative Nursing*, 8: 86-95.
- De Graves, S./Aranda, S. (2005): When a child cannot be cured - reflections of health professionals. *European Journal of Cancer Care*, 14: 132-140.
- Denzin, N. (2003): Symbolischer Interaktionismus. In: Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I.: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt, 136 – 150.
- Deppermann, A. (2001): Gesprächsanalyse als explikative Konstruktion – Ein Plädoyer für eine reflexive ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Iványi, Z./Kertész, A.: *Gesprächsforschung. Tendenzen und Perspektiven*. Frankfurt am Main: Peter Lang, 43-73.
- Deppermann, A. (2008): *Gespräche analysieren*. 4. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deutscher Bundestag (2005): Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Drucksache 15/5858.
<http://suche.bundestag.de/searchAction.do>., 13. 12. 2009
- Docherty, S. L. / Miles, M. S. (2007): Searching for the “dying point”: providers’ experiences with palliative care in pediatric acute care. *Pediatric Nursing*, 33: 335 – 341.

- Dorsett, D. S. (1998): Krebsrekonvalenzens. Anwendung des Corbin-Strauss-Pflegemodells. In: Woog, P.: Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Wiesbaden: Ullstein Medical, 31-44.
- Doyle, D./Hanks, G. W.C./Mac Donald (1998): Introduction. In: Doyle, D./Hanks, G. W.C./Mac Donald: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Second Edition. Oxford: Oxford University Press, 3- 8.
- Doyle, D./Hanks, G. W.C/Mac Donald (2005): Introduction. In: Doyle, D./Hanks, G. W.C./Mac Donald: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Second Edition. Oxford: Oxford University Press, 3- 8.
- Down, G./Simons, J. (2006): Communication. In: Goldman, A./Hain, R./Liben, S.: Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Oxford: Oxford University Press, 28-41.
- Drake, R./Frost, J./Collins, J. (2003): The Symptoms of Dying Children. *Journal of Pain and Symptom Management* 26, 1: 594-603.
- Dresske, S. (2007): Interaktionen zum Tode: Wie Sterben im Hospiz orchestriert wird. In: Gehring, P./Rölli, M./Saborowski, M. (Hg.): Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 77-101.
- Drew, P./Heritage, P. (1992): Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eberle, T. S. (1997): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Hitzler, R./Honer, A.: Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. Opladen: Leske & Budrich, 245-279.
- Ewers, M./Fuhr, A./Günnewig, J. (2001): Palliativ-pflegerische Hausbetreuungsdienste in NRW. Teilergebnisse eines Modellprojektes. P01- 114. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld: IPW.
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2005): Versorgung am Ende des Lebens – Einführung. In: Ewers, M./Schaeffer, D.: Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Verlag Hans Huber, 7-17.
- Ewers, M. (2005): End-of-Life Care und Public Health. In: Ewers, M./Schaeffer, D.: Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Verlag Hans Huber, 41-67.
- Fallowfield, L. (2005): Communication with the patient and family in palliative medicine. In: Doyle, D./Hanks, G./Cherny, N.I./Calman, K.: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press, 101-107.
- Flick, U. (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U./von Kardoff, E./Steinke, I. (2003): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe; von Kardoff, E.; Steinke, I.: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 13-32.
- Fochtman, D. (2006): The Concept of Suffering in Children and Adolescents With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 23, 2: 92-102.
- Friedrichsdorf, S./Zernikow, B. (2002): Palliativmedizin in der pädiatrischen Onkologie. In: Aulbert, E./Klaschik, E./Kettler, D.: Palliativmedizin – Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung. Stuttgart: Schattauer, 39-46.

