



Medizinische Universität Graz

Medizinische Universität Graz

Bachelorarbeit

Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Bauchspeicheldrüsenkrebs:

Wie die Betroffenen und ihr soziales Umfeld mit der
Krebserkrankung umgehen und welche
Bewältigungshilfen ihnen zur Verfügung stehen.

Vorgelegt von

Nina Jasmin Zalaudek (0910578)

Graz, 30. Jänner 2012

Als Betreuerin hat sich bereit erklärt

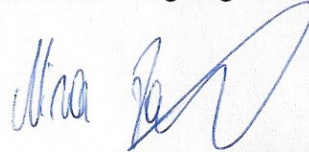
Frau Gries, Anna, Ao.Univ.-Prof. Dr.phil.

Dienstanschrift: Harrachgasse 21/V, 8010 Graz

Vorausgesetzte Lehrveranstaltung: VO Physiologie

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized first name followed by a surname, written in a cursive script.

Graz, am 31.01.2012

Unterschrift

Zusammenfassung

Laut Statistik Austria erkranken in Österreich jährlich etwa 38.000 Menschen an Krebs. Da das Alter einen wesentlichen Risikofaktor darstellt, werden wir in Zukunft aufgrund der demographischen Alterung zunehmend mit Tumorerkrankungen konfrontiert werden. Pankreaskarzinome sind vor allem durch ihre hohe Letalität gekennzeichnet. Bösartige Neubildungen werden häufig erst in fortgeschrittenen Stadien diagnostiziert, da die Frühsymptome sehr selten und uncharakteristisch sind. Die Diagnose Krebs bedeutet einen tiefen Einschnitt im Leben des/der Betroffenen und seines/ihrer sozialen Umfeldes. Daher ist es von großer Bedeutung, Möglichkeiten zum Umgang mit der Erkrankung aufzuzeigen, um die Menschen in ihrer Bewältigungsarbeit optimal unterstützen zu können.

Einleitung

Ich habe mich für dieses Thema entschieden, da Krebserkrankungen immer häufiger auftreten, auch in meinem näheren Umfeld. Schon mehrere Personen aus meinem Bekanntenkreis hatten mit einer Krebserkrankung zu kämpfen, wovon zwei tödlich endeten. Beide Todesfälle resultierten aus einem Pankreaskarzinom, weshalb ich mich auch auf diese Form spezialisierte. Obwohl die Erkrankungen etwa zehn Jahre auseinanderliegen, kann ich mich noch relativ gut an die jeweiligen Reaktionen nach der Diagnosemitteilung erinnern. Der eine hatte relativ schnell aufgegeben, er fühlte sich schwach und wollte nicht mehr kämpfen. Der andere hingegen, welcher selbst Mediziner war, setzte auf alternative Heilmethoden. Nachdem die therapeutischen Möglichkeiten versagt hatten, reiste er mit seiner Familie nach Afrika und probierte alternative Formen der Behandlung aus. Beide Fallbeispiele hatten zwar das gleiche Ende, jedoch gab der Erkrankte im zweiten Beispiel nicht auf und verbrachte die restliche Zeit mit seiner Familie. Der Erkrankte im ersten Fallbeispiel hingegen hatte seine Energiereserven verbraucht und konnte nicht länger kämpfen.

Nicht der Krebs soll behandelt werden, sondern der Mensch, der Krebs hat, der Schmerzen hat und der mehr oder weniger behindert ist! (Aulbert, Albrecht 1993, S. 183)

Dieses Zitat von Aulbert und Albrecht (1993) soll meine Arbeit einleiten. Der/die Patient/Patientin muss als Mensch betrachtet werden, der/die Bedürfnisse und Beschwerden hat. Meiner Meinung nach ist dies eine Botschaft, die man sich immer vor Augen halten sollte.

Ziel meiner Arbeit ist es, Bewältigungshilfen von Tumorerkrankten zu identifizieren, um die Unterstützung besser anpassen zu können. Des Weiteren soll ein Bewusstsein für die Lage des sozialen Umfelds geschaffen werden, insbesondere das der Angehörigen.

Der erste Teil, der sich hauptsächlich an der Medizin orientiert, beschäftigt sich mit der Bauchspeicheldrüse, Tumorerkrankungen allgemein und mit der Einteilung der Pankreaskarzinome. Im zweiten Teil werden die Ausgangssituation des/der Erkrankten und seines/ihrer sozialen Umfelds sowie ausgewählte Bewältigungshilfen

erläutert. Den Abschluss bildet der Diskussionsteil, in dem wesentliche Punkte nochmals erörtert werden.

Inhaltsverzeichnis

Teil I

1. Bauchspeicheldrüse (Pankreas)	2
1.1 Lage und Makroskopischer Aufbau.....	2
1.2 Feinbau.....	2
1.3 Funktion.....	3
1.3.1 Funktion als exokrine Drüse.....	3
1.3.2 Funktion als endokrine Drüse.....	4
2. Tumorerkrankungen.....	4
2.1 Begriffsbestimmungen.....	4
2.2 Tumorhäufigkeit.....	5
2.3 Tumorklassifikation.....	6
2.3.1 Klassifikation nach dem biologischen Verhalten.....	6
2.3.2 Histogenetische Tumorklassifikation.....	6
2.4 Tumorphathogenese.....	7
2.4.1 Familiäre Disposition.....	7
2.4.2 Kausalpathogenese.....	7
2.4.3 Formalpathogenese.....	8
2.4.4 Erhöhtes Tumorentstehungsrisiko bei immunologischen Defektzuständen.....	9
2.5 Prognose von Tumoren.....	9
2.5.1 Tumortyp.....	10
2.5.2 Ausdehnung eines Tumors (Staging).....	10
2.5.3 Grad der Differenzierung (Grading).....	10
2.6 Die Krebsbehandlung.....	10
2.6.1 Therapeutische Maßnahmen.....	11
2.6.2 Nebenwirkungen der Krebstherapie.....	13
3. Pankreastumoren.....	15
3.1 Adenokarzinom des Pankreas.....	15
3.2 Zystische Tumoren des Pankreas.....	17
3.3 Neuroendokrine Tumoren des Pankreas.....	17
3.4 Seltene Tumoren des Pankreas.....	18

Teil II

4. Krankheitsbewältigung: Ausgangssituation.....	20
4.1 Bedürfnisse von Krebserkrankten und psychosoziale Aspekte	20
4.2 Situation der Angehörigen.....	23
4.3 Umgang des Betreuungsteams.....	26
5. Bewältigungshilfen für den Krebspatienten.....	27
5.1 Akzeptanz der nicht veränderbaren Beeinträchtigungen.....	27
5.1.1 Gewinnung und Erhaltung der Lebensqualität.....	27
5.1.2 Aufklärung des Krebskranken und seiner.....	32
Angehörigen	
5.1.3 Angst und Angstbewältigung bei der Krebskrankheit....	33
5.1.4 Unterstützung durch die Familie.....	35
5.1.5 Psychosoziale und psychoonkologische Betreuung.....	36
und seelsorgerliche Unterstützung	
5.1.6 Selbsthilfegruppen.....	37
5.2 Linderung der tumorbedingten und therapiebedingten Beschwerden...	39

Teil I:
Die Bauchspeicheldrüse, Tumorerkrankungen
und
Pankreastumoren

1. Die Bauchspeicheldrüse (Pankreas)

1.1 Lage und Makroskopischer Aufbau

Die Bauchspeicheldrüse des Menschen ist ein keilförmiges, etwa 13-15 cm langes Organ, das in der Bauchhöhle auf Höhe des ersten und zweiten Lendenwirbels liegt. Nur die Vorderseite ist von Bauchfell (lat. Peritoneum) bedeckt, sie liegt also retroperitoneal. Sie wird allseits von Bindegewebe überzogen. Die Radix mesocolici teilt die Vorderfläche in die Facies anterior, die nach oben gerichtet ist, und die Facies inferior, welche nach unten zeigt (Fritsch, Kühnel 2005, S. 220).

Makroskopisch wird das Organ in Kopf (lat. Caput), Körper (lat. Corpus) und Schwanz (lat. Cauda) unterteilt. Der Pankreaskopf, der dickste Teil, befindet sich rechts im Oberbauch und wird von der Schlinge des Zwölffingerdarms (lat. Duodenum), dem ersten Abschnitts des Dünndarms, umfasst. Vor der Wirbelsäule liegt im Wesentlichen der Pankreaskörper. Der Pankreasschwanz erstreckt sich bis an das Milzhilus, den Gefäßstiel der Milz.

Sowohl der Pankreasgang (lat. Ductus pancreaticus) als auch der Hauptgallengang (lat. Ductus choledochus) münden im Zwölffingerdarm auf der Zwölffingerdarmwarze (lat. Papilla duodeni major). Der Pankreasgang, der das Verdauungssekret der Bauchspeicheldrüse in den Darm führt, durchzieht die gesamte Länge des Pankreas nahe der Hinterfläche, der Facies posterior (Spornitz 2007, S. 322).

1.2 Feinbau

Die Bauchspeicheldrüse ist eine überwiegend exokrine Drüse. Über die Drüse verteilen sich etwa 1- 2 Mio. endokrine Zellinseln (Langerhans-Inseln), die in ihrer Gesamtheit als Inselorgan bezeichnet werden (Faller, Schünke 2004, S. 359).

Die Drüsenepithelzellen, die sich in den sogenannten azinösen Endstücken des exokrinen Drüsenanteils befinden, sind polar differenziert. Der erste Abschnitt des Ausführungsgangsystems bildet sich aus langen Schaltstücken, die sich aus den

Azini fortsetzen. Diese sind wiederum in die Drüsenendstücke eingestülpt. Die eingestülpten Schaltstückzellen erscheinen als zentroazinäre Zellen. Die Schaltstücke, die dann in größere Ausführungsgänge münden, vereinigen sich schließlich zum Ductus pancreaticus. In Form von feinfaserigen Septen unterteilt das Bindegewebe das Organinnere in Läppchen (Fritsch, Kühnel 2005, S. 220).

1.3 Funktion

1.3.1 Funktion als exokrine Drüse

Der exokrine Anteil des Pankreas ist für die Sekretion von Verdauungsenzymen verantwortlich. Die Drüsenzellen produzieren täglich ein bis zwei Liter Pankreassaft (Silbernagl, Despopoulos 2007, S. 248). Meist liegen die Verdauungsenzyme in den Azinuszellen in inaktiver Form vor, sodass die Zellen nicht selbst verdaut werden. Die Aktivierung erfolgt durch die Wirkung des Dünndarmmilieus. Das Pankreas ist verantwortlich für die Produktion von eiweißspaltenden, fettspaltenden und kohlenhydratspaltenden Enzymen. Zu der ersten Gruppe gehören Trypsin, Chymotrypsin, Karboxypeptidase und Elastase. Zu den fettspaltenden Enzymen zählen die Pankreaslipase, Phospholipase und diverse Esterasen. Die α -Amylase wird den kohlenhydratspaltenden Enzymen zugeordnet (Spornitz 2007, S. 323).

Das Pankreassekret weist einen pH-Wert von 8 - 8,4 auf. Der alkalische Pankreassaft hat einen hohen Bikarbonatgehalt (HCO_3^- - Ionen). Der saure Mageninhalt wird durch den hohen pH-Wert von Galle und Pankreassaft neutralisiert, da die Enzyme nur so im Duodenum und den weiteren Dünndarmabschnitten ihre volle Wirkung entfalten können (Spornitz 2007, S. 322).

In erster Linie werden die Bildung und die Zusammensetzung des Pankreassaftes über den N. vagus und über zwei Hormone aus der Schleimhaut des Zwölffingerdarms, Sekretin und Pancreozymin-Cholezystokinin gesteuert. Fette und ein niedriger pH-Wert des aus dem Magen kommenden Speisebreis stellen auslösende Reize für die Abgabe dar (Faller, Schünke 2004, S. 464-465).

