

**Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft**

**Spezielle Pflege bei onkologischen PatientInnen im klinischen Umfeld bei spezifischen
Behandlungsstrategien**

**Bachelorarbeit 1
zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science (BSc)**

**Eingereicht von
Simone Schantl**

**Unter der Anleitung von
Prim. Univ.-Prof. Dr. Sabine Horn
LKH Villach, Abteilung Innere Medizin**

Graz, 2016

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne und fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 17.08.2016

Simone Schantl e.h

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	3
1 Onkologische Erkrankungen	4
1.1 Einleitung	4
1.1.1 Definition.....	5
1.1.2 Wann ist ein Tumor gut oder bösartig?	5
1.1.3 TNM- Klassifikation	6
1.2 Ursachen der Krebsentstehung	6
1.2.1 Risikofaktoren und Erworbenen Ursachen.....	6
1.2.2 Symptome.....	8
1.3 Prävention	9
1.3.1 Definition.....	9
1.3.2 Primäre Prävention	9
1.3.3 Sekundäre Prävention	9
1.3.4 Tertiäre Prävention	9
2 Therapien und Nebenwirkungen.....	10
2.1 Einleitung	10
2.1.1 Therapiemaßnahmen im Überblick	10
2.2 Chemotherapie.....	11
2.2.1 Definition.....	11
2.2.2 Nebenwirkungen und pflegerische Maßnahmen	12
2.3 Chirurgische Maßnahmen	13
2.3.1 Definition.....	13

2.3.2	Nebenwirkungen und pflegerische Maßnahmen	13
2.4	Immuntherapien	13
2.4.1	Definition.....	13
2.4.2	Nebenwirkungen und pflegerische Maßnahmen	14
2.5	Knochenmark- und Stammzelltransplantation	14
2.5.1	Definition.....	14
2.5.2	Nebenwirkungen und pflegerische Maßnahmen	15
2.6	Strahlentherapie	15
2.6.1	Definition.....	15
2.6.2	Formen der Strahlentherapie	16
2.6.3	Nebenwirkungen und pflegerische Maßnahmen	16
2.7	Schmerztherapie	18
2.7.1	Definition.....	18
2.7.2	Weitere Formen der Schmerztherapien	18
2.7.3	Pflegerischen Maßnahmen	18
2.8	Hormontherapie	19
2.9	Zielgerichtete Therapien	19
3	Komplementäronkologie	20
3.1	Einleitung	20
3.2	Komplementäronkologische Verfahren	21
3.2.1	Ernährung	21
3.2.2	Bewegung	22
3.2.3	Misteltherapie:	23
3.2.4	Hydro- und Thermotherapie	23
3.2.5	Hyperthermieverfahren.....	24

4	Psychoonkologie	25
4.1	Einleitung	25
4.2	Psychoonkologische Interventionen und deren Ziele	26
4.3	Psychologische Interventionsformen	27
4.4	Zusammenfassung	27
5	Aspekte der Krankheitsbewältigung.....	28
5.1	Gesundheit und Krankheit	28
5.1.1	Definition Gesundheit	28
5.1.2	Kranksein in der Gesellschaft.....	29
5.2	Phasen des Krankheitserlebens.....	30
5.2.1	Phase des Verdachts	31
5.2.2	Phase der Diagnoseerfahrung und Informationsvermittlung.....	31
5.2.3	Phase der frühen medizinischen Behandlung.....	32
5.2.4	Phase der Rehabilitation- Zeit nach medizinischer Behandlung.....	33
5.2.5	Phasen des Rezidiverlebens bzw. Fortschreitens der Erkrankung	33
5.2.6	Terminal - palliative Phase	34
5.3	Zusammenfassung	34
6	Psychosoziale Bedürfnisse im Sterbeprozess.....	35
6.1	Einleitung	35
6.2	Wissenschaftliche Betrachtungsweisen des Sterbeprozesses.....	35
6.2.1	Biologische Grundlage	35
6.2.2	Klinische Grundlage	35
6.2.3	Psychologische Grundlage	36
6.3	Bedürfnisse sterbender Menschen	36
6.4	Sterbephasen nach Kübler- Ross	37

6.4.1	1.Phase: Verweigerung.....	37
6.4.2	2. Phase: Zorn.....	38
6.4.3	3. Phase: Verhandeln.....	38
6.4.4	4. Phase: Depression.....	38
6.4.5	5.Phase: Zustimmung:	39
6.5	Kritik am Phasenmodell	39
6.6	Palliativpflege.....	40
7	Schlussfolgerung	41
	Literaturverzeichnis	42

Abstract

Hintergrund: Aufgrund der jährlich steigenden Krebsdiagnosen, ist es aus pflegerischer Sicht von großer Bedeutung, sich mit den Bedürfnissen dieser vulnerablen PatientInnengruppe auseinander zu setzen. Auch die Befassung mit komplementären Interventionen, die begleitend als zusätzliche Unterstützung zur konventionellen Therapie eingesetzt werden, spielen eine bedeutende Rolle in der heutigen Tumorbehandlung und dürfen sich einer zunehmenden Wertschätzung erfreuen.

Ziel: Einerseits wird im Rahmen dieser Arbeit die Absicht verfolgt, die im Verlauf der Krankheit entstehenden Bedürfnisse von TumorpatientInnen zu erfassen, andererseits soll in diesem Kontext die Rolle der Pflege bei den unterschiedlichen Behandlungsmaßnahmen beleuchtet werden. Weiters wird versucht herauszufinden, ob es eine optimale Behandlung für die PatientInnen gibt.

Methodik: Die Suche nach geeigneter Literatur erfolgte mithilfe einer ausführlichen und systematischen Literaturrecherche. Die Suche fand in Bibliotheken und Online-Bibliothekskatalogen statt. Anhand dieser Suchstrategie konnte schlussendlich eine Anzahl von insgesamt 19 Büchern für diese Arbeit herangezogen werden.

Ergebnisse: Die Bedürfnisse von PatientInnen mit einer Tumorerkrankung hängen vermehrt damit zusammen, wie fortgeschritten die Erkrankung ist, beziehungsweise in welcher Phase der Erkrankung sich der/die PatientIn befindet. Es lässt sich jedoch sagen, dass Mitsprache bei Entscheidungen, emotionale Unterstützung und ausreichend Informationen zu erhalten, zu den essenziellen Bedürfnissen der KrebspatientInnen zählen. Besonders das Pflegepersonal nimmt im Verlauf der Krankheit eine zentrale Schlüsselrolle in der Begleitung und Betreuung für die/den PatientIn ein. Neben den unterschiedlichen Therapiemaßnahmen, die individuell für die/den PatientIn ausgewählt werden, dienen nicht- medikamentöse Interventionen ergänzend, als große Unterstützung für die PatientInnen. Eine optimale Behandlungsstrategie lässt sich nicht erläutern, da für jede/n PatientIn eine individuelle Diagnose erstellt wird, und aufgrund dessen wird versucht, die bestmögliche Therapie für die/den PatientIn zu finden. Der Erfolg kann durch die Kombination unterschiedlicher therapeutischer Verfahren verbessert werden.

Abstract

Background: Due to the steady increase of cancer diagnoses it is of great importance to assess the needs of cancer patients from a health care perspective. It also has to be noted that complementary medicine has now become a considerable factor in today's tumour treatment.

Aim: The main objective of this paper is to conduct a close assessment of the needs of cancer patients through the different stages of their disease from a health care perspective. It also assesses if there is one 'ideal' treatment for cancer patients.

Methodological approach: The research in this paper was mainly done by a systematic search of scientific literature and used the findings of 19 different books.

Results and conclusions: The needs of cancer patients vary widely and depend on the stage in which the disease is in. Patients who receive a diagnosis have different needs than patients in a terminal stage of the disease. However, through all stages of the disease patients value emotional assistance and access to information. Health care professionals play a crucial role during the whole course of the disease. In addition to the different forms of medical treatment other forms of therapy provide the patient with relief. There is not a single 'ideal' treatment since all cancer patients and their diseases are different, however there is a way of finding an ideal treatment for each patient individually. The success of a treatment can be increased by combining different forms of therapy.

Einleitung

Die wachsende Zahl an Krebsdiagnosen und der damit verbundenen Auswahl an Therapiemöglichkeiten, stellt aus pflegerischer Perspektive, eine immer größere Herausforderung dar. Neben pflegerischen Tätigkeiten ist es von großer Bedeutung sich mit den emotionalen Bedürfnissen dieser vulnerablen PatientInnengruppe auseinander zu setzen. Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudiengangs Gesundheits- und Pflegewissenschaft auf der Medizinischen Universität Graz als Bachelorarbeit 1 verfasst. Zu Beginn dieser Arbeit werden onkologische Erkrankungen und deren Ursachen dargestellt. Danach befasst sich die Arbeit mit den unterschiedlichen konventionellen Therapiemaßnahmen und den daraus resultierenden Nebenwirkungen. Dabei wird die Rolle der Pflegekraft und deren Tätigkeitsbereiche genauer erläutert. Neben den konventionellen Therapiemaßnahmen werden auch komplementäronkologische und psychoonkologische Behandlungsstrategien untersucht. Dem Modell der Phasen des Krankheitserlebens zufolge, nimmt die betroffene Person, ab der Vermittlung der Diagnose die Rolle der/des PatientIn ein, deren Bedürfnissen den Fokus dieser Arbeit bilden. In den darauf folgenden Kapiteln, werden gezielte psychosoziale Interventionen und Bewältigungsstrategien erläutert, die der/dem PatientIn helfen sollen, mit dem schweren Schicksalsschlag umzugehen. Anhand der Phasen des Krankheitserlebens, will die Arbeit, den LeserInnen eine kleine Vorstellung davon geben, was die PatientInnen, ab der Diagnosevermittlung, durchleiden müssen. Den Abschluss der vorliegenden Arbeit bildet Kapitel 6, in dem gezielt auf die Bedürfnisse der/des sterbenden Menschen eingegangen wird. Mit Hilfe der Sterbephasen nach Kübler- Ross, wird gezeigt, welcher schmerzvollen Prozess, die/der PatientIn erleben muss, bis sie/er verstirbt.

1 Onkologische Erkrankungen

Dieses Kapitel befasst sich mit den Fragestellungen: Was ist eine onkologische Erkrankung beziehungsweise Krebs? Wie und warum entsteht die Erkrankung? Wie kann sie verhindert werden?