- Friedrichsdorf, S./Menke, A./Brun, S./Henkel, W./Wamsler, C./Zernikow, B. (2003): Pädiatrische Palliativmedizin- Hilfsangebot für Kinder und Eltern. *Deutsches Ärzteblatt* 100, 9: 430- 432.
- Friedrichsdorf, S./Menke, A./Wamsler, C./Zernikow, B. (2005): Status Quo of Palliative Care in Pediatric Oncology – A Nationwide Survey in Germany. *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier 29, 2: 156-163.
- Führer, M./Duroux, A./Borasio, G. D. (2005): HOME - Hospiz ohne Mauern. Koordinationsstelle Pädiatrische Palliativmedizin in Bayern. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 153, 6: 557-562.
- Führer, M./Zernikow, B. (2005): Palliativmedizin in der Kinderheilkunde. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 6: 512-516.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2009): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009. www.sapv.de, 01. 03. 2010.
- Gerhardt, U. (1990): Patient careers in end-stage renal failure. *Social Science and Medicine* 30, 11: 1211-1224.
- Gerhardt, U. (1992): Rehabilitationsverläufe nach koronarer Bypassoperation im Langzeitvergleich. In: Häussler, B./Schliehe, F./Weber-Falkensammer, H. (Hg.): *Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer, 334-361.
- Glare, P./Virik, K./Jones, M./Hudson, M./Eychmuller, S./Simes, J. (2003): A systematic review of physicians survival predictions in terminally ill cancer patients. *British Medical Journal* 327: 1- 6. www.bmj.com, 15. 11. 2009.
- Glaser, B.G./Strauss, A. L. (1965): *Awareness of dying*. Chicago: Aldine.
- Glaser, B.G./Strauss, A. L. (1968): *Time for Dying*. Chicago: Aldine.
- Glaser, B.G./Strauss, A.L. (1975): *Chronic Illness and the Quality of Life*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Glaser, B.G./Strauss, A.L. (1998): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Globisch, M. (2004): England. In: Gronemeyer, R./Fink, M./Globisch, M./Schumann, F.: *Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa*. Wuppertal: DER hospiz-verlag, 96-122.
- Goldman, A./Hewitt, M./Collins, G./Childs, M./Hain, R. (2006): Symptoms in Children/ Young People With progressive Malignant Disease: United Kingdom Children`s Cancer Study Group/ Pediatric Oncology Nurses Forum Survey. *Pediatrics* 117: 1179-1186.
- Gravelle, A. (1997): Caring for a child with a progressive illness during the complex chronic phase: parents`experience of facing adversity. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 738-745.
- Gronemeyer, R. (2004): Palliative Care in Europa. In: Gronemeyer, R./Fink, M./Globisch, M./Schumann, F. : *Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa*. Wuppertal: DER hospiz- verlag, 20-51.
- Gutjahr, P. (1999): Allgemeine Aspekte der Therapie. In: *Krebs bei Kindern und Jugendlichen. Klinik und Praxis der Pädiatrischen Onkologie*. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag, 136-139.
- Halcomb, E./Davidson, P. (2005): Using the illness trajectory framework to describe recovery from traumatic injury. *Contemporary Nurse* 19, 1-2: 232-241.

- Hana, G./Belrai, B./Grebler, D./Izraeli, S./Rechavi, G./Toren, A. (2008): Integration of a Palliative and Terminal Care Center Into a Comprehensive Pediatric Oncology Department. *Pediatric Blood Cancer* 50: 949-955.
- Hancock, K./Clayton, J. M./Parker, S. M./Walder, S./Butow, P. N./Carrick, S./Currow, D./Ghera, D./Hagerty, R./Tattersall, M. H. N. (2007): Truth – telling in discussing prognosis in advanced life- limiting illnesses: a systematic review. *Palliative Medicine* 21: 507-517.
- Hawthorne, M. H. (1998): Herzerkrankungen. Anwendung des Corbin-Strauss-Pflegemodells. In: Woog, P.: *Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 45-59.
- Heimerl, K. (2000): Lebensqualität bis zuletzt: Integrierte Palliative Versorgung. In: Heller, A./Heimerl, K./Metz, C. (Hg.): *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten*. Freiburg: Lambertus, 149-161.
- Heller, A. (2000): Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. In: Heller, A./Heimerl, K./Husebö, S.: *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun*. Freiburg: Lambertus, 9-24.
- Hibbert, D./Hanratty, B./May, C./Mair, F./Litva, A./Capewell, S. (2003): Negotiating palliative care expertise in the medical world. *Social Science & Medicine* 57: 277-288.
- Hilden, J. M./Emanuel, E. J./Fairclough, D. L. (2001): Attitudes and practices among pediatric oncologists regarding end-of-life care: results of the 1998 American Society of Clinical Oncology survey. *Journal of Clinical Oncology* 19: 205-212.
- Hildenbrand, B. (1998): Vorwort. In: Strauss, A.: *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 2. Aufl. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Hinojosa, J./Bedell, G./Buchholz, E.S./Charles, J./Shigaki, I. S./Bicchieri, S. M. (2001): Team Collaboration: A Case Study of an Early Intervention Team. *Qualitative Health Research* 11, 2: 206-220.
- Hinds, P. S. (2004): End-of-Life Research as a Priority for pediatric Oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 21, 3: 175-179.
- Hömann, U. (2002): Versorgungskontinuität durch 'Kooperative Qualitätsentwicklung' und abgestimmtes Trajektmanagement. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 2: 4.
- Hömann, U./Müller-Mundt, G./Schulz, B. (1999): *Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Husebö, S. (2003): Kommunikation. In: Husebö, S./Klaschik, E.: *Palliativmedizin*. 3. Aufl. Berlin: Springer, 119-180.
- Housley, W. (1999): Role as an Interactional Device and Ressource in Multidisciplinary Team Meetings. *Sociological Research Online*, 4: 3 <http://www.socresonline.org.uk/4/3/housley.html>, 23.07.2009.
- Hurwitz, C. A./Duncan, J./Wolfe, J. (2004): Caring for the child with cancer at the close to life: "there are people who make it, and I'm hoping, I'm one of them. *Journal of the American Medical Association*, 292: 2141-2149.
- Iedema, R./Scheeres, H. (2003): From Doing Work to Talking Work: Renegotiating Knowing, Doing, and Identity. *Applied Linguistics* 24, 3: 316-337.