1.3.2 Funktion als endokrine Drüse

Der Inselapparat mit den Langerhans-Inseln stellt den endokrinen Anteil der Bauchspeicheldrüse dar. Die runden und zum Teil ovalen Inseln bestehen aus Drüsenzellen, die von Blutkapillaren umgeben sind. Die wichtigsten Hormone, die dort produziert werden, sind Insulin (B-Zellen), Glukagon (A-Zellen) und Somatostatin (D-Zellen). Insulin und Glukagon spielen eine wesentliche Rolle im Kohlenhydratstoffwechsel. Das Hormon Insulin veranlasst die Speicherung der aufgenommenen Nahrung in Form von Fett und Glykogen. Glukagon ermöglicht, dass die Energiereserven während Hungerphasen oder Stressreaktionen mobilisiert werden. Beide Hormone regulieren den Blutzuckerspiegel und halten diesen möglichst konstant (60-100 mg Glukose/ 100 ml Blut). Insulin senkt den Blutzuckerspiegel, indem es die Glykogensynthese in der Leber fördert und die Aufnahme des Blutzuckers in die Zellen erleichtert. Im Gegensatz dazu erhöht Glukagon den Blutzuckerspiegel, indem unter seiner Wirkung Glykogen in der Leber zu Glukose abgebaut wird. Somatostatin vermindert die Nutzung der aus dem Darmtrakt aufgenommenen Nahrungsstoffe, da es die Freisetzung von Insulin und Glukagon reduziert (Faller, Schünke 2004, S. 359).

2. Tumorerkrankungen

2.1 Begriffsbestimmungen

Die Begriffe Tumor und Geschwulst beschrieben ursprünglich lediglich ein Kardinalsymptom der Entzündung: eine abnorme Schwellung. Heute versteht man unter einem Tumor eine Neoplasie (Neubildung) aufgrund einer autonomen oder relativ autonomen abnormen Proliferation von Zellen, die auch nach Beseitigung des initialen Stimulus weiter besteht. Die beiden Begriffe (Neoplasie und Tumor im medizinischen Sinne) werden üblicherweise synonym verwendet. (Büttner, Thomas 2003, S. 181)

Der Begriff Krebs ist eher „populärwissenschaftlich“. Dennoch steht er im Zusammenhang mit einer bösartigen Neoplasie (Büttner, Thomas 2003, S. 181).

Eine Invasion ist das aktive Einwachsen von Tumorzellen in normales Gewebe mit Zerstörung (Destruktion) der normalen Gewebestruktur (Böcker et al. 2008, S. 73).

Die Metastasierung ist die Folge des invasiven Wachstums mit Verschleppung von Tumorzellen vom Primärtumor in einen anderen Bereich des Körpers und An- und Weiterwachsen in dieser Lokalisation mit Ausbildung einer Tochtergeschwulst, einer Metastase (Böcker et al. 2008, S. 73).

Das Konzept des Coping (to cope with, heißt in etwa: umgehen mit) kann am besten ganz allgemein mit dem Begriff der Krankheitsbewältigung umschrieben werden.
(Tschuschke 2011, S. 87)

2.2 Tumorhäufigkeit

Etwa 25% aller Menschen entwickeln im Laufe des Lebens maligne Tumoren. In den entwickelten Ländern stirbt trotz aller therapeutischen Bemühungen ungefähr ein Fünftel der Bevölkerung an Krebs. In den letzten 40 Jahren hat die Krebshäufigkeit signifikant zugenommen.

Vor allem das Alter hat einen wesentlichen Einfluss auf diese Entwicklung. Mit steigendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, einen malignen Tumor zu entwickeln.

Ferner tragen die Lebensgewohnheiten (z.B. Rauchen, Ernährung) wesentlich zur Zunahme von Krebs bei.

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor ist das Geschlecht. Bei Männern treten unter anderem Lungen- und Ösophaguskarzinome weitaus häufiger auf als bei Frauen.

Der Beruf kann ebenso Einfluss auf die Entstehung von Tumoren haben. Karzinome können unter anderem durch chemische Noxen, organische bzw. anorganische Stäube oder durch physikalische Einwirkung entstehen.

Eine Familienanamnese kann auf eine erbliche Krebsprädisposition aufmerksam machen. Als Beispiel führen Büttner und Thomas (2003) das Kolonkarzinom an. Das Risiko einer Erkrankung steigt mindestens um das Zwei- bis Vierfache, wenn ein

erstgradig Blutsverwandter bereits an einem Kolonkarzinom erkrankt ist. Bei zwei betroffenen erstgradig Verwandten steigt das Risiko um das Vier- bis Zehnfache.

Es gibt auch geographische Unterschiede bezüglich der Krebshäufigkeit. Diese Differenzen hängen meist mit den Umweltbelastungen und genetischen Faktoren zusammen (Büttner, Thomas 2003, S. 182-184).

2.3 Tumorklassifikation

2.3.1 Klassifikation nach dem biologischen Verhalten

Die meisten Tumoren können aufgrund ihres biologischen Verhaltens in benigne (gutartig) und maligne (bösartige) Tumoren eingeteilt werden. Manche Tumoren können nicht eindeutig zugeordnet werden, diese Neubildungen werden dann als „Borderline-Tumoren“ (Tumoren mit geringem malignen Potenzial) klassifiziert. Gutartige Tumoren verbleiben lokal begrenzt und können nicht metastasieren. Bösartige Tumoren wachsen invasiv und relativ rasch. Sie ähneln dem Muttergewebe weniger als die benignen Tumoren (Büttner, Thomas 2003, S. 201-202). Die Ausbreitung geschieht lokal durch Eindringen von Tumorzellen ins umliegende Gewebe (Infiltration), durch Einbruch in die Blut- und Lymphgefäße (Invasion) sowie die Absiedlung in tumorfernen Geweben (Metastasierung). Die Infiltration und die Ausbildung von Metastasen rufen eine Destruktion, eine Zerstörung des den Tumor umgebenden Gewebes, hervor (Büttner, Thomas 2003, S. 207).

2.3.2 Histogenetische Tumorklassifikation

Tumore lassen sich aufgrund des zellulären Ursprungs (Histogenese) in vier Hauptgruppen unterteilen:

- Tumoren mit epithelialer Differenzierung
- Tumoren mit mesenchymaler Differenzierung
- Tumoren des hämato- und lymphopoietischen Systems
- Besondere Tumoren (z.B. Hirntumoren).

Eine genaue histogenetische Klassifikation ist essentiell für die Therapie und somit für die Bestimmung der Prognose (Büttner, Thomas 2003, S. 203).

2.4 Tumorpathogenese

2.4.1 Familiäre Disposition

Meist werden Mutationen durch exogene Einwirkungen bedingt. Jedoch ist eine familiäre Häufung bisher für über 50 verschiedene bösartige Tumoren nachgewiesen (Büttner, Thomas 2003, S. 187).

2.4.2 Kausalpathogenese

Chemische Tumorigenese

Krebserzeugende chemische Verbindungen werden Karzinogene genannt. Karzinogenquellen können chemische Stoffe (z.B. Medikamente) oder Ernährungs- bzw. Genussfaktoren (z.B. Zigarettenrauch, Alkohol) sein.

Im Folgenden werden die Stadien der Karzinogenese angeführt:

- *Initiation*: Nach der Bioaktivierung eines Karzinogens in seine krebsauslösende Form erfolgt eine Interaktion mit der DNA. Eine Zelle geht entweder zugrunde oder der Schaden wird durch den DNA-Reparaturmechanismus behoben. Scheitert dieser, resultiert eine abnorme Zellproliferation. Die Initiation der Zelle ist irreversibel.
- *Promotion*: Auch nichtgenotoxische Substanzen, die die Proliferation von Zellen über eine Störung der proinflammatorischen Faktoren hervorrufen, können bei initiierten Zellen die Proliferation anstoßen. Der Genschaden wird dadurch etabliert.
- *Latenzphase*: In der Latenzphase summieren sich die genetischen Schäden.
- *Progression*: Das zelluläre Protoonkogen wird nun zum Onkogen (Krebsgen). Die Tumorzelle entwickelt sich zur Mutterzelle einer Zellfamilie (Zellklon). Die klonale Dauerproliferation führt zu einer Hyperplasie. Protoonkogene sind Vorstufen von Onkogenen. Durch schädliche Einflüsse werden sie in die krebserzeugende Form verwandelt.
- *Metastasierung*: In diesem Stadium wandern Tumorzellen in andere Organe bzw. Gewebe und sie verlieren zunehmend ihre Differenzierung (Riede et al. 2009, S. 175 – 176).

Virale Tumorigenese

Bei der viralen Tumorigenese werden Tumoren vollständig oder unvollständig durch besondere Viren (Infektion) oder durch virale Genomteile (Transfektion) ausgelöst. Die bekanntesten sind das Humane Papillomvirus, Adenoviren, das Epstein-Barr-Virus und das Hepatitis-B-Virus (Riede et al. 2009, S. 177).

Bakterielle Tumorigenese

Die bakterielle Tumorigenese ist eine durch chronische Infektion mit besonderen Bakterien oder durch Transfektion mit bakteriellen Genomanteilen (mit)-initiierte Tumorigenese (Riede et al. 2009, S. 178).

Physikalische Tumorigenese

Bei der physikalischen Tumorigenese werden Tumoren durch ionisierende Strahlen, ultraviolette Strahlen, Fremdstoffe bzw. -körper (z.B. Asbest) oder durch Umweltfaktoren ausgelöst (Riede et al. 2009, S. 178 - 179).

Teratogene Tumorigenese

Diese stellt die Tumorentwicklung während des Entwicklungswachstums (Ontogenese), meist in Kombination mit Fehlbildungen dar (Riede et al. 2009, S. 179).

Schätzungsweise werden bis zu 90% der menschlichen Tumorerkrankungen durch Umweltfaktoren herbeigeführt. Die Kanzerogene werden in ca. 60% der Fälle mit der Nahrung und in 30% mit dem Tabakrauch aufgenommen. Etwa 7% beruhen auf der beruflichen Belastung und nur 3% sind auf eine Bestrahlung zurückzuführen (Büttner, Thomas 2003, S. 188).

2.4.3 Formalpathogenese

Ein Tumor bildet sich von stammzellartigen Elementen über mehrere Stufen. Die Abgrenzung von gutartigen und bösartigen Tumoren kann manchmal schwierig sein (Borderline-Tumor). In einigen Geweben sind Krebsvorstufen deutlich sichtbar (Präkanzerose). Manche können über nichtinvasive Zwischenstufen (Carcinoms in situ) in eine invasive Form übergehen. Darüber hinaus können manche Karzinome

im Stadium der frühen Infiltration erfasst werden (Frühkarzinom) (Riede et al. 2009, S. 181 - 182).

Prinzipiell können Tumoren aus jeder teilungsfähigen, kernhaltigen Zelle des Körpers entstehen. *Unter normalen Bedingungen entsteht aus einer Stammzelle eine weitere Stammzelle sowie eine Zelle, die sich differenziert und nicht mehr unbegrenzt teilungsfähig ist. Ein Krebs kann nur aus einer Stammzelle hervorgehen bzw. die Differenzierung darf die Fähigkeit zur Zellteilung nicht ausschließen.* (Büttner, Thomas 2003, S. 184)

Die Majorität der malignen Tumoren lässt sich auf einen einzigen Primärtumor zurückverfolgen. Innerhalb eines Organs oder Systems können sich mehrere Tumoren gleichzeitig (synchron) oder hintereinander (metachron) entwickeln (Büttner, Thomas 2003, S. 185).

2.4.4 Erhöhtes Tumorentstehungsrisiko bei immunologischen Defektzuständen

Sowohl angeborene als auch erworbene Immundefekte gehen mit einem erhöhten Krebsrisiko einher. Auch eine langandauernde immunsuppressive Therapie kann ein erhöhtes Krebsrisiko bedingen (Büttner, Thomas 2003, S. 201).