1.1 Einleitung

Nach Herz-Kreislaufkrankungen sind onkologische Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Im Laufe ihres Lebens erkranken ungefähr 45% der Menschen an einem bösartigen Tumor, der trotz Therapie in kürzester Zeit zum Tode führen kann. Die Häufigkeitsverteilung der bösartigen Tumoren ist bei Männern und Frauen unterschiedlich (Koop, 2011, S. 53). Krebs als Diagnose erwecken sowohl bei den Betroffenen, als auch bei den Angehörigen große Angst- und Unsicherheitsgefühle, oft hilft es die Krankheit zu verstehen, um den ersten Schrecken zu bewältigen. Krebs ist eine schwere und oft auch lebensbedrohliche Erkrankung, allerdings erzielten die Krebstherapien in den letzten Jahren große Fortschritte. Einige Krebsarten sind zur Gänze heilbar, andere sind durch verschiedene Behandlungen gut kontrollierbar (Majorczyk, 2011, S. 10-11). Der Betroffene nimmt ab dem Zeitpunkt der Diagnose die Rolle des Patienten ein. Dieser Rollenwechsel beinhaltet viele Ängste, wie zum Beispiel die Angst vor Schmerzen, einer falschen Behandlung, vor Kontrollverlust, der neuen Umgebung- im Falle einer Krankenhauseinweisung, Verlust oder Schädigung eines Organs, nicht ausreichend Informationen zu erhalten und zu letzt die Angst vor dem Tod. Ein wichtiger Ansatz zum Abbau dieser Ängste ist die Aufklärung des Patienten, über alle weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Koop, 2011, S. 58-59).

1.1.1 Definition

„Unter Tumor, auch Geschwulst, Neoplasma= Neubildung und Knoten genannt, versteht man eine abnorme Gewebeneubildung.“ (Leischner, 2014, S. 2)

Laut Koop entstehen Tumore durch überschießendes, ungehemmtes Wachstum körpereigenen Gewebes (Koop, 2011, S. 53). Eingeteilt werden Tumore nach ihrem biologischen Verhalten in:

- Gutartige (benigne)
- Bösartige (maligne)
- Semimaligne (halb bösartige) Tumoren

1.1.2 Wann ist ein Tumor gut oder bösartig?

Gutartig: Der Tumor bedroht das Leben der/des PatientIn nur bei kritischer Lokalisation, wie zum Beispiel im Gehirn (Koop, 2011, S. 53). Sie wachsen langsam über Monate und Jahre hinweg und bilden keine Metastasen. Benigne Tumore lassen sich mittels therapeutischer Maßnahmen oftmals vollkommen heilen z.B. durch einen chirurgischen Eingriff (Leischner, 2014, S. 2).

Bösartig: Nennt man umgangssprachlich auch Krebs. Ohne Behandlung führt dieser meist zum Tode der/des PatientIn (Koop, 2011, S. 53), wobei die Heilungschancen durch verschiedene Behandlungen variieren. Sie wachsen sehr rasch und bilden Metastasen. Der bösartige Tumor dringt in Organe und Gefäße ein und zerstört dabei das Gewebe (Koop, 2011, S. 53).

Semimaligne: Im Gegensatz zu malignen Tumoren bilden sie keine Metastasen. „Sie wachsen am Ort ihrer Entstehung invasiv und destruierend (zerstörend).“ (Koop, 2011, S. 53)

Die Frage wann ein Tumor gut oder bösartig ist, kann letztendlich nur durch eine pathologische, nämlich einer histologischen Untersuchung einer Gewebeprobe entschieden

werden. Anhand des Ergebnisses, kann der Krebsverdacht entweder verworfen oder bestätigt werden (Koop, 2011, S. 53). Wird die Diagnose Krebs bestätigt, ist es wichtig herauszufinden, ob sich der Tumor im Früh-, oder in einem fortgeschrittenen Stadium befindet. In Folge dessen wird eine spezifische Behandlung für die/den PatientIn ausgewählt, die den weiteren Therapieverlauf bestimmt.

1.1.3 TNM- Klassifikation

In welchem Stadium der Betroffene sich befindet, kann mittels der TNM- Klassifikation festgestellt werden.

T: Größe des Muttertumors. Die Größe wird wiederum unterteilt in T1= kleiner Tumor bis T4= sehr großer Tumor.

N: Befall der Lymphknoten. Es wird unterteilt in N1, N2 und N3, je höher die Zahl nach dem N ist, desto mehr Lymphknoten sind befallen.

M: Fernmetastasen. Hier wird untersucht, ob Metastasen vorhanden sind. M0= keine Metastasen und M1= Metastasen.

(Majorczyk, 2011, S. 74-75)

1.2 Ursachen der Krebsentstehung

1.2.1 Risikofaktoren und Erworbenen Ursachen

„Risikofaktoren schließen demografische Daten (Geschlecht, Alter), geografische Verteilung, sozioökonomische Faktoren, Umweltfaktoren und biologische Parameter ein.“
(Berger & Henß, 2014, S. 19) Durch gezielte Vorbeugungsmaßnahmen kann das Risiko an Krebs zu erkranken, deutlich gesenkt werden (Aulitzky, Seiter, & Waldmann, 2008, S. 16). 90 bis 95% aller Tumore sind auf vermeidbare krebserregende Substanzen zurückzuführen.

Man spricht von sogenannten Hauptrisikofaktoren, dazu zählen:

- Tabakkonsum
- Ernährungsgewohnheiten und Lebensmittel
- Beruflich verursachte Tumore
- Alkoholkonsum
- Chronische Entzündungen,
- Strahleneinwirkungen,
- Medikamente.
- Stress

(Sedlacek, 2013, S. 236)

„Der Größte Risikofaktor für Tumorerkrankungen ist das aktive und passive Einatmen von Tabakrauch“. (Sedlacek, 2013, S. 243) Häufige Tumorerkrankungen bei Tabakgebrauch sind Bronchial-, Kopf-, Hals-, Ösophagus-, Pankreas-, Nierenbecken-, Nierenzell- und Blasenkarzinom (Hübner, 2014, S. 5). Beruflich verursachte Tumore werden durch verschiedene Stoffe ausgelöst, die krebserzeugend (karzinogen) sind, das heißt Krebs erregen oder das Krebsrisiko erhöhen können. Erbgutverändernd (mutagen) sind Stoffe, wenn sie vererbare genetische Schäden zur Folge haben, beziehungsweise deren Häufigkeit erhöhen können oder fortpflanzungsgefährdend (reproduktionstoxische) sein können. Sie wirken indem sie fruchtschädigend oder fruchtbarkeitsgefährdend sind. Dazu zählen zum Beispiel Substanzen der Kohle und Erdölindustrie, Anilinfarbstoffe, Lösungsmittel der chemischen Industrie, UV-Strahlen und ionisierende Strahlen (Sedlacek, 2013, S. 248-250). Häufig entstehende Tumore sind Melanome, Leukämien und Harnwegstumore (Hübner, 2014, S. 5). Eine ausgewogene Ernährung mit genügend Obst, Gemüse und ungesättigten Fettsäuren in Verbindung mit körperlicher Bewegung würde die hohe Inzidenz von Karzinomen reduzieren. Durch ungesunde Ernährung ausgelöste Karzinome betreffen oft Kolon, Rektum, die weibliche Brust sowie die Ovarien und die Prostata (Leischner, 2014, S. 7). Alkohol kann ab einem niedrigen täglichen Verzehr zu einem erhöhten Risiko für Tumore der Mundhöhle, Speiseröhre und des Kehlkopfes führen (Sedlacek, 2013, S. 265). Weitere die von Alkohol ausgelösten Tumoren sind Leberzell-, Kopf-, Hals- und maligne gastrointestinale Tumore (Hübner, 2014, S. 5).

„Ca. 5% aller Menschlichen Tumoren sind auf genetisch bedingte Anlage oder Empfänglichkeit für bestimmte Krankheiten zurückzuführen“. (Leischner, 2014)

Eine große Rolle hierbei spielt das Immunsystems, welches für die Unterscheidung von körpereigenen und körperfremden Zellen zuständig ist (Hübner, 2014, S. 6).

1.2.2 Symptome

Laut Leischner werden die Symptome von KrebspatientInnen in drei Arten unterteilt:

- Allgemeine
- Spezifische
- Organbezogene Symptome

Allgemeine: Gewichtsverlust; Müdigkeit; Fieber oder Juckreiz

Spezifische: Ikterus; Lymphknotenschwellung; Infektanfälligkeit und Blutungszeichen

Organbezogene: Lokaler Schmerz; Heiserkeit; Husten und Atemnot; Hämoptysen; Störungen der Nahrungsaufnahme; Hautveränderungen und ZNS-Symptome

(Leischner, 2014, S. 102).

Bei bereits vorhandenen Symptomen besteht die Gefahr, dass sich der Krebs bereits in einem fortschreitenden Stadium befindet und die Heilungschancen geringer sind. Aus diesem Grund gibt es empfohlene Früherkennungsmaßnahmen von Darm-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs sowie von Haut- und Prostatakarzinom. Diese Krebs-Früherkennungsprogramme werden von den Gebietskrankenkassen in Österreich für Frauen ab 20 und Männern ab 45 angeboten und jährlich finanziert (Aulitzky, Seiter, & Waldmann, 2008, S. 29-30).

1.3 Prävention

1.3.1 Definition

Prävention bedeutet verhüten, einer Sache zuvorkommen, vorbeugen. MedizinerInnen unterscheiden zwischen Vorbeugung (primäre Prävention), Früherkennung (sekundäre Prävention) und Nachsorge (tertiäre Prävention) (Majorczyk, 2011, S. 30).

1.3.2 Primäre Prävention

Die primäre Prävention sorgt dafür, gesundes, gesund zu erhalten zum Beispiel durch gesunde Ernährung, Bewegung und Körperpflege. Das Ziel der primären Prävention wäre es, den Lebensstil der Personen positiv verändern zu können, um Krankheiten somit vorzubeugen.

1.3.3 Sekundäre Prävention

Besteht die Gefahr einer Erkrankung, kann durch die sekundäre Prävention eine Krankheit so früh wie möglich behandelt werden. Vor allem bei bösartigen Tumoren gilt: je früher die Diagnose gestellt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Früherkennung soll die besten Heilungschancen sichern. Maßnahmen der sekundären Prävention wären beispielsweise Screenings, Routineuntersuchungen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

1.3.4 Tertiäre Prävention

Bei bereits akuter Erkrankung, hilft die tertiäre Prävention, Krankheitsfolgen zu bekämpfen und Verschlechterungen vorzubeugen. Das Ziel der tertiären Prävention wäre es (Folge-)Schäden zu vermeiden (Kommerell, 2011, S. 194-195). Gesunde Menschen beanspruchen die primäre- und sekundäre Prävention, wohingegen KrebspatientInnen vor allem Nachsorge benötigen (Majorczyk, 2011, S. 30).

2 Therapien und Nebenwirkungen

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Therapiemaßnahmen und den daraus resultierenden Nebenwirkungen. Weiters werden die pflegerischen Behandlungsmaßnahmen der jeweiligen Therapieverfahren dargestellt.