- Iedema, R. (2006): (Post-) bureaucratizing Medicine: Health Reform and the Reconfiguration of Contemporary Clinical Work. In: Gotti, M./Salanger-Meyer, F. (Hg.): *Advances in Medical Discourse Analysis: Oral and Written Contexts*. Bern: Peter Lang, 111-131.
- Ingham, J.M./Portenoy, R.K. (2005): The measurement of pain and other symptoms. In: Doyle, D./Hanks, G./Cherny, N.I./Calman, K.: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 168-184.
- Institute of Medicine (2003): *When children die: Improving palliative and end-of-life care for children and their families*. Washington: The National Academies Press.
- Janssen, G./Frieland, C./Richter, U./Leonhardt, H./Göbel, U. (2004): Ambulante palliativmedizinische Versorgung krebskranker Kinder und ihrer Familien. *Klinische Pädiatrie*, 216: 183-188.
- Jaspers, B./Schindler, T. (2004): Gutachten. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. www.dgpalliativmedizin.de/.../Gutachten%20JaspersSchindler%20Endfassung%2050209.pdf, 13. 03. 2009.
- Jordan, I. (2006): Die Entwicklungsbedingungen der deutschen Hospizbewegung und der niederländischen Palliative Care. Dissertation. <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=980450632...var...>, 13. 03. 2009.
- Jox, R. J./Nicolai, T./Duroux, A./Borasio, G. D./Führer, M. (2007): Patientenverfügungen in der Pädiatrie. Ein Pilotprojekt. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. Springer Verlag Medizin 157, 3: 1-8.
- Kaasa, S./Loge, J.H. (2005): Quality of life in palliative medicine – principles and practice. In: Doyle, D./Hanks, G./Cherny, N.I./Calman, K.: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 196-210.
- Kaatsch P, Spix C (2006/2007): Jahresbericht 2006/2007 des Deutschen Kinderkrebsregisters. Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Universität Mainz www.kinderkrebsregister.de, 12. 04. 2009.
- Kaatsch P, Spix C (2008): Jahresbericht 2008 des Deutschen Kinderkrebsregisters. Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Universität Mainz www.kinderkrebsregister.de, 12. 04. 2010.
- Kessler-Berther, G. (2002): Rauf und runter. Das Erleben von Frauen mit der rheumatischen Krankheit Fibromyalgie, Fachhochschule Aargau, unveröffentlichtes Manuskript.
- Klinkhammer, G. (2007): Palliativmedizin: Junge Disziplin mit großem Potenzial. *Deutsches Ärzteblatt* 104, 16: A-1066.
- Knapp, C. (2009): Research in Pediatric Palliative Care: Closing the Gap Between What is and Is Not Known. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 26, 5: 392-398.
- Knapp, C.A./Thompson, L./Madden, V./Shenkman, E. (2009): Paediatricians' perception on referrals to pediatric palliative care. *Palliative Medicine* 23: 418-424.
- Knigge-Demal, B. (2003): Die Pflege kranker Kinder. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D.: *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim und München: Juventa, 389-415.
- Köster, M./Gerschlauer, A. (2003): Persönlichkeit gefragt – Eigenverantwortlichkeit ambulant Pflegenden. http://kinderkrebsstiftung.de/pdf/wir2003_2/eigenverantwortlichkeit.pdf, 10. 11. 2009.