2.5 Prognose von Tumoren

Die Prognose eines bestimmten Tumors hängt einerseits von seinen eigenen Merkmalen wie zum Beispiel der Wachstumsrate, andererseits von den therapeutischen Möglichkeiten ab. Für eine genauere Abschätzung der Prognose müssen bestimmte Parameter definiert werden:

- Eine möglichst präzise Angabe des Tumortyps
- Die Ausdehnung eines Tumors (Staging)
- Der Grad der Differenzierung (Grading)

Diese Parameter bestimmen das weitere therapeutische Vorgehen (Büttner, Thomas 2003, S. 215).

2.5.1 Tumortyp

Das morphologische Muster und die Beziehung zu den umliegenden Strukturen bestimmen üblicherweise den Tumortyp (Büttner, Thomas 2003, S. 215).

2.5.2 Ausdehnung eines Tumors (Staging)

Die anatomische Ausdehnung einer Neoplasie bestimmt das Tumorstadium. Das TNM-System ist das am meisten angewendete Staging-System. Das „T“ steht für die Ausdehnung des Primärtumors, das „N“ bezeichnet die metastatische Besiedelung von Lymphknoten und das „M“ beschreibt das Vorhandensein von Organmetastasen. Für jedes Organ bzw. jede anatomische Region existiert eine eigene TNM-Klassifikation (Büttner, Thomas 2003, S. 215-216).

2.5.3 Grad der Differenzierung (Grading)

Die Tumordifferenzierung ist ein Gradmesser des biologischen Verhaltens maligner Tumoren. In der Regel zeigen hochdifferenzierte Tumoren einen günstigeren Verlauf als weniger gut differenzierte oder anaplastische Neoplasien. (Büttner, Thomas 2003, S. 216) Daher sollte bei heterogen aufgebauten Tumoren das am wenigsten differenzierte Areal zur Bestimmung des Malignitätsgrades herangezogen werden (Büttner, Thomas 2003, S. 215-216).

2.6 Die Krebsbehandlung

Die Krebsbehandlung bringt verschiedene Behandlungsziele mit sich. Zum einen ist hier die kurative (heilende) Therapie zu nennen, deren oberstes Ziel eine endgültige Zerstörung aller bösartigen Zellen ist. Oftmals ist eine dauerhafte Heilung der Krankheit aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums und der Bildung von Metastasen nicht möglich. In diesem Fall wird die palliative (lindernde) Therapie als Behandlung eingesetzt. Im Vordergrund stehen hier die weit gehende Rückbildung der Krebszellen, die Verhinderung oder Besserung krankheitsbedingter Beschwerden und die Lebensverlängerung bei möglichst guter Lebensqualität (Erben 2010, S. 24 - 25).

2.6.1 Therapeutische Maßnahmen

Der Behandlung von Krebserkrankungen stehen verschiedene Methoden wie lokale Behandlungsmaßnahmen, die medikamentöse Therapie sowie die multimodale Therapie zur Verfügung.

Lokale Behandlungsmaßnahmen

Zu den lokalen Behandlungsmaßnahmen gehören die Operation und die Strahlentherapie. Diese Methoden werden eingesetzt, wenn der Tumor genau lokalisiert werden kann.

Eine Operation ist vor allem in frühen Krankheitsstadien erfolgsversprechend, vor allem ergänzt durch Strahlen- oder Chemotherapie. Der Operateur entfernt meist auch einen Teil des gesunden Gewebes rund um den Tumor, da jede im Körper zurückgelassene Krebszelle Grundlage für eine erneute Ausbreitung des Krebses sein kann. In einigen Operationen werden auch Lymphknoten entfernt, die sich im Bereich des Tumors befinden, um diese auf Krebszellen zu untersuchen.

Bei der Strahlentherapie, auch Radiotherapie genannt, werden Veränderungen in Körperzellen durch ionisierende Strahlen hervorgerufen. Diese Veränderungen bewirken Beeinträchtigungen der Zellfunktionen und führen somit zum Zelltod. Die Empfindlichkeit gegenüber einer derartigen Strahlenwirkung unterscheidet sich von Zelltyp zu Zelltyp. Zellen, die sich häufiger teilen wie zum Beispiel die Schleimhaut- und Haarzelle, reagieren viel empfindlicher als Zellen, die sich seltener teilen. Krebszellen haben ein geringeres Reparaturvermögen als die körpereigenen gesunden Zellen, daher führt die Therapie zum Zelltod der schädlichen Krebszellen. Die Bestrahlung wird in mehrere Behandlungssitzungen mit relativ geringen Strahlendosen gesplittet, damit das gesunde Gewebe Zeit hat, sich zu regenerieren (Erben 2010, S. 25 - 26).

Medikamentöse Therapie

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. Zu der

medikamentösen Behandlung gehören in erster Linie die Chemotherapie, die Hormontherapie und die Immuntherapie.

Im Rahmen der Chemotherapie werden Krebszellen durch Medikamente (Zytostatika) in ihrem Wachstum gehemmt und abgetötet. Die meisten dieser Zytostatika schädigen die Erbsubstanz im Zellkern der Krebszelle, die unter anderem die Information für die Vermehrung der Zelle enthält. Dies führt dazu, dass die Zellen teilungsunfähig werden. Die Chemotherapie ist eine Intervallbehandlung.

Behandlungsphasen und Behandlungspausen wechseln sich ab, damit sich die gesunden Zellen „regenerieren“ können. Ein Zyklus (eine Behandlungsphase und eine Erholungsphase) dauert meistens zwei bis vier Wochen. Die Anzahl der notwendigen Zyklen hängt von der Art und dem Stadium der Krebserkrankung, dem Behandlungsziel und von der Wirkung der Therapie ab. Die Verabreichung erfolgt entweder über Tabletten (seltener) oder über eine Infusion direkt in die Blutbahn.

Manche körpereigene Hormone des Menschen bedingen das Wachstum bestimmter Tumoren. Die Hormontherapie hemmt eine Ausbreitung der Krebszellen durch natürliche Mechanismen. Die Hormontherapie wirkt nur bei Krebsarten, die aus Organen bzw. Geweben hervorgehen, deren Wachstum auch bei gesunden Menschen durch Hormone gesteuert wird. Daher können unter anderem Brustkrebs und Prostatakrebs mit hormonellen Maßnahmen behandelt werden.

Die Abwehr und Zerstörung körperfremder Zellen erfolgt durch unser Immunsystem. Krebszellen werden von unserem Körper jedoch nicht als körperfremd wahrgenommen und somit nicht als schädlich erkannt. Hinzu kommt noch, dass das Abwehrsystem eines Krebserkrankten oftmals sehr geschwächt ist, sodass es kaum etwas gegen bösartige Zellen unternimmt. Das Immunsystem beeinflussende Therapien sollen helfen, die Krebserkrankung durch Abwehrreaktionen des körpereigenen Immunsystems zu bekämpfen. Der Einsatz solcher Methoden erfolgt meist adjuvant (unterstützend) zu anderen therapeutischen Maßnahmen (Erben 2010, S. 26 - 28).

Die multimodale Therapie

In der multimodalen Therapie werden mehrere Behandlungsmaßnahmen in enger Abfolge eingesetzt (Operation, Strahlentherapie und/oder medikamentöse Therapie).

Eine Strahlentherapie und eine Chemotherapie werden zum Beispiel häufig ergänzend zu einer Operation eingesetzt, um einerseits ein erneutes Wachstum von Krebszellen am gleichen Ort zu verhindern und andererseits im Körper „verstreute“ Krebszellen zu zerstören (Erben 2010, S. 28).

2.6.2 Nebenwirkungen der Krebstherapie

Nebenwirkungen, die im Rahmen der Krebsbehandlung auftreten, können den/die Patienten/Patientin sowohl physisch als auch psychisch enorm belasten. Im Folgenden werden die häufigsten Nebenwirkungen erläutert.

Übelkeit und Erbrechen

Übelkeit und Erbrechen treten sehr oft als Nebenwirkung einer Chemotherapie auf. Die Intensität dieser Beschwerden hängt in erster Linie von den jeweiligen Zytostatika ab.

Haarausfall

Aufgrund einer Chemo- aber auch einer Strahlentherapie kann es zu Haarausfall kommen. Wie schon im früheren Abschnitt erwähnt, schädigen Zytostatika Zellen, die sich häufig erneuern. Dazu gehören auch die Haarwurzelzellen des Menschen. Neben dem Kopfhaar sind auch Augenbrauen, Wimpern, Achsel- und Brustbehaarung, Schamhaare sowie Haare auf Armen und Beinen betroffen. Da die Bestrahlung lokal erfolgt, beschränkt sich der Haarausfall auf die bestrahlten Körperregionen.

Abwehrschwäche und Infektneigung

Das Immunsystem des Erkrankten wird durch die Krebserkrankung selbst und durch die Chemo- und Strahlentherapie geschwächt. Besonders das Knochenmark, welches Leukozyten zur Bekämpfung von Infektionen produziert, reagiert empfindlich auf diese Behandlungsmethoden. Bei einer Schädigung werden weniger dieser weißen Blutkörperchen produziert, daher ist der zu Behandelnde anfälliger für Infektionen.

Schleimhautentzündungen

Schleimhautzellen des Mund- und Rachenbereiches reagieren ebenso empfindlich auf die Chemo- und Strahlentherapie, da ihre Teilung häufiger erfolgt. In der Folge können Bläschen oder Geschwüre im Mund, wunde Stellen, Schluckbeschwerden, eine ausgetrocknete Mundhöhle oder eine Beeinträchtigung des Geschmacksempfindens auftreten.

Blutungen

Blutungen können aus der Chemo- oder Strahlentherapie, aus neugebildeten Krebszellen im Knochenmark oder aus allergischen Reaktionen auf bestimmte Medikamente resultieren. Durch eine Schädigung des Knochenmarks werden zu wenig Thrombozyten gebildet, die Blutgerinnung wird dadurch stark verzögert.

Verstopfungen, Durchfall und Probleme des Harntrakts

Aufgrund von Tumoren z.B. im Magen-Darm-Trakt können Durchfall, Verstopfungen und Entzündungen des Harntrakts entstehen. Nebenwirkungen dieser Art können jedoch auch infolge einer Chemotherapie oder Bestrahlung im Bauchbereich auftreten. Hinzu kommen Ängste und seelische Probleme, die Verstopfungen und Durchfall begünstigen können. Verstopfungen können auch durch langandauernde Bettlägerigkeit und den damit verbundenen Bewegungsmangel hervorgerufen werden.

Hautveränderungen

Mögliche Hautveränderungen, die im Rahmen einer Bestrahlung oder einer Chemotherapie auftreten können, sind rote Flecken, Verdickungen der Haut, Ausschlag, Blasen, Juckreiz, Nässen der Haut, erhöhte Sonnenempfindlichkeit, Abschilfern der Haut und Hautverdunkelungen.

Müdigkeit und Erschöpfung

Müdigkeit und Erschöpfung (in der Fachsprache Fatigue genannt) werden durch die Krebserkrankung selbst verursacht oder treten als Nebenwirkungen von Chemo- und Strahlentherapie auf. Da das Knochenmark neben den weißen Blutkörperchen und den Blutplättchen die roten Blutkörperchen produziert, kommt es bei einer

Schädigung zu einer verminderten Bildung dieser Blutbestandteile. Durch den Mangel an Erythrozyten wird der Körper nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt, daher treten Müdigkeits- und Erschöpfungszustände auf (Erben 2010, S. 28 - 31).

3. Pankreastumoren

In der Medizin unterscheidet man exokrine von endokrinen Tumoren. In Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens steht das duktales Adenokarzinom mit ca. 85% an oberster Stelle. Seltener epitheliale Neoplasien des exokrinen Teils sind Azinuszellkarzinome, serös-zystische und muzinös-zystische Tumoren, intraduktale papillär-muzinöse Neoplasien und ampulläre Karzinome. Endokrine Tumoren treten in etwa 1 – 2 % der Fälle auf (Messmann 2012, S.739).

3.1 Adenokarzinom des Pankreas

Epidemiologie, Prognose und Risikofaktoren

Das Pankreaskarzinom ist vor allem durch eine schlechte Prognose und eine relativ hohe Inzidenz gekennzeichnet. Jährlich sterben in Deutschland mehr als 11 000 Menschen daran. Während der ersten sechs Monate nach der Diagnosestellung versterben ca. 65% der Betroffenen. Die Prognose hängt in erster Linie vom Tumorwachstum, von der lokalen Infiltration und dem Metastasierungsverhalten ab.