2.1 Einleitung

Man unterscheidet grob 2 Arten der Therapien bei malignen Erkrankungen:

Kurativ: durch die vollständige Entfernung des Tumors bzw. durch die Zerstörung aller Tumorzellen werden die PatientInnen geheilt. Ist dies nicht mehr möglich, wird versucht eine Lebensverlängerung der/des PatientIn zu ermöglichen (Leischner, 2014, S. 96). Chirurgische Verfahren, Radiotherapie und Chemotherapie werden verwendet, um das Ziel - die Heilung der/des PatientIn zu erreichen. Die Tumorthherapie mit kurativer Intention wird oft eingesetzt, wenn nicht alle Tumorzellen entfernt werden können. Der Erfolg der Therapie hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, wie zum Beispiel vom Tumortyp und des Tumorstadiums. Dieser Erfolg kann durch die Kombination unterschiedlicher therapeutischer Verfahren verbessert werden (Sedlacek, 2013, S. 481-482).

Palliative: wird im fortgeschrittenen Tumorstadium angewendet. Nicht mehr die Heilung steht im Vordergrund, sondern vielmehr die Verbesserung des Allgemeinbefindens der PatientInnen. Dabei werden intensive Schmerztherapeutika, Antiemetika und Supportiva eingesetzt.

2.1.1 Therapiemaßnahmen im Überblick

Bei der Behandlung von Krebs stehen verschiedene Methoden, wie die lokale Behandlungsmaßnahme, die medikamentöse Therapie, sowie die multimodale Therapie zur Verfügung.

Lokale Behandlungsmaßnahmen:

- Chirurgische Maßnahmen: Kurativ, Palliativ, Chirurgie zur Tumorprävention
- Strahlentherapie: Teletherapie, Brachytherapie

Diese Verfahren können bei genauer Lokalisation des Tumors angewendet werden.

Medikamentöse Therapie:

- Chemotherapie
- Hormontherapie
- Immuntherapie (spezifisch und unspezifisch)

Die medikamentöse oder auch „systemische“ Therapie bezieht den gesamten Organismus des Krebskranken ein. Die Medikamente werden über die Blutbahn weitergeleitet und wirken somit auf den gesamten Körper des Erkrankten.

Die multimodale Therapie:

Bei dieser Therapieform werden mehrere Behandlungsmaßnahmen in enger Abfolge eingesetzt (Operation, Strahlentherapie und/oder medikamentöse Therapie).

(Erben, 2010, S. 26-28)

2.2 Chemotherapie

2.2.1 Definition

Chemotherapie ist gleichbedeutend mit Zytostatika Therapie. Unter Zytostatika versteht man Arzneimittel, die das Zellwachstum hemmen und bösartige Zellen bekämpfen. Zytostatika sind körperfremde Substanzen, die ihre Wirkung in erster Linie im Zellkern entfalten. Sie wirken überall im Körper. Die Therapiebehandlungen verlaufen in der Regel

in mehreren Durchgängen. Größtenteils werden Kombinationschemotherapien mit mehreren Zytostatika verwendet (Menche, 2011, S. 65). Selbst wenn es nicht zu einer kompletten Rückbildung, sondern nur zu einer Verkleinerung der Metastasen kommt, verbessern sich die tumorbedingten Beschwerden, sodass die PatientInnen sich wohler fühlen und eine bessere Lebensqualität haben (Aulitzky, Seiter, & Waldmann, 2008, S. 70). Es besteht die Möglichkeit, dass Tumore resistent gegen die Einwirkung eines zytostatischen Chemotherapeutikums sind. Dabei sind zu unterscheiden die primär Resistenz, die sekundär Resistenz und die Kreuzresistenz.

Primäre Resistenz: Die Tumorzellen sind von Anfang an gegen das jeweilige Zytostatikum resistent.

Sekundäre Resistenz: Die Tumorzellen entwickelten im Verlauf der Behandlung eine Resistenz gegen das jeweilige Zytostatikum.

Kreuzresistenz: während der Behandlung entwickelten die Tumorzellen gegen das Zytostatikum eine Resistenz, hierdurch wurden sie auch resistent gegen ein anderes Zytostatikum (Sedlacek, 2013, S. 509-510).

2.2.2 Nebenwirkungen und pflegerische Maßnahmen

Zu den am häufigsten vorkommenden Nebenwirkungen zählen Übelkeit, Erbrechen und Appetitlosigkeit. Diese Symptome treten überwiegend in den ersten 24 Stunden nach der Zytostatikagabe auf. Des Weiteren kann es zu Veränderungen der Haut- und Schleimhaut, Haarausfall und zu hormonellen Nebenwirkungen kommen. Darüber hinaus besteht das Risiko, dass man an einem Zweitmalignom erkranken kann (Menche, 2011, S. 866-867). Treten während der Behandlung der Therapie Störungen auf bzw. empfindet die/der PatientIn eine Veränderung oder Schmerz, soll sie/er diese sofort der/den Pflegenden mitteilen. Kommt es trotzdem zu einem Paravasat (= Zytostatika fließen nicht ins Blutgefäß, sondern paravenös ins umgebende Gewebe, kann es zu Schäden oder zum Absterben des Gewebes kommen) ist es wichtig, die Infusion schnellstmöglich zu stoppen, Infusionszugangssystem zu wechseln und den Zugang zu belassen. Weiterst sollte man die betroffenen Extremität hochlagern und einen Arzt kontaktieren. Alles muss genauestens vom Pflegepersonal dokumentiert werden (Menche, 2011, S. 865).

2.3 Chirurgische Maßnahmen

2.3.1 Definition

Chirurgische Maßnahmen dienen zur Abklärung oder Sicherung der Tumordiagnose, zur kurativen Entfernung aller klinisch erfasstem Tumorknoten, der palliativen Reduktion des Tumorgewebes bei fortgeschrittenen Tumorstadien, Verminderung von Schmerzen und der Wiederherstellung eines Organes. Bei der präventiven Tumorchirurgie, können Personen identifiziert werden, die klinisch noch keine Tumorerkrankung aufweisen, bei denen aber erhöhtes Risiko einer Erkrankung besteht. Das Ziel der palliativen Tumorchirurgie besteht darin, das Wohlbefinden der/des PatientIn zu verbessern (Sedlacek, 2013, S. 486-487).

2.3.2 Nebenwirkungen und pflegerische Maßnahmen

Zu den häufigsten Nebenwirkungen von chirurgischen Maßnahmen zählen unter anderem die Infektionsgefahr und die Wundheilung von PatientInnen. Vor allem bei palliativer Indikation haben PatientInnen Schmerzen und weisen unterschiedliche Funktionseinschränkungen auf.

2.4 Immuntherapien

2.4.1 Definition

Immuntherapien haben die Aufgabe das Immunsystem zu unterstützen, um den Tumor bekämpfen zu können. Oft werden Botenstoffe des Immunsystems verabreicht (Koop, 2011, S. 57). Grob kann man die Immuntherapie in „aktiv“ und „passiv“ unterteilen. Aktiv bedeutet in diesem Fall, dass das Immunsystem der/des PatientIn aktiviert wird, damit die Tumorzellen bekämpft werden können. Bei einer passiven Therapie wird der/dem PatientIn fertige Antikörper „gegen“ die Zellen des Tumors appliziert (Leischner, 2014, S. 97-98).

Ansätze der Immuntherapie:

Die Gabe von Zytokinen, wie z.B. Interleukin 1, Interleukin 2 und α - Interferon, sollen das Immunsystem ankurbeln, damit es den Tumor besser bekämpfen kann.

- **Tumorvakzinetherapien:** durch das Applizieren von tumorspezifischen Antigenen, soll der Organismus verstärkt werden.
- **Gabe modifizierter Immunzellen:** der/dem PatientIn werden beispielsweise aus dem Knochenmark Immunzellen entnommen und außerhalb des Körpers aufgearbeitet bzw. verändert und danach der/dem PatientIn wieder zurückgegeben.

2.4.2 Nebenwirkungen und pflegerische Maßnahmen

Zu den Nebenwirkungen zählen das „Grippe-syndrom“, Depression, Konzentrationsstörungen, Blutbildveränderungen, Hauterscheinungen und Autoimmunerscheinungen (Menche, 2011, S. 869).

2.5 Knochenmark- und Stammzelltransplantation

2.5.1 Definition

Laut Leischner unterscheidet man zwischen 2 Arten von Knochenmarktransplantationen der allogenen und der autologen Stammzelltransplantation.

Allogene Stammzelltransplantation: PatientInnen bekommen von einem anderen Menschen dessen Stammzellen. Oft sind die Spender Verwandte. Wenn kein Spender/keine Spenderin für die/dem PatientIn gefunden wird, wird erst eine autologe Knochenmarkstransplantation durchgeführt.

Autologe Stammzelltransplantation: die/der PatientIn erhält nach durchgeführter myeloablativer Therapie ihr/sein eigenes Knochenmark. Stammzellen können durch Knochenmarkentnahme; Stammzellapherese und aus dem Nabelschnurblut entnommen werden (Menche, 2011, S. 872).

2.5.2 Nebenwirkungen und pflegerische Maßnahmen

Die/der PatientIn ist psychisch und physisch in einem schlechten Zustand. Keine Haare, trockene und gerötete Haut, Bein- Knöchelödeme und Nebennierenrindenüberfunktion sind einige Symptome, die auftreten können. Weiters empfindet die/der PatientIn eine enorme Anspannung nach der Transplantation, denn ob die Transplantation gut verlaufen ist, entscheidet sich erst nach einer gewissen Zeit. Wichtig für die Pflegenden ist es, auf diese bestehenden Ängste der/des PatientIn einzugehen und sie bestmöglich in ihrem Ausnahmezustand, durch Beratung und Motivation zu unterstützen (Menche, 2011, S. 872). Im Rahmen einer Knochenmarktransplantation können unterschiedliche Komplikationen auftreten. Diese basieren zum einen auf der Toxizität der angewendeten Chemotherapeutika, zum anderen auf die Funktion des transplantierten Knochenmarks, nach der Transplantation. Weiters besteht die Gefahr, dass es zu einer Transplantatsabstoßung kommt. Zu dieser kommt es, wenn eine immunologische Reaktion des Empfängers gegenüber dem Transplantat vorliegt. (Leischner, 2014, S. 100).

2.6 Strahlentherapie

2.6.1 Definition

Im Rahmen einer Strahlentherapie werden überwiegend elektromagnetische Wellen für die Behandlung eingesetzt. Hierzu gehört die radiologische Strahlentherapie, Lasertherapie, Mikrowellen- und Infrarotbestrahlungen sowie die Lichttherapie (Kamphausen & Menche, 2011, S. 622). In der Regel wird die Strahlentherapie vor bzw. nach einer Chemotherapie oder Operation angewendet. Sie kann jedoch ebenso als alleinige Behandlung herangezogen werden (Menche, 2011, S. 868). Die Strahlenquelle kann aus weiterer Entfernung (Teletherapie, Röntgentherapie), unmittelbare am Tumor (Brachytherapie und Röntgentherapie), oder direkt in bzw. an der Zelle platziert werden (Radionuklidtherapie) (Richter & Feyerabend, 2002, S. 141). Zu den Zielen der Strahlentherapie zählen unter anderem, der Funktionserhalt von Organen und Normalgewebe sowie die Eindämmung von krankheitsbezogenen Symptomen (Leischner, 2014, S. 98).