- Lalouschek, J./Menz, F./Wodak, R. (1990): *Alltag in der Ambulanz*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Legewie, H./Schervier-Legewie, B. (2004): *Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen*. *Forum Qualitative Sozialforschung. Online Journal*. 5 (3): www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-04-3-22-d-Htm. 08.06. 2008.
- Levetown, M./Carter, M. (1999): *Child-centred care in terminal illness: an ethical framework*. In: Doyle, D./Hanks, G. W.C./Mac Donald: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Second Edition. Oxford: Oxford University Press, 1108-1117.
- Lorenz, K.A./Lynn, J./Sydney, M. D. (2008): *Evidence for improving Palliative Care at the End of Life. A Systematic Review*. *Annals of Internal Medicine*. www.annals.org/cgi/content/full/148/2/147, 02. 12. 2009.
- Lenton, S./Goldman, A./Eaton, N./Southhall, D. (2006): *Development and epidemiology*. In: Goldman, A./Hain, R./Liben, S.: *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. Oxford: Oxford University Press, 3-13.
- Li, S./Arber, A. (2006): *The Construction of Troubled and Credible Patients: A Study of Emotion Talk in Palliative Care Settings*. *Qualitative Health Research* 16, 1: 27-46.
- Lickiss, J.N./Turner, K. S./Pollock, M. L. (2005): *The interdisciplinary team*. In: Doyle, D./Hanks, G./Cherny, N.I./Calman, K.: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 42-51.
- Mack, J. W./Hilden, J. M./Watterson, J./Turner, B./Moore, C./Grier, H. E./Weeks, J. C./Wolfe, J. (2005): *Parent and Physician Perspectives on Quality of Care at the End of Life in Children with cancer*. *Journal of Clinical Oncology* 23, 36: 9155-9161.
- Mack, J. W./Wolfe, J./Grier, H. E./Cleary, P. D./Weeks, C. (2006): *Communication About Prognosis Between Parents and Physicians of Children With Cancer: Parent Preferences and the Impact of Prognostic Information*. *Journal of Clinical Oncology* 4, 33: 5265-5270.
- Maines, D. R. (1991): *Reflections, Framings, and Appreciations*. In: Maines, D. R.: *Social Organization And Social Process. Essays In Honor Of Anselm*. Aldine De Gruyter: New York, 3-9.
- Matthes, J./Schütze, F. (1973): *Zur Einführung: Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*. 1: *Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie*. Reinbeck: rororo, 11-53.
- Mc Cullum, D.E./Byrne, M. B./Bruera, M. D. (2000): *How Children Die in Hospital*. *Journal of Pain and Symptom Management* 20, 6: 417-423.
- Meier, C. (2002): *Arbeitsbesprechungen: Interaktionsstruktur, Interaktionsdynamik und Konsequenzen einer sozialen Form*. <http://www.verlag-gespraechsforschung.de>, 11. 04. 2008.
- Merkens, H. (2003): *Auswahlverfahren, Sampling, Fallrekonstruktionen*. In: Flick, U./von Kardoff, E./Steinke, I.: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 2. Aufl. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 286-299.
- Mikula, M./Wingenfeld, K. (2002): *Anforderungen an die Häusliche Palliativversorgung von Kindern*. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für die integrierte Versorgung Schwerkranker*. Bern: Verlag Hans Huber, 303-319.

- Miller, K.L./Reeves, S./Zwarenstein, M./Beales, J. D./Kenaszchuk, C./Conn, L. G. (2008): Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine ward: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64 4: 332-343.
- Monterosso, L./Kristjanson, L. (2008): Supportive and palliative care needs of families of children who die from cancer: an Australian study. *Palliative Medicine* 22: 59-69.
- Müller, A. P. (1997): Reden ist Chefsache. Linguistische Studien zu sprachlichen Formen sozialer Kontrolle in innerbetrieblichen Arbeitsbesprechungen. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Müller- Busch, H.C.: Selbstbestimmung und Autonomie sterbenskranker Menschen. In: Aulbert; E./Klaschik, E./Pichlmair, H.: *Palliativmedizin–Verpflichtung zur Interdisziplinarität*. Stuttgart: Schattauer, 253-264.
- Nassehi, A./Saake, I. (2005): Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie. In: Knoblauch, H./Zingerle, A. (Hg.): *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Berlin: Dunker & Humblot, 31-54.
- Nothdurft, W./Reitemeier, U./Schröder, P. (1994): *Beratungsgespräche. Analyse asymmetrischer Kommunikation*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Nokes, K. M. (1998): HIV/Aids-Erkrankungen. Anwendung des Corbin-Strauss-Pflegemodells. In: Woog, P.: *Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 61-71.
- Opie, A. (1997 a): Teams as Author: Narrative and Knowledge Creation in case Discussion in Multi-Disciplinary Health Teams. *Sociological Research Online*. 2 (3). <http://www.socresonline.org.uk/2/3/5.html>, 15.10.2009.
- Opie, A. (1997 b): Thinking teams thinking clients: issues of discourse and representation in the work of health care teams. *Sociology of Health & Illness* 19, 3: 259-280.
- Peter, C./ Richter, M. (2009): Chronische Erkrankungen und Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter. In: Schaeffer, D. (Hg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Verlag Hans Huber, 297-319.
- Pfeffer, C. (2005): „Hier wird immer noch besser gestorben als woanders.“ Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit. Bern: Verlag Hans Huber.
- Pleschberger, S. (2001): *Palliative Care: Ein Versorgungskonzept für sterbende Menschen*. P01- 113. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld: IPW.
- Pleschberger, S. (2002): Konzeptionelle Grundlagen und internationale Entwicklung. *Palliative Care unter besonderer Berücksichtigung der Pflege*. In: Metz, C./Wild, M./Heller, A.: *Balsam für Leib und Seele. Pflegen in Hospiz- und palliativer Betreuung*. Freiburg: Lambertus, 4-35.
- Porro, S. (1999): *Beziehungsrelevanz in der beruflichen Kommunikation*. Frankfurt/Main: Peter Lang Verlag.
- Postovsky, S./Levenzon, A./Ofir, R. (2004): “Do not resuscitate” orders among children with solid tumors at the end of life. *Pediatric Hematology Oncology* 21: 661-668.
- Radbruch, L./Zech, D. (2000): Definition, Entwicklung und Ziele der Palliativmedizin. In: Aulbert, E./Zech, D (Hg.): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer, 1-11.

- Raspe, H.H. (1980): Visitenforschung in der Bundesrepublik: historische Reminiszenzen und Ergebnisse formal-quantitativer Analysen. In: Köhle, K./Raspe, H.H.: Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg, 1-15.
- Rawnsly, M. M. (1998): Chronisch psychische Erkrankungen. Anwendung des Corbin-Strauss-Pflegemodells. In: Woog, P.: Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Wiesbaden: Ullstein Medical, 73-92.
- Reindl, T. K./ Adis, C./Vater, K./ von Hartz-Geitel/Fengler, R./Henze, G. (2006): Lebensqualität in der verbleibenden Zeit. Eine häusliche ganzheitliche Palliativversorgung kann helfen, eine Extrembelastung für Patient und Familie erträglicher zu machen. Deutsches Ärzteblatt 103, 15: 995-997.
- Riemann, G., Schütze, F. (1991): „Trajectory“ As A Basis Theoretical Concept For Analyzing Suffering and Disorderly Social Process. In: Maines, D. R.: Social Organization And Social Process. Essays In Honor Of Anselm. New York: Aldine De Gruyter, 333-358.
- Robert Koch Institut (Hg.): Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends. 7. Ausgabe. Berlin.
- Rosumek, S. (1990): Sprachliche Rituale. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt- Patienten - Interaktion. In: Köhle, K./Raspe, H.H.: Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg, 27-40.
- Roß, J./Müller, M. (2006): Was ist Hospizarbeit? In: Sabatowski, R./Radbruch, L./Nauck, F./Roß, J./Zernikow, B.: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin 2006/2007. Ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland. Wuppertal: der hospiz verlag.
- Roy, D. J. (2005): Euthanasia and withholding treatment. In: Doyle, D./Hanks, G./Cherny, N.I./Calman, K.: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press, 84-97.
- Sabatowski, R./Radbruch, L./Nauck, F./Roß, J./Zernikow, B. (2006): Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin 2006/2007. Ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland. Wuppertal: der hospiz verlag.
- Sabatowski, R./Radbruch, L./Nauck, F./Roß, J./Zernikow, B. (2008): Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin 2007. Ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland. Wuppertal: der hospiz verlag.
- Salis- Gross, C. (2001): Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Untersuchung zum Sterben im Altenheim. Frankfurt/ Main: Campus- Verlag.
- Saunders, C./Sykes, N. (1993): The management of terminal malignant disease. London: Arnold.
- Schaeffer, D. (2002): Geschichte und Entwicklungsstand qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Verlag Hans Huber, 13-31.
- Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schaeffer, D. (2005): Versorgungswirklichkeit in der letzten Lebensphase: Ergebnisse einer Analyse der Nutzerperspektive. In: Ewers, M./Schaeffer, D.: Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Verlag Hans Huber, 69-91.

- Schaeffer, D. (2009): Bewältigung chronischer Erkrankung – Status Quo der Theoriediskussion. In: Schaeffer, D. (Hg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Hans Huber Verlag, 15-51.
- Schaeffer, D./Moers, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten- Herausforderungen für die Pflege. In : Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D.: *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim und München: Juventa, 447-483.
- Schaeffer, D./Moers, M. (2008): Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. *Pflege & Gesellschaft* 13, 1: 6-31.
- Schaeffer, D./Moers, M.(2009): Abschied von der Patientenrolle? Bewältigungshandeln im Verlauf chronischer Krankheit. In: Schaeffer, D. (Hg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Hans Huber Verlag, 111-131.
- Schuhmann, F. (2004): Deutschland. In: Gronemeyer, R./Fink, M./Globisch, M./Schumann, F. : *Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa*. Wuppertal: DER hospiz- verlag, 72-95.
- Schwitalla, J. (2006): *Gesprochenes Deutsch. Eine Einführung*. Berlin: Schmidt Erich Verlag.
- Selting, M./Auer, P./Barden, B./Bergmann, J./Couper-Kuhlen, E./Günthner, S./Meier, C./Quasthoff, U./Schlobinski, P./Uhmann, S. (1998): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). *Linguistische Berichte* 173: 91-122.
- Slade, A. (2000): Impact of treatment on zhe family. In: Langton, A. C. / Tindall, B.: *The Cild with Cancer: Family centered care in practice*. Edingburg: Baillière Tindall, 105-139.
- Smeltzer, S. (1998): Multiple Sklerose. In: Woog, P.: *Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 93-116.
- Soeffner, H.-J. (1991): “Trajectory” As An Intended Fragment: The Critique Of Empirical Reason According To Anselm Strauss. In: Maines, D. R.: *Social Organization And Social Process. Esays In Honor Of Anselm*. New York: Aldine De Gruyter, 359-372.
- Speck, A. (1990): Zur Themenentwicklung im Therapiegespräch. In: Ehlich, K./Koerfer, A./Redder, A./Weingarten, R.: *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 198-209.
- Steele, R. (2000): Trajectory of Certain Death at an Unknown Time: Children with Neurodegenerative Life-Threatening Illnesses. *Canadian Journal of Nursing Research* 32, 3: 49-67.
- Steffen- Bürgi, B. (2007): Reflexionen und ausgewählte Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, C.: *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Verlag Hans Huber, 30 – 38.
- Steinke, I. (2003): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U./von Kardoff, E./Steinke, I.: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 319-331.
- Stevens, M.M.(2005): Care of the dying child and adolescent: family adjustment and support. In: Doyle, G./Hanks, G./McDonald, N. (Hg.): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2. Aufl. Oxford. Oxford University Press, 806-822.
- Stevens, M.M. (2005): Psychological adaption of the dying child. In: Doyle, G./Hanks, G./McDonald, N. (Hg.): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2. Aufl. Oxford: Oxford University Press, 798-806.