Für die Entstehung des Pankreaskarzinoms sind mehrere Risikofaktoren ursächlich. Zum einen sind dies Umweltfaktoren und Lebensgewohnheiten, zum anderen sind Vor- und Begleiterkrankungen dafür verantwortlich. Adipositas, Diabetes mellitus und eine langjährige chronische Pankreatitis können die Entstehung eines Pankreaskarzinoms begünstigen. Definierte Erbkrankheiten und Tumorsyndrome stellen die wahrscheinlich größten Risikofaktoren dar (Messmann 2012, S. 739 – 740).

Klinik und Diagnostik

Die Symptomatik ist sehr unspezifisch, deshalb stellt sich insbesondere die Differentialdiagnostik zwischen chronischer Pankreatitis und Pankreaskarzinom als äußerst schwierig heraus. Mögliche Symptome sind abdominelle Schmerzen und/oder Rückenschmerzen, Inappetenz, Ikterus sowie Gewichtsverlust. Manchmal erfolgt im Vorfeld eine Manifestation eines Diabetes mellitus.

Bisher liefert kein Laborverfahren eine eindeutige Differenzierung zwischen einer chronischen Pankreatitis und einem Pankreaskarzinom. Auch einzelne bildgebende Verfahren sind für eine Unterscheidung nicht immer hilfreich, daher werden diese häufig kombiniert, um eine eindeutige Diagnose zu erhalten (Messmann 2012, S. 740).

Therapie

Die Therapiemaßnahmen hängen vom Stadium und Zeitpunkt der Diagnose ab.

Anhand der Bildgebung erfolgt eine Beurteilung der Operabilität.

Patienten/Patientinnen mit Fernmetastasen oder mit einer Infiltration der arteriellen Gefäße gelten gewöhnlich als inoperabel. In solchen Fällen steht eine patientenzentrierte und symptomorientierte Behandlung mit angepasster Schmerz- und Ernährungstherapie im Vordergrund. Wenn es der körperliche Allgemeinzustand erlaubt, kann zusätzlich eine palliative Chemotherapie erfolgen, welche oft eine Lebensverlängerung, eine erhöhte Lebensqualität, einen verringerten Schmerzmittelbedarf und einen geringeren Gewichtsverlust mit sich bringt.

Als Therapiestandard wird heutzutage die adjuvante (ergänzende oder unterstützende) Therapie angesehen.

Zusammenfassend muss man sagen, dass für die Mehrzahl der Erkrankten aufgrund einer späten Diagnose lediglich eine palliative Therapie in Frage kommt, welche auf eine Lebensverlängerung und die Verbesserung der Lebensqualität abzielt (Messmann 2012, S. 741 - 742).

3.2 Zystische Tumoren des Pankreas

Zystische Pankreasläsionen sind eine sehr heterogene Gruppe von Neoplasien. Etwa 85 – 90% aller Pankreaszysten sind Pseudozysten.

Klinik, Diagnostik und Therapie

Großteils handelt es sich um asymptomatische Zufallsbefunde. Allerdings können unspezifische Symptome wie Abdominalschmerzen, Völlegefühl, Übelkeit und eventuell ein Ikterus auftreten.

Mit etwa 30% zählt das seröse Zystadenom zu den häufigsten zystischen Tumoren. Es wird als benigne Neoplasie eingeschätzt, daher erscheint ein konservatives Vorgehen sinnvoll. Eine Operation wird meist bei bestehenden klinischen Symptomen und/oder Gang- oder Gefäßobstruktion durchgeführt (Messmann 2012, 743 – 744).

3.3 Neuroendokrine Tumoren des Pankreas

Neuroendokrine Tumoren können in funktionell aktive und funktionell inaktive neuroendokrine Tumoren eingeteilt werden. Bei 20 – 30% dieser Tumoren werden funktionell aktive Hormone überproduziert, wodurch es zu einer charakteristischen klinischen Symptomatik kommt. Mit 70% steht das Insulinom an erster Stelle gefolgt vom Gastrinom mit etwa 20% (Messmann 2012, S. 747).

Prognose

Die 5-Jahres-Überlebensrate liegt in etwa zwischen 45 und 77%. Im metastasierenden Stadium hingegen ist die Überlebensrate deutlich geringer und hängt in erster Linie davon ab, inwieweit die Karzinome differenziert sind.

Klinik und Diagnostik

Bei inaktiven neuroendokrinen Tumoren handelt es sich meist um einen Zufallsbefund, es können allerdings unspezifische Symptome wie Abdomenschmerzen auftreten.

Die funktionell aktiven Neuroendokrinen Tumoren lösen hingegen eine charakteristische klinische Symptomatik aus. Für die Diagnostik eines Insulinoms, welches eher das weibliche Geschlecht betrifft, ist die Whipple-Trias essentiell:

- Hypoglykämiesyndrom
- Blutzucker ≤ 50 mg/dl
- Prompte Rückbildung der Symptomatik unter Glukosegabe

Eine Hypergastrinämie von > 1000 pg/ml für mindestens eine Woche weist auf ein Gastrinom hin, welches bei Männern häufiger in Erscheinung tritt (Messmann 2012, S. 747 – 748).

Therapie

Die Primärtherapie bei neuroendokrinen Tumoren des Pankreas stellt eine Operation mit kurativem Ziel dar. Neben der operativen Therapie gibt es ein Angebot an nicht operativen Verfahren wie systemisch-medikamentöse Therapien und lokal-interventionelle Methoden (Messmann 2012, S. 748 – 749).

3.4 Seltene Tumoren des Pankreas

Das Azinuszellkarzinom tritt meist im Alter von 50 bis 70 Jahren gehäuft bei Männern auf und gehört zu den seltenen Neoplasien. In der Bildgebung und bei der histologischen Aufarbeitung werden häufig Nekrosen sichtbar. Die Prognose ist vergleichbar mit der des duktales Adenokarzinoms.

Zu den selteneren Tumoren des Pankreas gehören ebenso das Plattenepithelkarzinom, das pleomorphe großzellige Karzinom, das Osteoklastom sowie das in die Leber metastasierende Pankreatoblastom.

Teil II:

Ausgangssituation des Krebserkrankten
bzw. seines sozialen Umfelds
und
Bewältigungshilfen

4. Krankheitsbewältigung: Ausgangssituation

4.1 Bedürfnisse des Krebserkrankten und psychosoziale Aspekte

Rest (2006) benennt sechs Grundbedürfnisse, die in der Regel eine Hierarchie bilden. Die erstgenannten dienen als Grundlage für die letztgenannten:

Die Bedürfnisse des Körpers

Hier handelt es sich in erster Linie um einen möglichst geringen körperlichen Verfall, die Kontrolle der Ausscheidungsprozesse, die Erhaltung der Atmung, das Bedürfnis nach ausreichend Schlaf, Durststillung, Bedürfnis nach Sinnesanregung u. v. m.

Bedürfnis nach Sicherheit

Der Mensch wünscht sich die Verfügbarkeit von Personen im Notfall und die Beantwortung seiner Fragen vor allem in Bezug auf seine Krankheit und sein Allgemeinbefinden. Er wünscht sich die Beibehaltung jener Dinge, die im Laufe seines Lebens eine wichtige Rolle spielten (z.B. Schmuck oder andere persönliche Gegenstände) und vor allem wünscht er sich Schutz vor körperlichen Leiden. Er wünscht sich einen möglichst hohen Grad des Überleben-Könnens.

Bedürfnis nach Liebe

Der Mensch möchte Gefühle der Sorge und Zärtlichkeit mit anderen Menschen teilen, er möchte die ehrliche Sorge des Personals spüren und akzeptiert werden. Die sozialen Kontakte und die Geborgenheit, die meist damit einhergeht, können Vereinsamung vorbeugen.

Bedürfnis nach Achtung

Jede Person hat Ziele, auch wenn sie im Sterben liegt. Diese Ziele müssen geachtet werden. Sie möchte gewürdigt und anerkannt werden, sie ringt um Respekt als Person.

Bedürfnis nach Selbstverwirklichung

Der Mensch möchte sich als Person voll entfalten können. Er sucht dabei nach Übereinstimmung mit den Gefühlen anderer, er benötigt ein Verständnis seiner gegenwärtigen Krise. Er will Verantwortung für sich selbst übernehmen und er sucht nach Sinnerfüllung dieses Lebensabschnittes.

Bedürfnis nach Begegnung

Der Mensch will eins werden mit der Menschheit, Welt und Gott. Vor allem unheilbar Erkrankte haben einen starken Bezug zu ihrer Umwelt und stellen sich oft der Verantwortung für die Lebenden, indem sie Helfer ihrer hilflosen Helfer werden (Rest 2006, 186 – 188).

Psychosoziale Aspekte

Das Umfeld im Krankenhaus hat einen wesentlichen Einfluss auf die psychischen Prozesse, die den körperlichen Verlauf begleiten. Jeder Krankenhausaufenthalt bringt für den/die Krebspatienten/Krebspatientin eine neuerliche Umstellung mit sich und löst Ängste und Unsicherheiten aus. Vor allem bei schwerkranken Krebspatienten/Krebspatientinnen ist nie gewiss, ob sie noch einmal nach Hause entlassen werden können oder nicht. Der zu Behandelnde muss sich den Regelungen und Abläufen des Stationsalltags beugen und hat nur wenige Möglichkeiten, in diesen Ablauf einzugreifen. Der starre Zeitplan schränkt das Selbst- und Mitbestimmungsrecht wesentlich ein. Zusätzlich kann eine Verletzung der Intimsphäre hinzukommen, indem zum Teil Aufnahmegespräche in den Aufenthaltsräumen durchgeführt werden oder die Diagnosemitteilungen in Anwesenheit der Mitpatienten/Mitpatientinnen verkündigt werden. Der körperliche Verfall zieht eine erhöhte Pflegebedürftigkeit nach sich, wodurch sich die Patienten/Patientinnen als abhängig erleben. Des Weiteren schließen sich Gefühle der Verlassenheit und des Ausgeliefertseins an. Die Angehörigen unterliegen den Besuchszeiten, die Mitpatienten/Mitpatientinnen entsprechen möglicherweise nicht den eigenen Vorstellungen und das Pflegepersonal kann sich aufgrund des Zeitdrucks kaum mit dem/der Patienten/Patientin unterhalten (Erben 2010, S. 64 - 65).

Schon bei der Diagnoseübermittlung werden zahlreichen Coping-Anforderungen an den Menschen gestellt. Er muss lernen, die Diagnose zu akzeptieren und Hilfe anzunehmen. Er muss den emotionalen Aufruhr, der mit der Diagnosestellung einhergeht, managen können und er soll Vorstellungen darüber entwickeln, wie Behandlungsmaßnahmen in den Alltag integriert werden können. Er muss Entscheidungen treffen können bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten und darüber hinaus steht ständig die Sinnfrage im Raum (Tschuschke 2011, S. 71).

Vor allem Patienten/Patientinnen, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung befinden, haben mit solchen Belastungen zu kämpfen. Heinrich Pera (1995) beschreibt wesentliche Verlusterlebnisse, die im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes eines Sterbenden auftreten:

Verlust der Persönlichkeit

Der Mensch wird lediglich auf seine Rolle als Patient/Patientin reduziert. Er wird in erster Linie als Objekt gesehen, dessen körperlicher Zustand im Vordergrund steht und weniger der Mensch mit seinen Empfindungen.

Verlust seines sozialen Umfelds

Der/die Patient/Patientin wünscht sich seine/ihre Verwandten und Freunde herbei und sorgt sich gleichzeitig um diese. Eventuell haben sich schon im Vorfeld Personen seiner/ihrer ehemals gewohnten Umgebung von ihm/ihr zurückgezogen, da sie mit der Erkrankung und der Prognose nicht umgehen können.