2.6.2 Formen der Strahlentherapie

Radiotherapie: Bei dieser Therapie werden ionisierende Strahlen oder ionisierende Partikel verwendet. Dadurch wird versucht, die vorhandenen Tumorzellen im Körper zu töten mit dem primären Ziel, eine Tumorerkrankung zu heilen oder zu lindern. Es werden zwei unterschiedliche Verfahren zur Anwendung herangezogen. Die Teletherapie und die Brachytherapie.

Teletherapie: Die Strahlenquelle befindet sich außerhalb des Körpers der/des PatientIn. Die übertragene Strahlung wirkt auf deren/dessen Körper ein.

Brachytherapie: Die Strahlenquelle befindet sich im Körper der/des PatientIn. Sie wird mit Hilfe der after loading Technik, über einen Applikator in das Körperinnere der/des PatientIn eingeführt um eine strahlentherapeutische Wirkung zu erzielen. Die Verweildauer der Strahlenquelle bestimmt die applizierte Dosis.

2.6.3 Nebenwirkungen und pflegerische Maßnahmen

Es wird unterschieden zwischen frühen und lokalen Nebenwirkungen. Zu den frühen Nebenwirkungen zählt der Strahlenkater, er impliziert Müdigkeit, Schwindel, Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen. Die lokalen Nebenwirkungen sind gekoppelt an das Bestrahlungsgebiet.

Hierzu einige Beispiele:

Organe	Lunge	Haut	Blase	Mund- und Speiseröhrenschleimhaut
Nebenwirkungen	Husten Kurzatmigkeit Strahlenpneumonitis	Dermatitis Haarausfall evtl. dauerhafte Empfindlichkeit	Pollakisurie Makrohämaturie Harnwegsinfekte	Geschmacksverlust Mundtrockenheit Schluckbeschwerden Soor
Pflegerische Maßnahmen	Rauchverbot Atemgymnastik Inhalationen	Spezielle Hautpflege: Reinigung mit panthenolhaltiger Lösung Vermeidung von Synthetik Fasern Vermeidung von Pflastern Schonung der Bestrahlungsregion vor Berührung, UV Strahlung, Wärme Anpassung einer Perücke	Vermehrte Flüssigkeitszufuhr Intimpflege	Spezielle Zahnpflege, tägliche Mundspülung bei Schmerzen Verwendung von Lutschtabletten/ Lösungen vorübergehende pürierte Kost

(Menche, 2011, S. 868)

2.7 Schmerztherapie

2.7.1 Definition

Chronischer Schmerz ist eine häufige Begleiterscheinung bei KrebspatientInnen, der oft gelindert werden kann. Durch eine Ursachendifferenzierung zu Beginn der Therapie lässt sich feststellen, dass viele PatientInnen unter tumorunabhängigen Schmerzen wie zum Beispiel, verspannungsbedingten Kopfschmerzen leiden. Tumorbedingte oder durch die Therapie verursachten Schmerzen können durch gezielte Behandlungsmaßnahmen verbessert werden. Sind die Schmerzen tumorbedingt und die Behandlungsmaßnahmen wirken nicht dementsprechend, stehen symptomatische Analgetika im Vordergrund. Diese Analgetika wie Co- Analgetika werden je nach Intensität des Schmerzes und Tumorlokalisation gewählt (Menche, 2011, S. 869).

2.7.2 Weitere Formen der Schmerztherapien

- Akupunktur
- Psychotherapie
- Körperliches Training
- Elektrotherapie
- Psychotherapeutische Verfahren
- Chirurgische Therapien

(Kamphausen & Menche, 2011, S. 621)

2.7.3 Pflegerischen Maßnahmen

- Durchführung des Schmerzassessments
- Regelmäßige vorausschauende Schmerzmittelgabe
- PatientInnen Gespräche
- Wiederholungsgaben bei Bedarf der Analgetika
- Prävention und gegebenenfalls Behandlung von schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen

Pflegerische Interventionen lassen sich in peripher wirkenden Maßnahmen und zentral wirkenden Maßnahmen unterscheiden.

Peripher wirkende Maßnahmen sind physikalische Maßnahmen, welche leicht mit Wärme oder Kälte durchzuführen sind.

„Zentral wirkende Maßnahmen zielen auf eine psychologische Beeinflussung der Schmerzwahrnehmung. Sie setzen an emotionalen und kognitiven Faktoren an, die das Schmerzerleben negativ beeinflussen können“. (Kamphausen & Menche, 2011, S. 532)

2.8 Hormontherapie

In dieser Therapie wird versucht, den Wachstum einiger Tumore zu unterbinden. Zu den Vorteilen dieses Therapieverfahrens zählen Antitumorwirkung, die einfache Einnahme (oral) und geringe Nebenwirkungen. Die Hormontherapie wirkt jedoch nur bei bestimmten Subgruppen von Tumorerkrankungen, wie beispielsweise bei Mamma- und Prostata-Karzinom (Leischner, 2014, S. 97).

2.9 Zielgerichtete Therapien

Zielgerichtete Therapien sind Medikamente zur Krebsbehandlung. Sie greifen an Strukturen bzw. Signalketten der Zelle an. Sie versuchen nur Tumorzellen zu schädigen und sind deshalb „zielgerichtet“, bei einigen Substanzen treten jedoch auch häufig Nebenwirkungen auf (Menche, 2011, S. 869).

3 Komplementär-onkologie

Dieses Kapitel befasst sich mit den unterschiedlichen komplementär-onkologischen Behandlungsstrategien. Es wird versucht außerhalb der konventionellen Schulmedizin ein erweitertes Therapiespektrum aufzuzeigen.

3.1 Einleitung

Unter Komplementär-onkologie versteht man alle Verfahren, welche ergänzend zu der Standardtherapie einer Krebsbehandlung angewendet werden. Sie dient der Unterstützung der Standardtherapien und soll sie im Idealfall verbessern. Zu Standardtherapien zählen Operation, Chemo-, Strahlen- und Hormontherapie. Die Wirksamkeit vieler komplementär-onkologischen Therapieverfahrens ist äußerst fraglich. Trotzdem entwickelte sich eine große Nachfrage an komplementärmedizinischen Angeboten, da die PatientInnen nichts unversucht lassen wollen. Um die Wirksamkeit und Qualität der Therapien überprüfen zu können, gibt es klare Richtlinien, die von der Evidenzbasierten Medizin vorgegeben werden. Die Untersuchungsergebnisse werden in fünf Evidenzgrade geteilt.

„EBM- Grad- 1- Studien (randomisierte, kontrollierte Studien) und EBM- Grad- 2- Studien (epidemiologische Kohortenstudien). Untersuchungen der Grade 3-5 (nicht kontrollierte Studien, Kasuistiken, Expertenmeinungen) können u.a Trends aufzeigen, aber zu keinen Unbedenklichkeits- sowie Wirksamkeitsnachweisen führen“. (Beuth, 2011, S. 1)

Im besten Fall ist komplementäre Medizin somit empirisch fundiert, in klinischen Studien unter Alltagsbedingungen begutachtet und von mündigen PatientInnen akzeptiert (Holzhauer & Gröber, 2010, S. 4-5).

3.2 Komplementär-onkologische Verfahren

3.2.1 Ernährung

Die ernährungsmedizinische Betreuung sollte von Anfang der Tumorerkrankung, mit in den Therapieplan einbezogen werden. Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt stehen Krebs und Ernährung miteinander in Zusammenhang (Jenik, 2010, S. 23). Durch die Auswirkungen der unterschiedlichen Therapieverfahren, wie beispielsweise Chemo- und Strahlentherapie, ist der Körper der/des PatientIn enormen Belastungen ausgesetzt. Übelkeit, Erbrechen, Entzündungen im Mund- und Schleimhautbereich sind Symptome, mit denen die Patienten häufig konfrontiert sind. Diese machen es schwer, eine gesunde Ernährung einzuhalten. Eine frühe Beratung durch Fachpersonal, kann daher eine große Unterstützung sein (Hübner, 2012, S. 9-10). Eine angemessene Ernährung spielt im Verlauf einer Krebserkrankung hinsichtlich der Aufrechterhaltung des Allgemeinzustandes und der Lebensqualität eine große Rolle (Beuth, 2011, S. 4). Häufige Begleiterscheinungen einer Tumorerkrankung sind Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust. Laut Jenik leiden 31-87% der PatientInnen bereits zu Beginn der Behandlung an ungewolltem Gewichtsverlust, bei 40% spricht man bereits von Anorexie. Von Kachexie spricht man, wenn die Mangelernährung sehr stark ausgeprägt ist. Es ergeben sich folgende Kennzeichen der Tumorkachexie:

- Anorexie und frühzeitiges Sättigungsgefühl
- gestörtes Geschmackempfinden
- Asthenie
- progredienter Gewichtsverlust
- Anämie und Antriebslosigkeit
- Ödeme
- geschwächte Abwehrfunktion
- reduzierte Aufmerksamkeit

Es handelt sich dabei um einen multifaktoriellen Prozess und um eine Kombination, bei der einerseits zu wenig Energie- und Nährstoffe aufgenommen werden und andererseits Stoffwechselferänderungen vorliegen. Gründe für eine verminderte Energie- und Nährstoffaufnahme sind beispielsweise Probleme bei der Nahrungsaufnahme (Mundtrockenheit, Kau- und Schluckstörungen); Übelkeit und Erbrechen; Verdauungsprobleme; Depression; soziale Faktoren und Schmerzen. Die daraus resultierenden Folgen wären unter anderem: reduzierter Allgemeinzustand und Lebensqualität; erhöhte Morbidität und Mortalität und soziale Isolation. Ernährungstherapien wollen den Ernährungszustand verbessern, den Appetit steigern und Nebenwirkungen durch Chemo- bzw. Strahlentherapie verringern (Jenik, 2010, S. 24-27). Das Ziel einer Ernährungstherapie ist es somit, das körperliche und psychische Allgemeinbefinden der PatientInnen zu stärken bzw. es zu verbessern (Hiddemann & Bartram, 2010, S. 285). Laut Hübner stellt sich die Frage welche Ernährungsempfehlungen begleitend zu einer Tumorthherapie gegeben werden können. Sie fasste aufgrund dessen, einige Ernährungstipps zusammen, welche für die PatientInnen während den Therapien hilfreich sind. Sie riet ihnen, kleine Mahlzeiten zu sich zu nehmen und diese langsam und gut kauend zu essen. Bei Unverträglichkeit von Obst und Gemüse sollten diese in Form von Kompott und Saft zugenommen werden. Das Obst sollte auf jeden Fall reif sein. Weiters sind Produkte aus Vollkorn zu bevorzugen (Hübner, 2012, S. 9).