- Strauss, A./Corbin, J./Fagerhaugh, S./Glaser, B./Maines, D./Suzcek, B./Wiener, C. (1975): *Chronic Illness And The Quality Of Life*. Mosby: St. Louis.
- Strauss, A. (1978): *Negotiations. Varieties, Contexts, Process and Social Order*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strauss, A./Corbin, J.M. (1988): *Shaping a New Health Care System*. San Francisco: Jossey-Bass-Publishers.
- Strauss, A./Fagerhaugh, S./Suzek, B./Wiener, C. (1982): Sentimental work in the technologized hospital. *Sociology of Health and Illness* 4: 254-278.
- Strauss, A. (1993): *Continual Permutations Of Action*. New York: Adeline De Gruyter.
- Strauss, A./Faggerhaugh, B.S./Sucezek, B./Wiener, C. (1997): *Social Organization of Medical Work*. New Brunswick/ London: Transaction Press.
- Streckeisen, U. (2001): *Die Medizin und der Tod. Über berufliche Strategien zwischen Klinik und Tod*. Opladen: Leske & Budrich.
- Streckeisen, U. (2005): Das Lebensende in der Universitätsklinik. Sterbendenbetreuung in der Inneren Medizin zwischen Tradition und Aufbruch. In: Knoblauch, H. / Zingerle, A. (Hg.): *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Berlin: Dunker & Humblot, 125-146.
- St- Laurent- Gangnon, T./Carnevale, F. A./Duval, M. (2008): Pediatric palliative care: a qualitative study of physicians` perspectives in s tertiary care university hospital. *Journal of Palliative Care* 24, 1: 26-30.
- Student, C. (2000): *Das Hospiz-Buch*. Freiburg: Lambertus.
- Sudnow, D. (1973): *Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Suter, E./Arndt, J./Arthur, N./Parboosingh, J./Taylor, E. / Deutschlander, S. (2009): Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Inter-professional Care* 23, 1: 41-51.
- Svennsson, R. (1996): The interplay between doctors and nurses – a negotiated perspective. *Sociology of Health & Illness* 18, 3: 379-398.
- SVR- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- SVR-Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>, 10. 03. 2010.
- Swallow, V. M./Jacoby, : (2001): Mother`s evolving relationships with doctors and nurses during the chronic childhood illness trajectory. *Journal of Advanced Nursing* 36: 755-764.
- Thompson, L. A./Knapp, C./Madden, V./Shenkman, E. (2009): Pediatrician`s perceptions of and preferred time for pediatric palliative care. *Pediatrics* 123, 5: 777-782.

- Valdimarsdottir, U./Kreichberg, U./Hauksdottir, A. (2007): Parents' intellectual and emotional awareness of their child's impending death to cancer: a population based long-term follow-up study. *Lancet Oncology* 8: 706-714.
- Vogd, W. (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen („frames“) und Rahmungsprozessen. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- Walker, E. A. (1998): Diabetes mellitus. In: Woog, P.: Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Wiesbaden: Ullstein Medical, 117-127.
- Weingarten, R. (1990): Reformulierungen in der Gesprächspsychotherapie. In: Ehlich, K., Koerfer, A., Redder, A., Weingarten, R.: Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 228-240.
- Wettreck, R. (1999): „Arzt sein – Mensch bleiben“: Eine Qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin. Münster: Lit-Verlag.
- White, S. (2002): Accomplishing 'the case' in pediatrics and child health: medicine and morality in inter-professional talk. *Sociology of Health & Illness* 24, 4: 409-435.
- Wilson, T. P. (1973): Theorien der Interaktion und Modelle soziologischer Erklärung. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. 1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. Reinbeck: rororo, 54-79.
- Wingefeld, K. (2005 a): Hospizversorgung schwer kranker Kinder mit begrenzter Lebenserwartung. In: Ewers, M./ Schaeffer, D.: Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Verlag Hans Huber, 175-196.
- Wingefeld, K. (2005 b): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wingefeld, K./Mikula, M. (2002): Innovative Ansätze der Sterbebegleitung von Kindern: Das Kinderhospiz Balthasar. Forschungsbericht. P02- 116. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld: IPW .
- Wittenberg- Lyles, E. M. (2005): Information Sharing in Interdisciplinary Team Meetings: An Evaluation of Hospice Goals. *Qualitative Health Research* 15, 10: 1377-1391.
- Wiener, C.L. (1991): Arenas and Careers: The Complex Interweaving of Personal and Organizational Destiny. In: Maines, D. R.: Social Organization And Social Process. Essays In: Honor Of Anselm. Aldine De Gruyter: New York, 175-188.
- Wiener, C.L./Dodd, M.J. (1993): Coping Amid Uncertainty: An Illness Trajectory Perspective. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 7, (1): 17-35.
- Wolfe, J./Klar, N./Grier, H. E./Duncan, J./Salem- Schatz, S./Emanuel, E. J./Weeks, J. C. (2000): Understanding the Prognosis Among Parents of Children Who Died of Cancer: Impact on Treatment and Integration of Palliative Care. *Journal of the American Medical Association* 284, 19: 2469-75.
- Woodgate, R. L. (2006): Life is never the same: childhood cancer narratives. *European Journal of Cancer Care* 15, 1: 8-18.
- Woodgate, R. L./Degner, L.F. (2004): Cancer symptom transition of children and families. *Journal of Advanced Nursing* 46, 4: 358-68.