Verlust von Geborgenheit und Vertrautheit

Die schwer Erkrankten müssen ihren Alltag den Krankenhausabläufen anpassen und das führt zu einem Verlust der Geborgenheit. Zusätzlich werden oft persönliche Gegenstände vermisst, die die Umstellung möglicherweise erträglicher machen würden.

Verlust körperlicher Unversehrtheit und Kontrolle

Der Verlauf der Erkrankungen geht mit zunehmend körperlichen Einschränkungen einher. Das Tragen von Windeln beispielsweise kann notwendig werden, wenn eine tumorbedingte Inkontinenz eintritt (Erben 2010, S. 65 - 66).

4.2 Situation der Angehörigen

Die Angehörigen stellen meist die wichtigsten Bezugspersonen eines/einer Erkrankten dar. Angehörige werden nur wenig in den Stationsalltag und die Abläufe integriert, dennoch wird von ihnen eine optimale Unterstützung des/der Patienten/Patientin erwartet. Angehörigen werden unterschiedliche Aufgaben zugeschrieben, die nicht immer leicht zu managen sind. Zum einen wird von ihnen verlangt, den/die Patienten/Patientin zu stützen und zum anderen müssen sie sich selbst den durch die Krankheit bedingten Veränderungen anpassen (Aymanns 1992, S. 102). Darüber hinaus kann die Erkrankung eines Familienmitglieds eine existentielle Bedrohung bedeuten, da mit einer Krebserkrankung häufig finanzielle Nöte einhergehen (Tschuschke 2011, S. 63). Auch sie sind mit ähnlichen emotionalen Situationen konfrontiert wie der/die Krebspatient/Krebspatientin. Mit dem Tod des erkrankten Familienmitglieds verlieren die Angehörigen eine wichtige Bezugsperson. Sie werden mit verschiedenen Belastungsmomenten und Gefühlen konfrontiert, die im Folgenden erläutert werden:

Trauer

Der Trauerprozess der Angehörigen beginnt meistens schon, wenn ihnen mitgeteilt wird, dass eine Bezugsperson tödlich erkrankt ist. Dies ist vor allem bei einer langen, unheilbaren Krebserkrankung der Fall. Die Trauer wird vorweggenommen, d. h. die Trauer setzt vor dem eigentlichen Tod des/der Kranken ein. Zu den Elementen der Trauer gehören unter anderem Gefühle der Angst, Verzweiflung, Depression, Hilflosigkeit, Wut, Schuld, Erleichterung und emotionale Kälte.

Schock

Der Schock tritt meist unmittelbar nach einer traumatischen Nachricht ein. Die Menschen wirken apathisch und starr, sie fühlen sich wie gelähmt und betäubt. Viele Menschen reagieren auf eine solche Nachricht mit der ständigen Wiederholung derselben Frage, da die Antwort nicht verarbeitet werden kann.

Hilflosigkeit, Ohnmacht, Unsicherheit

Die Konfrontation mit dem Sterben löst Gefühle der Unsicherheit aus. Oft bleibt den Angehörigen nichts anderes übrig als abzuwarten. Sie warten auf Diagnosen,

Therapiewirkungen, Untersuchungsergebnisse und schließlich auf den Tod. Ein langandauernder Krankheitsverlauf und miterlebte Schmerzen verstärken diese Gefühle zusätzlich.

Veränderungen im Beziehungsmuster, Kommunikation

Meist wird Gesprächen über die Krankheit und persönlichen Gefühlen ausgewichen, da die Angehörigen den/die Erkrankten/Erkrankte nicht zusätzlich belasten und sich auch selbst davor schützen wollen. Die Vermeidung kann dazu führen, dass sich beide Seiten aufgrund der nichtgeführten Gespräche zunehmend isoliert fühlen. Darüber hinaus können sich Beziehungen zum Positiven hin verändern, indem plötzlich längst überfällige Gespräche geführt und Gefühle offenbart werden, die vorher nicht zugegeben wurden.

Physische und Psychische Kräftebelastung, Zeitbeanspruchung

Oft besteht eine Diskrepanz zwischen den vielen Rollenerwartungen der Angehörigen. Die berufliche bzw. die familiäre Rolle muss wahrgenommen werden und zusätzlich erwartet der/die Erkrankte regelmäßigen Besuch. Auch die Anfahrtswege ins Krankenhaus beanspruchen viel Zeit. Angehörige haben daher auch mit psychischen Anspannungen und körperlichen Belastungen zu kämpfen, die sich bei langer Dauer und hoher Intensität negativ auf die Gesundheit auswirken können. In diesem Zusammenhang können unter anderem Schlafprobleme, Erschöpfungszustände und Essstörungen auftreten.

Existenzbedrohung

Der zeitliche Aufwand und die psychischen und physischen Belastungen können negative Auswirkungen auf den Beruf der Angehörigen haben. Eventuell kann es zu Dienstaussfällen kommen, die finanzielle Probleme hervorrufen.

Angst

Die meisten Ängste der Angehörigen beziehen sich auf die Zukunft. Die Angst kann sich bis zur Panik steigern, die sich in motorischer Unruhe, Zittern und Schweißausbrüchen ausdrückt.

Erwartungsdruck

Angehörige sollten vor allem aus Sicht der Ärzte/Ärztinnen und des Pflegepersonals möglichst oft für den/die Patienten/Patientin da sein und ihn/sie ermutigen. Die Angehörigen fühlen sich dadurch möglicherweise unter Druck gesetzt und haben Angst, diese Erwartungen nicht erfüllen zu können. Aus diesen Erwartungen können zusätzlich Schuldgefühle resultieren.

Wut

Aufgrund der Hilflosigkeit und Zukunftsängste entsteht oft eine große Wut meist gegen das Krankenhauspersonal oder sich selbst. Diese Gefühle werden auch oft auf den Sterbenden projiziert.

Schuldgefühle

Die Angehörigen verdrängen meist ihre eigenen Probleme, da sie der Ansicht sind, dass ihre eigenen Konflikte nicht relevant sind und sie alles unternehmen, um den/die Erkrankten/Erkrankte zu schonen. Sie entwickeln Wut, Bitterkeit und Zorn.

Gefühlskälte

Die Reaktionen der Angehörigen auf eine Krankheit oder das Sterben sind individuell. Viele reagieren mit Desinteresse oder emotionaler Kälte, um sich selbst vor dem unerträglichen Schmerz zu schützen.

Erleichterung

Für die Bewältigung der gesamten Situation benötigen die Angehörigen viel Kraft und Durchhaltevermögen. Sie können sich den Tod jedoch meist nur als Erlösung für dessen Leiden zugestehen, aber nicht als Erlösung aus ihrer eigenen Situation.

Den Tod des/der Krebskranken begreifen

Meist informiert der/die Arzt/Ärztin die Angehörigen über den Tod des/der Patienten/Patientin, da diese oft nicht anwesend sind, wenn der Tod eintritt. Die Angehörigen kommen meist nur aufgrund der Formalitäten ins Krankenhaus und haben somit nicht die Möglichkeit, sich angemessen von der verstorbenen Person zu verabschieden (Erben 2010, S. 54 - 62).

Die Versprachlichung und das Teilen von Gefühlen fördert die Verarbeitung von bedrängenden Gefühlen. Vor allem in einer palliativen Situation ist es notwendig, offene Gespräche zu führen, um eine gegenseitige Entlastung zu bewirken (Tschuschke 2011, S. 63).

4.3 Umgang des Betreuungsteams

Das Betreuungsteam strahlt oftmals einen therapeutischen und prognostischen Nihilismus aus, welcher vom/von der Patienten/Patientin wahrgenommen wird und die Angst, die ohnehin schon besteht, zusätzlich verstärkt. Grund für diesen Nihilismus können ausbildungstechnische Mängel, aber auch psychologische Abwehrmechanismen sein. Diese Haltung kann Hilflosigkeit auf Seiten des Personals signalisieren. Die Gefühle werden vom/von der Patienten/Patientin jedoch wahrgenommen und führen zu einem gegenseitigen Rückzug.

Die Ausbildung im Bereich des Gesundheitswesens bezieht sich in erster Linie auf die Heilungsaufgabe. Daher spiegelt der chronische, schwer beeinflussbare Schmerz aus Sicht des Betreuungsteams das Versagen der kurativen Möglichkeiten wider und führt wiederum zu einem Rückzug. Der/die leidende Patient/Patientin erinnert das Personal an den Fehlschlag, für den es sich in gewisser Weise verantwortlich fühlt. Es verspürt Unsicherheit und Kränkung. Verschiedenste Abwehrvorgänge werden ausgelöst, die das betreuende Team möglicherweise davon abhalten, sensibel auf den/die Erkrankten/Erkrankte einzugehen (Aulbert, Albrecht 1993, S. 266 - 267).

5. Bewältigungshilfen für den Krebspatienten

5.1 Akzeptanz der nicht veränderbaren Beeinträchtigungen

5.1.1 Gewinnung und Erhaltung der Lebensqualität

Ich habe die folgende Definition gewählt, da diese mehrere Dimensionen umfasst und zu einem Konstrukt zusammenfasst, welches wesentliche den Menschen betreffende Aspekte miteinschließt. Zusätzlich verweist sie darauf, dass das Wohlbefinden subjektiv erlebt wird und unsere persönlichen Erfahrungen widerspiegelt.

Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt. (Renneberg, Hammelstein 2006, S. 29)

Im folgenden Abschnitt gehe ich auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein, da diese vor allem in der medizinischen und gesundheitspsychologischen Forschung eine wesentliche Rolle spielt:

Laut Renneberg (2006) beinhaltet die gesundheitsbezogene Lebensqualität:

1. Krankheitsbedingte körperliche Beschwerden,
2. Psychische Verfassung (im Sinne von emotionaler Befindlichkeit, allgemeinem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit),
3. Erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen in alltäglichen Lebensbereichen (Beruf, Haushalt, Freizeit),
4. Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialen Interaktionen sowie Einschränkungen in diesem Bereich, die aufgrund der Erkrankung entstehen (Renneberg, Hammelstein 2006, S. 30).

Es wurden sowohl zahlreiche Selbst- als auch Fremdbeurteilungsinstrumente entwickelt, um die Lebensqualität des/der Betroffenen einzuschätzen. Bei jüngeren Kindern oder sehr schweren oder sehr fortgeschrittenen Erkrankungen wie Demenz oder Schädel-Hirn-Trauma stellen Fremdratings die einzige Möglichkeit zur Beurteilung der Lebensqualität dar (Renneberg, Hammelstein 2006, S. 31).

Der Kanofsky-Index ist eine häufig verwendete Bewertungsskala, der anhand von Abstufungen des funktionellen Status des/der Patienten/Patientin die Lebensqualität zu messen versucht. Diese Fremdbeurteilung erfolgt anhand der Fähigkeit eines/einer Patienten/Patientin, sich selbst zu versorgen bzw. nach seiner/ihrer pflegerischen Hilfsbedürftigkeit.

Eine andere Methode zur Analyse von Lebensqualitätsfragen stellt TWIST (Time Without Symptoms of Disease and Toxicity) dar. Hierbei werden die Zeit mit Nebenwirkungen der Therapie und die Zeit mit krankheitsbedingten Symptomen von der Überlebenszeitspanne abgezogen.

Solche Fremdeinschätzungen weichen oftmals wesentlich von der subjektiven Wahrnehmung des Menschen ab. Das unstrukturierte Gespräch, das im Alltag in Form von Anamneseerhebungen oder Visiten in Erscheinung tritt, bietet Möglichkeiten für freie Gefühlsäußerungen, jedoch ist eine Quantifizierbarkeit nahezu unmöglich. Daher greifen die Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen in der Lebensqualitätsforschung vorwiegend auf das strukturierte Gespräch, den standardisierten Fragenbogen und andere psychometrische Tests zurück. Der Fragenbogen findet die weiteste Anwendung. Als Beispiel derartiger Fragebögen sei das SIP (Sickness Impact Profile von Berger und Bobbitt) genannt, in dem zwölf Lebensbereiche untersucht werden. Zu diesen Bereichen gehören Schlafen/Ruhen – Essen – Hausarbeit – Berufsarbeit – Erholung/Freizeit – Körperpflege – Gehen – Mobilität – emotionales und affektives Verhalten – soziale Interaktion – Kommunikation.