3.2.2 Bewegung

Bewegungstherapien werden PatientInnen mit Tumorerkrankungen als ergänzende komplementärmedizinische Maßnahme empfohlen. Während der Behandlung wird der Körper, als auch die Psyche des/der PatientInnen enorm belastet. Krankheits- bzw. therapiebedingte Schonung hat zu Folge, dass die Muskulatur oder auch das Herz-Kreislauf- System nicht ausreichend beansprucht wird. Die Ziele der Bewegungstherapie sind Funktionseinbußen auszugleichen, die allgemeine körperliche Fitness zu stärken, psycho-soziale Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheit zu erlangen, wieder Freude an der Bewegung zu schaffen und längerfristig gesundheitsfördernde Ressourcen zu aktivieren. Durch Sport lässt sich eine Reduktion des Fatigue- Syndroms, eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens, eine gesteigerte Lebensqualität und ein verringertes Auftreten von Depression feststellen. Weiters wird davon ausgegangen, dass

sportliche Betätigung nach der Diagnose und Therapie auch die Überlebenszeit im positiven Sinne beeinflussen kann. Der Aufbau der Bewegungstherapie hängt unter anderem von dem aktuellen Gesundheitsstatus und den tumorspezifischen Einschränkungen des/der PatientIn zusammen. Die Angebote sind sehr vielfältig und können daher unterschiedlich dosiert und gestaltet werden. Ob der/die PatientIn eine Therapie ausüben darf, entscheidet letztendlich der/die ÄrztIn, dabei wird die/der PatientIn vor allem auf die Belastbarkeit und auf den Allgemeinzustand geachtet. Daraufhin abgestimmt, kann ein individueller Bewegungstherapieplan, mit Absprache mit dem/der PatientIn gestaltet werden (Peters, 2010, S. 189-195).

3.2.3 Misteltherapie:

Die Misteltherapie ist sehr gut kombinierbar mit anderen onkologischen und komplementären Therapieverfahren. Laut Stoll können mit der Misteltherapie folgende ausschlaggebende Wirkungen erzielt werden: Immunstimulation, Steigerung der Lebensqualität und eine Verlängerung der Überlebenszeit. Die Anwendung kann direkt nach der Diagnose durchgängig bis in die Tumornachsorge eingesetzt werden. Die verwendeten Extrakte werden unterschiedlich dosiert und von unterschiedlichen Wirtsbäumen, je nach Tumorart herangezogen. Zusätzlich werden Metallsalze hinzugefügt wie beispielsweise Quecksilbersalze. Die Nebenwirkungen beschränken sich auf lokale Reaktionen wie Hautrötungen oder auch Juckreiz. Es handelt sich hierbei um keine allergische sondern vielmehr um eine entzündliche Reaktion (Stoll, 2010, S. 142-154).

3.2.4 Hydro- und Thermotherapie

Diese Art von Therapie bewirkt in der Krebstherapie eine allgemeine Steigerung des Wohlbefindens, Schmerzlinderung, Unterstützung der Körperabwehr und eine Verbesserung der Durchblutung. Sie kann von dem/der PatientIn ohne große Umstände angewandt werden. Zu hydrotherapeutischen Anwendungen zählen zum Beispiel Güsse, Eisabreibungen, Sauna und Wickel. Nach den Behandlungen sollte eine Ruhephase folgen (Stimpel, 2010, S. 17-18).

3.2.5 Hyperthermieverfahren

Durch das Hyperthermieverfahren kann es zu einer direkten oder indirekten Schädigung des Tumorgewebes kommen. Die Einsatzbereiche sind abhängig von dem Ort und der Ausbreitung der Krebserkrankung. Dazu zählen unter anderen fortgeschrittene Tumore, Tumore, welche nach der Therapie wiederauftreten oder Tumore, die ein hohes Risiko aufweisen. Mögliche Nebenwirkungen sind Wärmestress, Hautrötungen, Missempfindungen durch Radiowellen, Müdigkeit, leichte Fieberschübe nach der Behandlung und Flüssigkeitsverlust (Sahinbas & Holzhauer, 2010, S. 108-111). In der Regel werden den PatientInnen die Ganzkörperhyperthermie, die Fiebertherapie und die regionale Elektrohyperthermie angeboten, welche gut mit den Standard Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie kombiniert werden können (Hübner, 2012, S. 436-437).

4 Psychoonkologie

Dieses Kapitel befasst sich mit den Fragen ob ein Zusammenhang zwischen psychischer Verfassung und Krebs besteht und inwiefern psychoonkologische Betreuung sowie psychosoziale Interventionsmethoden die Bedürfnisse der PatientInnen positiv beeinflussen können.

4.1 Einleitung

Während und auch nach einer Krebserkrankung bzw. Behandlung kann es zu psychischen Beeinträchtigungen der PatientInnen kommen. Aus diesem Grund ist es wichtig, diese frühestmöglich zu erkennen, um eine Behandlung zu beginnen. Zu psychischen Beeinträchtigungen zählen unter anderem emotionale Befindlichkeit und Identitätsprobleme. Darüber hinaus kann die Krebsbehandlung sowie die Erkrankung selbst, funktionelle Störungen wie Schmerz, körperliche oder kognitive Leistungseinschränkungen der Sexualität und der Sensibilität hervorrufen. Auch die Beziehungen der PatientInnen mit Familie, Partner/Partnerin oder FreundInnen werden in die Erkrankung miteinbezogen (Giesler & Weis, 2010, S. 168). In der Psychoonkologie geht es darum, die unterschiedlichen psychosozialen Aspekte von Krebserkrankungen zu untersuchen, dabei werden medizinische, psychologische, soziologische und psychiatrische Sichtweisen herangezogen. Die Psychoonkologie dient zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung und soll die Lebensqualität der PatientInnen zum Positiven verändern. Es wird davon ausgegangen, dass die Krankheitsverarbeitung ein Prozess ist, welcher auf unterschiedlichen Ebenen stattfindet. Diese Ebenen sind nach Leischner Denken, Fühlen und Handeln. Weiters kommt es zu einer Auseinandersetzung mit der Krankheit und deren Folgen. Die Lebensqualität bezieht sich auf die körperliche Verfassung, das psychische Befinden, soziale Beziehungen sowie auf die Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf.

4.2 Psychoonkologische Interventionen und deren Ziele

Psychoonkologische Interventionen haben die Aufgabe das Selbstwertgefühl zu verbessern, Angst und Hoffnungslosigkeit zu reduzieren, den/die PatientIn zu entlasten, spezifische Funktionsstörungen (Schlafstörung, Fatigue-Symptomatik) zu vermindern und zur Beteiligung an der Behandlung zu motivieren. Weitere wichtige Ziele der psychoonkologischen Interventionen sind, dass die PatientInnen während ihrer Krankheitsverarbeitung auf ihre inneren und äußerlichen Ressourcen zurückgreifen können. Zu den inneren Ressourcen zählen die Motivation, Erfahrungen, Fähigkeiten und Widerstandskraft der/des PatientIn. Betrachtet man die sozialen Ressourcen des/der PatientIn wie seine/ihre Familie, Freunde, ihren/seinen Arbeitsplatz, materielle-, kulturelle Ressourcen oder Glaubenssysteme, spricht man von äußeren Ressourcen. Die drei wichtigsten psychoonkologischen Interventionsformen sind:

- Supportiv- expressive (psychodynamische) Therapie
- Kognitiv- behaviorale Therapie
- Psychoedukative Intervention

Bei der supportiv- expressiven Therapie versucht man den Betroffenen zu helfen, sich mit ihrer Krankheit und den damit verbundenen Gefühlen auseinander zu setzen. Die kognitiv- behaviorale Therapie benutzt verhaltenstherapeutische Techniken, wie kognitive Umstrukturierung, Gedankenstopp bei belastenden Gedanken und imaginative Techniken sowie Entspannungsverfahren. Das primäre Ziel dabei ist es, die Ressourcen der PatientInnen zur Krankheitsbewältigung zu fördern bzw. zu stärken. Psychoedukative Interventionen finden meistens in der Gruppe statt. Dabei erhalten sie alle wichtigen Informationen über ihre Krankheit und den Behandlungsmaßnahmen. Darüber hinaus werden ihnen Strategien vermittelt, mit denen sie ihr Wohlbefinden verbessern können (Faller & Lang, 2010, S. 266). Bei der Behandlung soll der/die PatientIn unterstützt werden ihre/seine Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung, selbst lösen zu können. Oft handelt es sich um Inhalte wie Sinnsuche bzw. Sinnfindung, Neuorientierung oder die Suche nach möglichen Perspektiven, mit denen sich die/ der PatientIn beschäftigt. (Leischner, 2014, S. 106-107). PatientInnen haben Anspruch auf psychoonkologische Beratung, sobald sie den Wunsch äußern, dass sie Begleitung oder Behandlung in

Anspruch nehmen wollen, oder wenn psychische Störungen im Laufe der Krankheit auftreten. Die Betreuung wird von PsychologInnen oder speziell ausgebildeten ÄrztInnen durchgeführt. Welche Art von Intervention verwendet wird, hängt vom Schweregrad der psychosozialen Belastung des/der PatientIn und vom Setting der Behandlung ab (Beuth, 2011, S. 2-3).

4.3 Psychologische Interventionsformen

Psychotherapeutische Maßnahmen belegen positive Effekte bei KrebspatientInnen. Dazu zählen beispielsweise:

- Entspannungstraining
- Meditation
- Kognitive Interventionen, wie das Stressimpfungstraining
- Systematische Desensibilisierung gegen Übelkeit

(Kessler, 2015, S. 237)

4.4 Zusammenfassung

Der Zusammenhang zwischen Psyche und Krebs ist umstritten, es steht jedoch fest, dass die Art des Umgangs mit der Erkrankung eine Rolle spielt ebenso wie bei den Krankheitsverläufen und bei den Überlebenszeiten bei Krebserkrankungen. Weiters lässt sich sagen, dass soziale und seelische Belastungen indirekt zu Fehlverhaltensweisen und Stressentstehung beitragen, die dann ihrerseits die Entstehung einer Krebserkrankung begünstigen können (Angenendt & Tschuschke, 2011, S. 40-41).

5 Aspekte der Krankheitsbewältigung

Dieses Kapitel befasst sich mit den Themen Gesundheit und Krankheit, der betroffenen Person in der Krankenrolle und deren Bedürfnisse insbesondere damit wie PatientInnen dabei die Krankheit erleben, bewältigen und wie die Gesellschaft mit dem Thema Krankheit heutzutage umgeht.

5.1 Gesundheit und Krankheit

5.1.1 Definition Gesundheit

Laut WHO ist Gesundheit als ein Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein die Abwesenheit von Krankheit definiert. Gesundheit umfasst aus der Sicht der Person subjektives Wohlbefinden, Handlungsvermögen, Funktionsfähigkeit im Alltag und Lebensqualität. Aus gesellschaftlicher Perspektive geht es bei Gesundheit darum, soziale Rollen zu erfüllen (Faller & Lang, 2010, S. 1).

