

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

Bedürfnisse onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen im Rahmen einer ambulanten Chemotherapie

—

Ein möglicher Beratungsansatz im Kontext pflegerischen Handelns

Bachelor-Arbeit

Tag der Abgabe: 01. Juni 2015
Vorgelegt von : Jacqueline Evers
Matrikel-Nr. : XXXXXXXXXX

Betreuender Prüfer: Herr Prof. Dr. Peter Stratmeyer
Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
Zweite Prüfende: Frau Dr. Sünje Prühlen
Albertinen-Schule

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	
1. Einleitung	1
1.1. Problembeschreibung	1
1.2. Ziel und Aufbau der Arbeit	3
2. Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	4
2.1. Entwicklungen onkologischer Erkrankungen und ihrer Therapie	4
2.2. Bedürfnisse onkologischer Patienten im Rahmen einer Chemotherapie.....	6
2.2.1. Behandlungsspezifische Information	6
2.2.2. Information zur Inanspruchnahme von gesetzlichen Unterstützungsleistungen	9
2.2.3. Unterstützende Informationen zur Bewältigung therapiebedingter Anforderungen	10
2.2.4. Zukunftsrelevante Themen	13
2.3. Die Rolle der Angehörigen während einer Chemotherapie.....	14
3. Zwischenfazit	17
4. Patientenedukation in der Pflege	19
4.1. Definition zu Patientenedukation	19
4.1.1. Information, Schulung und Anleitung	19
4.1.2. Pflege- und Patientenberatung.....	20
4.2. Wirksamkeit patientenedukativer Maßnahmen im Rahmen der Chemotherapie	22
5. Pflegerischer Beratungsansatz im Rahmen einer ambulanten Chemotherapie	25
5.1. Einordnung der Thematik in einen theoretischen Bezugsrahmen	25
5.1.1. Das Beratungsmodell von Hüper und Hellige und ihr Bezug zum Beratungsleitfaden	25
5.1.1.2. Salutogenetische Modell von Antonovsky	27
5.1.1.3. Integrative Beratungsmodell von Sander	30
5.1.1.4. Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers	31
5.2. Erstellung eines Beratungsleitfadens.....	31
5.2.1. Aufbau und Inhalte des Beratungsleitfadens	32
5.2.2. Tabellarische Darstellung des Beratungsleitfadens	33
6. Diskussion der Ergebnisse	39
7. Fazit	41
Literaturverzeichnis.....	
Anhang	

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
et al.	et alii: und Andere, und Kollegen
ggf.	gegebenenfalls
Hg.	HerausgeberInnen
Kap.	Kapitel
KrPflG	Krankenpflegegesetz
Mio.	Millionen
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
RKI	Robert-Koch Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
Tab.	Tabelle
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

1.1. Problembeschreibung

Während einer Chemotherapie kommt es für die Patienten¹ zu einer Vielzahl von Nebenwirkungen. Übelkeit und Erbrechen, eine erhöhte Infektionsanfälligkeit, Appetitlosigkeit und Fatigue treten bei etwa 75% der Patienten therapiebedingt auf (Räbiger, Breinlinger-O'Reilly, 2012, S.36). Daraus ergeben sich schwerwiegende Folgen für die Lebensqualität der Patienten, welche durch die Erkrankung ohnehin schon einer großen Stressbelastung ausgesetzt sind (Pedersen et al. 2012, S.718). Die Betroffenen und ihre Angehörigen befinden sich in längerfristigen Krisen- bzw. Umbruchssituation. Angst, Stress, innere Unruhe und das Gefühl der Isolation sind bei den Betroffenen signifikant erhöht und treten in Interaktion mit den therapieinduzierten Nebenwirkungen auf (ebd. S.718). In der Literatur wird die Patientengruppe als vulnerable Gruppe umschrieben, die neben somatischer auch vielfältige psychische Bedürfnisse hervorbringt (Tschuschke 2011, S.128f.)

Die Chemotherapie ist neben der Strahlentherapie und der Chirurgie eine der gängigsten Therapien in der Krebsbehandlung (Margulies et al. 2011, S.98). Bei der medikamentösen Therapie werden dem Patienten tumorhemmende Medikamente, Zytostatika per Infusion oder oral verabreicht. Dabei hemmen die Zytostatika die Zellteilung und setzen am unkontrollierten und ungehemmten Wachstum der Tumorzellen an. Die Chemotherapeutika schädigen aber nicht nur die Krebszellen, sondern auch gesunde Zellen, vor allem solche die sich oft reproduzieren (ebd. S.138).

Heutzutage wird die Therapieform überwiegend ambulant in onkologischen Praxen, medizinischen Versorgungszentren oder im Krankenhaus durchgeführt (Räbiger, Breinlinger-O'Reilly 2012, S.14). Im Vergleich zu einer stationären Aufnahme erübrigen sich Belastungsfaktoren wie die Trennung von der häuslichen Umgebung (ebd. S.13), die Nebenwirkungen der Chemotherapie werden für den Patienten allerdings nach Hause verschoben (Dokken et al. 2005, S.294). Sie können nicht durch die durchgehende Anwesenheit von Pflegepersonal aufgegriffen und entsprechend behandelt werden. Als Konsequenz fühlt sich die Mehrheit der Patienten oftmals mit den Nebenwirkungen allein gelassen und im selbstständigen Umgang unzureichend aufgeklärt (ebd. S. 195). Werden diese Belastungen im besonderen Setting der ambulanten Chemotherapie nur ungenügend

¹ Nachfolgend wird zur Wahrung der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form bei Personenbezeichnungen verwendet, die Leserin/ der Leser wird gebeten grundsätzlich die weibliche Form mitzudenken.

wahrgenommen, besteht die Gefahr, dass der Therapieverlauf negativ beeinflusst wird. Ungelöste behandlungsbedingte Nebenwirkungen können Einfluss auf das körperliche und psychosoziale Wohlergehen haben und sich negativ auf die Effektivität der Behandlung auswirken (Waller et al. 2014, S.2298), indem beispielsweise die Chemotherapie dosis herabgesetzt wird oder die Betroffenen hindert die verordnete Therapie einzuhalten (Klug Redman 2008, S.45). Ebenfalls können aber auch Krankenhauseinweisungen notwendig werden (Räbinger, Breinlinger-O`Reilly 2012, S.14), die wiederum erhöhte Kosten für das Gesundheitswesen bedeuten (Waller et al. 2014, S.2305). Zudem ist fraglich, wie sich eine eingeschränkte Adhärenz² auf die Überlebenszeit der Betroffenen auswirken könnte (ebd. S.2305).

Aus der geschilderten Problematik wird die Notwendigkeit einer guten Information, Beratung und Anleitung im Rahmen einer ambulanten Chemotherapie immer deutlicher. Im Hinblick auf § 3 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes definierter eigenverantwortlicher Aufgabe der Pflege soll die Ausbildung für die Pflege dazu befähigen, Patienten und ihre Angehörigen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit zu unterstützen, zu beraten und anzuleiten (KrPflG 2003). Durch die geforderte informierende und beratende Position der Gesundheits- und Krankenpfleger ergibt sich für die Berufsgruppe im Rahmen ambulanter Chemotherapie eine besondere Betreuungsaufgabe, denn bekanntlich stellen sie durch die Interaktionsdichte, der personalen Präsenz und den durch ihre Arbeit typischen Körperkontakt für die Patienten einen besonderen Ansprechpartner und zugleich eine Vertrauensperson dar (Remmers 2001, S.372).

Doch in der Pflegepraxis nehmen Pflegende edukative Tätigkeiten wie informieren, beraten und anleiten nur ungenügend wahr (Rathwallner 2013, S.34). Kommt es zur Anwendung, erfolgen diese zu 70% meistens intuitiv und unstrukturiert. Lediglich 13% der onkologischen Pflegekräfte planen ihre Beratungsgespräche mit Patienten (Hummel-Gaatz, Doll 2004, S.210).

² Adhärenz: Bezeichnung der Therapiemotivation eines Patienten. Der Begriff beschreibt das Ausmaß, wie das Verhalten eines Betroffenen mit den therapeutischen Empfehlungen übereinstimmt und wie der Betroffene damit einverstanden ist (Sabaté 2003, S.3).

1.2. Ziel und Aufbau der Arbeit

Nach Darstellung der Problemlage ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Wie lassen sich Beratungsanlässe innerhalb einer ambulanten Chemotherapie anhand eines Pflegeberatungsmodells systematisieren, um Pflegende für die vielfältigen Anforderungen onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen zu sensibilisieren?

Die Arbeit zielt auf die Ableitung von möglichen Beratungsanlässen auf Basis von aktuellen Forschungsergebnissen und beabsichtigt dadurch Pflegende für die vielfältigen Anforderungen der Betroffenen und Angehörigen im Verlauf einer Chemotherapie zu sensibilisieren. Darüber hinaus gilt es die inhaltliche Gestaltung von Beratungssituationen in Form eines Beratungsmodells zu generieren, damit diese geplant sowie systemisch erfolgt und den Pflegenden eine Hilfestellung bezüglich der Auswahl und Umsetzung geeigneter Beratungsangebote bietet.

Der Stand der Forschung zu den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen im Rahmen einer ambulanten Chemotherapie und zur Wirksamkeit edukativer Maßnahmen wurde mittels einer Literaturrecherche im März 2015 erhoben. Die Suche erstreckte sich auf die Datenbanken Cinahl, Pubmed und Cochrane Library. Recherchiert wurde nach diversen Kombinationen aus Schlagworten. Suchbegriffe waren unter anderem: intervention, education, advice, guidance, consultation; health professionals, carer, nurse; ambulant cancer treatment, ambulant chemotherapy, ambulatory settings; cancer patient, oncology patient; need, necessity, requirement, expectation. Zur Beantwortung der Fragestellung fand zusätzlich eine Handsuche in Bibliotheken und eine Blindrecherche im Internet statt.

Die vorliegende Arbeit gibt zunächst einen kurzen Überblick onkologischer Erkrankungen, wobei die Epidemiologie und therapeutische Veränderung zur Verdeutlichung der Problematik hervorgehoben werden. Anschließend werden die Belastungen der Patientengruppe und Angehöriger während der Chemotherapie im ambulanten Setting und ihren daraus resultierenden Informationsbedürfnissen auf Grundlage von Studienergebnissen dargestellt, um die Wichtigkeit und Notwendigkeit pflegerischer Beratung zu verdeutlichen. In diesem Zusammenhang gilt es zu prüfen, inwiefern die Beratung eine geeignete Maßnahme darstellt um den Bedürfnissen gerecht zu werden. Basierend auf diesen Erkenntnissen lassen sich Beratungsanlässe ableiten, welche in Form eines Beratungsmodells generiert werden. Abschließend werden die in dieser Arbeit gewonnen Kenntnisse hinsichtlich der Fragestellung diskutiert und Handlungsempfehlungen ausgesprochen.

In diesem Kontext verweise ich darauf, dass die Begriffe des onkologischen Patienten oder des Patienten mit onkologischer Erkrankung, bzw. Krebserkrankung synonym verwendet werden. Dies gilt auch die Begriffe Chemotherapie und Zytostatikatherapie.

2. Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen

2.1. Entwicklungen onkologischer Erkrankungen und ihrer Therapie

Onkologische Erkrankungen sind weit verbreitet und gehören in Deutschland nach Herz-Kreislaufkrankungen zu den häufigsten Todesursachen. Deutschlandweit beträgt die Prävalenzrate der Krebserkrankungen, deren Diagnose nicht länger als fünf Jahre zurück lag, im Jahr 2010 rund 1,45 Millionen (DKFZ 2010). Nach Forschungsergebnissen des Robert-Koch Instituts wird im Jahr 2006 eine jährliche Zahl von 426.800 Krebsneuerkrankungen konstatiert (RKI 2010, S.5). Die durchschnittliche Sterblichkeitsrate, innerhalb eines Fünf-Jahres-Überlebenszeitraumes und über alle Krebserkrankungen hinweg, liegt bei Männern bei ca. 53% und bei Frauen bei ca. 40% (ebd. S.158).

Aber auch wenn die Zahl der registrierten Neuerkrankungen steigt, kann insgesamt von einer kontinuierlich abnehmenden Sterblichkeit bei Krebs ausgegangen werden. Ausschlaggebend, so wird vermutet, sind vermehrte Früherkennungen und verbesserte Diagnosemöglichkeiten (DKFZ 2010). Ebenfalls ist die abnehmende Mortalitätsrate auf verbesserte diagnostische und behandlungstechnische Möglichkeiten für einen Großteil aller Krebserkrankungen zurückzuführen. Aufgrund dieser verbesserten Überlebenschancen ist Krebs eher zu einer chronischen Erkrankung, gekennzeichnet durch langen Verlauf, Ungewissheit und Komplexität, geworden (Tschuschke 2011, S.10).

Durch die Forderung des Gesetzgebers „ambulant vor stationär“ werden immer mehr onkologische Therapien, welche Operationen, Bestrahlung und medikamentöse Behandlungen wie die Chemo-, Hormon- und Immuntherapie umfassen (Margulies et. al 2011, S.137), aus dem stationären in den ambulanten Sektor verlagert, sodass bereits im Jahr 2009 der Anteil der Versorgung von Krebspatienten von den gesamt ambulant erbrachten Leistungen rund 90% betragen (BMG 2009, S.3).

Ebenfalls anzuführen sind die Studienergebnisse des Krankenhausreport 2010 von Lüngen und Rath, welche das stetig wachsende Potential des ambulanten Versorgungsbereiches in der Onkologie beleuchten. Demnach hätten 26,7% der insgesamt 1,9 Mio. stationären onkologischen Fälle im Analysezeitraum 2006 bis 2008 in den ambulanten Versorgungsbereich verschoben werden können (Lüngen, Rath 2010, S.167). Unter Einbezug

der ca. 130.000 teilstationären Fälle würde sich der Anteil auf etwa 33 %, absolut rund 553.000 Fälle erhöhen (ebd. S.168). Somit ist anzunehmen, dass sich der Betreuungsschwerpunkt krebskranker Patienten auch zukünftig vom Krankenhaus in den ambulanten Versorgungsbereich verlagern wird.

Gründe für einen stationären Aufenthalt zur Durchführung einer Strahlen- und Chemotherapie stellen laut Rübinger und Breinlinger-O`Reilly lediglich „[...] ein schlechter Allgemeinzustand der Patienten, die Wahrscheinlichkeit tumor- und komorbiditätsbedingter Komplikationen und die Schwere der zu erwartenden Nebenwirkungen.“ (Rübinger, Breinlinger-O`Reilly 2012, S.34) dar.

Die bereits stattgefundenene Entwicklung in der ambulanten Therapie krebskranker Patienten lässt sich mit folgendem Beispiel hervorheben. Während im Jahr 1992 122 von insgesamt 1.819 bei der AOK versicherte Krebspatienten in einer onkologischen Arztpraxis eine ambulante Chemotherapie erhielten, waren es im Jahr 2009 2.020 von insgesamt 11.186 ambulant betreuten Krebspatienten (Rübinger, Breinlinger-O`Reilly 2012, S.13).

Besonders großen Zuspruch erhielt demnach die Chemotherapie als ambulante Form der onkologischen Therapien. Sie wird vermehrt in spezialisierten onkologischen Praxen, Klinikambulanzen oder in medizinischen Versorgungszentren durchgeführt (ebd. S.14). Die Chemotherapie erfolgt dabei in mehreren Zyklen, welche in bestimmten zeitlichen Abständen aufeinander abgestimmt sind. Die Häufigkeit und Dauer der Zyklen, welche aus mehreren Sitzungen bestehen, ist individuell und richtet sich nach Art der Manifestation, dem Behandlungsziel und der eingesetzten Medikation (Margulies et al. 2011, S.169). Eine entscheidende Rolle spielt aber auch die individuelle Verträglichkeit, denn besonders die Chemotherapie ist nach wie vor mit Nebenwirkungen verbunden. Die applizierten Zytostatika, Substanzen, die die Tumorzellteilung hemmen oder Tumorzellen zum Absterben bringen, gelten als Auslöser, denn sie schädigen auch gesunde, schnell profilierende Zellen (ebd. S.138).

Neben der Ausarbeitung eines umfassenden Diagnostik- und Therapieplans sowie der Durchführung, Überwachung und Dokumentation der Therapie, umfassen onkologische Therapien aber auch Maßnahmen wie Beratung und Motivation des Patienten und seiner Angehörigen (DGHO 2010, S.21). Es handelt sich um Aufgaben, die im ambulanten Bereich von einem interdisziplinären Team erfolgen und laut den Anforderungen der DGHO neben qualifiziertem Personal im ärztlichen Bereich auch aus qualifiziertem Pflegepersonal besteht.

Demnach sollen mindestens zwei Krankenpfleger mit Onkologieerfahrungen oder entsprechend qualifizierte Arzthelfer zur Durchführung der onkologischen Therapien beschäftigt werden (ebd. S.14).

2.2. Bedürfnisse onkologischer Patienten im Rahmen einer Chemotherapie

Da der überwiegende Teil der Chemotherapie heute ambulant durchgeführt werden kann und auch zukünftig ein Versorgungspotenzial besteht, können die Patienten ihrem Wunsch entsprechend wohnortnah therapiert werden und in ihrem vertrauten Wohnort verbleiben (Räbinger, Breinlinger-O`Reilly 2012, S.13). Die beschriebene Entwicklung ist allerdings auch mit Belastungen seitens der Patienten verbunden, die in der Literatur von einer Vielzahl an Autoren thematisiert werden. Die aus den Belastungen resultierenden Patientenbedürfnisse unterliegen ebenfalls dem Gegenstand von Studien, welche sich auf unterschiedliche thematische Fragestellungen im Bereich der Chemo- und Strahlentherapie konzentrieren.

2.2.1. Behandlungsspezifische Information

Vor dem Hintergrund, dass bei einer Chemotherapie die Zytostatikaapplikation immer dosisintensivierter und dosisdichter erfolgt, steigt die Aggressivität der Behandlung. Durch die weitere Zunahme multimodaler Behandlungskonzepte³ (Menche, Brandt 2013, S.500) erhöht sich entsprechend auch die Komplexität der Therapie und lässt vermuten, dass Patienten ein erhöhtes Informationsbedürfnis nach der spezifischen Behandlung aufweisen.

Die Ergebnisse der Studie von van Weert et al., welche die individuelle Bedeutung der Patienten auf die unterschiedlichen Kommunikationsdimensionen während ihrer ersten Chemotherapie untersucht, zeigen, dass Patienten das Kommunizieren der klinischen Prozeduren im Rahmen der Behandlung als wichtig einstufen (van Weert et al. 2009, S.2967). Insbesondere die in der Chemotherapie angewandte Terminologie, wie beispielsweise die Begrifflichkeiten „Sitzungen“ und „Chemotherapiezyklen“ und ihre Einordnung im Therapieplan bedürfen Erklärung (Mueller et al. 2007, S.716f.).

Durch ein regelmäßiges Verabreichen der Medikamente ist das Thematisieren über die Angemessenheit eines venösen Zugangs, die Implantation und Funktion einer Portanlage und über den Umgang mit dem System, nicht zu umgehen (ebd. S.716f.). Im Therapieplan

³ Multimodale Behandlungskonzepte: „Mit einer Behandlungsform alleine ist häufig kein optimaler Erfolg zu erzielen. Bei multimodalen Therapiekonzepten werden Operationen, Strahlenbehandlung und die verschiedenen medikamentösen Therapien im Rahmen eines interdisziplinären Gesamtkonzepts gleichzeitig oder nacheinander gesetzt.“ (Menche, Brandt 2013, S.500).

mitinbegriffene Untersuchungen wie beispielsweise Blutabnahmen sollten ebenfalls in ihrer Notwendigkeit angesprochen werden (van Weert et al. 2009, S.2972). Diese Form von Gesprächen wird in der Regel vom Arzt vollführt und wird von den Patienten als einschneidendes Ereignis bezüglich des weiteren Behandlungsverlaufes wahrgenommen (Lehmann et al. 2009, S.e5).

Im Hinblick auf die behandlungsspezifischen Informationen stuften 94,5% der Studienteilnehmer Informationen zur Wirkungsweise und zum Therapieziel der Zytostatika als sehr bedeutsam ein (van Weert et al. 2009, S.2967). Hier liegt Grund zur Annahme, dass Betroffene während der Therapie mit negativen Gedanken, wie etwa Zytostatika den Körper „vergiften“ können, konfrontiert sind (Hasenbring et al. 1993, S.103). Denn die Behandlung kann auch mit einer Vielzahl von unerwünschten Wirkungen verbunden sein, welches das Bedürfnis hinsichtlich der Kommunikation von möglichen Nebenwirkungen in ihrer Bedeutung mit 97,1% bestätigt (van Weert et al. 2009, S.2972). Entsprechend einer Studie von den Autoren Dokken und Kollegen wird von einem Wissensdefizit ausgegangen, bedingt dadurch, dass sich ein Drittel der Patienten nicht als ausreichend informiert fühlt, um mit den Nebenwirkungen von Chemotherapie umgehen zu können (Dokken et al. 2005, S.295). Als belastende Symptome während der Chemotherapie werden in der Literatur vor allem Schmerzen, ANE-Syndrom, Fatigue und Schlafstörungen berücksichtigt (Dokken et al. 2005, S.293; van Weert et al. 2009, S.2972; Waller et. al 2014, S.2300).

Neben den tumorbedingten und -assoziierten Schmerzen, können ebenfalls chemotherapiebedingte Schmerzen bei den Patienten auftreten (Margulies et al. 2011, S.293). Sowohl die Reizung der Blutgefäße durch das Verabreichen unterschiedlicher Medikamente (ebd. S.294), als auch ein erhöhtes Infektionsrisiko verbunden mit dem häufigen Auftreten einer Mukositis⁴ (Mantovan, Bergmeister 2006, S.550), bis hin zur Entwicklung von peripheren Neuropathien⁵ können mit starken Schmerzen eingehen (Margulies et al. 2011, S.330f.).

⁴ Mukositis: „Mukositis ist eine Entzündung der Schleimhäute, die als Folge einer Schädigung der sich rasch teilenden Schleimhautzellen durch Chemo- oder Radiotherapie auftreten kann. Je nach Lokalisation spricht man von Stomatitis (Entzündung der Mundschleimhaut) oder Ösophagitis (Entzündung der Speiseröhre). Die Symptome gehen von leichten Rötungen der Mukosa bis hin zu blutenden Ulzerationen und Nekrosen. Die starken Schmerzen können auch das Sprechen und Schlucken verhindern.“ (Mantovan, Bergmeister 2006, S.555)

⁵ Periphere Neuropathien: Periphere Neuropathien äußern sich an den sensiblen Nerven in einer verminderten Wahrnehmung von Reizen. Sie gehen nach Absetzen des verursachenden Medikaments nur langsam zurück und sind oftmals nicht vollständig reversibel (Margulies et.al 2011, S.330). „Neuropathische Schmerzen werden als einschneidend, elektrisierend, stechend und brennend empfunden“ (Pleyer 2012, S.117)

Als sehr belastend stufen Patienten aber auch das sogenannte ANE-Syndrom ein, welches aus Anorexia (Appetitlosigkeit), Nausea (Übelkeit) und Emesis (Erbrechen) besteht (Dokken et al. 2005, S.294). Hinsichtlich der Häufigkeit ist davon auszugehen, dass fast zwei Drittel der Patienten, rund 64,4%, innerhalb der Behandlungszyklen mindestens eine Episode von Übelkeit und Erbrechen erleiden (Renz et al. 2007, S.7). Zwischen dem ersten, zweiten und vierten Tag nach Beginn der Chemotherapie ist mit einem sprunghaften Anstieg der Symptomatik zu rechnen (Dokken et al. 2005, S.293), welche im ambulanten Setting entsprechend in der Häuslichkeit auftritt. Als Folge der Chemotherapie, besonders im Kopf- und Halsbereich, können aber auch Geschmackveränderungen auftreten, welche neben dem ANE-Syndrom zu einem Gewichtsverlust der Patienten beitragen (Renz et al. 2007, S.7).

Untersuchungen weisen aber auch darauf hin, dass Fatigue⁶ als Nebenwirkung einer Zytostatikatherapie bei den Betroffenen von hoher Präsenz ist und in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen eine große Belastung für die Betroffenen darstellt (Dokken et al. 2005, S.293). Beispielsweise führt physische Fatigue zu Erschöpfungszuständen und Muskelschwäche, emotionale Fatigue zur erhöhten Vulnerabilität für depressive Verstimmungen und kognitive Fatigue zu Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten (Margulies et al. 2011, S.352f.). Hinsichtlich der Häufigkeit und Intensität ist davon auszugehen, dass Fatigue als unerwünschte Wirkung in der Regel drei bis vier Tage nach Beginn der Zytostatikatherapie auftritt. Die Intensität äußert sich unterschiedlich, kann im Laufe der Therapiezyklen zunehmen oder sich immer weniger verbessern (ebd. S.355).

Störungen in der Ausscheidung hinsichtlich Obstipation und Diarrhöe gelten ebenfalls als relevante Nebenwirkungen hinsichtlich Häufigkeit und Intensität in der Zytostatikatherapie (Dokken et al. 2005, S.293). Das Auftreten von einer Alopezie⁷ ist besonders bei weiblichen Patienten signifikant erhöht und mit starken Belastungen verbunden (ebd. S.294).

Liegt die Betrachtung auf die Nebenwirkungen als belastende und häufig auftretende Faktoren, wird deutlich, weshalb nahezu alle Befragten, rund 96 % der Studienteilnehmer von van Weert und Kollegen der Kommunikation zur Bewältigung der Nebenwirkungen eine

⁶ Fatigue: Fatigue bezeichnet eine pathologische Ermüdung bzw. Erschöpfung, die gemessen an den vorigen Aktivitäten unverhältnismäßig stark ausgeprägt ist und die eine erhebliche Beeinträchtigung des allgemeinen Lebensgefühls sowie der Teilnahme am sozialen Leben mit sich bringt (Margulies et al. 2011, S.352f.).

⁷ Alopezie: Alopezie bezeichnet den Verlust von Haaren im Rahmen einer Zytostatikatherapie. Neben dem Zytostatikum selbst ist der Haarausfall auch von anderen Faktoren wie Dosis und Applikationsart abhängig (Margulies et al. 2011, S.434f.).

große Bedeutung beimessen (van Weert et. al 2009, S.2972). Doch Fakt ist, dass viele Patienten bereits vor dem Behandlungsbeginn unter Symptomen wie Schlafstörungen, Fatigue, Schmerzen, Ängsten und Depressionen leiden. Dabei ist ausschlaggebend, dass die Mehrheit der neu diagnostizierten Patienten das Auftreten von Nebenwirkungen innerhalb einer Behandlung mit Chemo- oder Strahlentherapie als selbstverständlich ansieht (Waller et al. 2014, S.2298). „In the process of anticipating events in life that trigger emotions such as reluctance, fear, or uncertainty, people often tend to envision the worst case scenarios, possible making the anticipation more difficult than the event itself.” (Borselliono, Young 2011, S.311). Entsprechend spielt das Phänomen der Antizipation seitens der Betroffenen im Auftreten weiterer Belastungen eine große Rolle und kann insbesondere mit einem erhöhten Angstepfinden im Zusammenhang stehen, welches bei 47% der onkologischen Patienten präsent ist (NCCN 2013).

2.2.2. Information zur Inanspruchnahme von gesetzlichen Unterstützungsleistungen

Aus dem Informationsbedürfnis über die spezifische Behandlung der Chemotherapie, insbesondere durch häufig auftretende und intensive Nebenwirkungen und ihrer Einstufung als starke Belastung, ergeben sich Auswirkungen auf das Alltagsgeschehen der Patienten. Unter der Berücksichtigung, dass die Behandlungsform überwiegend ambulant organisiert ist, stellt sich die Frage, ob die Patienten einen Unterstützungsbedarf in der pflegerischen Versorgung und Betreuung aufweisen.

Die Thematik wurde erstmalig in einer Untersuchung von Rübinger und Breinlinger-O`Reilly aufgegriffen und mittels der Analyse von Patientenakten und schriftlicher Befragungen ambulant versorgter Patienten erfasst (Rübinger, Breinlinger-O`Reilly 2012, S.57). Dabei lässt sich feststellen, dass drei Viertel der ambulanten Patienten während oder nach einer Tumorthherapie aufgrund von Nebenwirkungen oder anderen Beschwerden in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind (ebd. S.57).

Die Einschränkungen im Alltag umfassen dabei insbesondere Verrichtungen in der hauswirtschaftlichen Versorgung. Nach Angaben der Patienten fällt das Sauberhalten der Wohnung, Einkaufen, sowie das Zubereiten von Mahlzeiten besonders schwer. Eine geringe Präsenz weisen hingegen Einschränkungen auf, die der Grundpflege zugeordnet werden können, wie beispielsweise im Rahmen der Ausscheidung, Ernährung oder Körperpflege (ebd. S.37).

Basierend auf diesen Erkenntnissen ist davon auszugehen, dass onkologische Patienten im Rahmen einer Chemotherapie einen erhöhten Bedarf an professioneller Unterstützung in der Häuslichkeit aufzeigen. Doch die zentralen Ergebnisse der Studie werfen die These auf, dass trotz des erhöhten Bedarfs in Anlehnung an §14 SGB XI „gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens und §38 SGB V „Haushaltshilfe“, die professionelle Unterstützung der Betroffenen sich lediglich auf die Behandlungspflege beschränkt (ebd. S.58). Entsprechend den Faktoren ist ein pflegerisches Versorgungsdefizit in der Häuslichkeit zu vermuten. Die Autoren benennen in dem Zusammenhang folgende herbeiführende Aspekte. Neben dem Wunsch der Familie als hilfeübernehmende Personen zu dienen, liegt Grund zur Annahme, dass die Patienten aufgrund ihrer Unwissenheit über mögliche Unterstützungsangebote keine Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Entscheidend sind aber auch unzureichende Kenntnisse zur Beantragung der Hilfeleistungen (ebd. S.41). Zu berücksichtigen sind ebenfalls fehlende im Rahmen von Beratungen vermittelte Informationen durch Ärzte, Sozialdienste und ähnlichem (ebd. S.58).

Vor dem Hintergrund der herausgestellten Defizite lässt sich feststellen, dass Patienten im Rahmen einer ambulanten Chemotherapie einen hohen Beratungsbedarf aufweisen. Neben der häuslichen Versorgung benötigen die Betroffenen auch weitere Hilfestellungen bezüglich der Inanspruchnahme von gesetzlichen Leistungen. Hierunter sind die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises, Beratung und Pflegestufe sowie die Vermittlung von Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung, als auch psychoonkologische Betreuungsmöglichkeiten zu nennen (ebd. S.57).

2.2.3. Unterstützende Informationen zur Bewältigung therapiebedingter Anforderungen

Patienten, die sich einer Chemotherapie unterziehen, können mit einer Vielzahl von komplexen Bewältigungsaufgaben konfrontiert werden. Insbesondere wird in dieser Phase von den Patienten verlangt, die normalen Alltagsabläufe mit ihren Gewohnheiten und Routinen vollkommen umzustellen. Die Integration der Behandlungsmaßnahmen und der Nebenwirkungskontrolle in den Alltag erfordern dabei ein hohes Maß an Organisation (Tschuschke 2011, S.79).

In einer qualitativen Studie von Pedersen und Kollegen berichten Patienten über die Nebenwirkungen der Zytostatikatherapie und ihre Auswirkung auf das Alltagsgeschehen (Pedersen et al. 2012, S.721). Nach ihren Aussagen wurde das therapiebedingte Auftreten von

Nebenwirkungen als große Bedrohung angesehen, verbunden mit immensen Anstrengungen sich der neuen Lebenssituation anzupassen (ebd. S.718).

In dieser Krankheitsphase ist das Gefühl der Hilflosigkeit ebenso präsent wie in der Zeit der Diagnose (Fitzgerald Miller 2003, S.83), insbesondere dann, wenn die Patienten besonders starken Nebenwirkungen ausgesetzt sind. Zu dem Zeitpunkt empfinden die Betroffenen vor allem das Gefühl der Machtlosigkeit, indem die Chemotherapie die Kontrolle über das Leben einnimmt und die Anforderungen nicht zu bewältigen sind. Sie erleben die Situation als „Teufelskreis“, indem sie gefangen sind (Pedersen et al. 2012, S.718f.). In diesem Zusammenhang äußern die Patienten den Wunsch, dass sie anders mit der Situation umgegangen wären, aber nicht konnten (ebd. S.718). Nach diesem Aspekt, so lassen die Autoren vermuten, hätten die Patienten zur Bewältigung der therapiebedingten Nebenwirkungen in der Häuslichkeit unzureichende oder ungenügende Strategien abrufen oder nicht anwenden können (ebd. S.721).

In der beschriebenen Situation dienen soziale Netzwerke als Hilfesysteme, um einen normales Leben zu gewährleisten. Zum Sicherstellen eines normalen Alltagsablaufes berichten die Patienten über die Hilfe von Angehörigen, beispielsweise durch Übernahme der Organisation des Haushaltes oder der Kinderbetreuung (ebd. S.718). Zur Bewältigung der Anforderungen benennen Patienten aber auch das Aneignen von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Selbstpflege, dessen Informationsquellen vorrangig Erfahrungen aus dem sozialen Umfeld und Internet darstellten (ebd. S.718). Dabei gilt für die Patienten ein Bewusstsein für die Symptome der unerwünschten Wirkung zu entwickeln, diese korrekt zu interpretieren um eventuelle Gesundheitseinrichtungen aufzusuchen, aber auch das Aufbringen von Motivation, um sich selbst fachkundig zu versorgen (Fitzgerald Miller 2003, S.43f.) Im Rahmen der Selbstpflege übernehmen Patienten während der Behandlung Verantwortung für ihr Handeln und empfinden Schuldgefühle bei unkorrektem Handeln (Pedersen et al. 2012, S.721).

Neben den körperlichen Veränderungen berichten die Patienten über eine veränderte Beziehung zu Menschen aus dem sozialen Umfeld, indem sie sich beispielsweise durch die Vermeidung von Augenkontakt abweichend verhalten (ebd. S.719). Die Interviewteilnehmer führen hier körperliche Veränderungen wie Haarausfall oder Mondgesicht infolge der Chemotherapie an (ebd. S.719). Die Gefahr einer Isolation wird deutlich zum einen durch die Bezugspersonen, welche sich vom Betroffenen zurückziehen, „[...] weil sie seinen körperlichen Verfall nicht mit ansehen wollen oder können.“ (Fitzgerald Miller 2003, S.44), zum anderen durch den Patienten selbst, welcher sich aufgrund körperlicher Schwäche oder

der dauerhaften Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Symptomkontrolle oder Linderung der Beschwerden, zurückzieht (ebd.S.44). In diesem Zusammenhang entwickeln Betroffene ein negatives Selbstkonzept⁸, geprägt durch den Konflikt vertraute Rollen nicht mehr oder nur noch verringert erfüllen zu können. Beispielhaft zu nennen ist die veränderte berufliche Rolle als Einkommensträger, die mangelnde Leistungsfähigkeit beim Erfüllen häuslicher Aufgaben sowie sexuelle Einschränkungen und emotionale Labilität im partnerschaftlichen Bereich (Tschuschke 2011, S.55ff.). Die in dem Interview angedeutete Veränderung des Körperbildes, z.B. durch eine Alopezie, bedeutet für viele auch, dass ihre Krebserkrankung plötzlich offensichtlich und somit öffentlich wird (Margulies et al. 2011, S.536). Die Betroffenen sehen sich mit einem gestörten Ausdruck ihrer Individualität, Sexualität und besonders Frauen in ihrer Feminität konfrontiert, welcher eine konstante Erinnerung an die Erkrankung darstellt (Borselliono, Young 2011, S.312).

Die Notwendigkeit einer gezielten Unterstützung der Betroffenen stellen aber auch vermeidende Bewältigungsstrategien dar, welche nachweislich ungünstig und mit schlechteren Krankheitsverläufen verbunden sind (Tschuschke 2011, S.79). Aus den Ergebnissen der qualitativen Untersuchungen lässt sich ableiten, dass Patienten ihre wahren Bedürfnisse oftmals hinter einer Fassade verstecken (Pedersen et al. 2012, S.721). Zur Wahrung der Normalität werden die Zeichen der Krankheit vor der Umwelt verborgen und Symptome der Krankheit versteckt oder heruntergestellt (Fitzgerald Miller 2000, S.42), insbesondere um das soziale Umfeld nicht mit dem Leid der Betroffenen zu belasten (Tschuschke 2011, S.79). Es resultiert ein Zustand, welcher die notwendigen Anpassungsprozesse an die neue Lebenssituation und eine angemessene Krankheitsverarbeitung behindern würde (ebd. S.156)

Die hier durch eine qualitative Untersuchung herausgestellten Ergebnisse zeigen, dass das Spektrum der Patientengefühle während der Chemotherapie je nach Situationen und Ressourcen der Patienten sehr unterschiedlich ausfallen. So können Gefühle der Verzweiflung oder Resignation bei großem Kontrollverlusten auftreten und Zielstrebigkeit, durch die Bereitschaft Selbstverantwortung zu übernehmen. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass Patienten im Rahmen der Behandlung entsprechende Unterstützungsleistung in der Bewältigung der unterschiedlichen Anforderungen bedürfen.

⁸ Selbstkonzept: „Das Selbstkonzept ist die Gesamtheit aller Gedanken und Gefühle, die ein Individuum in Bezug auf die eigene Person hegt. Zu den Komponenten gehören das Körper selbstbild (Körperbild), das funktionsorientierte Selbst (Rollenausübung), das persönlich-moralische Selbst (Ideal-Selbst und die Erwartungen an sich selbst) sowie die Selbstachtung (Selbstwertgefühl).“ (Fitzgerald Miller 2003, S.27).

2.2.4. Zukunftsrelevante Themen

Durch die medizinische Wissenschaft zeigen sich kontinuierliche Fortschritte einer frühzeitigen Diagnostik und in den Therapiemöglichkeiten von onkologischen Erkrankungen, sodass eine steigende Anzahl von Überlebenden und eine erhöhte Überlebenszeit der Patienten zu erwarten ist. Im Hinblick auf die Einstufung der Krebserkrankung als chronische Erkrankung, welches mit einem langfristigen Krankheitsmanagement einhergeht (vgl. Kap. 2.1), gewinnen Themen zum weiteren Verlauf nach der Behandlung eine zunehmende Bedeutung.

Allerdings liegen nur sehr wenige Studien von onkologischen Patienten vor, welche das Bedürfnis über das Thematisieren von zukunftsrelevanten Themen im Zusammenhang mit einer Chemotherapie untersuchen.

Fakt ist jedoch, dass sich das Patientenbedürfnis zunächst aus der Prognose ergibt, welches unter anderem durch das Therapieziel bestimmt wird. Die Therapie mit Zytostatika findet sowohl in der kurativen Behandlung, mit dem Ziel einer langfristigen vollständigen Heilung, als auch in der palliativen Behandlung Anwendung. Hier steht die Verlangsamung des weiteren Tumorstwachstums in Zusammenhang mit einer gewonnenen oder erhaltenden Lebensqualität, welches gleichzeitig eine Reduktion der miteinbegriffenen belastenden Nebenwirkungen bedeutet (Margulies et al. 2011, S.99ff.). Von Bedeutung ist aber auch die Unterscheidung zwischen einer neoadjuvanten und adjuvanten Therapie. Ersteres wird vor einer operativen Tumorentfernung angewendet um eine Verkleinerung des Tumors und damit eine verbesserte Operabilität zu beabsichtigen (ebd. S.101). Die adjuvante Therapie hingegen verfolgt die Verhinderung eines erneuten Tumorstwachstums oder Metastasierung, um ein entsprechendes Rückfallrisiko zu vermindern (ebd. S.100).

Bezüglich der weiteren Lebensplanung gilt es die Organisation in der therapiefreien Phase, nach abgeschlossener Behandlung, zu thematisieren (Jackson et al. 2013, S.282). Von großer Bedeutung sind die Prognosen zur Lebenserwartungen der Patienten, denn entsprechend variieren Lebenspläne und Wünsche an den weiteren Verlauf des Lebens. Dabei benötigen die Patienten Orientierungshilfe zur Neuordnung des Lebens (ebd. S.282).

Mit der Annahme, dass nach der Therapie alles überstanden ist, indem der Patient kuriert erscheint, zeigen sich in der Realität dennoch weitergehende Probleme. Denn die „[...] Entlassung aus der Therapie bedeutet auch den Verlust einer schützenden Umgebung, in der konsequent der Krebs bekämpft wird [...]“ (Margulies et al. 2011, S.672). Dem Patienten geht

das zunehmende Bewusstsein einher, ob der eingeschlagene therapeutische Weg sich bewähren wird. Demnach sind die Patienten infolge der Auseinandersetzung eines möglichen Auftretens des Rezidivs⁹ durch eine fortgesetzte Angst auch weiterhin beeinträchtigt (Tschschke 2011, S.144).

Eine entscheidende Rolle spielt aber auch das Thematisieren der Langzeiteffekte der Behandlung mit Zytostatika. Nach abgeschlossener Therapie manifestieren sich bei etwa ein Drittel der Patienten Spätschäden, die durch die Erkrankungen oder ihre Therapie ausgelöst werden (Biersack, Brabant 2013, S.116). Das Phänomen erfordert von den Patienten ebenfalls eine hohe Anpassungsfähigkeit im beruflichen und privaten Bereich (Tschschke 2011, S.144) Zukunftsrelevante Themen gehen entsprechend mit Sorgen und Ängsten der Patienten einher und beziehen sich hierbei auf den Umgang mit den neuen Rollen in der Familie, dem Ausfüllen freier Zeit zu Hause und dem Umgang mit der körperlichen Schwäche aufgrund der Langzeiteffekte und sollten somit im Rahmen der Chemotherapie angesprochen werden.

2.3. Die Rolle der Angehörigen während einer Chemotherapie

Vor dem Hintergrund, dass der Betreuungsschwerpunkt onkologischer Patienten vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung verlagert wird, ist davon auszugehen, dass Angehörige der Patienten sowohl in der Patientenbetreuung als auch in der Versorgung zunehmend beteiligt sind. Die geschilderten Belastungen der onkologischen Patienten lassen zudem erahnen, welche entscheidene Rolle zur Sicherstellung der Therapie den Angehörigen zukommt. Aufgrund dessen wird im nächsten Abschnitt die besondere Rolle der Angehörigen im Rahmen der ambulanten Chemotherapie thematisiert.

Der Begriff der Angehörigen basiert in der vorliegenden Arbeit auf der Definition Käppeli's. Sie spricht von einem „[...] relevanten System, zu dem für die jeweilige Lebenswelt wichtigen Personen gehören. Es können solche darunter sein, die gar nicht Angehörige im engeren Sinn sind.“ (Käppeli 2004, S.11).

Ein Großteil der Angehörigen ist aufgrund der häufig längerfristigen Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, wie die einer onkologischen Erkrankung, großen Belastungen ausgesetzt (Tschschke 2011, S.156). Entsprechend werden ein Drittel der unterstützenden Angehörigen von den Patienten selbst als überfordert eingeschätzt (Räbinger,

⁹ Rezidiv: Bezeichnung für das Wiederauftreten einer Erkrankung nach klinisch vermuteter Heilung (Wied, Warmbrunn 2012, S.705).

Breinlinger-O`Reilly 2012, S.59). Dennoch existieren keine Forschungsergebnisse inwiefern Belastungen bei Angehörigen im Verlauf einer Zytostatikatherapie ausgeprägt sind.

Grundsätzlich lässt sich jedoch festzustellen, dass Entscheidungen bezüglich der Behandlung und Betreuung nicht vom Patienten alleine, sondern im Kreise der Familie und sozialer Netzwerke getroffen werden (Tschuschke 2011, S.156). Liegt die Betrachtung auf dem ambulanten Setting der Chemotherapie werden betreuende Angehörige, mehrheitlich bestehend aus Ehe- und Lebenspartner, gefolgt von Familienangehörige, Freunde und Nachbarn (Räbinger, Breinlinger-O`Reilly 2012, S.44), mit einer Vielzahl von unbekanntem Aufgaben konfrontiert, welche sich über einen Zeitraum von mehreren Monaten bis über Jahre strecken können (Klug-Redman 2008, S.48).

Die Betreuungsaufgaben charakterisieren sich besonders durch ein Symptom- und Nebenwirkungsmanagement. Dies umfasst nicht nur das Beobachten der Schlüsselsymptome der Patienten, eine große Bedeutung wird der Wahrnehmung, wann Symptome außer Kontrolle geraten oder dem Überwachen der Wirkung der getroffenen Maßnahmen, beigemessen, um entsprechende Notfalleinweisungen einzuleiten oder den Patienten bei außerplanmäßigen Praxisbesuchen zu unterstützen (Klug-Redman 2008, S.48). Die Ergebnisse der Studie von Dokken und Kollegen bekräftigen die betreuende Funktion der Angehörigen und zeigen, dass die Patienten Hilfe zur Bewältigung der Nebenwirkungen in erster Linie von Personen aus ihrem sozialen Umfeld erhalten (Dokken et al. 2005, S.295). Demnach gaben 80% der Befragten an, dass ihnen im Umgang mit den Nebenwirkungen, die familiäre Unterstützung ziemlich bis außerordentlich helfe. Hilfreiche Unterstützung erfahren sie vor allem in den allgemeinen Aktivitäten des täglichen Lebens¹⁰ und im Umgang mit den Medikamenten (Dokken et al. 2005, S.293). Während der ambulanten Chemotherapie stellt eine weitere Betreuungsaufgabe das Management der Gerätschaften wie beispielsweise intravenöser Zugänge dar. Es lässt sich ein gewisser Umfang der Betreuungsaufgaben schlussfolgern, weshalb die Autoren Räbinger und O`Reilly vermuten, dass ohne die Angehörigen der Verbleib in der häuslichen Umgebung und die Aufrechterhaltung der ambulanten Therapien nur schwer realisierbar wäre (Räbinger, Breinlinger-O`Reilly 2012, S.59).

Basierend auf diesen Erkenntnissen ergeben sich besonders psychische Belastungen für die Angehörigen. Neben dem Patienten gilt es auch die Kinder als Familienangehörige zu

¹⁰ Aktivitäten des täglichen Lebens: Bezeichnung für wiederkehrende Tätigkeiten zur Erfüllung der physischen und psychischen menschlichen Grundbedürfnisse (Wied, Warmbrunn 2012, S.9)

betreuen. Zudem entsteht eine Doppelbelastung durch die Integration des Berufslebens und der Pflege im Alltag. Bei den Angehörigen sind auch Gefühle wie Unsicherheit und Zweifel an der eigenen Fähigkeit präsent, insbesondere ob sie der Betreuung auch zukünftig gewachsen sind (ebd. S.59). Dieses, so lässt sich vermuten, steht im Zusammenhang mit dem Umfang und der Komplexität der Betreuungsaufgaben. Entsprechend führt auch der Autor Klug-Redman ein erforderliches Maß an Wissen und Können bei den Angehörigen an, um eine adäquate Betreuung zu gewährleisten (Klug Redman 2008, S.48).

Somit kann davon ausgegangen werden, dass betreuende Angehörige von Krebspatienten einen erhöhten Informationsbedarf aufweisen, um die Anforderungen der Betreuungsaufgaben bewältigen zu können. Die Ergebnisse einer quantitativen Studie von Lund und Kollegen, dessen Gegenstand es ist, die Bedürfnisse betreuender Personen krebskranker Patienten bezüglich der Interaktion mit professionell Pflegenden zu erfassen, bestätigen das Informationsbedürfnis (Lund et al. 2015, S.1719). Zwar bezieht sich die Erhebung auf Angehörige von onkologischen Patienten im Allgemeinen, bei der deutlichen Präsenz Angehöriger von Chemotherapiepatienten in der Studie (ebd. S.1722) ist allerdings davon auszugehen, dass die Daten im Rahmen dieser Thematik dennoch relevant sind.

Ein Informationsbedarf und somit auch ein Wissensdefizit bestehen bei über der Hälfte der befragten Angehörigen vor allem in der bestmöglichen Unterstützung von den Patienten und in dem Vorkommen möglicher psychische Belastungsreaktionen bei den Patienten. Ein Bedarf an Informationen zum Symptom und Nebenwirkungsmanagement sind mit 43%, den Rechten und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von unterstützenden Hilfsleistungen mit 39%, Wartezeiten während unterschiedlicher Prozeduren mit 31% und zur Krankheit im Allgemein mit 36% ebenfalls vorhanden (ebd. S.1723).

Ein zentrales Ergebnis stellt aber auch eine Unzufriedenheit der Angehörigen dar. Diese beruht neben dem Informationsbedürfnis auf einer ungenügenden Wahrnehmung seitens der Pflegenden, welches rund ein Drittel der Angehörigen äußerten (ebd. S.1723). Ergebnisse zur subjektiven Wahrnehmung zeigten, dass Pflegende nur manchmal oder selten Interesse am Wohlbefinden der Angehörigen aufwiesen. Fragen, ob es den Angehörigen möglich war mit einer Situation umzugehen, die Signale der Patienten wahrzunehmen und richtig einzuschätzen, wurden nach den Befragten als zu wenig bewertet und oftmals erst nach Nachfrage der Angehörigen behandelt (ebd. S.1723f.).

Unter Betrachtung der Bedürfnisse geht hervor, dass die Bedürfnisse von Angehörigen sich nicht wesentlich von jenen der Betroffenen unterscheiden. Auch bei ihnen kann durch die Veränderung der Gesamtsituation und des bisherigen Lebensstils das psychosoziale Wohlbefinden beeinträchtigt werden. Dieses kann wiederum negative Auswirkungen auf die Rehabilitation der Patienten haben (Tschuschke 2011, S.132). Aus dem erhöhten Informationsbedürfnis und einer möglichen Beeinflussung des Genesungsprozesses der Patienten lässt sich, ungeachtet von der Tatsache welche Art der Betreuung und Versorgung zu mangelnden Ergebnissen führen könnte, ableiten, dass die Angehörigen entsprechend vermehrt mit in den Beratungsprozess miteingezogen werden sollten. Um betreuende Angehörige in ihrer Lebenssituation zu unterstützen, ist es wichtig, die funktionierende Alltagsroutine zu erfassen, sowie das Bedürfnis nach Freiraum und den Edukationsbedarf bezüglich Krankheitsverlauf, Unterstützungsangeboten und Symptommanagement zu erkennen. „Die Belastbarkeit und Tragfähigkeit dieses Versorgungsnetzes gilt es zu überprüfen und nach Möglichkeiten seiner Stärkung zu suchen.“ (Margulies et. al 2011, S.106). Zu berücksichtigen ist dabei, dass Angehörige über unterschiedliche Ressourcen zum Umgang mit unterstützenden und pflegenden Rollen verfügen (Lund et al. 2015, S.1723). Gegebenenfalls sind Angehörige auch körperlichen Belastungen ausgesetzt, z. B. durch eine altersbedingte Überforderung bei pflegenden Angehörigen, welche in der Literatur ein allgemein anerkanntes Thema darstellt und ebenfalls auf die Angehörigen von Chemotherapiepatienten zutreffen kann (Räbinger, Breinlinger-O`Reilly 2012, S.45).

3. Zwischenfazit

Die geschilderten Ergebnisse der Studien verdeutlichen, dass Patienten einen erhöhten Bedarf an Informationen zur spezifischen Behandlung und dessen Nebenwirkungen aufweisen. Auffällig ist, dass die sozialen und emotionalen Belastungen der Patienten im Rahmen einer Chemotherapie immer im Zusammenhang mit therapieinduzierten Nebenwirkungen stehen. Entsprechend kann Fatigue eine häufige Begleiterscheinung der Zytostatika Therapie als aggressive Behandlungsmethode darstellen, charakterisiert durch Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit aufgrund einer anhaltenden Müdigkeit. Die daraus resultierende Antriebslosigkeit kann zu depressiven Reaktionen der Patienten führen. Beeinflusst wird die Lebensqualität aber auch, wenn gravierende Schmerzen auftreten, die sich in der Stimmung und Aktivität der Patienten negativ auswirken. Aber auch ein chemotherapiebedingter Verlust des Kopfhaares, das Auftreten von Übelkeit und Erbrechen sowie Schlafstörungen werden als

belastend empfunden und können oftmals Auswirkungen auf die psychische Verfassung des Betroffenen haben.

Die Therapie mit Zytostatika verlangt von den Patienten vielfältige Anpassungsanstrengungen, beispielsweise die Sitzungen in den Alltag zu integrieren, soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten, neue Rollen anzunehmen und Zukunftspläne der Gegebenheit anzupassen. Dazu benötigen die Betroffenen besonders soziale und emotionale Unterstützung aufgrund des körperlichen und sozialen Unwohlseins. Informationen zum Umgang mit belastenden Situationen unterstützen Patienten in der Übernahme von Selbstverantwortung, denn insbesondere die Unwissenheit zur Handlungsfähigkeit führte zur Hilflosigkeit der Patienten.

Neben der Verarbeitung der Krankheit, dem Umgang mit den Nebenwirkungen der belastenden Therapie, ist der Patient durch den Wandel im Gesundheitswesen zunehmend auch mit verwalterischen Angelegenheiten konfrontiert. Vor dem Hintergrund der herausgestellten Versorgungsbedürfnisse in der häuslichen Umgebung von onkologischen Patienten ergibt sich ein Informationsbedürfnis der Patienten über die Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsleistungen im Rahmen der häuslichen Versorgung, auch bezogen auf die Leistungen der gesetzlichen Pflege-, Kranken- und Rentenversicherungen.

Diese Ergebnisse führen zur Ableitung, dass in der Praxis ein dringender Bedarf an Information und Aufklärung sowie praktischer und emotionaler Unterstützung von onkologischen Patienten besteht. Vor dem Hintergrund der antizipierten Nebenwirkungen kann eine gezielte Information im Vorfeld der Therapie hinsichtlich dessen zu erwarteten Nebenwirkungen inklusive möglicher Schutz- und Bewältigungsmaßnahmen einen Lösungsansatz darstellen. Es stellt ein präventives Handeln dar, dessen Potenzial es ist, Patientenerwartungen zu optimieren oder zu relativieren, aber auch zur „Steigerung der gesundheitsbezogenen Eigenverantwortlichkeit des Patienten in den versorgungsfreien Intervallen“ (Dokken et. al 2005 S.295) beizutragen.

In diesem Kontext gilt es allerdings auch, die Personengruppe der Angehörigen zu berücksichtigen. Im Wandel der Betreuungsstruktur sind sie vermehrt in der Betreuung und Versorgung der Patienten beteiligt und weisen aufgrund der damit zusammenhängen Betreuungsaufgaben einen erhöhten Informationsbedarf auf.

4. Patientenedukation in der Pflege

4.1. Definition zur Patientenedukation

Der Begriff „Eduktion“ stammt aus dem englischen Sprachraum und ist mit den deutschen Begriffen Erziehung, Bildung, Ausbildung und Unterricht zu übersetzen (Duden Online 2015). Basierend auf der Etablierung des Begriffs „Eduktion“ als Bestandteil professioneller Pflege im internationalen und insbesondere im angloamerikanischen Raum, findet er auch in Deutschland Anwendung (Abt-Zegelin 2010, S.21). Die pädagogischen Aufgaben von Pflegenden wurden von den Autoren Abt-Zegelin und Müller-Mundt mit dem Oberbegriff Patientenedukation versucht zusammenzufassen, welcher sich in die Aktivitäten der Information, Schulung und Beratung unterscheiden lässt. Ihr oberstes Ziel ist es, Bildung anzustreben, definiert als Integration von neuen Erkenntnissen in dem Weltbild und den Lebensalltag von Ratsuchenden (Abt-Zegelin 2010, S.21; Müller-Mundt 2011, S.708).

Durch Interventionen im Rahmen der Patientenedukationen gilt es die Patienten und ihre Angehörigen in ihren Entscheidungs- und Handlungskompetenzen zu stärken, um somit die Patientenautonomie und Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen zu unterstützen (Müller-Mundt 2011, S.708). Dabei können diese direkt während der Patientenbetreuung selbst oder separat in speziellen Programmen erfolgen (Klug Redman 2009, S.15). Oftmals verschränken sich Maßnahmen in konkreten Patientensituationen, beispielsweise durch die Integration von Informationen und Anleitungen in Beratungsprozessen (Koch-Straube 2008, S. 82). Dennoch sind die Maßnahmen in ihrem unterschiedlichen Ansatz voneinander abgrenzbar, welches im folgenden Kapitel dargestellt wird.

4.1.1. Information, Schulung und Anleitung

Unter dem Begriff Information wird im Allgemeinen Mitteilung verstanden, genauer gesagt soll dem Patienten hierbei gezieltes Wissen in jeglicher Art und Weise, beispielsweise durch Kommunikation oder die Bereitstellung verschiedener Medien, vermittelt werden (Werner 2007, S.264). Das Schlussfolgerung aus Informationen ist laut Müller-Mundt ergebnisoffen und nicht kontrollierbar (Müller-Mundt 2011, S.709).

Bei einer Schulung hingegen handelt es sich um eine geplante und prozesshafte Veranstaltung (Abt-Zegelin 2010, S.21). Um geeignete, auf den Patienten abgestimmte Schulungsinhalte zu planen, bilden Motivation, welche die Bereitwilligkeit des Lernenden zum Lernen aufzeigt, und Lerntheorien, dargelegt als Prinzipien, welche verschiedene Arten des menschlichen

Lernens charakterisieren (Klug Redman 2009, S.17ff.), die Basis. Sie gelten als beeinflussende Faktoren bezüglich der Lerneinstellung.

Schulungen orientieren sich an übergeordneten Zielen und Ergebnissen und bietet somit ein wesentliches Merkmal, welches Schulungen von ähnlichen Vorgänge wie Anleitung, Instruktion, Training, Lehren und Unterweisung abhebt (Werner 2007, S.264). Klug Redman nennt als Ziel den Erwerb von kognitiven, affektiven und psychomotorischen Kompetenzen (Klug Redman 2009, S.44f.) Während sich die kognitive Kompetenzen auf die Vermittlung von Wissen und Kenntnissen beziehen, beinhalten affektive Kompetenzen die Arbeit an Einstellungen und Werthaltungen, dessen Ziel eine krankheitsgerechte Lebensweise verfolgt. Psychomotorische Kompetenzen umfassen motorische Fähig- und Fertigkeiten, die durch Anleitungen zu alltagspraktischen Handlungskompetenzen verhelfen (ebd. S.43f.).

4.1.2. Pflege- und Patientenberatung

Dem Begriff Beratung wird in der Gesellschaft ein allgemeines Verständnis vorausgesetzt, sodass keine exakte Definition vorliegt und folglich multifunktional angewendet wird. Beratung ist fest in unterschiedlicher Art und Weise, von informell, hilfeorientiert bis professionell, im Alltag integriert (Koch-Straube 2008, S.65). Laut Koch-Straube stellt die professionelle Beratung zur Abgrenzung der informellen Beratung in Krisen und unlösbar erscheinenden Lebensfragen eine professionelle Begleitung dar, sie beschäftigt sich mit Entwicklungsprozessen und kann darin spezifische Probleme ansprechen und lösen (ebd. S.66ff). Eine Ähnlichkeit zur Begrifflichkeit Therapie wird deutlich, jedoch liegt eine klare Differenzierung vor. Die Beratung manifestiert sich in den unterstützenden Tätigkeiten hinsichtlich der Überwindung oder Bewältigung einer begrenzten Problemsituation und nicht, wie bei der Therapie, in dem Bestreben an tief in der Biografie verwurzelten Persönlichkeitsstrukturen zu arbeiten (ebd. S.68ff.).

Bei der Beratung handelt es sich um einen Beziehungsprozess, in denen mittels Dialog Probleme bearbeitet werden und nach Lösungen gesucht wird. Ratsuchende können Individuen, Paare oder Gruppen sein, die oftmals als Klienten bezeichnet werden (Koch-Straube 2008, S.66). Im Gegensatz zu Informationen und Schulungen umfassen sie einen ergebnisoffenen gemeinsamen Problemlösungsprozess (Abt-Zegelin 2010, S.21) und orientieren sich an den vom Ratsuchenden vorgegebenen Themen und Problemen, insbesondere die spezifische Persönlichkeit, psychosoziale Lebenslage und materiellen

Voraussetzungen. Der Weg als auch das Ziel wird bei der Beratung in einem Prozess der Orientierung, Planung und Entscheidung gemeinsam gestaltet (Koch-Straube 2008, S.73).

Beratungen treten wie bereits angedeutet in unterschiedlichen Formen auf, die je nach Formalisierungsgrad unterschieden werden. Zum einen existieren informelle, alltägliche Beratungen, die innerhalb von alltäglichen Interaktionen zwischen Menschen stattfinden, zum anderen bestehen halbformalisierte Beratungen, welche als professionelle Interaktion verstanden werden (Hüper, Hellige 2007, S.99). Eine professionelle Beratung hingegen findet laut Koch-Straube in Institutionen statt, basiert auf beratungswissenschaftlichen Ansätzen und sind methodengeleitet sowie zielorientiert (Koch-Straube 2008, S.66f.).

Beratungen von Patienten stellen besondere Beratungssituationen dar und können sowohl als spezifische Form in speziell dafür ausgewiesenen Einrichtungen und Institutionen oder als integraler Bestandteil von professionellen und institutionellen Handeln im Gesundheitssystem auftreten (Schaeffer 2006, S.7). Im Allgemeinen wenden sie sich an Menschen, die akut von Krankheiten bedroht sind, unter Krankheiten leiden, Gesundheitsbeeinträchtigungen aufweisen und zu den Nutzern des Gesundheitswesens gehören (ebd. S.8).

Bei Beratungen mit pflegerischem Zusammenhang finden neben der geschilderten Patientenberatung auch Begriffe wie Pflegeberatung, Beratungspflege, pflegerische Beratung Anwendung. Sie beziehen sich auf die Beratung als integraler Bestandteil in der Gesundheits- und Krankenpflege und umfassen neben den Patienten auch die Angehörigen (Hummel-Gaatz, Doll 2007, S.15). Nach den Autoren Hummel-Gaatz und Doll geschieht dies durch gezieltes Unterstützen in ihren Bewältigungsprozessen von Problemen, beim Finden von Entscheidungen, beim Auseinandersetzen mit veränderten Lebensumständen und den daraus resultierenden Emotionen. Pflegende entdecken und erhalten Ressourcen (ebd. S.16) und fördern auf diese Weise laut Hüper und Hellige auch zusätzlich den selbstbestimmten Umgang mit der Erkrankung (Hüper, Hellige 2007, S.16). Entsprechend zielt diese bei der Krankheits- und Krisenbewältigung, neben der Prävention von Pflegebedürftigkeit und dessen neuem Auftreten, auch auf eine Unterstützung und Begleitung im Leben mit Pflegebedürftigkeit ab (Hummel-Gaatz, Doll, 2007, S.16).

Innerhalb der Pflege führt die Beratung einen geringen Institutionalierungsgrad auf, da sie oftmals in Kombination mit weiteren Pflegeaktivitäten stattfindet. Dieser Umstand prägt laut Koch-Straube die Besonderheit der Pflegeberatung, einerseits durch den Menschen, welcher mit seiner besonderen Situation im Mittelpunkt steht, andererseits durch den intensiven und

dichten Kontakt zwischen Pflegenden und Patienten (Koch-Straube 2008, S.79). Laut London handelt es sich bei der Pflegeberatung um einen Wesenszug der Pflege, welcher nicht als separate Aufgabe zu betrachten und von anderen Pflgetätigkeiten abzugrenzen ist (London 2010, S.30). Neben den Chancen der alltagsnahen Beratungen lassen sich aber auch Nachteile ableiten. Entsprechend der Rahmenbedingungen der Pflege unterliegen Beratungen oftmals dem Zufall. Beispielhaft sei das zur Verfügung stehende Zeitfenster der Pflegenden, fehlende Handlungsstrategien oder theoretische Entwürfe für die praktische Durchführungen hierbei zu nennen (Hüper, Hellige 2007, S.9.).

Im Hinblick auf den Formalisierungsgrad sollte die Pflegeberatung eine professionelle Unterstützungsleistung darstellen, welche gezielte und geplante Beratungsangebote im einen geschützten Rahmen mit klarem zeitlichem Raum ermöglichen (Hummel-Graatz, Doll 2007, S.25). Somit „[...] können die Vorbedingungen wie Kenntnisse, Motivation des Patienten, der individuelle Stand der Krankheitsbewältigung, geplant mit in die Beratung einbezogen werden.“ (Hummel-Graatz, Doll 2007, S.25) und unterstützende Medien hinzugezogen werden.

Entsprechend der geschilderten Vorteile wird in der Arbeit die Beratung ausgehend von einem Beratungsbedarf als eigenständiger, patientenbezogener Bereich und nicht als integraler Bestandteil der täglichen Pflege gesehen. Sie werden als Professionelle zur Beratung herangezogen, wobei die Beratungstätigkeit nur ein Teilgebiet Ihrer Kernaufgabe darstellt.

4.2. Wirksamkeit patientenedukativer Maßnahmen im Rahmen der Chemotherapie

Vor dem Hintergrund der herausgestellten Belastungen und den daraus resultierenden Patientenbedürfnissen, kommt neben dem ärztlichen Personal auch den Gesundheits- und Krankenpflegern eine wichtige Rolle in der Patientenbetreuung zu. Insbesondere der erhöhte Informations-, Beratungs- und Schulungsbedarf der Patienten mit onkologischen Erkrankungen stellt einen erhöhten Handlungsbedarf an die Pflege. Ob patientenedukative Maßnahmen diesem Anspruch der Bedürfnisse gerecht werden, und wenn ja, welche Methoden sie umfassen, wird im Folgenden anhand wissenschaftlicher Literatur analysiert.

Im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit prüfen Wallner und Kollegen Interventionen, die zur Vorbereitung von Patienten auf eine Chemo- und Strahlentherapie dienen, in ihrer Wirksamkeit (Waller et al. 2014, S.2287). Dabei umfassen die Interventionen Patientenschulungen, persönliche Beratungen sowie einzelne Unterrichtseinheiten mit

Informationsmaterialien und mehrere Unterrichtseinheiten, Videomaterialien und personalisierte Informationen via Online-Beratungen. Sieben der siebzehn eingeschlossenen Studien belegen den positiven Einfluss unterschiedlicher Interventionen hinsichtlich Angst und Depressionen seitens der Patienten (ebd. S.2301ff.).

Patienten, die bereits mit Zytostatika therapiert wurden, berichten ebenfalls über deutlich reduzierte Belastungen im Vergleich zu den erfahrenen Belastungen während des ersten Zykluses der Chemotherapie (ebd. S.2299). Statistisch signifikante Ergebnisse zeigen sich aber auch in einem gesteigerten Optimismus, höherer Behandlungszufriedenheit und einer Verminderung der körperlichen Symptome und Nebenwirkungen wie einer chemotherapiebedingten Übelkeit, Fatigue und Schlafstörung (ebd. S.2300).

Im Vergleich zu Patienten die lediglich eine Broschüre erhielten, berichteten Patienten, die neben den bereitgestellten Information über Booklets und Videomaterial auch an einer Beratung teilnahmen, von einer gesteigerten Lebensqualität. Eine entscheidende Rolle spielt der Aspekt, so vermuten die Autoren, dass die zusammengestellten Informationen via Booklet für den Patienten überfordernd wirken können. Entsprechend können nicht relevante Information auch Ängste hervorrufen (ebd. S.2306).

Die Metaanalyse von Devine et al. bestätigt ebenfalls eine positive Wirkung edukativer Interventionen hinsichtlich Angst, Depressionen, Schmerz und krankheitsbezogenen Wissens seitens der Patienten (Devine et al. 1995, S.1369). Die Interventionen, welche überwiegend kognitive und verhaltensbezogene Beratungen umfassen, bekräftigen somit die Wirksamkeit der Patientenedukation in Form von persönlichen Beratungsgesprächen. Die Autoren zeigten allerdings auch, dass Informationen in schriftlicher Form als besonders hilfreich für die Erweiterung des krankheitsbezogenen Wissens sind (ebd. S.1369). Auch wenn die Ergebnisse aufgrund ihrer unzureichenden Aktualität anzuzweifeln sind, ist davon auszugehen, dass sie heutzutage auch weiterhin als relevant zu bezeichnen sind. Kitzmantel et al. beruft sich im Jahre 2009 ebenfalls auf die Ergebnisse und untermauert damit ihre Aussagekraft (Kitzmantel et al. 2009, S.614).

Studien zur Wirksamkeit von Ernährungsinformationen und -beratungen von onkologischen Patienten kamen ebenfalls zu einem positiven Ergebnis. Diese belegen, dass durch rechtzeitige, gezielte Maßnahmen der Ernährungszustand signifikant erhalten und die Lebensqualität sogar gesteigert werden kann (Renz et al. 2007, S.7).

Im Rahmen einer Übersichtsarbeit von Schluc et al. wurde der Einfluss von edukativen Interventionen auf das Schmerzempfinden von Patienten mit einer Krebserkrankung untersucht (Schluc et al. 2008, S.214). Die für die Thematik als relevant identifizierten Studien beinhaltenen unter anderen vier randomisierte, kontrollierte Studien, dessen Gegenstand die Evaluation von Edukationsprogrammen zum Ziel hatte. Die Ergebnisse von drei Studien zeigten einen signifikant verbesserten Wissensstand der Patienten und eine signifikante Abnahme des durchschnittlichen und stärksten Schmerzgrades bei Personen der Interventionsgruppe im Vergleich zu denen der Kontrollgruppe (ebd. S.217). Statistisch signifikante Ergebnisse weisen aber auch die in der Übersichtsarbeit miteingeschlossen Studien einer Metaanalyse auf. Demnach bestätigten alle sechs der relevanten Studien eine geringe bis mäßige Schmerzlinderung bei den Krebspatienten mit Edukationsprogrammen im Vergleich zu den Patienten ohne Edukationsprogramme (ebd. S.217).

Für die Durchführung gezielter edukativer Maßnahmen bevorzugen die Patienten die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger. Sie gelten als verlässliche und umfassende Informationsquelle und können auf individuelle Bedürfnisse der Patienten Rücksicht nehmen (Dokken et al. 2005, S.295). Unter Beachtung der onkologischen Thematik stellen insbesondere speziell onkologisch ausgebildete Pflegende ideale Personen zur Durchführung patientenedukativer Maßnahmen dar (Garcia 2014, S.517).

Die Effektivität von pflegerischer Information, Beratung und Patientenschulungen auf somatische Beschwerden und psychosoziale Belastungen kann mithilfe von Forschungsergebnissen belegt werden. Allerdings zeigt die Auswertung der vorhandenen Literatur auch verschiedene Effekte der Patientenedukation mit unterschiedlicher Wirksamkeit. Dies liegt vermutlich daran, dass keine einheitliche Intervention untersucht wurde. In den verschiedenen Studien wurden unterschiedliche edukative Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit analysiert und miteinander verglichen. Der Umfang erstreckte sich von Informationsblättern bis zu mehrtägigen Schulungsprogrammen, von Einzelgesprächen bis hin zu großen Gruppen. Die Heterogenität der Maßnahmen ist vermutlich der Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse der Studien. Darüber hinaus fehlt es an Erkenntnissen, welche die Outcomes der verschiedenen Interventionen in direkten Zusammenhang mit klinischen Outcomes bringen.

Zusammenfassend lässt sich dennoch feststellen, dass Studien auf eine erhöhte Wirksamkeit persönlicher Beratungsgespräche hindeuten. Patienten bevorzugen ein persönliches Gespräch im Vergleich zu Informationen durch Ton- und Videobänder oder Online-Beratungen und

sehen die Berufsgruppe der Pflegenden als ideale Personen zum Durchführen dieser Maßnahmen an.

5. Pflegerischer Beratungsansatz im Rahmen einer ambulanten Chemotherapie

5.1. Einordnung der Thematik in einen theoretischen Bezugsrahmen

Wie im zweiten Kapitel bereits deutlich wurde, sind die Belastungen von onkologischen Patienten im Rahmen einer Chemotherapie äußerst komplex und umfassen sowohl physische, psychische und soziale Dimensionen. Zur Anpassung an die durch die Tumorerkrankung und dessen Zytostatikatherapie veränderte Gesundheitssituation stellt die Beratung als edukative Maßnahme, dessen Wirksamkeit in der Forschung belegt wurde (vgl. Kap. 3.2), einen möglichen Lösungsansatz dar. Die Einordnung der Thematik in Anlehnung an das Beratungsmodell von Hüper und Hellige ist Gegenstand des nächsten Kapitels.

5.1.1. Das Beratungsmodell von Hüper und Hellige und ihr Bezug zum Beratungsleitfaden

Das Pflegeberatungsmodell von Hüper und Hellige setzt sich aus verschiedenen Modellen zusammen. Die Grundlage ihres Modells bilden das Modell der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss (2004), das Salutogenetische Modell von Antonovsky (1997) und das integrative Beratungsmodell von Sander (1999), welche in den folgenden Kapiteln dargestellt werden. Dabei wird die Einordnung der Thematik in die von Hüper und Hellige verwendeten Modelle beabsichtigt.

5.1.1.1. Pflege- und Krankheitsverlaufmodell nach Corbin und Strauss

Die Grundlage für die Entwicklung des Pflege- und Krankheitsverlaufmodell von Corbin und Strauss stellen die Forschungsarbeiten der Autoren über die Interaktion und Bewältigung chronischer Erkrankungen dar (Corbin, Strauss 2010, S.11). Die Ergebnisse zeigen, dass der Verlauf von chronischen Krankheiten Veränderungen und Schwankungen unterworfen sind und sich in verschiedene Phasen einordnen lässt. Diese stellen das Vorstadium, den Verlaufskurvenbeginn, die stabile, instabile und akute Phase, die Krisenphase, die Normalisierung, die Abwärtsphase und die Sterbephase dar (Hüper, Hellige 2007, S.65).

Die Verläufe chronischer Erkrankungen sind von den individuellen Erfahrungen, Wahrnehmungen und Einstellungen der Betroffenen abhängig und können sehr unterschiedlich ausfallen. Die Phasen beschreiben Hüper und Hellige allerdings auch als steuerbar und „[...] können positiv bzw. negativ in ihrem Verlauf beeinflusst werden.“ (Hüper, Hellige 2007, S.63). Im Rahmen des Modells wurde die Thematik aufgegriffen.

Demnach wird eine chronische Erkrankung als Prozess verstanden, bei der nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch die Angehörigen und das Pflegepersonal betroffen sind (Corbin, Strauss 2010, S.129).

Vor dem Hintergrund der Thematik einer ambulanten Chemotherapie scheint dieses Modell zunächst nicht besonders passend, da dieses eine Therapieform und keine chronische Erkrankung darstellt. Allerdings können auch innerhalb der Chemotherapie, welche über einen längeren Zeitraum anhält, Veränderungen und Schwankungen auftreten (vgl. Kap. 2.2), die unterschiedlichen Verlaufsphasen zugeordnet werden können. Ungeachtet bleibt die Tatsache, dass onkologische Erkrankungen zunehmend chronische Erkrankungen darstellen (vgl. Kap. 2.1) und somit im Verlauf einer onkologischen Erkrankung öfters auftreten können.

Corbin und Strauss berücksichtigen in ihrem entwickelten Pflege- und Krankheitsverlaufsmodell aber nicht nur den physiologischen Verlauf, sondern auch die psychologischen Dimensionen einer Erkrankung, welche die Arbeit und Organisation des gesamten Lebens prägt (Hüper, Hellige 2007, S.60). Sie unterscheiden drei Hauptarbeitslinien, die alltagsbezogene, krankheitsbezogene und biografiebezogene Bewältigungsarbeit (Corbin, Strauss 2010, S.135). Dadurch ermöglichen sie zum einen eine inhaltliche Strukturierung möglicher Beratungsinhalte, zum anderen gelingt es den Autoren dadurch auch den Umfang der zu leistenden Anforderungen aufzuzeigen (Hüper, Hellige 2007, S.61).

Bei der alltagsbezogenen Bewältigungsarbeit beziehen sich die Autoren auf alle Abläufe des täglichen Lebens von den Patienten und ihren Angehörigen, die durch die gesundheitliche Beeinträchtigung betroffen sind. Diese umfassen u.a. Körperpflege, Haushaltstätigkeiten, Freizeitaktivitäten und die Sicherung von sozialen Beziehungen. Weiterführend können diese in unterschiedliche Arbeitstypen unterteilt werden, die bei den Patienten in verschiedenen Phasen in unterschiedlicher Ausprägung anfallen (Corbin, Strauss 2010, S.104). Die krankheitsbezogene Bewältigungsarbeit bezieht sich auf Handlungen, die aufgrund der gesundheitlichen und funktionellen Einschränkungen erforderlich sind. Sie beinhalten entsprechend präventive, selbstdiagnostische, therapeutische, stabilisierende und rehabilitative Aufgaben (Corbin, Strauss 2010, S.90). Hingegen handelt es sich bei der biografiebezogenen Bewältigungsarbeit um Anforderungen, die Krankheit und die damit verbundene Veränderung des Körpers, als auch die resultierende Veränderung der gesamten Lebenssituation, in die

Biografie der Patienten zu integrieren. Es gilt für die Betroffenen, die Gesundheitseinschränkungen zu akzeptieren und die Identität den Umständen der Erkrankung anzupassen (Corbin, Strauss 2010, S.83f.).

Die geschilderten Erkenntnisse können Anhaltspunkte zur Pflegeberatung darstellen, die zur Bewältigung der Situation von den Patienten und ihren Angehörigen beitragen können. Entsprechend lassen sich vor dem Hintergrund der Thematik einer ambulanten Chemotherapie je nach bestehenden Pflegeproblemen und Krankheitsphase unterschiedliche Beratungsanlässe ableiten. In Bezug auf die alltagsbezogene Bewältigungsarbeit können Pflegenden den Patienten und Angehörigen dahingehend unterstützen, die Sicherung des Alltags zu organisieren. Darunter können entsprechend die Vermittlung von gesetzlichen Hilfeleistungen, aber auch Absprachen innerhalb der Familie mitinbegriffen sein. Unter Betrachtung der krankheitsbezogenen Bewältigungsarbeit gilt es den Patienten und unterstützenden Angehörigen im Hinblick auf das Nebenwirkungsmanagement zu befähigen um diese entsprechend vorzubeugen, zu heilen oder zu lindern. Ebenfalls angeführt werden kann aber auch das Management von versorgungsbedingten Anforderungen wie die Einnahme von Medikamenten zur Supportivtherapie, die Einhaltung eines Ernährungsplans oder den adäquaten Umgang mit einer Portanlage. Im Kontext der biografiebezogenen Bewältigungsarbeit kann es unter Umständen bedeuten, den Patienten in der Überarbeitung des persönlichen Lebensentwurfs oder den der Familie zu unterstützen, veränderte Rollen zu entwickeln und diese anzunehmen.

5.1.1.2. Salutogenetische Modell von Antonovsky

Das Salutogenetische Modell (1997) von Antonovsky beschäftigt sich mit der Fragestellung „[...]was den Menschen gesund hält und weniger, was ihn krank macht [...]“ (Hüper, Hellige 2007, S.76). Dabei lässt sich der Begriff der Pathogenese deutlich abgrenzen, dessen Fokus im Herausfinden der Krankheitsursachen liegt (ebd. S.76). Antonovsky's Modell basiert auf der Annahme, dass Krankheit und Gesundheit in einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum die Enden darstellen und viele Formen dazwischen existieren, in denen sich ein Mensch befinden kann (ebd. S.76). Laut Antonovsky gilt es das Phänomen der Krankheit nicht isoliert von biografischen Prozessen zu betrachten. Zu berücksichtigen sind alle Aspekte eines Menschenlebens, welche im Verlauf mit unterschiedlichsten Anforderungen verbunden sind und demnach ständiger Adaptionsleistung unterliegen (ebd. S.77). Entsprechend steht Gesundheit in Abhängigkeit von der selbstorganisierten Kraft eines Individuums, die

vorhandenen Ressourcen wirksam einzusetzen. Antonovsky nennt in dem Zusammenhang den Begriff der Widerstandsressourcen bzw. Widerstandskräfte (ebd. S.77).

Für die Gesundheit ausschlaggebend sind neben den dargestellten Widerstandsressourcen aber auch das von Antonovsky definierte Kohärenzgefühl (ebd. S.79), welches zur Einordnung des Gesundheitszustandes im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum dient (ebd. S.80). Es beschreibt ein durch Lebenserfahrung geprägtes Gefühl, mit der Welt in Übereinstimmung zu leben (ebd. S.83). Komponenten, wie die „[...] Verarbeitung von Information, die Überzeugung und Fähigkeit zur Problemlösung und das Gefühl das eigene Leben sinnvoll zu erleben [...]“ (Hüper, Hellige 2007, S.83) werden von Autor angeführt um zu einer verstärkten Ausbildung des Kohärenzgefühls beizutragen.

Diese Faktoren und die damit zusammenhängenden Widerstandskräfte befähigen den Patienten mit einer Vielzahl an Handlungsoptionen den unterschiedlichsten Anforderungen im Leben entgegenzuwirken (Hüper, Hellige 2007, S.83) und bestimmen wo sich der Mensch im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet.

Im Rahmen einer salutogenetischen Orientierung leiten Hüper und Hellige vorrangig Beratungsmaßnahmen zur Stärkung von Fähigkeiten und Kompetenzen der Patienten ab, „[...] die sie zu einem selbstbestimmten Umgang mit ihren Gesundheitsbeeinträchtigungen befähigen.“ (Hüper, Hellige 2007, S.84). Vor dem Hintergrund der in dieser Arbeit behandelten Thematik scheint die Beratung an einer salutogenetischen Orientierung sehr passend. Unverkennbar zielt die Beratung nicht auf die Ursachenforschung der Belastungen von Patienten im Rahmen einer Therapie mit Zytostatika ab. Vielmehr ergibt sich für die Beratung, unter Betrachtung der herausgestellten Patienten- und Angehörigenbedürfnisse (vgl. Kap. 2), die von Hüper und Hellige angesprochene Stärkung der Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit den Gesundheitsbeeinträchtigungen, um ein entsprechendes Wohlbefinden der Patienten zu stärken und die damit zusammenhängende Adhärenz zu fördern.

In Bezug auf die von Antonovsky definierten Widerstandsressourcen als bestimmende Faktoren von Gesundheit ist eine gezielte Orientierung an den Ressourcen der Patienten erforderlich. Im Rahmen der Chemotherapie sollten Beratungen möglichst Unterstützungsleistungen zur Mobilisierung von Ressourcen umfassen. Je nach individuellem Bedarf gilt es vorhandene Ressourcen zu erkennen, zu fördern, weiterzuentwickeln und neu

zu erschließen (Hüper, Hellige 2007, S.85), die auch im Rahmen einer Therapie mit Zytostatika das Bewusstsein des Patienten für Gesundheit fördern.

Im Hinblick auf das Kohärenzgefühl, welches das Befinden im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bestimmt, kommt Interventionen zur Stärkung der geschilderten Komponenten im Rahmen der Beratung eine große Bedeutung zu. Ein erhöhtes Verständnis über die Krankheit und deren Auswirkungen ist grundlegend und ermöglicht „[...] eine notwendige Partizipation der Betroffenen, um die Krankheitsverlaufskurve positiv zu beeinflussen.“ (Hüper, Hellige 2007, S.89). Dazu, so die Autoren, sind fallangepasste und sukzessive Informationen und Wissensvermittlung notwendig (ebd. S.89). Vor dem thematischen Hintergrund gilt es Patienten und ihre Angehörigen über den Therapieverlauf und dessen Auswirkung auf physische, psychische und soziale Dimensionen im Rahmen von Beratungen aufzuklären, (vgl. Kap. 2.2), damit auftretende Situationen für die Betroffenen besser begreifbar und erklärbar werden.

Eine entscheidende Rolle wird aber auch dem Verständnis der Betroffenen beigemessen, die Situation als handhabbar und lösbar zu empfinden. Diese stehen in Abhängigkeit mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen und dem Gefühl, dass mit der Mobilisierung der Ressourcen das Problem lösbar ist, welches wiederum durch positive Erfahrungen geprägt ist (Hüper, Hellige 2007, S.79). Wesentlich sind hier ebenfalls Informationen und Wissen zu Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige (ebd. S.91).

Im Hinblick auf die zusammengetragenen Belastungen wie das Gefühl der Hilfs- bzw. Machtlosigkeit bei Patienten (vgl. Kap. 2.2.3), den aufgrund der umfangreichen und komplexen Betreuungsaufgaben resultierenden Überforderung seitens der Angehörigen (vgl. Kap. 2.2.3), ungeachtet von den herausgestellten Defiziten in der häuslichen Versorgung, übernimmt auch die Beratung im Rahmen der Chemotherapie das Aufzeigen und die Umsetzung von Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten einen entsprechenden Stellenwert.

Darüber hinaus gilt es die Patienten im emotionalen Bereich dahingehend zu unterstützen, die krankheitsbedingten biografischen Veränderungen zur menschlichen Existenz gehörend zu betrachten. Die Entwicklung einer Art Sinnhaftigkeit, welche die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen im Alltag bestimmt, ist anzustreben (Hüper, Hellige 2007, S.93). Die Autoren führen hier insbesondere Maßnahmen zur Steigerung des Selbstwertes, positive Beziehungserfahrungen und eine erfolgreiche Ressourcenaktivierung an (ebd. S.94).

Unter der Betrachtung, dass Patienten aufgrund einer neoadjuvanten Therapie oder dem Auftreten von Langzeiteffekten auch zukünftig Anforderungen unterliegen (vgl. Kap. 2.2.4), welche mit der Neugestaltung des Lebens einhergeht, sind auch in der Beratung von der Personengruppe Interventionen abzuleiten, um die biografischen Veränderungen als Teil des Lebens anzuerkennen und damit die Lebensqualität zu erhöhen.

5.1.1.3. Integrative Beratungsmodell von Sander

Das Integrative Beratungsmodell nach Sander (1999) geht von drei Erfahrungsfeldern aus, in denen Probleme auftreten können. Diese beziehen sich auf die „[...]Lebenswelterfahrungen mit ihren sachlich-materiellen Aspekten, Beziehungserfahrungen mit den Bezugspersonen und signifikant anderen, sowie Selbsterfahrungen und Reflexion des eigenen Erlebens.“ (Hüper, Hellige 2007, S.96). Den sogenannten Problem-Erfahrungsfeldern werden wiederum drei Beratungsangebote zur Lösung bzw. Bewältigung des Problem zugeordnet, die „Information und Orientierung“, „Deutung und Klärung“ sowie „Handeln und Bewältigung“ lauten (ebd. S.17).

In der Kategorie „Information und Orientierung“ geht es zum einen um das Aneignen von Wissen, damit ein daraus resultierendes Verständnis der Klienten entsteht (Hüper, Hellige 2007, S.96). In diesem Zusammenhang führt Fitzgerald Miller an, dass informierte Klienten sich an der Entscheidungsfindung beteiligen können, Alternativen kennen und um ihre wahrscheinlichen Folgen wissen (Fitzgerald Miller 2003, S.29). Dies wiederum beeinflusst die Kontrolle von Situationen und entsprechend die Angst vor dem Ungewissen (ebd. S.29). Zum anderen bildet die Kategorie aber auch die Handlungsgrundlage zur Beratung indem es die jeweilige Beschaffenheit der Situation bei den Betroffenen erhebt (Hüper, Hellige 2007, S.96).

In der Kategorie „Deuten und Klären“ wird die individuelle Lebenssituation der Patienten und Angehörigen gedeutet und geklärt. Dabei werden Erfahrungen und Einstellungen zu dem Thema erfasst und mögliche Zusammenhänge aufgedeckt (ebd. S.96). Der Erwerb von Handlungskompetenzen wird in der Kategorie „Handlung und Bewältigung“ verstanden. Dieses beinhaltet Übungen und Handlungserprobungen (ebd. S.96).

Die dadurch vom Autoren Sander beabsichtigte Systematisierung zur Ordnung der Beratungsbedarfe und –inhalte (ebd. S.96) scheint auch vor dem Hintergrund der Thematik passend. Entsprechend können durch die Einordnung der individuellen Bedeutung in einer Situation, den Erwartungen der Klienten hinsichtlich der Beratung besser begegnet werden.

Denn Fakt ist, dass im Verlauf der Chemotherapie unterschiedlichste Beratungsbedürfnisse aufkommen und nicht generalisierbar sind. Zu berücksichtigen ist, dass, trotz in Studien bewiesener Angstreduktion (Garcia 2014, S.517), die Vermittlung von spezifischen Informationen auch zu einer Steigerung der Angst führen kann (Waller et al. 2014, S.2306). Ebenfalls berücksichtigt das Modell den individuellen Wissenstand bzw. die Beschaffenheit möglicher Problemstellungen bei den Klienten, sodass dem Patienten gezieltes Angebot zur Vermittlung von Wissen und Handlungskompetenzen vermittelt werden kann.

5.1.1.4. Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers

Über die Anwendung und Umsetzung der Modelle hinaus ist die Beratung an die Aspekte der humanistischen Beratungskonzepte angelehnt (Hüper, Hellige 2007, S.98), die sich in einer gewissen Grundhaltung des Beraters widerspiegeln. Carl Rogers (1902-1987) begründet das Phänomen in dem Konzept der klientenzentrierten Gesprächsführung und entwickelt drei Basisvariablen für eine therapeutische Grundhaltung (Koch-Straube 2001, S.101). Demnach sind besonders natürliche Beratungskompetenzen wie Kongruenz, Akzeptanz und Empathie¹¹ bei dem Berater für die Art der Beziehung zwischen Berater und Klient entscheidend (Hüper, Hellige 2007, S.98). Auf Grundlage dieser Aspekte erfährt der Klient Unterstützung die eigenen Gedanken, Gefühle und Empfindungen zu äußern, welches eine erhöhte Reflexion des eigenen Handelns und der Gefühle bei dem Klienten beabsichtigt (Hummel-Graatz, Doll 2007 S.31). Auf Grundlage der herausgestellten Notwendigkeit einer individuellen Bedeutung der Klienten an mögliche Problemstellungen scheint die Berücksichtigung des Konzepts im Beratungsmodell ebenfalls passend. Entsprechend erfährt der Klient Unterstützung die eigenen Gedanken, Gefühle und Empfindungen zu äußern, welches eine erhöhte Reflexion des eigenen Handelns und der Gefühle bei dem Klienten herbeiführt (ebd. S.31).

5.2. Erstellung eines Beratungsleitfadens

Nach der Darstellung des theoretischen Bezugsrahmes der Thematik, beschäftigt sich dieses Kapitel mit dem Versuch, konkrete Beratungsanlässe anhand des vorgestellten Beratungsmodells zu generieren.

¹¹ Kongruenz, Akzeptanz und Empathie: Die Kompetenz der Kongruenz oder Echtheit kennzeichnet eine offene und ehrliche Haltung dem Beratenden gegenüber. Die Akzeptanz fordert ein Wertschätzen des Problems, es nicht zu bewerten oder zu verurteilen. Das Einfühlen des Beraters in die Situation des Klienten charakterisiert Empathie, welches Berater ermöglicht diese besser zu verstehen (Koch-Straube 2001, S.101).

5.2.1. Aufbau und Inhalte des Beratungsleitfadens

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Anlehnung an die von Hüper und Hellige entwickelten tabellarische Abbildung zum Beratungsassessment (vgl. Anhang). Dabei wurden Beratungsanlässe hinsichtlich der in der Arbeit behandelten Thematik modifiziert. Die entwickelten Beratungsanlässe beziehen sich dabei auf die aus Studien abgeleiteten Beratungsbedürfnisse (vgl. Kap. 2), dessen zentrale Aussagen unter dem Begriff „Kontext“ aufgefasst werden. Die Beratungsanlässe wurden zur Strukturierung in die von Corbin und Strauss unterteilte Krankheits-, Alltags- und Biografiearbeit zugeordnet (vgl. Kap. 4.1.1.1). Gesondert wird der Aspekt der Gesundheitsförderung betrachtet, welche den Betroffenen und Angehörigen einen selbstbestimmten Umgang mit den Gesundheitsbeeinträchtigungen ermöglicht. Hierbei ergeben sich die Beratungsanlässe aufgrund der von Antonovsky definierten Faktoren, die zur verstärkten Ausprägung des Kohärenzgefühls beitragen (vgl. Kap. 4.1.1.2).

In dem Beratungsleitfaden werden drei Beratungsformen in Anlehnung an die Systematisierung von Sander unterschieden (vgl. Kap. 4.1.1.3). Sie geben einen Überblick, welche Beratungsanteile zur inhaltlichen Ausgestaltung möglich sind. Entsprechend bietet es das Potenzial im Rahmen der Beratung zunächst die individuelle Bedeutung der Lebenssituation bezüglich des Beratungsanlasses in der Kategorie „Deuten und Klären“ zu thematisieren. Abhängig vom Kenntnisstand der Betroffenen und ihrer Angehörigen, welcher in der Kategorie „Information und Orientierung“ erfasst wird, können auch darunter fallende gezielte Informationen und Orientierungen abgeleitet werden. Dabei werden die möglichen Inhalte mit einem Beispiel zur Verdeutlichung versehen. Die Kategorie der „Handlung und Bewältigung“ erfasst mögliche Anleitungen um denkbare Problemstellungen zu bewältigen. Der Erwerb von Handlungskompetenzen ist allerdings zeitintensiv und müsste gesondert erfolgen, sodass in diesem Zusammenhang von Vermittlungen an weitere Maßnahmen gesprochen wird. Desweiteren beschränkt sich die Beratung der Pflegenden in dem Bereich auf die kommunikative Netzwerkkompetenz, z.B. auf die Kontaktherstellung zu spezifisch psychoonkologische Interventionen bzw. Maßnahmen mit therapeutischem Charakter, da diese eine Qualifikation in psychotherapeutischer Weiterbildung erfordert und einem anerkannten psychotherapeutischen Verfahren angehören (Tschuschke 2011, S.126f.).

5.2.2. Tabellarische Darstellung des Beratungsleitfadens

Beratungsanlässe	Information und Orientierung	Deutung und Klärung	Handlung und Bewältigung
Krankheitsarbeit			
<p><u>Wissen zur Zytostatikatherapie</u></p> <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betroffene zeigen aufgrund der Komplexität der Behandlung ein Informationsbedürfnis zur Wirkungsweise der Therapie und dem Therapieverlauf (vgl. Kap. 2.2.1) • Angehörige sind vermehrt an der Betreuung beteiligt und wünschen Information zur Therapie (vgl. Kap. 2.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung des Kenntnisstands der Patienten und Angehörigen • Gezielte Wissensvermittlung über die Zytostatikatherapie (ggf. Korrekturen) • Beispiele: Erläuterung des Therapieplans mit angewandter Terminologie (vgl. Kap. 2.2.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einstellungen und ggf. Erfahrungen der Patienten und Angehörigen zu der Therapieform mit Zytostatika erfassen • Beispiel: Inwiefern tolerieren Patienten die Chemotherapie? 	
<p><u>Sensibilisierung der Nebenwirkungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsbedürfnis der Angehörigen, da Betreuungsaufgaben das Erkennen von Nebenwirkungen umfassen (vgl. Kap. 2.3) • Antizipation der Nebenwirkungen durch die Betroffenen vor Therapiebeginn (vgl. Kap. 2.2.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung des Erkenntnisstands von Patienten und Angehörigen • Gezielte Wissensvermittlung (ggf. Korrekturen) sowie das Bereitstellen schriftlicher Informationen zu den therapiebedingten Nebenwirkungen vor Therapiebeginn • Beispiel: Informationen zu einem sprunghaften Anstieg des ANE-Syndroms zwischen dem ersten, zweiten, vierten Tag nach Chemotherapie (vgl. Kap. 2.2.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erlebte Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Nebenwirkungen und der Zytostatikatherapie bei den Patienten erfassen • Beispiel: Welche Erfahrungen sind im Auftreten von Fatigue vorhanden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der Beratung sind Anleitungen bzw. die Vermittlung von Patientenschulungen erforderlich, um Patienten und Angehörige zu sensibilisieren die Körpersignale zu den Nebenwirkungen wahrzunehmen • Der Patienten und die Bezugsperson erlangen ein erhöhtes Bewusstsein zur Balance zwischen Aktivität und Berücksichtigung der Krankheitserfordernisse, wann Pflegehandlungen notwendig und professionelle Hilfe hinzuzuziehen ist

Beratungsanlässe	Information und Orientierung	Deutung und Klärung	Handlung und Bewältigung
<p><u>Nebenwirkungsmanagement</u></p> <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissensdefizit der Patienten im Umgang mit den Nebenwirkungen • Fragen zum Symptommanagement treten ggf. verzögert, in versorgungsfreien Intervallen auf (vgl. Kap. 2.2.1) • Unwissenheit zur Handlungsfähigkeit führt zur Hilflosigkeit der Patienten (vgl. Kap. 2.2.3) • Betreuungsaufgaben der Angehörigen umfassen das Einleiten von Maßnahmen (vgl. Kap. 2.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung des Erkenntnisstands von Patienten und Angehörigen • Gezielte Wissensvermittlung der Symptomreduktion von Nebenwirkungen (ggf. Korrekturen) • Beispiel: Information zur Mundhygiene zur Vermeidung, Linderung einer oralen Mukositis (Mantovan, Bergmeister 2006, S.555) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einstellungen und Erfahrungen zum Management der Nebenwirkungen bei Patienten und Angehörigen erheben • Beispiel: Welche Handlungen führten zu mehr Sicherheit und Kontrolle der Nebenwirkungen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der Beratung sind Anleitungen bzw. die Vermittlung von Patientenschulungen erforderlich, die den Patienten und Angehörigen instruieren rechtzeitig Pflegehandlungen zur Vorbeugung, Heilung oder Linderung durchzuführen • Die Patienten erlernen Handlungskompetenzen zur Symptomsteuerung
<p><u>Management therapiebedingter Anforderungen</u></p> <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Therapien sind mit Versorgungsanforderungen verbunden, die vom Patienten selbst oder den Angehörigen übernommen werden • Beispiel: bei einer Supportivtherapie anfallende Medikamenteneinnahme, Ernährungsanpassung, Umgang mit medizinischen Gerätschaften (vgl. Kap. 2.2.1, Kap. 2.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung des Erkenntnisstands von Betroffenen und Angehörigen • Gezielte Wissensvermittlung der Versorgungsanforderungen (ggf. Korrekturen) • Beispiel: Informationen zur Versorgung einer Portanlage (vgl. Kap. 2.2.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Empfindungen und Erfahrungen im Umgang und Erleben mit den therapiebedingten Anforderungen bei Patienten und Angehörigen erheben • Beispiel: Welche Unsicherheiten ergeben sich für die Betroffenen und Angehörigen in Bezug auf den Umgang mit einer Portanlage? 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der Beratung sind Anleitungen bzw. die Vermittlung an Patientenschulungen erforderlich, damit Patienten und Angehörige Handlungskompetenzen zur Durchführung der Versorgungsanforderungen erlernen

Beratungsanlässe	Information und Orientierung	Deutung und Klärung	Handlung und Bewältigung
Alltagsarbeit			
<p><u>Inanspruchnahme gesetzlicher Hilfeleistungen</u> Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Therapie hat Auswirkungen auf das Alltagsgeschehen der Patienten, insbesondere im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgungen (vgl. Kap. 2.2.2) Patienten und Angehörige haben einen erhöhten Bedarf an professioneller Unterstützung in der Häuslichkeit, oftmals fehlende Kenntnis zur Inanspruchnahme von gesetzlichen Unterstützungsleistungen (vgl. Kap. 2.2.2) 	<ul style="list-style-type: none"> Erhebung des Unterstützungsbedarfs in der häuslichen Versorgung aufgrund therapiebedingter Einschränkung Erhebung des Kenntnisstands der Betroffenen und ihren Angehörigen zu gesetzlichen Hilfeleistungen Gezielte Informationsvermittlung möglicher gesetzlicher Unterstützungsleistungen Beispiel: Information zu den Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes (vgl. Kap. 2.2.2) 	<ul style="list-style-type: none"> Erfahrungen und Einstellungen zu gesetzlichen Hilfeleistungen erfassen Beispiel: Sollen zur hauswirtschaftlichen Versorgung Leistungen in Anlehnung an §38 SGB V bezogen werden? 	<ul style="list-style-type: none"> Im Rahmen der Beratungen erlangen die Patienten und Angehörigen Kompetenzen um gesetzliche Hilfeleistungen zu beantragen Ziel ist es, entsprechende Freiräume für Entlastungen zu schaffen
<p><u>Alltagsgestaltung</u> Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wunsch der Angehörigen als hilfeübernehmende Personen zu dienen (vgl. Kap. 2.2.2) Integration der Behandlungsmaßnahmen und der Nebenwirkungskontrolle in den Alltag erfordert ein hohes Maß an Organisation (vgl. Kap. 2.2.3) Angehörige dienen zur Sicherstellung des normalen Alltags (vgl. Kap. 2.2.3) und werden von den Betroffenen selbst als überfordert eingeschätzt (vgl. Kap. 2.3) 	<ul style="list-style-type: none"> Erhebung der Beschaffenheit sozialer Hilfen¹² von Betroffenen und Angehörigen Gezielte Wissensvermittlung der Alltagsgestaltung Beispiel: Information zum Belastungserleben betreuender Angehörigen (vgl. 2.3) 	<ul style="list-style-type: none"> Bedeutung und Einstellung zu sozialen Hilfen bei den Patienten und Betroffenen erheben Beispiel: Welche Ideen haben Angehörige um die Betroffenen zu entlasten? 	<ul style="list-style-type: none"> Im Rahmen der Beratung erlernen die Betroffenen und Angehörigen Handlungsstrategien vorhandene soziale Hilfen abzustimmen bzw. zu organisieren um entsprechende Freiräume zur Entlastung zu schaffen

¹²Soziale Hilfen: Soziale Hilfen werden dem Einzelnen durch Beziehungen und Kontakte mit seinem Umfeld zugänglich und tragen dazu bei, die Gesundheit zu erhalten, psychische wie somatische Belastungen zu meistern und Krankheitsfolgen zu bewältigen (Mehnert et al. 2006, S.474).

Beratungsanlässe	Information und Orientierung	Deutung und Klärung	Handlung und Bewältigung
Biografiearbeit			
<p><u>Anpassung der Lebensgestaltung</u></p> <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten benötigen Orientierungshilfen zur Neuordnung des Lebens (vgl. Kap. 2.2.4) • Durch die Therapie können Veränderungen in der Lebensführung eintreten, z.B. Langzeiteffekte (vgl. Kap. 2.2.4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung der Kenntnisse zur Lebensgestaltung der Patienten und Angehörigen • Gezielte Information zukunftsrelevanter Themen und den damit verbundenen Folgen bzw. Veränderungen in der Lebensgestaltung • Beispiel: Fatigue als langfristige therapiebedingte Einschränkung im Beruf (Margulies et al. 2011, S.355) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung zukunftsrelevanter Themen für Betroffene und Angehörige • Beispiel: Welche Ängste haben die Betroffenen vor Langzeiteffekten der Behandlung? 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der Beratung erwerben Betroffene Handlungsstrategien zur Integration von therapiebedingten Anforderungen an das alltägliche Leben • Die Vermittlung an unterstützende Gruppen und Therapiemaßnahmen ist ggf. notwendig
<p><u>Selbst- und Körperkonzept</u></p> <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen des Körperbildes bedeuten für Patienten, dass ihre Krebserkrankung plötzlich offensichtlich und somit öffentlich wird und kann zu einer sozialen Isolation führen (vgl. Kap. 2.2.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung des Selbstbildes bei den Betroffenen und dessen Umgang • Gezielte Informationsvermittlung zu Veränderungen des Selbst- und Körperkonzeptes • Beispiel: Patienten zur Steigerung der Selbstwertgefühls über eigene Fähigkeiten und Potenziale aufklären (Fitzgerald Miller 2003, S.422). 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Erleben der Chemotherapie in Bezug auf das Selbstkonzept der Betroffenen erfassen • Beispiel: Welche Bedeutung hat der Haarverlust für die Patienten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der Beratung erlangen Betroffene Handlungsstrategien um sich im Rahmen der Chemotherapie auch weiterhin kompetent und normal zu fühlen, sodass eine mögliche soziale Isolation vermieden wird • Die Vermittlung an Selbsthilfegruppen und psychotherapeutische Maßnahmen ist ggf. notwendig

Beratungsanlässe	Information und Orientierung	Deutung und Klärung	Handlung und Bewältigung
<p><u>Veränderte Rollengestaltung</u></p> <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vertraute Rollen können im Rahmen der Chemotherapie nicht mehr oder nur noch verringert erfüllt werden • Beispiel: berufliche Rolle als Einkommensträger, mangelnde Leistungsfähigkeit beim Erfüllen häuslicher Aufgaben (vgl. Kap. 2.2.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung möglicher Rollenveränderungen der Patienten • Gezielte Wissensvermittlung über die mögliche Auswirkung der Chemotherapie auf die Rollen der Betroffenen • Beispiel: Aufzeigen von Rollen, die der Patient weiterhin ausüben kann und welche modifiziert bzw. neu definiert werden müssen (Fitzgerald Miller 2003, S.423) 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Bedeutung der veränderten Rollen für die Krankheitsbewältigung • Beispiel: Wie erleben Patienten die Abhängigkeit sozialer Hilfesysteme? 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der Beratung erwerben Betroffene Kompetenzen die alten Rollen aufzugeben und veränderte Rollen anzunehmen • Ggf. wird die Vermittlung an unterstützende Gruppen bzw. psychotherapeutische Maßnahmen notwendig • Erzielt wird die Akzeptanz der Andersartigkeit, mit ihren besonderen Bedürfnissen und Beschwerden der Patienten
<p><u>Umgang mit belastenden Situationen</u></p> <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der Chemotherapie stufen die Patienten die Nebenwirkungen als belastende Faktoren ein, fühlen sich hilflos in einer Art „Teufelskreis“ gefangen (vgl. Kap. 2.2.1) • Angehörige, die vermehrt in der Betreuung der Betroffenen beteiligt sind, können aufgrund der Aufgaben Belastungen ausgesetzt sein (vgl. Kap. 2.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Belastende Situationen und dessen Umgang von Patienten und Angehörigen werden erhoben • Beispiel: Informationen über mögliche Entspannungs- und meditative Verfahren zur Bewältigung von Stresssituationen (Tschuschke 2011, S.209) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen im Umgang belastender Situationen von Patienten und Angehörigen • Beispiel: Wie reflektieren die Betroffenen und Angehörigen die angewendeten Maßnahmen zur Stressentlastung? 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der Beratung werden Anleitungen und ggf. einer Vermittlung an unterstützende Gruppen bzw. therapeutische Maßnahmen erforderlich, die Patienten und Angehörigen Methoden zur Belastungsverminderung vermitteln

Beratungsanlässe	Information und Orientierung	Deutung und Klärung	Handlung und Bewältigung
Gesundheitsförderung			
<p><u>Verstehen des Krankheitserlebens und der Krankheitsbewältigung</u></p> <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ein erhöhtes Verständnis zur Krankheit und deren Auswirkungen ist notwendig damit Betroffene eine aktive Rolle in der Bewältigung der Krankheitsanforderung einnehmen (vgl. Kap. 4.1.1.2) 	<ul style="list-style-type: none"> Verständnis zum Krankheitserleben und – der bewältigung der Patienten und Angehörigen erheben Gezielte Information über ein benötigtes Verständnis der Krankheit und deren Auswirkungen vermitteln Beispiel: Vermitteln, dass Handlungsstrategien Gefühle wie Hilflosigkeit vermeiden können 	<ul style="list-style-type: none"> Die Einstellungen und Gefühle der Patienten und Angehörigen gegenüber Unterstützungsleistungen zur Bewältigung der Therapieanforderungen erfassen Beispiel: Welche Erfahrungen sind im Umgang mit belastenden Situationen im Allgemein vorhanden? 	<ul style="list-style-type: none"> Im Rahmen der Beratungen erwerben Patienten und Angehörige durch ein erhöhtes Verständnis die Fähigkeit aktiv an der Therapie mitzuwirken und gezielte Hilfe anzunehmen
<p><u>Kompetenzförderung</u></p> <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> Empfindungen der Betroffenen stärken, das Situationen handhabbar und zu bewältigen sind (vgl. Kap. 4.1.1.2) 	<ul style="list-style-type: none"> Angeeignete Wissens Elemente und Handlungsveränderungen bei den Betroffenen und Angehörigen erheben Gezielte Informationen zum Potenzial von Ressourcen bereitstellen, um Situation zu bewältigen Beispiel: Techniken zur Symptomreduktion verhelfen, um mit den Belastungen umzugehen 	<ul style="list-style-type: none"> Die Bedeutung und Erfahrungen der erworbenen Kompetenzen und Handlungsstrategien von Pat. und Angehörigen erfassen Beispiel: Welche Möglichkeiten der Entspannung waren bei den Betroffenen erfolgreich? 	<ul style="list-style-type: none"> Im Rahmen der Beratung erwerben die Patienten und Angehörigen Kompetenzen um eigene Ressourcen zu stärken und neue zu erschließen
<p><u>Selbstbestimmte Lebensgestaltung</u></p> <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> Biografische Veränderungen als Teil des Leben anerkennen, um das Gefühl zu fördern ein sinnvollen Leben zu führen (vgl. Kap. 4.1.1.2) 	<ul style="list-style-type: none"> Gezielte Information um die Einstellung, das Gefühl eines selbstbestimmten Lebens zu fördern Beispiel: Perspektiven wechseln, um eine positive Einstellung gegenüber den Langzeiteffekten der Chemotherapie zu entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> Die Bedeutung und das Erleben der Möglichkeiten zur selbstbestimmten Lebensgestaltung erheben Beispiel: Welche positiven Aspekte können Betroffene der Erkrankung zuordnen, wie der Zusammenhalt der sozialen Beziehungen? 	<ul style="list-style-type: none"> Im Rahmen der Beratung ist ggf. die Vermittlung an Selbsthilfegruppen und therapeutische Maßnahmen erforderlich, um die Einstellung und Gefühle zur Lebenssituation der Patienten und Angehörige dahingehend zu verändern, dass ein erhöhtes Wohlbefinden und somit Lebensqualität herbeigeführt wird

6. Diskussion der Ergebnisse

Die Notwendigkeit zur Durchführung edukativer Maßnahmen bei mit einer Chemotherapie ambulant behandelten Patienten und deren Angehörigen konnte anhand von Studienergebnissen und evidenzbasierter Literatur aufgezeigt werden. Die Methode der pflegerischen Beratung kann dabei der Befriedigung der Bedürfnisse gerecht werden. Vor dem Hintergrund der Thematik werden aber auch die Integration weiterer Maßnahmen, wie verschriftliche Informationen, Anleitungen und Patientenschulungen notwendig. Mit der Einordnung der Thematik in Anlehnung an das Pflegeberatungsmodell nach Hüper und Hellige gelingt es einen Überblick über mögliche Beratungsanlässe zu realisieren, welches die Pflegenden für die vielfältigen Anforderungen der Patientengruppe und ihrer Angehörigen gegenüber sensibilisiert. Dabei ist anzuführen, dass die abgeleiteten Beratungsanlässe nicht als allgemein gültig bewertet werden und lediglich einen Leitfaden für mögliche relevante Themen bilden. Die individuelle Bedeutung und Beschaffenheit möglicher Problemstellungen der Patienten und Angehörigen bestimmen die Relevanz der Beratungsanlässe und sollten im Rahmen des Beratungsprozesses abgeklärt werden. Mit dem Aufbau des Pflegeberatungsmodells kann der Erfassung der individuellen Bedeutung gut begegnet werden. Auf Basis von Informationen, durch Klärung und Deutung von Problemsituationen und Vermittlung von weiteren Maßnahmen zur Entwicklung von Handlungsstrategien können Pflegenden entsprechend auf die Personengruppe abgestimmte Lösungsangebote abgeleitet werden, die zur Bewältigung der Problemsituationen beitragen.

Demnach kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass es gelungen ist, einen Beratungsansatz für mögliche Beratungsinhalte für onkologische Patienten und deren Angehörige im Rahmen einer Chemotherapie zu entwickeln, der sowohl in einen theoretischen Rahmen eingebettet ist, als auch auf evidenzbasierter Literatur beruht.

Um Pflegenden für die Durchführung einer strukturierten und nicht zufälligen Beratung zu unterstützen, sind neben den in der Arbeit verdeutlichten Potenzialen einer Beratung vor Therapiebeginn weitere Rahmenbedingungen der Beratung, beispielsweise die soziale Konstellation in der das Gespräch stattfindet, zu klären (Engel 2006, S.35). Dabei stellt sich die Frage inwiefern die Rahmenbedingungen von dem Pflegepersonal in dem Setting strukturierter Beratungsgespräche, mit eindeutig definierten Zeitraum und Räumlichkeiten, möglich sind.

Dem hier gegebenen Beratungsansatz werden weitere Limitationen anerkannt. Zur praktischen Umsetzung der Beratung ist neben möglichen Beratungsinhalten auch notwendig, neben der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers auch weitere kommunikative Methoden und Gesprächstechniken bei Pflegenden zu betrachten, welche in der Literatur als Methodenkompetenz angegeben werden (Lay 2001, S.199). Unabhängig vom Beratungsbedarf wünschen sich Patienten im Rahmen der Tumorthherapie eine vertrauensvolle Beziehung zu den beteiligten Professionen (van Weert et al. 2009, S.2969). Eine entsprechende Berücksichtigung findet die Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Berater und Klient auch in dem Beratungsmodell von Hüper und Hellige (Hüper, Hellige 2007, S.115). Unter Betrachtung der fehlenden Kontinuität der Behandlung, geprägt durch langen zeitlichen Abstand einzelner Therapiesitzungen, wird die Bedeutung der Beziehungsgestaltung vor dem Hintergrund der Thematik deutlich. Diese begünstigen laut Pedersen und Kollegen das Phänomen, dass Patienten ihre Bedürfnisse nicht offen und ehrlich thematisieren (Pedersen et al. 2012, S.721).

Darüber hinaus wurden einzelne Interventionen zur Bewältigung, beispielsweise Strategien zum Nebenwirkungsmanagement, nicht in den Beratungsleitfaden miteinbezogen, da sie aufgrund der ausführlichen, bereits vorhanden Literatur den Rahmen der Arbeit übersteigen würden. Für eine gelungene Beratung wird die Notwendigkeit des Vorhandenseins von sogenannten Feldkompetenzen der Pflegenden deutlich, welche spezifische Fachkenntnisse über das Feld, in dem das Problem des Klienten identifiziert wurde, beinhaltet (Lay 2001, S.198). Zur Vorbereitung der Beratungen, welche das Aneignen der inhaltlichen und kommunikativen Fachkompetenzen der Pflegenden beabsichtigt, können somit Schulungen erforderlich werden.

Neben den Kompetenzen der Pflegenden ist auch die Mitarbeit der Klienten für den Beratungsprozess entscheidend. Hierfür sollte eine generelle Bereitschaft der Klienten vorliegen. Klug Redman führt darüber hinaus den Aspekt an, dass Fatigue, welche mit Störungen des Konzentrationsgedächtnisses und Kurzzeitgedächtnisses verbunden sind, in Beratungssituationen ebenfalls Beachtung finden und Auswirkungen auf das Lernvermögen der Betroffenen haben könnten, auch wenn keine Erkenntnisse der Wissenschaft hierzu vorliegen (Klug Redman 2008, S.44). Aufgrund von Beeinträchtigungen in der Mitarbeit könnte die Deutung und Klärung und damit der Aufbau und die Ableitung von Lösungsangeboten zur Bewältigung nur teilweise möglich sein.

Durch die zunehmende Verbreitung onkologischer Erkrankungen unter Menschen höheren Alters sind auch die damit verbundene altersbedingten Besonderheiten hinsichtlich kognitiver und sensorischer Funktionen (van Weert et al. 2013, S.388) zu berücksichtigen. Bezogen auf eine Therapie mit palliativen Ansatz und die damit einhergehenden veränderten Patienten und Angehörigenbedürfnisse (Hartenstein 2006, S.2478), verliert die Anwendung des hier entwickelten Beratungsansatzes ihre Gültigkeit.

Vor allem ergibt sich ein aufbauender Ansatzpunkt für weitere wissenschaftliche Abhandlungen, welche die Anwendung und Praktikabilität des Beratungsleitfadens in der Praxis überprüft. Aufgrund der überwiegenden Präsenz internationaler Studien in dieser Arbeit verwendeter Literatur gilt es ebenfalls die Validität zu überprüfen.

7. Fazit

In dieser Arbeit wurden die vielfältigen Belastungen der Patienten und ihrer Angehörigen, welche im Verlauf einer ambulanten Chemotherapie auftreten können, dargelegt. Besonders die Nebenwirkungen, wie Fatigue, ANE-Syndrom und Schmerzen treten in dem Setting der häuslichen Umgebung auf und beeinträchtigen die gewohnten Lebensabläufe der Patienten massiv, sodass hiermit eine sinkende Lebensqualität einhergeht. Um dem entgegenzuwirken bieten Beratungen die Möglichkeit die aus den Belastungen resultierenden Bedürfnisse der Personengruppe aufzugreifen. Das Resultat der Arbeit ist die Einordnung der Beratungsanlässe in ein Beratungsmodell nach Hüper und Hellige. Die inhaltlichen Schwerpunkte des Beratungsansatzes umfassen krankheits-, alltags-, und biografiebezogene Aspekte. Die Förderung des Gesundheitsverständnisses der Patienten findet in der Beratung ebenfalls Berücksichtigung. Meines Erachtens bietet die Berufsgruppe der Pflegenden mit onkologischer Fachweiterbildungen gute Voraussetzungen diese Beratung anzubieten. Ihre Besonderheit in einer nah am Patienten ausgerichteten Arbeit ermöglicht einen umfassenden Einblick in die Lebenswelt der Betroffenen. Die in dem Beratungsansatz gewählten Beratungsformen geben Pflegenden eine Orientierung für eine mögliche inhaltliche Beratungsgestaltung.

Entsprechend können sie auf individuelle Frage- und Problemstellung der Betroffenen innerhalb von Beratungssituationen eingehen und daraufhin die Betroffenen dahingehend unterstützen, dass die Lebensqualität der Betroffenen auch unter einer Chemotherapie bestehen bleibt und das erforderlichen Behandlungsprotokoll eingehalten wird.

Literaturverzeichnis

Aranda, S.; Jefford, M.; Yates, P.; Gough, K.; Seymour, J.; Francis, P. et al. (2012): Impact of a novel nurse-led prechemotherapy education intervention (ChemoEd) on patient distress, symptom burden, and treatment-related information and support needs: results from a randomised, controlled trial. In: *Annals of Oncology* 23 (1), S. 222–231.

Biersack, H.; Brabant, G. (2013): Spätfolgen onkologischer Therapie. In: *Onkologe* 19 (12), S. 1083–1094.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2009): Nationaler Krebsplan. Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung.

Online verfügbar unter

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_8_Aussagekraeftige_Qualitaetsberichterstattung_durch_klinische_Krebsregister.pdf Zugriff am:

27.05.2015.

Borsellino, M.; Young, M. M. (2011): Anticipatory coping: taking control of hair loss. In: *Clinical journal of oncology nursing* 15 (3), S. 311–315.

Corbin, J. M.; Strauss, A. L. (2010): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 3. Aufl. Bern: Huber.

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO) (2010): Onkologische Zentren. Eine Stellungnahme der DGHO zu den Anforderungen an eine kontinuierliche, umfassende, interdisziplinäre und integrative ambulante und stationäre Versorgung von onkologischen Patienten. 2.4 Aufl. Online verfügbar unter

http://www.dgho.de/zertifizierungen/qualitaetsmanagementsystem-zertifizierung/aktuelle-dokumente/Dok-OZGrund_V02_4_Onkologische-Zentren-Grundsatzpapier.pdf Zugriff am:

28.05.2015.

Devine, E. C.; Westlake, S.K. (1995): The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. In: *Oncology Nursing Forum* 22, S.1369–1381.

Deutsches Krebsforschungszentrum (DFKZ) (2010): Aktuelle Zahlen aus dem Robert Koch-Institut – Vorkommen von Krebserkrankungen in Deutschland. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 3 (15),S. 112.

Dokken, H.;Stukenkemper, J.; Huber, B.; Thoke-Colberg, A. (2005): Wissens- und Beratungsbedarf von Patienten mit Chemotherapie. In: *PR-InterNet* 7 (5), S. 289-295.

Duden online (2015). Online verfügbar unter

<http://www.duden.de/suchen/dudenonline/edukation> Zugriff am: 28.05.2015

Engel, R. (2006): Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum. Wien: Facultas-WUV.

Fitzgerald Miller, J.; Müller, R. (2003): Coping fördern - Machtlosigkeit überwinden. Hilfen zur Bewältigung chronischen Krankseins. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Garcia, S. (2014): The effects of education on anxiety levels in patients receiving chemotherapy for the first time: an integrative review. In: *Clinical journal of oncology nursing* 18 (5), S. 516–521.

Hartenstein, R. (2006): Prinzipien der Palliativmedizin und Sterbebegleitung. In: Schmoll, H. J.; Höffken, K.; Possinger, K. (Hg.): Kompendium Internistische Onkologie. Springer, S. 2478-2489.

Hasenbring, M.; Gassmann, W.; Arp, K.; Kollenbaum, V., Schlegelberger, T. (1993): Belastungen, Ressourcen und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Polychemotherapie: Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie. In: Muthny, F.; Haag, G. (Hg.) Onkologie im psychosozialen Kontext. Spektrum psychoonkologischer Forschung zentrale Ergebnisse und klinische Bedeutung. Heidelberg: Asanger. S. 99–115.

Hohneker, J.; Shah-Mehta, S.; Brandt, P. S. (2011): Perspectives on adherence and persistence with oral medications for cancer treatment. In: *Journal of Oncology Practice* 7 (1), S. 65–67.

Hummel-Gaatz, S.; Doll, A. (2007): Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. Themenbereich 3: Analyse und Vorschläge für den Unterricht. 1. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.

Hüper, C.; Hellige, B. (2007): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen - Grundlagen - Konzepte - Methoden. Frankfurt am Main: Mabuse.

Hüper, C.; Hellige, B. (2012): Kooperative Pflegeberatung und Beratungsqualität. Mit einem Exkurs zu Macht und Eigensinn. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse.

- Jackson, J. M.; Scheid, K.; Rolnick, S. J. (2013): Development of the cancer survivorship care plan: what's next? Life after cancer treatment. In: *Clinical journal of oncology nursing* 17 (3), S. 280–284.
- Käppeli, S. (2004): Pflegekonzepte. Phänomene und Erleben von Krankheit und Umfeld. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Kitzmantel, M.; Book, K.; Landenberger, M.; Stukenkemper, J.; Renz, P.; Jahn, P.; Horn, I.; Thoke-Colberg, A. (2009): Information und Beratung für Patienten mit chemotherapiebedingten Nebenwirkungen: Eine evidenzbasierte pflegerische Praxisleitlinie. In: *Pflegewissenschaft* 11, S. 613-619.
- Klug Redman, B. (2009): Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Klug Redman, B. (2008): Selbstmanagement chronisch Kranker. Chronisch Kranke gekonnt einschätzen, informieren, beraten und befähigen. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Koch-Straube, U. (2008): Beratung in der Pflege. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Lay R (2001): Beratungskompetenz in der Pflege. *PrinterNet*, 9 (1); *Pflegepädagogik*, S. 195-200.
- Lehmann, C.; Koch, U.; Mehnert, A. (2009): Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 59 (07), S. e3–e27.
- London, F. (2010): Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur Patientenedukation. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Lund, L.; Ross, L.; Petersen, M. A.; Groenvold, M. (2015): The interaction between informal cancer caregivers and health care professionals: a survey of caregivers' experiences of problems and unmet needs. In: *Support Care Cancer* 23 (6), S. 1719–1733.
- Lüngen, M.; Rath, T. (2010): Ambulante Öffnung der Krankenhäuser: Welchen Anteil können Krankenhäuser in der onkologischen Versorgung abdecken? In: Klauber, J.; Geraedts, M., Friedrich, J. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?* Stuttgart: Schattauer. S.167-179.
- Margulies, A. (2011): *Onkologische Krankenpflege*. 5. Aufl. Hg. v. Thomas Kroner, Andrea Gaisser und Irene Bachmann-Mettler. Berlin, Heidelberg, New York, NY: Springer Medizin.

Mantovan, F. (2006): Prävention und Pflege der oralen Mukositis bei Patienten mit Chemo- und Radiotherapie: Literaturrecherche und Erarbeitung eines Pflegestandards. *PR-InterNet* 8 (10), S. 550-559.

Mehnert, A. (2013): Psychoonkologie. In: *Onkologe* 19 (9), S. 781–788.

Mehnert, A.; Lehmann, C.; Cao, P.; Koch, U. (2006): Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie - Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 56 (12), S. 462–479.

Menche, N.; Brandt, I. (Hg.) (2013): Pflege konkret Innere Medizin. 6. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.

Müller-Mundt, G. (2011): Patientenedukation als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2013). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress management. Online verfügbar unter http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#supportive Zugriff am: 25.05.2015.

Pedersen, B.; Koktved, D. P.; Nielsen, L. L. (2013): Living with side effects from cancer treatment--a challenge to target information. In: *Scandinavian journal of caring sciences* 27 (3), S. 715–723.

Rathwallner, B. (2013): Informieren — eine (neue) Aufgabe von Pflegekräften? In: *ProCare* 18 (8), S. 34–37.

Räbinger, J.; Breinlinger-O`Reilly, J. (2012): Therapiebedingte Versorgungsbedarfe onkologischer Patienten und Patientinnen im häuslichen Milieu (AOP). Projektbericht. Alice Salomon Hochschule Berlin (Hg.).Berlin.

Remmers, H. (2001): Belastungs- und Verarbeitungsprobleme bei Patientinnen mit Brustkrebs--Anforderungen an pflegerische Betreuungs- und Unterstützungskonzepte. In: *Pflege* 14 (6), S. 367–376.

Robert-Koch Institut (RKI) (2010): Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010; eine Veröffentlichung des Zentrums für Krebsregisterdaten am RKI. Unter Mitarbeit von Joachim Bertz. Berlin: Robert-Koch-Institut.

- Renz, P.; Landenberger, M.; Knerr, A.; Bernd, U.; Horn, I. (2007): Ernährung/Ernährungsberatung für Patienten mit chemotherapiebedingten Beschwerden. Eine evidenz-basierte pflegerisch-interdisziplinäre Praxisleitlinie. In: *Pflege Wissenschaft* (01), S. 5–13.
- Sabaté, E. (2003): Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization (Hg.).
- Schaeffer, D. (2006): Lehrbuch Patientenberatung. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Schulc, E.; Ecker, C.; Deufert, D.; Sandbichler, S.; Sydow, N.; Them, C. (2008): Der Einfluss von Patientenedukation auf das Schmerzempfinden bei Patienten mit einer malignen Tumorerkrankung. In: *Pflege Zeitschrift* 61 (4), S. 214–219.
- Tschuschke, V. (2011): Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- van Weert, J. C.M; Jansen, J.; de Bruijn, G.; Noordman, J.; van Dulmen, S.; Bensing, J. M. (2009): QUOTEchemo: A patient-centred instrument to measure quality of communication preceding chemotherapy treatment through the patient's eyes. In: *European Journal of Cancer* 45 (17), S. 2967–2976.
- van Weert, J. C M; Bolle, S.; van Dulmen, S.; Jansen, J. (2013): Older cancer patients' information and communication needs: what they want is what they get? In: *Patient education and counseling* 92 (3), S. 388–397.
- Waller, A.; Forshaw, K.; Bryant, J.; Mair, S. (2014): Interventions for preparing patients for chemotherapy and radiotherapy: a systematic review. In: *Support Care Cancer* 22 (8), S. 2297–2308.
- Werner, B. (2007): Leiten und Lehren in der Pflege. Die Pflegewissenschaft im Fokus von Management, Ausbildung und Praxis der Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Wied, S.; Warmbrunn, A. (2012): Pschyrembel Pflege. 3. Aufl. Berlin: De Gruyter.

Anhang

Beratungsassessment auf Basis der kooperativen Beratung (Hüper/Hellige)

Name:

Datum: ____/____/20__

Aktuelle Krankheitsphase:

Vorstadium Verlaufskurvenbeginn Stabile Phase Instabile Phase

Krisenphase Normalisierung Abwärtsphase Sterbephase

Hauptarbeitslinien	Beratungsbedarf	Weitere Beratung
	Informieren / Orientieren + Deuten / Klären + Handeln / Bewältigen	Merkposten / Vereinbarungen
Krankheitsarbeit: Krankheitswissen		
phasenhafter Krankheitsverlauf		
Symptomkontrolle		
Medikamente (Wirkung/ Nebenwirkungen)		
Mobilisation, Prophylaxen		
Alltagsarbeit: Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen im Beruf		
Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen in der Haushaltsführung		
Umgang mit		

krankheitsbedingten Einschränkungen in der Freizeit		
Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen / Einsatz von Hilfsmitteln		
Biografiearbeit: Selbst- und Körperkonzept		
Rollenverständnis		
Wohlbefinden		
Umgang mit Stresssituationen		
Gesundheitsförderung Information und Wissen zum Verstehen		
Kompetenzförderung		
Selbstbestimmte Lebensgestaltung im Alltag/ Lebensqualität/ Wohlbefinden/ Entspannung		

Quelle: Hüper, Hellige 2012, S.214ff.

Eidesstattliche Erklärung zur Bachelorarbeit

Ich versichere, die Bachelorarbeit selbstständig und lediglich unter Benutzung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben. Ich erkläre weiterhin, dass die vorliegende Arbeit noch nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht wurde.



Hamburg, den 29.05.2015