In der Onkologie werden vielfach Selbstbeurteilungsinstrumente eingesetzt. Bei der LASA-Skala (Linear Analogue Self Assessment) zum Beispiel kennzeichnet der/die Patient/Patientin seine/ihre aktuelle Situation auf einer Linie zwischen den Extrempunkten „sehr gut“ und „äußerst schlecht“.

Bei Fremdeinschätzungen wird meist nicht berücksichtigt, dass eine Person sich subjektiv wohl fühlen kann, auch wenn sie erkrankt ist.

Um die Lebensqualität so weit wie möglich zu erhalten, ist es notwendig, das erreichbare Therapieziel und mögliche Therapiefolgen kritisch einzuschätzen. Bei kurativem Ziel wird nicht selten eine erhebliche Einbuße der Lebensqualität akzeptiert. Der Verlust eines Organs, eine entstellende Operation oder schwere Funktionseinbußen werden zum Teil in Kauf genommen.

In der palliativen Krebstherapie beeinflusst die Lebensqualität das weitere medizinische Vorgehen maßgeblich. Aulbert und Albrecht (1993) benennen fünf Fragen, die im Rahmen eines palliativen Therapieziels von Bedeutung sind:

- *Wie einschneidend darf die Therapie sein, um was zu erreichen?*
- *Ist noch eine Heilung zu erzwingen?*
- *Um welchen Preis kann eine Lebensverlängerung erreicht werden?*
- *Muss ich überhaupt therapieren?*
- *Sind vorhersehbare tumorbedingte Komplikationen zu verhindern?*
- *Wie kann ich möglichst effektiv bereits bestehende Schmerzen und Beschwerden lindern?* (Aulbert, Albrecht 1993, S. 185)

Die Bearbeitung von Verlusten, die Hilfe bei notwendigen Verzichtleistungen und der Beistand bei der Trauerarbeit verkörpern entscheidende Aspekte der Krankheitsverarbeitung und –bewältigung. Die Erkrankung bewirkt einen Abbau des Selbstwertgefühls, welches durch die reduzierte Belastbarkeit, häufige Krankenhausaufenthalte und die damit verbundene zunehmende Isolierung von der Umwelt und Freunden zusätzlich verstärkt wird. Der Mensch fühlt sich hilflos und ausgeliefert und wird ständig von Angstgefühlen begleitet. Um diesen Abbau des Selbstwertgefühls zu verhindern, ist eine umfassende Aufklärung über die Erkrankung unumgänglich. Es ist nur menschlich, dass manche Ärzte/Ärztinnen versuchen, den/die Patienten/Patientin zu schonen, indem sie Informationen vorenthalten, die den Gemütszustand eines/einer Patienten/Patientin verschlechtern könnten. Dies schont jedoch weniger den/die Patienten/Patientin als das behandelnde Team, da er/sie auf diese Weise zur Unmündigkeit verurteilt wird. Das Aufklärungsverhalten kann immensen Einfluss darauf haben, wie der zu Behandelnde mit der Erkrankung umgeht und den weiteren Lebensverlauf gestaltet.

Der/die Betroffene sollte in wichtige Entscheidungsprozesse mit einbezogen werden und zur aktiven Mitarbeit animiert werden (Aulbert, Albrecht 1993, S. 12 - 14).

Wahrhaftigkeit am Krankenbett ist nicht die Mitteilung einer exakten Diagnose oder die präzise Information über die Prognose, sondern sie beinhaltet immer auch die Person des Arztes und lässt sich nur als ein dynamisches Geschehen in der Arzt-Patient-Beziehung verstehen. Wahrhaftigkeit meint die menschliche Einstellung und Lebenshaltung des Arztes, die durch Echtheit charakterisiert ist und die nach Übereinstimmung von Reden, Denken und Handeln strebt. (Aulbert, Albrecht 1993, S. 13)

Der Aufbau einer vertrauensvollen, einfühlsamen, solidarischen Beziehung ist für die Erhaltung der Lebensqualität essentiell. Für den/die Erkrankten/Erkrankte ist es wichtig zu wissen, dass er/sie nicht alleine diesen Weg bestreiten muss. Das behandelnde Personal sollte dem/der Betroffenen/Betroffenen das Gefühl geben, kontinuierlich begleitet zu werden.

Tod und schwere Krankheit werden in unserem Leben tabuisiert, der Mensch will sich nicht mit dem damit verbundenen Leid und Schmerz auseinandersetzen. Daraus folgt eine Isolation des/der Erkrankten und die Ängste werden verstärkt. Ein offenes Gespräch über die Ängste kann zu einer enormen Entlastung führen, das Aussprechen wird meist als Befreiung empfunden.

Um einem/einer Patienten/Patientin die Krankheitsbewältigung zu erleichtern, sollte ihm/ihr eine realistische Hoffnung beispielsweise auf einen günstigen Krankheitsverlauf oder eine zuverlässige Betreuung aufgezeigt werden. Die Hoffnung des/der Erkrankten bezieht sich neben der Prognose auf das Erleben des eigenen Wertes, die Aufrechterhaltung der Integrität seiner/ihrer Person und das Einbezogen sein in die Gemeinschaft. Aus dem Verlust dieser Hoffnung resultieren Wertlosigkeit und Einsamkeit.

Mit einer Tumorerkrankung gehen spezielle psychische und soziale krankheits- und behandlungsbedingte Konsequenzen einher. Der Mensch empfindet sich selbst als Belastung und die Krankheit bedingt Rollenverschiebungen innerhalb der Familie und des sozialen Umfelds. Die psychosoziale Betreuung und Rehabilitation kann

dem/der Patienten/Patientin in dieser speziellen Situation helfen mit dem Lebenswandel und den damit einhergehenden Schwierigkeiten besser umzugehen.

Ziele der psychosozialen Betreuung sind

- Der Aufbau einer stabilen Stimmungs- und Bewusstseinslage,
- Die Verarbeitung und Kompensation der krankheits- und behandlungsbedingten Behinderungen,
- Der Abbau sozialer Ängste,
- Die Stützung der nächsten Bezugspersonen und Stabilisierung der Partnerbeziehung,
- Die soziale Reintegration in Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis,
- Die soziale und berufliche Reintegration in Beruf und Gesellschaft.

Ein qualifizierter Sozialdienst kann wesentlich zur Realisierung dieser Ziele beitragen, indem Gespräche über persönliche Probleme geführt werden, eine Beratung in sozialrechtlichen Angelegenheiten erfolgt, wirtschaftliche Hilfen vermittelt werden, Maßnahmen zur beruflichen Förderung eingeleitet werden oder der Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. eine Umschulung angestrebt wird.

Kontakte der Patienten/Patientinnen untereinander stellen einen wesentlichen Aspekt der Krankheitsverarbeitung dar. Örtliche Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen bieten die Möglichkeit, die persönlichen Anliegen in einer vertrauensvollen Umgebung preiszugeben und zu besprechen. Durch aktives Zuhören und Erfahrungsaustausch wird die Akzeptanz der Erkrankung begünstigt. Des Weiteren werden Informationen über Versicherungsfragen und Behinderungsrecht im Arbeitsprozess angeboten. Auf den Wert der Selbsthilfegruppen wird jedoch noch an späterer Stelle näher eingegangen.

Eine Tumorerkrankung ist in der Regel auch für die Angehörigen eine enorme Belastung. Massive Kommunikationsstörungen und Spannungen haben einen negativen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung. Eine psychische Mitbetreuung des/der Erkrankten und seiner/ihrer Familie durch einen/eine Psychotherapeuten/Psychotherapeutin stärkt die familiären Kontakte und Gespräche. Der offene Austausch über Sorgen und Ängste stärkt den Zusammenhalt und hilft

allen Beteiligten, die Situation besser zu bewältigen (Aulbert, Albrecht 1993, S. 14 - 19).

5.1.2 Aufklärung des Krebskranken und seiner Angehörigen

Wie im letzten Abschnitt schon erwähnt, ist eine ausführliche Aufklärung ein wesentlicher Bestandteil der Krankheitsverarbeitung. Eine Krebserkrankung stellt für den/die Betroffenen/Betroffene eine existentielle Bedrohung dar und kann zu einer schweren Lebenskrise führen. Der gewohnte Lebensalltag verändert sich rasch und der/die Betroffene ist enormem Stress ausgesetzt. Vor allem in dieser Zeit ist er auf ehrliches Verständnis angewiesen.

Der Mensch verfügt über Abwehrmechanismen, wie zum Beispiel Verdrängung oder Verleugnung. Daher kann er oftmals die Informationen nicht sofort verarbeiten und bedarf mehrerer Wiederholungen.

Neben den Abwehrmechanismen laufen Coping-Prozesse ab. Coping-Strategien dienen dazu, eine Lösung für ein bestehendes Problem zu finden.

Abwehrmechanismen hingegen zielen auf eine Erleichterung durch Vermeidung und Verleugnung ab. Diese müssen bei der Behandlung und Betreuung berücksichtigt werden, negative Gefühle sollten zugelassen werden, da sie untrennbar zur Krankheitsbewältigung dazugehören. Das betreuende Team muss sich seiner Rolle bewusst werden und akzeptieren, dass es ein wichtiges Bezugssystem im Leben eines Erkrankten darstellt.

Bringt eine Behandlung nicht den erhofften Erfolg, zieht dies oft massivere Reaktionen nach sich, da sich die Todesbedrohung verstärkt. Die Patienten/Patientinnen sind mit einer großen Enttäuschung konfrontiert und Hoffnungslosigkeit tritt ein. Auch für Ärzte/Ärztinnen und Pflegende stellt dies eine große Belastung dar. Dennoch müssen sie dem/der Patienten/Patientin bei der Akzeptanz der neuen Situation helfen und eine emotionale Stabilisierung des/der Kranken ansteuern (Aulbert, Albrecht 1993, S. 63-65).

Für den/die Arzt/Ärztin und die Pflegenden ist es wichtig, die soziale Situation des/der Patienten/Patientin ins Auge zu fassen. Es kann von Vorteil sein, Personen in die Aufklärungsgespräche zu involvieren, die ein gutes Vertrauensverhältnis zum/zur Betroffenen haben. Da dadurch die gleiche Wissensbasis vorherrscht,

fühlt sich der/die Patient/Patientin weniger entmündigt und gewinnt Vertrauen (Aulbert, Albrecht 1993, S. 70-73).

5.1.3 Angst und Angstbewältigung bei der Krebskrankheit

Krebserkrankte haben das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren. Es passiert etwas in ihrem Körper, das sie nicht beeinflussen oder steuern können. Auch Langzeitgeheilte können sich von dieser Angst nicht befreien, sie kann jederzeit im Rahmen des Kontrolluntersuchungstermins oder bei Symptomen wiederkehren. Die Zeit, in der ein/eine Patient/Patientin seine/ihre Diagnose kennt, aber noch auf bestimmte histologische Untersuchungsergebnisse warten muss, verbindet er/sie mit dem größten Stress. Die Zukunft ist ungewiss, er/sie weiß noch nicht worauf er/sie sich einstellen muss. Die Angst entwickelt sich aus dieser Unsicherheit, sie wird für viele Patienten/Patientinnen ein vielfach nicht allein zu bewältigendes Problem. Solche Angstschübe treten vor allem in bestimmten Phasen des Krankheitsverlaufs auf: Diagnoseverdacht – Warten auf das Histologieergebnis – Diagnoseschock – Operation – Chemo- oder Strahlentherapie – Therapieende – Kontrolluntersuchungstermine – körperliche Symptome, Missempfindungen – Progress – Rezidiv – Metastasen – Wechsel der Therapiekonzepte – Versagen der Therapie – Schmerzen – keine Therapie mehr möglich – Sterben.

Die Einführung der Bezugspflege würde einen verbesserten Umgang mit der Angst begünstigen. Nur auf diesem Wege kann eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden und somit können auch quälende Sorgen eliminiert werden.