Bei systematischer Betrachtung lässt sich die Frage was gesund und was krank ist nicht unmittelbar beantworten, da der körperliche Befund und Befinden wenig übereinstimmen. Oft gibt es die Bezeichnung „ gesunde Kranke“ und „kranke Gesunde“. Unter gesunde Kranke versteht man Menschen, welche sich gesund fühlen, bei denen aber meist per Zufall, eine gefährliche Krankheit diagnostiziert wird wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes oder ein Tumor. Problematischer für ÄrztInnen sind PatientInnen, welche trotz intensiver Suche, keine körperlichen Ursachen für ihre Beschwerden finden lassen. Dazu gehören beispielsweise PatientInnen mit einer Somatisierungsstörung, mit hypochondrischer Störung oder einer Depression. Laut Geißendörfer und Höhn lässt sich Gesundheit und Krankheit aus drei Blickwinkeln betrachten:

- **Die/der PatientIn:** Sie/er leidet an bestimmten Beschwerden und ihr/sein Wohlbefinden ist gestört.

- **Die/der ÄrztIn:** Durch ihr/sein Wissen versucht sie/er herauszufinden welche Diagnose die/der PatientIn hat. Anhand der Diagnose, kann die weitergehende Behandlung festgelegt werden.
- **Gesellschaft:** Aus dem gesellschaftlichen Aspekt geht es um die Abweichung von sozialen Normen und die damit verbundenen Sanktionen, welche die/der PatientIn bei Verstoß dieser erlebt (Geißendörfer & Höhn, 2007, S. 6-7).

„Unter einer sozialen Rolle versteht man die Summe der Erwartungen. Die die Umgebung an das Verhalten eines Menschen richtet“. (Geißendörfer & Höhn, 2007, S. 2)

5.1.2 Kranksein in der Gesellschaft

Sobald die/der Erkrankte eine medizinische Versorgung in Anspruch nimmt, wird sie/er vom „Menschen“ zur „PatientIn“. Dadurch entstehen für die PatientInnen unterschiedliche Ängste, wie zum Beispiel die Angst vor:

- Schmerzen
- Undurchschaubarer Technik
- Falscher Behandlung
- Negative Auswirkungen auf andere Lebensbereiche
- Kontrollverlust
- Verlust oder Schädigung eines Organes
- Dem Tod

(Koop, 2011, S. 58-59)

„Kranksein bedeutet ein Abweichen vom Normalfall des Gesundseins.“ (Geißendörfer & Höhn, 2007, S. 10). Wird der Betroffene, als krank anerkannt, schlüpft er in die Krankenrolle. Die Gesetze des Gesundheits- und Sozialsystems repräsentieren die Sicht der Gesellschaft auf Gesundheit und Krankheit, denn für die Krankenrolle bestehen klare Regeln, z.B. hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit, die eine Bestätigung der/des ÄrztIn erfordert (Geißendörfer & Höhn, 2007, S. 10).

Jede/jeder PatientIn entwickelt durch ihre/seine Erkrankung und die daraus entstehenden Anforderungen, ihre/seine eigenen Strategien, um die Krankheit zu bewältigen. Dabei unterscheidet man zwischen inneren und äußeren Anforderungen. Laut Angenendt und Tschuschke wäre eine innere Anforderung z.B. die Reduktion von Gefühlen von Hilflosigkeit oder lähmender Angst, äußere Anforderungen wären z.B. die Kommunikation mit der Familie, dem BehandlerInnen oder das Aufrechterhalten der Compliance .

5.2 Phasen des Krankheitserlebens

Es ergeben sich 5 Phasen des Krankheitserlebens für die PatientInnen:

1. Phase der Diagnoseerfahrung und Informationsvermittlung
2. Phase der frühen medizinischen Behandlung
3. Phase der Rehabilitation- Zeit nach der medizinischen Behandlung
4. Phasen des Rezidiverlebens bzw. Fortschreitens der Erkrankung
5. Terminal - palliative Phase

Angenendt und Tschuschke wollen diese 5 Phasen von Fawzy mit 2 Phasen – der Phase des Verdachts sowie um die Phase des Fortschreitens der Erkrankung erweitern. Weiters stellen sie die einzelnen Phasen der Erkrankung mit den jeweiligen Anforderungen und den benötigten Copingstrategien vor. Coping ist die Bezeichnung dafür, Belastungen bewältigen zu können und diese auszugleichen. Das Konzept schaut daher folgendermaßen aus:

- Verdacht
- Diagnose/ Befund
- Medizinische Therapie
- Remissionsphase
- Evtl. Rezidiv
- Evtl. das Fortschreiten der Erkrankung
- Das Finalstadium, in dem vor allem palliative Maßnahmen zum Zuge kommen

(Angenendt & Tschuschke, 2011, S. 53)

PatientInnen, welche eine schwere oder chronische Erkrankung aufweisen, können unter anderem laut Geißendörfer und Höhn mit folgenden Belastungen konfrontiert sein:

- Angst vorm Sterben
- Eingeschränkter Funktions- und Leistungsfähigkeit
- Schmerzen
- Niedergeschlagenheit und Depression
- Reduzierung sozialer Kontakte
- Veränderung der sozialen Rollen in Familie und Beruf

(Geißendörfer & Höhn, 2007, S. 2-3).

5.2.1 Phase des Verdachts

Oft liegt bereits vor dem Besuch der/des ÄrztIn der Verdacht vor, dass irgendetwas nicht in Ordnung ist. Mit diesem Verdacht gehen die Betroffenen unterschiedlich um. Entweder sie vereinbaren unmittelbar danach einen Termin mit ihren ÄrztInnen, oder sie ignorieren ihren Verdacht und warten bis die Angst davor größer wird. Im ersten Fall spricht man von aktiven Coping, im zweiten Fall hingegen, von passiven Coping. In dieser Phase ist es von großer Bedeutung, sich der Situation zu stellen und Ängste zu bewältigen, indem man den Verdacht untersuchen lässt (Angenendt & Tschuschke, 2011, S. 53).

5.2.2 Phase der Diagnoseerfahrung und Informationsvermittlung

In dieser Phase verleugnet die/der PatientIn häufig seine Erkrankung, sie ist für sie/ihm nicht real. Deshalb benötigen sie kompetente psychologisch- didaktisch hochwertige Informationsübermittlung. Hilfreiche Maßnahmen zum Verbessern des Verständnisses, die Erinnerung und die Zufriedenheit mit der Versorgung können dabei beispielsweise Tonbandmitschnitte der Beratung oder ein zusammenfassender Brief der gesamten Konsultation sein. Liegt durch Übermittlung der Diagnose eine starke Traumatisierung vor, muss zuerst eine psychotraumatologische Behandlung erfolgen oder eine psychologisch-psychotherapeutische Krisenintervention durchgeführt werden (Tschuschke, 2011, S. 26-28).

Copinganforderungen:

- Akzeptanz gegenüber der Diagnose, erst dann ist die/der PatientIn offen für die notwendigen Behandlungsschritte
- Umgang mit Stress und emotionalen Aufruhr
- Annehmen und Akzeptanz von Hilfe
- Über die Erkrankung sprechen und versuchen die Behandlungsmaßnahmen wie zum Beispiel Chemotherapie in den Alltag zu integrieren

Das Ziel der PatientInnen ist es, eine bestmögliche Hilfe zu bekommen, ohne dass ihre Lebensqualität zu sehr in Mitleidenschaft gezogen wird (Angenendt & Tschuschke, 2011, S. 54).

5.2.3 Phase der frühen medizinischen Behandlung

Ängste bezüglich der Behandlung einschließlich und ihre Nebenwirkungen stehen in dieser Phase im Vordergrund. Traurigkeit, Depression, Kontrollverlust, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Ärger/Wut und Schuldgefühle treten aufgrund von Körperveränderungen auf (Tschuschke, 2011, S. 26-28). Es ist wichtig, dass die/der PatientIn im Krankheitsverlauf mitentscheiden kann, denn so wird das Gefühl der Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes minimiert.

Copinganforderungen:

- Anpassung an chronische Erkrankung und an die Behandlung
- Treffen von Entscheidungen bezüglich des Behandlungsverlaufs
- „schädigende“ Denkweisen zurückrufen
- Konfrontation mit körperlichen Veränderungen z.B. Haarausfall, Veränderung der Haut

(Angenendt & Tschuschke, 2011, S. 55-56)

5.2.4 Phase der Rehabilitation- Zeit nach medizinischer Behandlung

Diagnose Krebs und die Bewältigung dieser Nachricht, heißt für die PatientInnen eine starke Verletzlichkeit. Vor allem im privaten, als auch im beruflichen Bereich kommt es zu massiven Einschränkungen. Hilfreich können unterstützende Gruppen sein, die entweder krankenhausbasiert oder ambulant sein können (Tschuschke, 2011, S. 26-28). Nach einer Operation oder anderen Behandlungsmaßnahmen, beginnt für viele PatientInnen erstmals die Zeit, in der sie ihre Krankheit verarbeiten können.

Copinganforderungen:

- Umzugehen mit der Tatsache, dass sich das Leben für immer verändert hat
- Ungewissheit über die Möglichkeit eines Rezidivs
- Akzeptanz über Sterblichkeit
- Rolle neu definieren zu lernen
- Neue Ziele zu finden

(Angenendt & Tschuschke, 2011, S. 56-57)

5.2.5 Phasen des Rezidiverlebens bzw. Fortschreitens der Erkrankung

Diese Phase ist der Phase der Diagnoseerfahrung sehr ähnlich. Der Unterschied besteht darin, dass die Aussichten schlechter sind und der Schock dementsprechend tiefer sitzt. Eine psychologisch- psychotherapeutische Stütze und Begleitung kann diesbezüglich helfen, die Verzweiflung, Angst und Depression so gut es möglich ist aufzufangen. Ziele zu diesem Zeitpunkt sind unter anderem die Verbesserung:

- der Copingstrategien,
- der Anpassung an erforderlichen Behandlungsmaßnahmen
- des Managements von Nebenwirkungen
- von Compliance
- der Reintegration in das alltägliche Leben, soweit die Möglichkeit besteht

(Tschuschke, 2011, S. 26-28).

Es sollte mit der/dem PatientIn über palliative Maßnahmen gesprochen werden, vor allem mit jenen PatientInnen, welche nicht mehr kurativ sondern nur noch palliativ behandelt werden können (Angenendt & Tschuschke, 2011, S. 59).

5.2.6 Terminal - palliative Phase

Psychosoziale Behandlungsoptionen stehen im Vordergrund. Die/der PatientIn fürchtet die Isolierung von anderen und beschäftigt sich mit Fragen nach dem Leben, Tod, Spiritualität und dem „Danach“. Es geht darum, die Lebensqualität im letztem Abschnitt des/der PatientIn zu erhalten (Tschuschke, 2011, S. 26-28).