- World Health Organization (1990): Cancer pain relief and palliative care. Technical report Series 804. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization (1998): Cancer pain relief and palliative care in children. WHO Publication. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization (2002): Definition of Palliative Care. www.who.int/cancer, 09. 09. 2009.
- Whyte, D. A. (1992): A family nursing approach to the care of a child with a chronic illness. *Journal of Advanced Nursing* 17, 3: 317-327.
- Zebrack, B. (2000): Cancer survivors and quality of life: a critical review of the literature. *Oncology Nursing Forum* 27, 9: 1395-1401.
- Zernikow, B./Friedrichsdorf, S./Henkel, W. (2003): Palliativmedizin im Kindesalter. In : Husebö, S./Klaschik, E.: *Palliativmedizin – Schmerztherapie, Gesprächsführung, Ethik*. 3. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer, 397-467.
- Zernikow, B./Nauck, F. (2008): Kindern ein „gutes Sterben“ ermöglichen. Plädoyer für einen multidisziplinären Ansatz, der die Familie und öffentliche Ressourcen mit einbezieht. *Deutsches Ärzteblatt* 105, 25: A 1376-1380.
- Zernikow, B./Michel, E. (2008): Grundlagen der Palliativversorgung. In: Zernikow, B.: *Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Heidelberg. Springer Medizin Verlag, 3-32.
- Zhukovsky, D. S./Herzog, C. E./Palmer, J. L./Bruera, E. (2009): The impact of palliative care consultations on symptom assessment, communication needs, and palliative interventions in pediatric patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine* 12, 4: 343-349.
- Zielinski, H.R. (1993): *Palliative Therapie und Hospizbewegung in der Bundesrepublik Deutschland*. Saarbrücken- Scheidt: Dadder.
- Zimbardo, P.G./Gerrig, R.J. (2003): *Psychologie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Zwarenstein, M./Goldman, J./Reeves, S. (2009): Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Library*. 2009: Issue 3.

Internetadressen

<http://www.act.org.uk/page.asp?section=56§ionTitle=ACT%27s+charters+for+children+and+families>, 11. 03. 2009.

<http://www.björn-schulz-stiftung.de>, 11. 09. 2009.

<http://www.bmg.bund.de>, 15. 10. 2009.

<http://www.dgpalliativmedizin.de>, 15. 10. 2009.

<http://www.deutsche-kinderhospizstiftung.de>, 01. 09. 2009.

<http://www.helpthehospices.org.uk/about-hospice-care/facts-figures>, 11.09.2009.

<http://www.hospiz.net>, 01. 10. 2009.

<http://www.kinderklinik-datteln.de/pate1.htm>, 15. 10. 2009.

<http://www.kinderhospizverein.de>, 20. 10. 2009.

<http://www.vodafone-stiftungsinstitut.de>, 15. 10. 2009.

Anhang

Transkriptionszeichen

Sequenzielle Struktur

[] Überlappungen und Simultansprechen
[]

= schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Turns oder Einheiten

Pausen

(.) Mikropause
(..) mittlere Pause
(...) längere Pause
(2) Pause, Angabe in Sekunden

Segmentale Konventionen

:, ::, ::: Dehnung nach Dauer

Lachen

Haha lachen
((lacht)) Beschreibung des Lachens

Rezeptionssignale

Hm, ja, nee einsilbige Signale
Hm=hm, ja=a zweisilbige Signale

Akzentuierung

akZENT Hauptakzent
ak!ZENT! extra starker Akzent

Prosodie

? hochsteigend
, mittelsteigend
, gleichbleibend
; mittel fallend
. tief fallend

Sonstige Konventionen

((hustet)) außersprachliche Handlungen

[] unverständliche Passage

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel „Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Kinder -Eine Analyse der professionellen Kommunikation und Interaktion zur Prozedierung der Krankheitsverläufe krebskranker Kinder-“ selbstständig verfasst habe.

Ich habe keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet und wörtlich oder inhaltlich übernommene Stellen als solche kenntlich gemacht.

Vorherige Promotionsversuche habe ich nicht unternommen.

Petersberg, den 07.06.2010