Zu Beginn der Erkrankung steht für viele Patienten/Patientinnen vor allem die Angst vor dem Unbekannten im Mittelpunkt. Im Krankheitsverlauf werden sie mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen konfrontiert, daher sammeln sie Erfahrungen, die ihre Angst vor dem Unbekannten reduzieren (Aulbert, Albrecht 1993, S. 78-81).

Der Umgang mit der Angst ist individuell verschieden. Allerdings gibt es einige allgemeine Prinzipien, die im Folgenden angeführt werden:

Annehmen der Angst

Der Angst muss ein angemessener Raum geschaffen werden. Der/die Erkrankte, die Angehörigen und die Behandelnden sollen die Angst nicht nur ernstnehmen, sondern auch annehmen. Viele Patienten/Patientinnen wollen ihre Angst nicht zulassen, da sie befürchten, dass sie Überhand gewinnt.

Über die Angst sprechen

Allein das Aussprechen reduziert die negativen Gefühle und Spannungen werden gelindert. Die Patienten/Patientinnen müssen lernen, sich selbst zu helfen, indem sie das betreuende Personal um mehr Informationen bitten.

Angst nicht „ausreden“

Häufig hat die eigene Familie Angst vor der Angst des/der Erkrankten. Die Angehörigen fühlen sich ratlos und betroffen. Sie würden gerne Trost spenden, indem sie Sätze äußern wie „Du brauchst doch keine Angst zu haben...“. Durch solche Aussagen könnte sich ein/eine Patient/Patientin jedoch nicht ernst genommen fühlen.

Diffuse Angst konkretisieren

Durch direktes Nachfragen können Ängste konkretisiert werden. Welche konkrete Situation löst die größte Angst aus? Wer oder was könnte am ehesten zur Linderung beitragen?

Körperliche Begleiterscheinungen von Angst ausagieren

Ein gesunder Mensch kompensiert seine Angst meist durch Arbeit, Sport oder andere Aktivitäten. Ein/eine Krebserkrankter/Krebserkrankte hat oft nicht die Möglichkeiten, solche Tätigkeiten durchzuführen. Daher ist es wichtig, ihn/sie zu Krankengymnastik, Spaziergängen über den Flur oder Muskelentspannung zu motivieren.

Entspannendes Gegengewicht schaffen

In manchen angstausslösenden Situationen, wie zum Beispiel im Bestrahlungsraum, ist die Fähigkeit zur mentalen Entspannung förderlich. Dafür gibt es verschiedene

Techniken wie das autogene Training, die Aktivierung von Ruhebildern oder Tagtraumreisen. Der/die Betroffene und die Betreuenden brauchen jedoch genügend Zeit, um diese Techniken zu erarbeiten, da die Motive von Patient zu Patient variieren. Der/die Erkrankte muss zum/zur Experten/Expertin seiner/ihrer Angst werden. Er/sie muss lernen, welche Strategien in welcher Situation wirksam sind.

5.1.4 Unterstützung der Familie

Der/die Patient/Patientin hat im Laufe seiner/ihrer Krankheit mit vielen Veränderungen zu kämpfen. Sein/Ihr Körperbild verändert sich, er/sie hat körperliche Beschwerden und ist beruflichen und sozialen Belastungen ausgesetzt. Darüber hinaus muss er/sie sich mit seinen/ihren Ängsten auseinandersetzen und eine Möglichkeit finden, mit ihnen umzugehen. Um diese Anforderungen bewältigen zu können, benötigt er/sie Unterstützung. In der Literatur wird mehrfach beschrieben, dass die Familie eine zentrale Rolle in der Krankheitsverarbeitung spielt. Die Unterstützung durch die Familie umfasst die informative Unterstützung, emotionalen Beistand, die praktische instrumentelle Unterstützung, die Bestätigung von Einstellungen und Gefühlen, die Vermittlung eines Zugehörigkeitsgefühls bzw. die Aufrechterhaltung der sozialen Identität und die Unterstützung durch Feedback (Aulbert, Albrecht 1993, S. 93 - 96).

Aymanns (1992) schreibt vor allem der *motivationalen Unterstützung* eine große Bedeutung zu. Diese wird notwendig, wenn die Person glaubt, keine Energie mehr für künftige Hindernisse zu haben. Diese Art der Unterstützung sollte vor allem bei langanhaltenden Problemen zum Tragen kommen, damit die Auseinandersetzung mit einem Konflikt nicht vorschnell aufgegeben wird (Aymanns 1992, S. 67).

Die Krankheitsverarbeitung ist ein dynamischer Prozess, die Bedürfnisse des/der Patienten/Patientin unterliegen einem ständigen Wandel. Daher ist es wichtig herauszufinden, welche Hilfestellung für den/die jeweiligen/jeweilige Patienten/Patientin angemessen ist. Durch ein sehr optimistisches Auftreten zum Beispiel könnte sich ein/eine Erkrankter/Erkrankte nicht ernst genommen fühlen. Es ist also notwendig, die Bedürfnisse des/der Betroffenen zu identifizieren, um darauf angemessen reagieren zu können (Aulbert, Albrecht 1993, S. 93 - 96).

5.1.5 Psychosoziale und psychoonkologische Betreuung und seelsorgerliche Unterstützung

Voraussetzung für die Anwendung der therapeutischen Techniken ist das umfassende Wissen über die Lebensumstände des/der Patienten/Patientin. In diesem Zusammenhang ist die Technik des „helfenden Gesprächs“ zu erwähnen, welche versucht, durch aktives Zuhören und offene Fragen den/die Erkrankten/Erkrankte und sein/ihr Umfeld besser zu verstehen. Ein solches Gespräch darf nicht künstlich wirken. Der/die Patient/Patientin muss erkennen, dass ihm/ihr Wertschätzung und Aufmerksamkeit entgegengebracht werden (Aulbert, Albrecht 1993, S. 148 - 150).

Die Psychoonkologie setzt sich mit den komplexen Zusammenhängen zwischen neuroimmunologischen, neuroendokrinen und psychosozialen Faktoren bei der Tumorprogression auseinander (Tschuschke 2011, S. 132). In der Psychoonkologie gibt es zahlreiche Interventionen, die in der Praxis Anwendung finden:

Beratende und psychoedukative Maßnahmen sind vor allem in Kombination mit therapeutischen Elementen nachhaltig wirksam.

Einzeltherapeutische sowie gruppentherapeutische Interventionen verringern Hilf- und Hoffnungslosigkeit, führen zu Verbesserungen in kommunikativer Hinsicht und helfen, Coping-Ressourcen aufzubauen.

Bewegungs- und Sporttherapien stellen die hilfreichste Methode zur Bekämpfung von Fatigue dar. Unter Fatigue versteht man eine überdurchschnittliche Ermattung bzw. Ermüdung, die sehr quälend sein kann.

Entspannungs- und meditative Techniken bieten eine wichtige Entlastungsmöglichkeit zur Reduzierung von Stress, Schmerzen, Behandlungsnebenwirkungen und negativen Affekten (Ängste, Depressionen). Diese Maßnahmen sind eine gute Ergänzung vor allem für eine langfristige Bewältigung.

Doch vor allem am Lebensende sucht der/die Erkrankte nach Erklärungen für seine/ihre derzeitige Situation und greift oftmals auf verborgene religiöse Vorstellungen und Ideen zurück, um Halt zu finden. Die Mitteilung der Diagnose

bringt meist eine Zerstörung gewohnter Abläufe und Ordnungen mit sich. Durch die Konfrontation mit den Sinnfragen des Lebens wird Religion immer weiter in den Mittelpunkt gerückt, auch wenn dieselbe im bisherigen Lebensverlauf eine eher geringfügigere Rolle eingenommen hat. Seelsorge ist Interaktion, eine partnerschaftliche Beziehung muss entstehen und wachsen. Das geht nur, wenn die Atmosphäre durch Ehrlichkeit getragen wird und die Beteiligten einander ernst nehmen (Aulbert, Albrecht 1993, S. 156 - 159). In der seelsorgerischen Begleitung kann möglicherweise der Wunsch geäußert werden, das Abendmahl oder eine Krankensalbung zu empfangen oder auch die Beerdigung vorzuplanen (Aulbert, Albrecht 1993, S. 165).

5.1.6 Selbsthilfegruppen

Manche Angehörige sind gegenüber Selbsthilfegruppen voreingenommen. Möglicherweise haben sie ein falsches Bild von den Abläufen und wollen den/die Betroffenen/Betroffene vor schlimmeren Krankengeschichten schützen, die ihrer Meinung nach in den Gruppengesprächen kundgegeben werden. Dieses Verhalten ist zwar gut gemeint, dennoch muss der/die Patient/Patientin selbst den Versuch wagen und herausfinden, inwieweit ihm/ihr die Gruppentreffen weiterhelfen.

Selbsthilfegruppen können in drei Typen eingeteilt werden:

Die *autonomen und selbstregulierenden Gruppen* treffen sich ohne professionelle und kontinuierliche Begleitung.

Die *teilweise autonomen Gruppen*, denen meist ein/eine Therapeut/Therapeutin, Psychologe/Psychologin, Arzt/Ärztin oder ein anderer Betreuer zur Verfügung steht.

Die *Gruppen mit festen Strukturen*, die meist ein eingetragener Verein sind.

In den autonomen Gruppen geht es vor allem um Information und persönliche Gespräche. In den angeleiteten Gruppen steht den Teilnehmern/Teilnehmerinnen meist ein vielseitigeres Angebot zur Verfügung wie zum Beispiel Gesprächs- oder Körperarbeit, Atemtherapie sowie Musik- und Kunsttherapie. All diese Gruppen haben zum Ziel, mit ihren Möglichkeiten die Lebensqualität von Krebskranken zu verbessern.

Nach Aulbert und Albrecht (1993) durchlaufen Teilnehmer/Teilnehmerinnen einer Selbsthilfegruppe meist mehrere Phasen:

In der *Eingangsphase* stellen sich die Betroffenen vor und berichten meist distanziert und emotionslos von ihrem Krankheitsverlauf. Schließlich werden Erfahrungsberichte und Informationen über Ärzte/Ärztinnen, Kuren, alternative Heilmethoden usw. ausgetauscht. Durch beobachtende Teilnahme und Empathie versucht der/die Betreuer/Betreuerin, die Teilnehmer kennenzulernen und zu verstehen.

In der *Reflexionsphase* fragt der/die Erkrankte nach dem Warum. Warum trifft es mich? Warum gerade jetzt? Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen schildern ihr soziales Umfeld und gehen auf die Bedeutung der Familie und der Arbeit ein. Mit bestimmten Wahrnehmungs- und Atemübungen, Gesprächen u.v.m. versucht der/die Betreuende erlebniszentriert zu arbeiten und eine Vertrauensbasis aufzubauen.

In der *Handlungsphase* setzt sich der/die Betroffene mit der eigenen Lebensgeschichte auseinander. Die Schilderungen der Krankheit werden emotionaler, sie werden oft begleitet von Depression und Resignation. Im Mittelpunkt steht das konfliktorientierte Arbeiten mit bestimmten Wahrnehmungsübungen, konfliktzentrierter Körperarbeit, Rollenspielen usw.

In der *Integrationsphase* entfalten sich rationale Einsichten. Zukunftsmodelle werden entworfen und Schritt für Schritt erprobt. Der/die Betreuende kann den/die Patient/Patientin mit verhaltensorientierten Rollenspielen in dieser Phase unterstützen.

In der *Phase der Neuorientierung* beginnt sich der/die Betroffene zu akzeptieren. Sinnfragen werden neu definiert und der/die Erkrankte nimmt neue Haltungen ein, die neue Einstellungen ergeben. Der/die Betreuende der Gruppe kann versuchen, den Teilnehmern durch Rollenspiele neue Verhaltensmuster vor Augen zu führen.

Diese fünf Phasen können sich überschneiden, ein/eine Patient/Patientin kann auch in eine schon längst überwundene Phase zurückfallen. In solchen Momenten ist es wichtig, den Menschen zu motivieren und in diesen Zeiten besonders zu unterstützen (Aulbert, Albrecht 1993, S. 170 - 173).