5.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bedürfnisse der PatientInnen darin bestehen ausreichend Informationen zu erhalten, bei medizinischen Entscheidungen mitwirken zu dürfen und emotionale Unterstützung zu bekommen (Faller & Lang, 2010, S. 5). Aus psychosozialer Sicht lässt sich sagen, dass die KrebspatientInnen bei jedem Krankenhausaufenthalt, unglaubliche Ängste und Unsicherheiten durchleiden. Vor allem bei schwerkranken PatientInnen, weiß man nie, ob sie noch einmal aus dem Krankenhaus entlassen werden. Das Selbst- und Mitbestimmungsrecht, werden durch die zeitlichen Strukturen des Krankenhauses vermehrt eingeschränkt. Weiters besteht die Gefahr, dass es zu einer Verletzung der Intimsphäre kommt, indem beispielsweise Aufnahmegespräche in den Aufenthaltsräumen durchgeführt werden oder die Diagnose in Anwesenheit anderer PatientInnen vermittelt wird. Die/der Patient fühlt sich aufgrund ihrer/seiner Krankheit rundum abhängig, da sie/er Pflege benötigt und den Alltag nicht mehr alleine bewältigen kann. Im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes können bei den PatientInnen laut Heinrich Pera (1995) wesentliche Verlusterlebnisse auftreten:

- Verlust der Persönlichkeit
- Verlust seines sozialen Umfelds
- Verlust von Geborgenheit und Vertrautheit
- Verlust körperlicher Unversehrtheit und Kontrolle

(Erben 2010, S. 64 - 66).

6 Psychosoziale Bedürfnisse im Sterbeprozess

Zum Schluss dieser Arbeit, werden die Themen Tod und der Umgang damit erläutert. Weiters beschäftigt sich dieses Kapitel intensiv mit den damit verbundenen Trauerphasen und den Bedürfnissen des sterbenden Menschen.

6.1 Einleitung

Sterben und Tod sind die letzten großen Herausforderungen und Krisen eines Menschen. Die Hauptaufgabe für die SterbebegleiterInnen ist es, dem/der Sterbenden ein würdiges Lebensende zu bereiten und ihn/sie mit unterschiedlichen Hilfestellungen zu unterstützen.

6.2 Wissenschaftliche Betrachtungsweisen des Sterbeprozesses

6.2.1 Biologische Grundlage

Sobald Zellen sich nicht mehr an Umwelteinflüssen und Schädigungen anpassen können sterben sie. Der genaue Zeitpunkt vom Übergang von einer lebender zu einer toten Zelle ist unscharf. Zelltod als auch Zellerneuerung befinden sich in einem dynamischen Gleichgewicht, erst wenn dieses gestört wird, führt das zu Alterung und Tod. Auch seelische und soziale Einflüsse können den Eintritt des Todes beeinflussen.

6.2.2 Klinische Grundlage

Aus medizinischer Sicht gilt ein Mensch als sterbend, wenn dessen Tod als Folge eines Unfalls, einer unheilbaren Krankheit oder infolge hohen Alters, sich in absehbarer Zeit befindet (Jödicke, 2011, S. 244).

6.2.3 Psychologische Grundlage

Aus psychologischer Sicht ist ein Mensch als sterbend zu betrachten, wenn er objektiv vom Tod bedroht ist und sich dieser Bedrohung soweit bewusst ist, dass sie ihr/sein Verhalten und Erleben bestimmt (Wittowski 1993, zit. in Krauß 2008, S. 485).

6.3 Bedürfnisse sterbender Menschen

Da jeder Mensch einzigartig ist und anders stirbt, ist es schwierig „Regeln“ im Umgang mit Sterbenden aufzustellen. Nach der Frage, welchen Tod sich die PatientInnen wünschen, ist die Antwort meist „einen guten Tod“ (Geisler, 2008, S. 312). Richard Smith schrieb eine Ausgabe zu dem Thema „A good death“ und schlägt zwölf Prinzipien eines „guten Todes“ vor:

- Wissen darüber zu haben, wann der Tod kommt
- Das Geschehen zu beherrschen
- Ihre/seine Würde und Privatsphäre in Anspruch zu nehmen
- Bestmögliche Behandlungsmethoden gegen Schmerz und anderen Symptomen
- Wahl des Sterbeortes
- Ausreichend Informationen zu erhalten
- Spirituelle/emotionale Unterstützungen zu bekommen
- Hospizbetreuung
- Entscheidung über die gewünschte Person treffen zu können, die beim Ende dabei sein soll
- Wünsche vorzubestimmen, welche respektiert werden sollen
- Genügend Zeit für Abschied
- Keine, falls nicht explizit gewünschten, sinnlosen Lebensverlängerungen

(Smith, 2000, S. 129-130)

Es lässt sich sagen, dass diese zwölf Prinzipien eines „guten Todes“ den Wunsch reflektieren, ausreichend Informationen, Autonomie und eine umfassender Behandlung und Begleitung zu erhalten (Geisler, 2008, S. 312).

Anhand von Gesprächen mit Sterbenden lassen sich weitere Bedürfnisse erkennen:

Sie haben das Bedürfnis:

- nicht allein gelassen zu werden
- die Sicherheit darüber zu haben, dass ihre Angelegenheiten geklärt werden
- Fragen über den Tod stellen zu können und Antworten dazu zu bekommen

In der palliativen Versorgung ist es das Ziel, dass die Bedürfnisse des sterbenden Menschen, durch einen ganzheitlichen interdisziplinären Behandlungsansatz erfüllt werden (Jödicke, 2011, S. 247).

6.4 Sterbephasen nach Kübler- Ross

Elisabeth Kübler Ross, eine amerikanische Psychiaterin setzte sich in ihrer Monographie „Interview mit Sterbenden“ (1969) mit dem Sterben auseinander. Sie kam dabei zur Erkenntnis, dass sterbende Menschen fünf Phasen durchleben:

- Verweigerung
- Zorn
- Verhandeln
- Depression
- Zustimmung

6.4.1 1.Phase: Verweigerung

In dieser Phase wollen die PatientInnen die Tatsache, dass sie sterben werden verdrängen. Sie wollen es nicht glauben und verleugnen dabei die Realität. Oft werden mehrere ÄrztInnen von der/dem PatientIn aufgesucht, um die Hoffnung nicht zu verlieren. Große Reisen und Zukunftspläne werden geschmiedet. Viele Betroffene reagieren mit einer „Starre“ auf die Nachricht, andere hingegen reagieren stark emotional – Weinen, Schreien, Zittern der Muskeln. Die PatientInnen versuchen dadurch, ihre Kontrolle über sich wiederzuerlangen. Das Gespräch über den unmittelbaren Tod sollte nur dann stattfinden, wenn die PatientInnen, wirklich dazu bereit sind. Die ÄrztInnen müssen in der Lage sein,

zu erkennen, wann die PatientInnen das Gespräch abbrechen möchten, da sie es nicht mehr ertragen (Geisler, 2008, S. 314).

6.4.2 2. Phase: Zorn

Die/der PatientIn ist wütend über die Tatsache, dass die Krankheit genau sie/ihn getroffen hat. Die Wut richtet sie/er gegen alle Personen, die sich in ihrer/seiner Nähe befinden, sei es die ÄrztInnen, Krankenschwestern oder Angehörige. Zorn ist ein Ausdruck der gewaltigen Angst vor dem Tod, den die/der PatientIn empfindet (Schütze- Kreilkamp, 2011, S. 119).

6.4.3 3. Phase: Verhandeln

Die/der PatientIn hat gelernt mit der Situation umzugehen bzw. sie zu akzeptieren. Die Wünsche nach Tagen ohne Schmerzen und ohne Beschwerden überwiegen (Geisler, 2008, S. 314). Oft versuchen sie noch ein Stück Lebenszeit „auszuhandeln“, in dem sie andere Therapiemethoden, weitere Meinungen in Anspruch nehmen (Schütze- Kreilkamp, 2011, S. 119).

6.4.4 4. Phase: Depression

In dieser Phase hat die/der PatientIn das Gefühl, einen großen Verlust zu erleiden, mit allem was ihr/ihm wichtig ist. Der Verlust des eigenen Lebens steht fest. Depressionen in dieser Phase können auf zwei Arten erfolgen:

Reaktive Depression: Die/der PatientIn hat mit dem Verlust von Geld, Beruf, körperlicher Unversehrtheit oder Führungspositionen zu kämpfen. Für sie/ihm ist es von großer Bedeutung, dass für alles gesorgt ist, wenn sie/er sterben wird. Es handelt sich dabei um praktische Probleme, welche von Angehörigen oder auch SozialarbeiterInnen gelöst werden sollten, damit die/der PatientIn entlastet wird.

Vorbereitende Depression: Diese Art der Depression wird meist ausgelöst durch einen drohenden Verlust und erfordert seitens der ÄrztInnn eine andere Reaktion, als bei der

reaktiven Depression. Die/der PatientIn bereitet sich auf den bevorstehenden Verlust aller geliebten Dinge vor.

6.4.5 5.Phase: Zustimmung:

Nachdem die/der PatientIn alle Phasen durchgemacht hat, hat sie/er jetzt Zeit sich auf das zu erwartende Ende vorzubereiten. Die/der PatientIn möchte ausreichend Ruhe haben, sie/er schirmt sich von der Außenwelt ab und möchte auch keine Besucher mehr sehen. Die Kommunikation sollte sich mehr auf Gesten, als auf Worte beschränken (Geisler, 2008, S. 315-316). Die Erschöpfung des/der PatientIn nimmt zu und bestenfalls arrangiert sich die/der PatientIn damit, dass sie/er sterben wird. Dieses Stadium durchlebt die/der PatientIn fast frei von Gefühlen (Schütze- Kreilkamp, 2011, S. 120).

6.5 Kritik am Phasenmodell

Dieses Phasenmodell dient als Orientierungsgrundlage in der Sterbebegleitung, dabei sollte die Individualität des/der Sterbenden und ihre/seine eigene Auseinandersetzung mit dem Tod nicht übersehen werden. Viele PatientInnen erleben es als hilfreich, wenn sie sich mit spirituellen oder religiösen Themen befassen können, um gegebenenfalls einen Sinn ihrer Erkrankung zu finden (Krauß, 2008, S. 485-486). Deshalb kann es für die/den sterbende/n PatientIn eine große Hilfe sein, wenn ihre/seine religiösen Bedürfnisse erkannt werden und dementsprechend darauf eingegangen wird (Jödicke, 2011, S. 252). Laut Kessler ergeben neue Untersuchungen über das Sterben, dass es starke emotionale Reaktionen auf den bevorstehenden Tod gibt. Emotionen wie Verzweiflung, Ärger und Verleugnung können miteinander kombiniert auftreten, sich wiederholen, ausgelassen werden oder es können auch andere hinzukommen. Die Erwartungen die/der PatientIn an den Tod hat, oder an ein Leben danach, sind rein kognitive Faktoren, welche emotionale Reaktionen mitbestimmen und somit das Sterben individuell erleichtern, als auch erschweren können (Kessler, 2015, S. 241). Wichtig ist es zu akzeptieren, dass die jeweiligen Entwicklungsphasen, sich nicht beschleunigen lassen und die PatientInnen im Durchleben der jeweiligen Phasen genügend Zeit brauchen.

6.6 Palliativpflege

Palliativversorgung ist ein ganzheitliches Betreuungskonzept für PatientInnen, die unter einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden. Die Behandlung von Schmerzen und weiteren Symptomen wie Schwäche, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Atemnot und Juckreiz sowie die Unterstützung bei psychosozialen und seelsorgerischen Problemen, haben oberste Priorität. Das Ziel ist es, die bestmögliche Lebensqualität für die/den PatientIn zu erreichen. Palliativpflege ist vor allem eine bedürfnisorientierte Begleitung, sie verfolgt das Ziel, das Wohlbefinden der/des PatientIn zu steigern und ihr/ihm gleichzeitig Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Verschiedene Berufsgruppen arbeiten interdisziplinär zusammen, um den PatientInnen eine optimale Sterbebegleitung anzubieten. Weitere Aufgaben der Pflegenden in der Sterbebegleitung sind offene Gespräche, in denen sie der/dem Sterbenden mit Interesse entgegen treten. Oft können sich die Sterbenden nicht mehr verbal äußern. Die Pflegenden sind auf die Deutung nonverbaler Zeichen der/des PatientIn angewiesen. Berührungen, Musik, basale Stimulation und Aromatherapie können als Hilfestellungen dienen. Große Ängste der Ungewissheit angesichts des Todes, als auch die konkrete Angst des Sterbens sind fundamentale Faktoren, mit denen die Pflegenden konfrontiert werden. Empathische Einfühlung ist für die/den PatientIn bedeutungsvoll. Kommt es zu dem Zeitpunkt, dass die/der PatientIn in unmittelbarer Zukunft sterben wird, ist es von großer Bedeutung, dass dieser Mensch einen ungestörten Raum zu Verfügung gestellt bekommt. Die Wünsche der/des Sterbenden, haben für das Pflegepersonal oberste Priorität (Jödicke, 2011, S. 238-249).

7 Schlussfolgerung

Ab der Verkündung der Diagnose Krebs, die oft unvorbereitet kommt, befindet sich der/die PatientIn in einer Ausnahmesituation und in einer fundamentalen Lebenskrise. Es kommt zu einer intensiven psychischen Auseinandersetzung mit der Krankheit und falls der Tumor nicht behandelt werden kann, auch mit dem drohenden Tod. Dementsprechend groß ist das Bedürfnis der/des PatientIn, nach angemessener Unterstützung. Die/der PatientIn befindet sich in einem Zustand, in welchen sie/er große Existenzängste, welche durch Emotionen, einem erhöhten Bewusstsein für Leben und Tod, geprägt ist. Er/sie hinterfragt den Sinn des Lebens und versucht neue Perspektiven bzw. Strategien zu entwickeln, die ihr/ihm dabei helfen sollen, die Krankheit zu verstehen und im besten Falle sie zu verarbeiten. Schlussfolgernd lässt sich behaupten, dass das soziale Umfeld, als auch die Fachkräfte des Krankenhauses, eine entscheidende Rolle in der Behandlung des/der PatientIn darstellen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen ist daher das um und auf einer optimalen Behandlung und trägt dazu bei, die Lebensqualität der/des PatientIn zu optimieren. Die Pflegenden nehmen eine zentrale Schlüsselrolle in der Begleitung, als auch Betreuung für die/den PatientIn ein. Neben den unterschiedlichen Therapiemaßnahmen, die individuell für die/den PatientIn ausgewählt werden, dienen nicht- medikamentöse Interventionen ergänzend, als große Unterstützung für die PatientInnen. Vor allem in der Palliativpflege spielen die Pflegenden eine bedeutende Rolle für die/den PatientIn, indem sie den Sterbenden eine bedürfnisorientierte Begleitung bieten. Sie verfolgt des Weiteren das Ziel, das Wohlbefinden der/des PatientIn zu steigern und ihr/ihm gleichzeitig Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Eine optimale Behandlungsstrategie ist für jede/n PatientIn individuell. Der Erfolg der Therapie hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, kann jedoch durch die Kombination unterschiedlicher therapeutischen Verfahren verbessert werden.

Literaturverzeichnis

Angenendt, G., & Tschuschke, V. (2011). Grundlagen der Psychoonkologischen Behandlung. In G. Angenendt, U. Schütze- Kreiskamp, & V. Tschuschke, *Praxis Psychoonkologie: Psychoedukation, Beratung und Therapie* (2. Ausg.). Stuttgart: Haug.

Aulitzky, W. E., Seiter, H., & Waldmann, W. (Hrsg.). (2008). *Handbuch Krebs: Alles zu Vorsorge, Diagnose, Therapiemöglichkeiten und Heilungschancen*. München: Südwest Verlag.

Berger, D. P., & Henß, H. (2014). Epidemiologie. In D. P. Berger, J. Duyster, M. Engelhardt, R. Engelhardt, H. Henß, & R. Mertelsman (Hrsg.), *das rote buch hämatologie und internistische onkologie* (5. Ausg., S. 19-22). Heidelberg, München: ecomed MEDIZIN.

Beuth, J. (2011). Welche komplementär-onkologischen Verfahren sind wirksamkeitsgeprüft? In G. Angenendt, U. Schütze-Kreilkamp, & V. Tschuschke, *Praxis Psychoonkologie: Psychoedukation, Beratung und Therapie* (2. Ausg., S. 216). Stuttgart: Haug.

Erben, c. (2010). *Sterbekultur im Krankenhaus und Krebs: Handlungsmöglichkeiten und Grenzen sozialer Arbeit* (2. Ausg.). Oldenburg: Paulo Freire.

Faller, H., & Lang, H. (2010). *Medizinische Psychologie und Soziologie* (3. Ausg.). Berlin Heidelberg: Springer.

Geisler, L. (2008). *Arzt und Patient- Begegnung im Gespräch* (5. Ausg.). Germany: pmi .

Geißendörfer, J., & Höhn, A. (2007). *BASICS Medizinische Psychologie und Soziologie* (1. Ausg.). München: Urban & Fischer.

Giesler, J. M., & Weis, J. (2010). Psychoonkologie. In P. Holzhauer, & U. Gröber (Hrsg.), *Checkliste Komplementäre Onkologie*. Stuttgart: Hippokrates.

Hiddemann, W., & Bartram, C. R. (Hrsg.). (2010). *Die Onkologie* (2. Ausg., Bd. 1). Heidelberg: Springer.

Holzhauer, P., & Gröber, U. (2010). Evidenzbasierte Komplementärmedizin. In P. Holzhauer, & U. Gröber (Hrsg.), *Checkliste Komplementäre Onkologie*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Hübner, J. (2012). *Komplementäre Onkologie- Supportive Maßnahmen und evidenzbasierte Empfehlungen* (2. Ausg.). Stuttgart: Schattauer.

Hübner, J. (2014). Entstehung maligner Tumoren. In H. Jutta (Hrsg.), *Onkologie interdisziplinär* (S. 3-7). Stuttgart: Schattauer.

Jenik, H. K. (2010). Ernährungstherapie. In P. Holzhauer, & U. Gröber (Hrsg.), *Checkliste Komplementäre Onkologie*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

- Jödicke, A. S. (2011). Palliativpflege. In N. Menche (Hrsg.), *Pflege Heute* (5. Ausg.). München: Urban & Fischer.
- Kamphausen, U., & Menche, N. (2011). Heilmethoden und Aufgaben der Pflegenden bei der Therapie. In *Pflege Heute* (5. Ausg., S. 586-652). München: Urban & Fischer.
- Kessler, H. (2015). *Medizinische Psychologie und Soziologie* (3. Ausg.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Kommerell, T. (2011). Gesundheitsförderung und Prävention. In N. Menche (Hrsg.), *Pflege Heute* (5. Ausg., S. 192-2014). München: Urban & Fischer.
- Koop, M. (2011). Gesundheit und Krankheit. In R. Huch, & K. D. Jürgens (Hrsg.), *Mensch Körper Krankheit* (6. Ausg., S. 44-62). München: Urban & Fischer.
- Krauß, O. (2008). Tod und Sterben. In H. Berth, F. Balck, & E. Brähler (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Leischner, H. (2014). *Onkologie Basics* (3. Ausg.). München: Urban & Fischer.
- Majorczyk, S. (2011). *Das Krebsbuch: Die Volkskrankheit verstehen, erkennen, behandeln, vermeiden* (1. Ausg.). (W. Hohenberger, A. Penk, & S. Majorczyk, Hrsg.) München: Verlag Zabert Sandmann.
- Menche, N. H. (2011). Pflege von Menschen mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen. In N. Menche (Hrsg.), *Pflege Heute* (5. Ausg., S. 852-880). München: Urban & Fischer.
- Peters, C. (2010). Sport und Bewegungstherapie. In P. Holzhauer, & U. Gröber (Hrsg.), *Checkliste Komplementäre Onkologie*. Stuttgart: Hippokrates.
- Richter, E., & Feyerabend, T. (2002). *Grundlagen der Strahlentherapie* (2. Ausg.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Sahinbas, H., & Holzhauer, P. (2010). Hyperthermieverfahren. In P. Holzhauer, & U. Gröber (Hrsg.), *Checkliste Komplementäre Onkologie*. Stuttgart: Hippokrates.
- Schütze- Kreilkamp, U. (2011). Umgang mit Tod und Sterben. In G. Angenendt, U. Schütze- Kreilkamp, & V. Tschuschke, *Praxis Psychoonkologie: Psychoedukation, Beratung und Therapie* (2. Ausg.). Stuttgart: Haug.
- Sedlacek, H. H. (2013). *Onkologie- die Tumorerkrankungen des Menschen*. Berlin/Boston: de Gruyter.
- Smith, R. (13. Jänner 2000). A good death. *British Medical Journal*, S. 129-30.
- Stimpel, M. (2010). Klassische Naturheilverfahren. In P. Holzhauer, & U. Gröber (Hrsg.), *Checkliste Komplementäre Onkologie*. Stuttgart: Hippokrates.

Stoll, G. (2010). Misteltherapie. In P. Holzhauer, & U. Gröber (Hrsg.), *Checkliste Komplementäre Onkologie*. Stuttgart: Hippokrates.

Tschuschke, V. (2011). Leitlinien- Programm für psychosoziale (psychoonkologische) Betreuung bei Brustkrebs. In G. Angenendt, U. Schütze- Kreilkamp, & V. Tschuschke, *Praxis Psychoonkologie: Psychoedukation, Beratung und Therapie* (2. Ausg.). Stuttgart: Haug.