5.2 Linderung der tumorbedingten und therapiebedingten Beschwerden

Bei Tumorerkrankungen mit kurativem Therapieziel bestehen in der Regel klare, standardisierte Behandlungsrichtlinien, welche nur wenige Entscheidungsunsicherheiten lassen. Besteht eine realistische Heilungschance, werden zum Teil einschneidende Therapieformen und die damit verbundenen Nebenwirkungen in Kauf genommen. Demgegenüber steht ein palliatives Therapiekonzept, welches die Linderung von Leiden und Beschwerden zum Ziel hat. Die Entscheidungsunsicherheit ist hier viel größer, im Vordergrund stehen schonende Therapieformen mit möglichst geringen Nebenwirkungen und geringer Toxizität. In dieser palliativen Situation müssen Patient/Patientin und Arzt/Ärztin genauestens besprechen, um welchen Preis eine Tumorrückbildung erreicht werden kann oder soll (Aulbert, Albrecht 1993, S. 183 - 185).

Der Grad der Schmerzfreiheit ist ein entscheidender Aspekt sowohl in der Krankheitsbewältigung als auch in der Akzeptanz der Erkrankung. Eine besondere Problematik der Tumorschmerzbehandlung liegt in der Auffassung der Mediziner/Medizinerinnen. Der Arztberuf orientiert sich weitgehend an der Heilungsaufgabe. Schmerzen können ein Zeichen des Versagens der kurativ-therapeutischen Möglichkeiten darstellen. Hilflosigkeit stellt sich ein und der/die Patient/Patientin wird als „ausbehandelt“ empfunden. Häufig wird auch in der aktiven Tumorbehandlung die supportive Schmerzbehandlung vernachlässigt. Dies kann zum einen an den beschränkten Kenntnissen über die medikamentösen Möglichkeiten liegen und zum anderen an der persönlichen Schmerzerfahrung des behandelnden Personals. Diese Erlebnisse beziehen sich meist auf akuten Schmerz, welcher sich allerdings grundsätzlich von chronischem Schmerz unterscheidet. Der/die Patient/Patientin kann dem chronischen Schmerz keinen Sinn zuschreiben, ein Ende des Schmerzes ist nicht absehbar und er geht meist mit einem physischen und psychischen Verfall einher. Bei einer nicht angemessenen Schmerzbehandlung widmet der/die Patient/Patientin seine/ihre gesamte Aufmerksamkeit seinen/ihren körperlichen Beschwerden. Die Schmerzen bekommen einen eigenen Krankheitswert. Die psychische Dimension des Krebschmerzes darf nicht unterschätzt werden. Frühere Schmerzerfahrungen sowie augenblickliche Ängste

prägen das Schmerzerleben grundlegend. Die Schmerzempfindung kann unter anderem durch eine erfolglose Schmerztherapie, Schlaflosigkeit oder Sorgen verstärkt werden. Der Schmerz signalisiert dem/der Tumorpatienten/Tumorpatientin das Fortbestehen bzw. das Fortschreiten der Erkrankung. Darüber hinaus ist er ein Maßstab dafür, wie erfolgreich die Therapiemaßnahmen sind. Das Schmerzverhalten hat einen großen Einfluss auf die Interaktion mit den Mitmenschen. Der Schmerz kann eingesetzt werden, um eine Beziehung zum betreuenden Team herzustellen und um sich selbst mitzuteilen. In dieser Situation ist es wichtig, dem/der Patienten/Patientin aus dieser Isolation herauszuhelfen, indem zunächst eine sorgfältige Klärung der psychischen und sozialen Situation durchgeführt wird (Aulbert, Albrecht 1993, S. 261 - 266).

Eine Schmerzlinderung kann durch einen Wachstumsstillstand oder -verlangsamung unter einer Hormon- oder Chemotherapie herbeigeführt werden. Jedoch ist es von Patient zu Patient unterschiedlich, welche Methode sinnvoll ist. Zur Behandlung des chronischen Tumorschmerzes in fortgeschrittenen Tumorstadien verbleibt die Möglichkeit des Einsatzes von Analgetika. Eine orale Applikationsform verhindert toxische Konzentrationsspitzen, daher ergeben sich daraus weniger Nebenwirkungen. Darüber hinaus ist der zu Behandelnde bei dieser Art der Verabreichung unabhängiger im Gegensatz zur parenteralen Applikationsweise. Die gesellschaftliche Isolation hält sich in Grenzen, da der/die Patient/Patientin die Schmerzbehandlung mit Hilfe der Familie auch zu Hause durchführen kann und mehr an emotionaler Zuwendung erhält. Die Analgetikagabe sollte regelmäßig nach festgelegten Zeitintervallen erfolgen. So gelingt es besser, den/die Patienten/Patientin schmerzfrei zu halten. Durch eine deutliche Schmerzlinderung gewinnt der/die Betroffene Vertrauen in die Therapie und er kann neue Hoffnung schöpfen. Ein ständiger Wechsel der Medikamente signalisiert dem Patienten Unsicherheit und Misserfolge der Therapien (Aulbert, Albrecht 1993, S. 267 - 270).

Diskussion

Meine Arbeit hatte zum Ziel, die Situation eines/einer Krebserkrankten zu schildern und Bewältigungshilfen zu identifizieren und zu reflektieren, um die Unterstützung besser an die Bedürfnisse anpassen zu können. Die Akzeptanz der Krankheit bildet die Grundlage der Krankheitsverarbeitung. Das betreuende Team hat die Aufgabe, den/die Betroffenen/Betroffene bei der Gewinnung und Erhaltung der Lebensqualität zu unterstützen und die Aufklärung auf ehrliche Weise durchzuführen. In der Praxis muss man sich immer vor Augen halten, dass der/die Erkrankte mit großen Ängsten zu kämpfen hat und möglicherweise Unterstützung benötigt, um mit diesen optimal umgehen zu können. Darüber hinaus wollte ich mit dieser Arbeit ein Bewusstsein für die schwierige Lage des sozialen Umfelds schaffen. In der Literatur wird die Familie als wichtiger Bestandteil der Krankheitsbewältigung genannt. Daher sollte man in Zukunft versuchen, die Angehörigen als Quelle der Unterstützung anzusehen und nicht als „Eindringlinge“, die den Krankenhausalltag durcheinanderbringen. Gleichzeitig sollte man den Angehörigen Beratungen anbieten, da diese oft mit Überforderung und Stress zu kämpfen haben. Durch eine rechtzeitige Entlastung kann Depressionen und anderen Beschwerden vorgebeugt werden und der/die Patient/Patientin profitiert ebenso von einer entspannten Atmosphäre.

Ein Aspekt, der in der Literatur häufig erwähnt wurde, ist die Aufklärung und Information. Vor allem im Umgang mit Schwerstkranken neigt der/die Arzt/Ärztin dazu, Informationen vorzuenthalten, um den/die Patienten/Patientin zu schützen. Die Angehörigen hingegen werden meist genauestens aufgeklärt. Allerdings sollte der Wissensstand bei beiden ausgeglichen sein, da der/die Patient/Patientin ansonsten das Vertrauen verliert und sich entmündigt fühlt. Es sollte selbstverständlich sein, die Fragen des/der Erkrankten ehrlich und in verständlicher Sprache zu beantworten. Nur auf diese Weise kann er/sie in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden.

Im Laufe meiner Arbeit wurde mir immer klarer, dass man bei der Behandlung eines/einer Patienten/Patientin nicht den Menschen mit seinen Bedürfnissen vergessen darf. Meiner Meinung nach sollte man sich in der Praxis immer wieder vor Augen führen, dass man nicht nur eine Krankheit behandelt, sondern einen Menschen mit Ängsten und Sorgen. Die psychische und soziale Situation des/der

Erkrankten muss in den Blick genommen werden. Darüber hinaus sollte berücksichtigt werden, wie sich der/die Patient/Patientin mit der Krankheit auseinandersetzt. Grundsätzlich ist es wichtig, dass das Betreuungsteam dem/der Patienten/Patientin Ehrlichkeit und Verständnis entgegenbringt und dass es für eine entspannte Umgebung sorgt. Der/die Erkrankte kann seine/ihre Befürchtungen und Ängste nur äußern, wenn er/sie sich gut aufgehoben fühlt. Bei Bedarf wäre spezielle psychosoziale Unterstützung sinnvoll, die der/die Patient/Patientin bei Bedarf in Anspruch nehmen kann. Auf diese Weise soll der/die Patient/Patientin lernen, seine/ihre eigenen Ressourcen zu mobilisieren, um Belastungen selbstständig abzubauen.

Zu guter Letzt ist es mir ein Anliegen, die schwierige Situation der Ärzte/Ärztinnen und des Pflegepersonals vor allem im Bereich der Onkologie zu betonen. Auch diese stehen unter einem großen Erwartungsdruck. Die Angehörigen setzen meist große Hoffnungen in die Therapiemöglichkeiten, doch auch diese sind häufig sehr beschränkt. Die betreuenden Personen werden täglich mit schwierigen Entscheidungen konfrontiert. Darüber hinaus bauen sie eine Beziehung zu den Patienten/Patientinnen auf. Es stellt daher auch für sie einen Verlust dar, wenn die Behandlungsmethoden nicht greifen. Aus der Literatur war nicht ersichtlich, welche Möglichkeiten das Krankenhauspersonal hat, mit unheilbar Kranken umzugehen. Meiner Meinung nach ist es jedoch essentiell, die Auszubildenden vermehrt auf solche Szenarien zu fokussieren und zu schulen, denn der falsche Umgang mit Situationen dieser Art kann sich möglicherweise negativ auf den/die Patienten/Patientin auswirken. Des Weiteren könnten im Stationsalltag regelmäßige Besprechungen organisiert werden, um zum Beispiel problematische Betreuungssituationen zu klären.

Literaturverzeichnis:

- Aulbert E. & Albrecht E. (1993) Bewältigungshilfen für den Krebskranken. Thieme, Stuttgart.
- Aymanns P. (1992) Krebserkrankung und Familie. 1. Auflage, Huber, Bern.
- Böcker W., Denk H., Heitz Ph.U., Moch H. (2008) Repetitorium Pathologie. 2. Auflage, Urban& Fischer, München.
- Büttner R. & Thomas C. (2003) Allgemeine Pathologie. 3. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart.
- Enderle G. & Seidel H. J. (2003) Arbeitsmedizin: Fort- und Weiterbildung Kurs B. 1. Auflage, Urban& Fischer, München.
- Erben C. (2010) Sterbekultur im Krankenhaus und Krebs: Handlungsmöglichkeiten und Grenzen sozialer Arbeit. 2. Auflage, Paulo Freire Verlag, Oldenburg.
- Fritsch H. & Kühnel W. (2005) Taschenatlas Anatomie: Band 2 Innere Organe. 9. Auflage, Verlag Thieme, Stuttgart.
- Messmann H. (2012) Klinische Gastroenterologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Renneberg B. & Hammelstein P. (2006) Gesundheitspsychologie. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Rest F. (2006) Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit: Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich. 5. Auflage, Kohlhammer GmbH, Stuttgart.
- Riede U. N. (1998) Taschenatlas der allgemeinen Pathologie: Pathologische Prinzipien – Assoziierte Krankheiten – Folgezustände. Verlag Thieme, Stuttgart.
- Riede U. N. , Werner M. , Freudenberg N. , (2009) Basiswissen Allgemeine und Spezielle Pathologie. Verlag Springer, Heidelberg.
- Silbernagel S. & Despopoulos A. (2007) Taschenatlas Physiologie. 7. Auflage, Verlag Thieme, Stuttgart.
- Spornitz U. (2007) Anatomie und Physiologie - Lehrbuch und Atlas für Pflege- und Gesundheitsfachberufe. 5. Auflage, Verlag Springer, Heidelberg.
- Statistik Austria (2011) Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien, gesehen am 10.01.2012, < http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html >, < http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/bauchspeicheldruese/index.html >
- Tschuschke V. (2011) Psychoonkologie: Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. 3. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart.