

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management
Dualer Studiengang Pflege WS 2012/2013

Rezidiv bei onkologischen Patienten
Entwicklung von bedürfnisorientierten Pflegeinterventionen

Bachelorthesis

Vorgelegt von: Almuth Marie Fimmen

[REDACTED]

[REDACTED]

E-Mail:

[REDACTED]

Matrikelnummer:

[REDACTED]

Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Doris Wilborn

Zweite Prüferin: Kathrin Dehning

Tag der Abgabe: 01.06.2016

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	II
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung.....	6
2 Onkologischer Hintergrund und die psychischen Folgen der Diagnosen.....	10
2.1 Entstehung von Krebs	10
2.2 Psychische Folgen der Erstdiagnose Krebs.....	10
2.3 Entstehung eines Rezidivs.....	12
2.4 Psychische Folgen der Diagnose Rezidiv	12
3 Bedürfnisse	16
3.1 Definition Bedürfnis	16
3.2 Einfluss der Bedürfnisbefriedigung auf die Lebensqualität	16
3.3 Bedürfnisse von Betroffenen	18
3.3.1 Körperliche Funktionalität.....	18
3.3.2 Psychische Bedürfnisse	19
3.3.3 Soziale Integrität.....	20
3.3.4 Spirituelle Bedürfnisse	21
3.3.5 Wunsch nach Autonomie	22
4 Krankheitsbewältigung der Betroffenen.....	23
4.1 Coping und Abwehr	23
4.2 Copinganforderungen	25
4.3 Personale Ressourcen.....	27
4.3.1 Spirituelle und religiöse Haltungen als Bewältigungsressource	27
4.3.2 Soziale Unterstützung als Bewältigungsressource.....	29
5 Bedürfnisorientierte Pflegeinterventionen	31
5.1 Förderung der körperlichen Funktionalität	31
5.2 Gesprächsbedürfnis	33

5.2.1	Kommunikation als Beziehungsaufbau.....	33
5.2.2	Grundhaltungen in der Kommunikation.....	34
5.2.3	Informationsbedürfnis.....	36
5.2.4	Hindernisse in der Kommunikation.....	37
5.3	Emotionale Unterstützung.....	38
5.4	Pflege als soziale Unterstützung.....	39
5.5	Umgang mit spirituellen Fragen.....	40
5.6	Aufrechterhaltung der Autonomie.....	41
6	Diskussion.....	43
7	Schlussfolgerung.....	47
	Literaturverzeichnis.....	49
	Internetquellen.....	53
	Anhang.....	55

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Teilbereiche der Lebensqualität.....	17
Tabelle 1: Einfluss des Rezidivs auf den Patienten	26
Tabelle 2: Copinganforderungen an den Patienten.....	26
Tabelle 3: Einfluss der Krebserkrankung auf die Familie.. ..	58

Abkürzungsverzeichnis

ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ebd.	ebenda
et al.	und andere
DNA	Desoxyribonukleinsäure
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
RKI	Robert Koch Institut
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Laut des Statistischen Bundesamtes waren in 2014 Krebserkrankungen mit 223.758 Fällen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland (vergleiche (vgl.) Destatis, 2016). Im Jahr 2015 sind nach Schätzungen des Robert Koch Instituts (RKI) 252.060 Männer und 225.890 Frauen neu an Krebs erkrankt. Zu diesem Zeitpunkt lebten schätzungsweise insgesamt 1,6 Millionen an Krebs erkrankte Menschen in Deutschland (vgl. dkfz, 2013). Wissenschaftler prognostizieren für das laufende Jahr 498.700 neue Krebserkrankungen (vgl. ebenda (ebd.)). Nach derzeitigem Stand erkrankt jeder zweite Mann (51%) und 43% aller Frauen im Laufe ihres Lebens an Krebs (vgl. RKI, 2015). Im Jahr 2012 war Prostatakrebs mit 63.710 Neuerkrankungen die häufigste Krebserkrankung bei Männern. An Lungenkrebs erkrankten 34.490, an Darmkrebs 33.740 Männer. Bei Frauen war Brustkrebs mit 69.550 Fällen die häufigste und Darmkrebs mit 28.490 die zweithäufigste Krebsform (vgl. RKI, 2015).

Diese genannten Zahlen beinhalten sowohl die Erstdiagnose einer Krebserkrankung als auch das Wiederauftreten eines Tumors, welches Rezidiv genannt wird. Viele Erkrankte erleiden ein Wiederauftreten einer vorherigen Krebserkrankung. Im Falle einer Krebserkrankung bedeutet dies, dass sich nach einer erfolgreichen Therapie bzw. Zerstörung/Zurückdrängung des Tumors erneut ein Tumorgewebe, an der gleichen oder einer anderen Stelle, gebildet hat (vgl. Krebsratgeber, 2016). Nach Angaben des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kommt es bei 5-10% der Brustkrebs-Patientinnen nach brusterhaltener Operation und Bestrahlung innerhalb von zehn Jahren nach der Erstdiagnose zu einem Rezidiv (vgl. IQWiG, 2012). In einer weiteren Studie heißt es, dass sich bei 45% der Patienten¹ ein Rezidiv im Dick- und Mastdarm nach vorausgegangener kurativer Therapie bildet (vgl. Wilhelmssen, Kring & Jorgensen und andere (et al.), 2014, S. 1). Die Angaben des IQWiG und die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die erneute Bildung eines Tumors, nach gut verlaufender Erstbehandlung, sehr häufig ist. Die Betroffenen sind somit zum wiederholten Mal den hohen psychischen und physischen Belastungen einer Krebserkrankung ausgesetzt.

Die Krebsdiagnose wird bei den meisten Betroffenen als Schock empfunden (vgl. Röttger, 2003, S. 19). So stellt die Krebserkrankung für die Betroffenen eine einschneidende Lebensveränderung dar, welche durch vielfältige Reaktionen und Gefühle wie Angst, Hilflosigkeit und Verunsicherung begleitet sein können (vgl. Weis, 2002, S. 48; vgl. Tschuschke, 2011, S. 57).

¹ Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf geschlechterspezifische Formulierungen verzichtet. Grundsätzlich sind die Begriffe Patient, Erkrankter und Betroffener geschlechtsneutral zu verstehen.

Jedoch können diese Gefühle bei der Ersterkrankung häufig noch durch die Hoffnung auf Heilung minimiert oder –zumindest reduziert werden. Spätestens aber wenn ein Rezidiv diagnostiziert wird oder wenn Metastasen auftreten, kann die Hoffnung auf Genesung oder Stillstand der Erkrankung zerstört werden (vgl. Weyland, 2013, S. 121). Vivar, Whyte & Mcqueen (2010) verglichen in ihrer Studie die Erfahrungen von Krebserkrankten und ihren Familienangehörigen dahingehend, welche Bedeutung die Nachricht eines Rezidivs für sie hatte. Es wurde ermittelt, dass für die meisten Erkrankten und ihren Angehörigen das Wiederkommen der Erkrankung deutlich härter und schwerwiegender empfunden wird, als die Erstdiagnose (S. 2052). Mit der Zweitdiagnose wird die aufgebaute Hoffnung die Krankheit besiegt zu haben zerstört, und eine erneute Auseinandersetzung mit der Krankheit und ihren Konsequenzen scheint unausweichlich (vgl. ebd.). Die Zeit nach der Zweitdiagnose wird oft als große Frustration erlebt, begleitet von Gefühlen wie Schmerz, Ärger, Angst, Sorge und die Frage nach dem „Warum?“. Mit einem Rezidiv wird den Beteiligten oftmals die Unberechenbarkeit der Krankheit bewusst, was eine hohe Ungewissheit über den Erfolg der anschließenden Therapie auslöst (vgl. ebd.). Dieser Schockzustand hält bei den Erkrankten und Nahestehenden wesentlich länger an, als nach der Erstdiagnose (vgl. Weyland, 2013, S. 121).

Da in der Forschung der bisherige Fokus überwiegend auf der biomedizinischen Entstehung von Rezidiven lag und weniger auf den psychosozialen Auswirkungen für die Betroffenen (vgl. Vivar et al., 2010, S. 2049) wird dies zum Anlass genommen, sich in dieser Arbeit mit eben diesen Auswirkungen zu beschäftigen. Um aus pflegerischer Perspektive angemessen auf die Patientenbedürfnisse einzugehen, ist es essentiell, mögliche psychosoziale Reaktionen auf einen Rezidiv und dessen Auswirkungen zu kennen. Im Krankenhausalltag stehen Pflegekräfte häufig als Vermittler zwischen den zuständigen Ärzten und dem Erkrankten. Sie nehmen damit speziell in der Onkologie, eine entscheidende Rolle ein. Sie haben den zeitintensivsten und unmittelbarsten Kontakt zu den Patienten und ihren Angehörigen und können durch professionelle Kommunikation maßgeblich zu der Krankheitsverarbeitung beitragen (vgl. Röttger, 2003, S. 77).

In der Pflege sind der verbale Kontakt und das Gespräch Mittelpunkt der Arbeit (vgl. Gestrich, 2006, S. 9). Durch Gespräche begegnet das Pflegepersonal den Bedürfnissen der Patienten nach Zuspruch, einer persönlichen Betreuung, der Möglichkeit von Nachfragen und der Aussprache. Indem ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt gestellt werden, soll den Patienten das Gefühl übermittelt werden, nicht allein, sondern beachtet und verstanden zu werden (vgl. Gestrich, 2006, S. 10). Um umfassend auf den Patienten eingehen zu können, müssen dem Pflegepersonal daher

die Bedürfnisse der Betroffenen bekannt sein. Mit Hilfe dieser Kenntnisse kann das Pflegepersonal den Patienten einfacher bei ihrem Anpassungsprozess an den Rezidiv und dessen Folge-therapie unterstützen (vgl. Tschuschke, 2011, S. 69). Obwohl die psychische Belastung, die mit einer Krebserkrankung einher geht, bekannt ist und die Nachricht eines Rezidivs häufig noch schwerwiegender erlebt wird, als die der Erstdiagnose, bestehen noch große Unsicherheiten im Umgang mit onkologischen Patienten. Dies führt laut Griffiths, Ewing & Rogers (2010) in der pflegerischen Praxis zum Teil dazu, dass die Bedürfnisse der Patienten ignoriert oder nicht wahrgenommen werden (S. 390).

Deshalb soll in dieser Arbeit ermittelt werden, was die Bedürfnisse der Patienten und der Angehörigen nach der Bekanntgabe eines Rezidivs sind und durch welche Interventionen das Pflegepersonal angemessen auf diese Bedürfnisse eingehen kann. Im Verlauf der Arbeit wird folgende Fragestellung untersucht:

Auf welche Art und Weise können Pflegende auf die besonderen Bedürfnisse von Patienten mit einem Rezidiv und ihren Angehörigen reagieren?

Ziel dieser Arbeit ist es, mit Hilfe der gewonnenen Erkenntnisse Empfehlungen für die Pflegepraxis zu generieren. Dafür werden die Bedürfnisse der Betroffenen und deren Angehörigen herausgearbeitet und darauf aufbauend mögliche Ansätze für pflegerische Interventionen empfohlen. Auf diese Weise soll es Pflegenden einfacher möglich sein, auf die individuellen Wünsche der Erkrankten und ihren Familien einzugehen, sie in ihrer Lebenssituation zu unterstützen und bei der Krankheitsbewältigung besser begleiten zu können. Außerdem soll ein Beitrag dazu geleistet werden, Unsicherheiten im Umgang mit onkologischen Patienten abzubauen und so die auf den Patienten abgestimmte Pflege zu optimieren. Dies hätte ebenfalls langfristig positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen.

Im zweiten Kapitel wird zunächst die Entstehung von Krebs und die Auswirkungen auf die Betroffenen durch die Erstdiagnose beschrieben. Im Anschluss folgt eine kurze Beschreibung über die Entstehung von Rezidiven und eine eingehende Darstellung über die psychischen Auswirkungen eines Rezidivs auf die Betroffenen. In diesem Zusammenhang wird der Fokus auf die Ängste, die vor allem nach der Zweitdiagnose noch intensiver auftreten, gelegt. Im dritten Kapitel werden, ausgehend von einer Beschreibung der Begriffe „Bedürfnis“ und „Lebensqualität“, mit Hilfe von qualitativen Studien und Fachliteratur die Bedürfnisse und Wünsche von Erkrankten und ihren Angehörigen dargestellt. Die priorisierten Bedürfnisse in psychischer, sozialer und spiritueller Hinsicht werden nacheinander erläutert. Dabei wird speziell auf die

jeweilige Bedeutung der Bedürfnisse für die Betroffenen eingegangen. Im Anschluss wird in Kapitel 4 der Einfluss der Krankheitsbewältigung auf die Verarbeitung der Diagnose beschrieben. An dieser Stelle wird das Augenmerk auf die Aussagen einer Theorie von Lazarus und Folkman gelegt. In diesem Kapitel werden außerdem die Bewältigungsanforderungen, denen die Betroffenen nach der zweiten Diagnosestellung ausgesetzt sind, tabellarisch dargestellt. Daran anknüpfend werden wichtige personale Ressourcen von Betroffenen betrachtet, die maßgeblich zur Krankheitsbewältigung beitragen können. Im fünften Kapitel wird ein Überblick über die bedürfnisorientierten Pflegeinterventionen, welche an die in Kapitel 3 genannten Bedürfnisse der Betroffenen anknüpfen, gegeben. Hier wird besonders auf die Bedeutung der Kommunikation in der Pflege eingegangen. Abschließend folgt eine kurze Zusammenfassung und kritische Stellungnahme zur Forschungsfrage, sowie Vorschläge für die pflegerische Praxis. .

Die Inhalte dieser Arbeit lassen sich auf die Pflege von Erwachsenen im Krankenhaus beziehen. Der Fokus wird dabei weder auf das Krebsstadium gelegt, in welchem sich der Erkrankte befindet, noch an welcher Krebsform er erkrankt oder wie die Prognose ist. Der Fokus liegt vielmehr auf den Auswirkungen der Bekanntgabe eines Rezidivs für den Erkrankten und den Angehörigen und den damit einhergehenden psychischen Folgen. Inwieweit die Heilung vom Rezidiv wahrscheinlich ist, wird nicht weiter betrachtet. Wenn im Folgenden von „Betroffenen“ gesprochen wird, impliziert das sowohl die Krebserkrankten als auch ihre Angehörigen.

Die Recherche nach Fachliteratur und Studien wurde u.a. im Katalog der HAW, sowie im Campus- und Regionalkatalog, in Medline und Googlescholar vorgenommen. Ausgewählte Suchbegriffe waren dabei sowohl in englischer als auch in deutscher Sprache bspw. die Begriffe „Rezidiv“, „Angst“, „Bedürfnisse“, „Krankheitsbewältigung“, „Diagnose Rezidiv“, „Kommunikation“ und „Patient“. Die Einschlusskriterien für die Auswahl von Studien waren u.a. Patienten ab 18 Jahren oder älter, nicht ältere Studien als zehn Jahre, Erkrankung an Krebs bzw. Wiederkommen von Krebs und die Bedürfnisse von Patienten und ihren Angehörigen, dies jeweils für Deutsche und Englische Veröffentlichungen.

Im anschließenden Kapitel wird sowohl die biochemische Entstehung von Krebs und Rezidiven, als auch die psychischen Folgen der Diagnosen für die Betroffenen dargestellt.

2 Onkologischer Hintergrund und die psychischen Folgen der Diagnosen

2.1 Entstehung von Krebs

Jede gesunde Zelle ist in der Lage, ihr Wachstum und ihre Teilungshäufigkeit im Laufe ihrer Lebensdauer selbstständig zu kontrollieren (vgl. Pleyer, 2012, S. 3). Bei Krebszellen bzw. Tumorzellen trifft diese Eigenschaft jedoch aufgrund von genetischen Veränderungen nicht mehr zu. Die Ursprungszelle aller Tumorzellen ist dabei durch eine Veränderung der Basenfolge der Desoxyribonukleinsäure (DNA) entstanden. Die Tumorzelle besitzt die Fähigkeit, sich in viele weitere Zellen zu teilen (vgl. Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2012, S. 1189). Dies hat zur Folge, dass ein bösartiger (maligner) Tumor entstehen kann, der ein Eigenleben zu führen beginnt (vgl. ebd.). Der Tumor „[...] durchbricht die natürlichen Begrenzungslinien seines Ursprungsgewebes und dringt in die Umgebung ein“ (Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2012, S. 1189). Wenn der Tumor gewachsen ist und eine bestimmte Größe erreicht hat, ist er in der Lage, sich über die Blutgefäße mit Nährstoffen zu versorgen (vgl. ebd.). Es kann dazu kommen, dass der maligne Tumor in Blutgefäße oder Lymphbahnen eindringt und somit einzelne Tumorzellen über das Blut oder die Lymphe zu anderen Organen gelangen. Diese transportierten, bösartigen Zellen siedeln sich dann als sogenannte Metastase in anderen Organen wie z.B. der Lunge, Leber oder dem Gehirn an (vgl. ebd.). Dabei kann es dazu kommen, dass die Metastasen zunächst unbemerkt bleiben und erst bei einem Rezidiv erkannt werden (vgl. Pleyer, 2012, S. 4). Verbleibt eine Tumorerkrankung unbehandelt, verläuft sie fast immer tödlich (vgl. Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2012, S. 1189).

Wird der Tumor erkannt, so kommt es zu der Erstdiagnose der Krankheit, welche im folgenden Kapitel behandelt wird.

2.2 Psychische Folgen der Erstdiagnose Krebs

Die Nachricht, an einer Krebserkrankung zu leiden, führt bei den Erkrankten und ihren Angehörigen im Vergleich zu anderen Krankheitsdiagnosen zur stärksten Belastungsreaktion (vgl. Larbig & Tschuschke, 2000, S. 54). Da die Erkrankten oftmals keine bzw. kaum Symptome haben, tritt die Krebsdiagnose für die meisten Betroffenen sehr überraschend ein und löst häufig einen enormen Schockzustand aus (vgl. Weis, 2002, S. 86; vgl. Larbig & Tschuschke, 2000, S. 54). Häufig führt die Krebsdiagnose zu einer existentiellen Krise. Das normale Leben, das vorher relativ gesichert und geregelt schien, gerät durcheinander (vgl. Röttger, 2003, S. 19). Von

einem Moment auf den nächsten scheint nichts mehr so wie vorher zu sein (vgl. Frauenselbsthilfe nach Krebs, 2014, S. 4). Dabei werden alle Bereiche des Lebens durch die Diagnose erschüttert. Die Betroffenen fürchten sich vor einem langen Leiden und auf sie zukommende Schmerzen (vgl. ebd.). Außerdem lassen sich bei einigen Betroffenen Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit erkennen. Diese werden auch dadurch verstärkt, dass die Sprache der Medizin für Laien nur schwer zu verstehen und nachzuvollziehen ist, und jeder Besuch beim Arzt neue Fragen aufwirft (vgl. ebd.). Die Krebserkrankung stellt somit für viele Erkrankte und Angehörigen eine große psychische Belastung dar (vgl. Künzler, Mamié & Schürer, 2012, S.3). Auch Tschuschke (2011) kommt zu dem Schluss, dass die Krankheit Krebs „[...] immer noch unvermeidlich mit der Endlichkeit menschlichen Lebens, mit der Möglichkeit des Sterbens an sich und auch mit dem Tod verknüpft“ (Tschuschke, 2011, S. 3) ist. Mit der Bekanntgabe der Krebsdiagnose liegt der Gedanke an den eigenen Tod sehr nahe (vgl. Röttger, 2003, S. 19).

Aber nicht nur die Krebserkrankten sind durch die Diagnose stark belastet (vgl. Künzler, Mamié & Schürer, 2012, S. 5). Von den Auswirkungen der Diagnose sind auch die Ehepartner/Lebenspartner und die Kinder betroffen (vgl. ebd.). Die Ängste und die Unsicherheit über den Verlauf der Krankheit, mögliche Nebenwirkungen der Behandlung oder Gefühle der Isolation und Stigmatisierung werden von allen Familienmitgliedern geteilt, auch wenn jeder unterschiedlich damit umgeht (vgl. ebd.; vgl. Tschuschke, 2011, S. 57). Das Gefühl der Hilflosigkeit ist laut Künzler, Mamié & Schürer (2012) ein sehr häufig erlebtes Gefühl der Angehörigen (S. 5). Sie haben das Bedürfnis, ihrem Familienangehörigen bei der Verarbeitung der Diagnose zu helfen und bei der Bewältigung der medizinischen Therapie zu unterstützen. Jedoch sind die Angehörigen damit häufig überfordert (vgl. ebd.). Außerdem würden sie gerne mehr Einfluss auf den Verlauf der Therapie nehmen und mehr Kontrolle über die Behandlung gewinnen können, was oftmals nicht möglich ist. Das Bewusstsein darüber, dass auch sie der Krankheit ausgeliefert sind und die Krankheit in den Händen der Ärzte und anderer Berufsgruppen liegt, führt zu einer großen Verunsicherung (vgl. ebd.).

Gleichzeitig führt bei den Erkrankten und ihren Angehörigen die direkt an die Diagnose anschließende Versorgung und Behandlung durch das ärztliche und pflegerische Team zu einer erheblichen Entlastung (vgl. ebd.). Ist zunächst der Schockzustand überwunden, folgt die psychische Verarbeitungsphase der „Reaktion“ und „Bearbeitung“ (vgl. Künzler, Mamié & Schürer, 2012, S. 14). Hier stellen sich die Betroffenen ihrer Krankheit, wünschen eine medizinische Behandlung und hegen Hoffnung auf die Heilung (vgl. ebd.). Die Erkrankten nehmen ihren Kampfgeist auf und wollen der Krankheit ins Gesicht schauen und sie besiegen.

Obwohl es heutzutage vielfältige Behandlungsmöglichkeiten für verschiedene Krebsformen gibt und somit die Hoffnung auf Heilung wahrscheinlicher ist, besteht bei vielen Krebspatienten und ihren Angehörigen auch nach gut verlaufender Therapie große Angst vor einem Rezidiv (vgl. Künzler, Mamié & Schürer, 2012, S. 25). Die Therapien gegen den Krebs werden zwar immer erfolgreicher, jedoch hat dies auch zur Folge, dass Krebs zunehmend zu einer chronischen Krankheit wird und die Betroffenen vermehrt mit neuen Belastungen konfrontiert werden können (vgl. Künzler, Mamié & Schürer, 2012, S. 3).

Auch die Zeit nach der Beendigung der Behandlung kann für die Betroffenen belastend sein (vgl. Mehnert, 2012, S. 15). Trotz der Hoffnung auf einen langfristigen Therapieerfolg und einer guten medizinischen Prognose, fühlen sich viele Betroffene dauerhaft von der Krankheit bedroht und werden häufig von einer ständigen Angst begleitet (vgl. Künzler, Mamié & Schürer, 2012, S. 3.).

2.3 Entstehung eines Rezidivs

Die Art des Tumors, seine Metastasierung und Verbreitung, sowie die bekannten Vorerkrankungen des Patienten, bestimmen die Prognose der Tumorerkrankung (vgl. Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2012, S. 1199). Eine Therapie des Tumors verringert in den meisten Fällen dessen Größe (Teilremission). Häufig kann der Tumor auch komplett bis zu einem fehlenden Nachweis in bildgebenden oder mikroskopischen Untersuchungen reduziert werden (Vollremission) (vgl. ebd.). Jedoch zeichnet sich bei einigen malignen Tumorzellen eine Resistenz gegenüber der Therapie ab. Dann verbleiben weiterhin bösartige Zellen im Körper des Erkrankten und führen im Verlauf zu Rückfällen, sog. Rezidiven. Die Rezidivtumore sind wegen ihrer Resistenz häufig nur schwer therapeutisch zu beeinflussen. Die Chance auf eine langfristige Heilung ist in diesen Fällen deutlich minimiert (vgl. ebd.).

2.4 Psychische Folgen der Diagnose Rezidiv

Wenn die Behandlung des Tumors nach der Erstdiagnose erfolgreich verlaufen ist, folgen sog. Nachkontrollen (vgl. Künzler, Mamié & Schürer, 2012, S. 28). Damit sind Folgeuntersuchungen gemeint, die je nach Krebsart in unterschiedlichen Zeitabständen beim behandelnden Arzt stattfinden (vgl. ebd.). Die Nachkontrollen führen bei den meisten Krebserkrankten und ihren Familienangehörigen bereits im Vorfeld zu psychischen Belastungen. Hierbei steht die Angst vor der Diagnose eines Rezidivs im Vordergrund (vgl. ebd.).

Bestätigt sich in der Nachkontrolle die Angst, und die Betroffenen werden erneut mit der Diagnose Krebs konfrontiert, durchleben sie ein noch viel größeres Gefühlschaos als nach der Erstdiagnose (vgl. Vivar, Whyte & Mcqueen, 2010, S. 2052). Weyland (2013) beschreibt diesen Zustand als eine Lähmung und Erstarrung der Gefühle (S. 121). Die Hoffnung nach der Primärbehandlung den Krebs für immer überwunden zu haben, bricht plötzlich zusammen (vgl. ebd.). Die Zuversicht auf den langfristigen Erfolg der Therapie und der Glaube, die Krankheit besiegt zu haben, verschwinden von einem Moment auf den nächsten (vgl. ebd.). Es folgen Gefühle der Enttäuschung und Wut über den eigenen Körper, über die Therapie und Ärzte und auch über die falschen Hoffnungen (vgl. ebd.). Es scheint, als hätte nun endgültig die Erkrankung den Kampf gegen die Behandlung gewonnen (vgl. Tschuschke, 2011, S. 83). So kommt auch Tschuschke (2011) zu dem Urteil, dass das Auftreten eines Rezidivs allen Betroffenen verdeutlicht, dass der Krebs nicht zu kontrollieren ist und der Tod unvermeidbar sein könnte (S. 83).

Mit der Nachricht, dass ein Rezidiv vorliegt, beginnen viele Betroffene, die Nützlichkeit der Behandlung anzuzweifeln (vgl. ebd.). Befürchtungen darüber, ob eine erneute Behandlung den Krebs überhaupt besiegen könnte und ob der Körper und die Psyche eine erneute Therapie bewältigen können, kommen auf (vgl. ebd.). Mehnert (2010) zeigt in seinem Buch die Hoffnungslosigkeit einer Patientin, die erneut an Brustkrebs erkrankt ist:

„Dies ist jetzt die zweite Chemo in diesem Jahr, nach der xten Operation. Es ist schon gar nichts mehr da zum operieren [!] und jetzt vermehren sich die Krebszellen schon wieder im Quadrat. Alles umsonst. Ich weiß nicht, was ich noch machen soll, ich kann auch nicht mehr“ (Mehnert, 2010, S. 67).

Diese Äußerung einer 48-jährigen Frau zeigt die Ermüdung über die medizinische Therapie sowie die Hoffnungslosigkeit über den Erfolg einer neuen Therapie. So geht es auch vielen anderen Patienten, die einen Rezidiv erleiden. Distress und das Gefühl von Frustration darüber, dass der Krebs wiedergekommen ist, zeichnen sich ab (vgl. Tschuschke, 2011, S. 83).

In einer qualitativen Studie von Vivar, Whyte & Mcqueen (2010) wurden die Erfahrungen von krebserkrankten Patienten und ihren Angehörigen darauf verglichen, welche Auswirkungen die Nachricht eines Rezidivs für sie hatte und wie ihre Reaktionen auf diese Nachricht waren (S. 2051). In dieser Studie wurde ermittelt, dass die Betroffenen die Nachricht des Rezidivs als wesentlich schwerwiegender erlebt hatten als die Erstdiagnose (vgl. Vivar, Whyte & Mcqueen,

2010, S. 2052). Wenn der Krebs zurückkommt, werden die Patienten und auch ihre Angehörigen unweigerlich an die Zeit erinnert, als sie die Erstdiagnose erhalten haben (vgl. Vivar, Whyte & Mcqueen, 2010, S. 2051). Einen Rezidiv zu erleiden bedeutet für die meisten zurück in die Vergangenheit geworfen zu werden und mit einem nicht endenden Leid konfrontiert zu bleiben (vgl. ebd.). Die Mitteilung, einen neuen Tumor zu haben, wird von vielen Betroffenen wie ein „Schlag ins Gesicht“ erlebt (vgl. ebd.). Obwohl häufig schon vor der Nachuntersuchung Ängste vor einem Rezidiv bestehen, ist die endgültige Diagnose trotzdem ein großer Schock (vgl. Vivar, Whyte & Mcqueen, 2010, S. 2052).

Auf die Mitteilung eines Rezidivs folgen häufig unterschiedliche Ängste, welche die Lebensqualität erheblich einschränken können (vgl. Mehnert, 2010, S. 40). Sie beziehen sich dabei z.B. auf den Erfolg der neuen medizinischen Therapie und die Angst davor, den Krebs nie bewältigen zu können und sterben zu müssen (*Todesdrohung*) (vgl. Mehnert, 2010, S. 40; Tschuschke, 2011, S. 57). Außerdem befürchten die Patienten laut Mehnert (2010) Funktionseinschränkungen und dauerhaft auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen sein zu müssen (*Verletzung der körperlichen Unversehrtheit*) (vgl. Mehnert, 2012, S. 40; Tschuschke, 2011, S. 57). Sie haben Angst davor, den Alltag und ihre Gewohnheiten aufgrund von drohenden oder realen körperlichen Funktionseinschränkungen irgendwann nicht mehr selbstständig verrichten zu können (*Verlust von Aktivitäten*) (Tschuschke, 2011, S. 57). Sie fürchten sich vor einem Kontrollverlust ihres Lebens und eine Belastung für ihr Umfeld darzustellen (*Autonomieverlust*) (vgl. Mehnert, 2010, S. 40; Tschuschke, 2011, S. 57). Außerdem haben sie Angst davor, von ihren Mitmenschen aufgrund ihrer Krankheit abgewiesen zu werden und im Alltag und im Freundeskreis durch ein Stigma belegt zu werden (*soziale Isolierung*) (vgl. Mehnert, 2010, S. 40; Tschuschke, 2011, S. 57).

Das soziale Umfeld kann dabei die psychischen Nöte des Erkrankten nur schwer nachvollziehen (vgl. Tschuschke, 2011, S.63). Dies kann zur Folge haben, dass sich die Erkrankten zurückziehen und von ihrer Außenwelt abwenden (vgl. ebd.). Durch die zunehmende Isolation kann jedoch laut Koch, Lang & Mehnert et al. (2006) die Gefahr entstehen, dass der Verlust an Selbstachtung zu einer Depression führt und die Hoffnungslosigkeit in einer emotionalen Hilflosigkeit endet (S. 24). Jedoch sollte an dieser Stelle auch betont werden, dass das individuelle Ausmaß der Angst unterschiedlich stark ausgeprägt ist (vgl. Hax-Schoppenhorst & Kusserow, 2014, S. 201). Die Lebensgeschichte, Vorerfahrungen mit Krankheiten und die momentane Lebenssituation haben starken Einfluss auf die Gefühlswelt der Betroffenen (vgl. ebd.).

Viele Patienten geben sich selbst die Schuld dafür, dass der Krebs wiedergekommen ist (vgl. Tschuschke, 2011, S. 75). Sie glauben, dass die negative Einstellung und die ewige Angst vor einem Rezidiv dazu geführt haben, dass sie erneut erkrankt sind (vgl. ebd.). Auch der Glaube an Gott hat bei der Bildung eines Rezidivs eine große Bedeutung. So geben die Patienten häufig auch Gott für ihre Erkrankung die Schuld und fühlen sich von ihm im Stich gelassen (vgl. ebd.).

Der Rezidiv hat außerdem auch erhebliche Auswirkungen auf die Familie des Erkrankten (vgl. Vivar, Whyte & Mcqueen, 2010, S. 2052). Häufig fühlen sich die Familienangehörigen dafür verantwortlich, für den Erkrankten zu sorgen (vgl. ebd.). Dies hat meist eine Neustrukturierung der Rollen und Aufgaben des gesamten Familiensystem zur Folge (vgl. Tschuschke, 2011, S. 63). Kinder versuchen die Rolle des Erkrankten zu übernehmen, um dem verbleibenden Eltern- teil eine Stütze zu sein (vgl. Vivar, Whyte & Mcqueen, 2010, S. 2053). Die Krankenhausbesu- che und Untersuchungen strukturieren jetzt noch viel mehr als nach der Erstdiagnose den Alltag von Familien (vgl. Vivar, Whyte & Mcqueen, 2010, S. 2052). Viele haben Angst, ihren Partner alleine zu lassen, da etwas Unerwartetes in der Zwischenzeit passieren könnte (vgl. Vivar, Whyte & Mcqueen, 2010, S. 2053). Für den Erkrankten da zu sein, hilft den Angehörigen mit Gefühlen des Versagens und des Verrats umzugehen (vgl. Tschuschke, 2011, S. 65). Auch sie empfinden ein Misstrauen gegenüber dem medizinischen System und reagieren mit mehr Skep- sis und Zweifel (vgl. ebd.). Deswegen hilft es ihnen, ihrem Partner in dieser Zeit intensiv zur Seite zu stehen, um den Eindruck der eigenen Hilflosigkeit zu reduzieren und das Gefühl von Kontrolle über das Befinden ihres Partners aufrechtzuerhalten (vgl. Vivar, Whyte & Mcqueen, 2010, S. 2053). Aber auch dem Erkrankten helfen die Aufmerksamkeit und das Zusammen- kommen der gesamten Familie dabei, die Kraft für eine erneute Therapie aufzubringen und die schwere Zeit nach der zweiten Diagnosestellung zu bewältigen (vgl. ebd.).

Im Anhang 1 werden die Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Familie vom Beginn der Erstdiagnose über die Therapie bis hin zum Rezidiv tabellarisch dargestellt. Die Übersicht um- fasst außerdem eine Darstellung der Ziele der Angehörigen sowie mögliche Interventionen durch Außenstehende. Inhaltlich wird in dieser Arbeit darauf nicht weiter eingegangen.

Im folgenden Kapitel werden die in Studien und Fachliteratur priorisierten Bedürfnisse von Krebserkrankten und ihren Angehörigen dargestellt.

3 Bedürfnisse

3.1 Definition Bedürfnis

Wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, sind Krebserkrankte und ihre Familienangehörigen nach einer wiederholten Krebsdiagnose psychischen und auch physischen Belastungen ausgesetzt. Die Diagnose eines Rezidivs bringt in den meisten Fällen das Leben der Betroffenen durcheinander. Die Betroffenen sind verunsichert und verängstigt und reagieren häufig mit einer großen Hilflosigkeit. Um als Pflegekraft die Patienten und ihre Familien in dieser schweren Situation aufzufangen und nicht alleine zu lassen, ist es notwendig, über aufkommende Gefühle, Gedanken und Befürchtungen der Betroffenen informiert zu sein, um so ihren Bedürfnissen gerecht werden und pflegerische Handlungen darauf anpassen zu können. Dies ermöglicht dem Pflegepersonal angemessen auf die Wünsche einzugehen und ihre Pflege individuell anzupassen. Im folgenden Zitat von Guenich (2013) wird der Begriff „Bedürfnis“ definiert und die Auswirkungen der Befriedigung eines Bedürfnisses auf den Menschen beschrieben.

„Ein Bedürfnis ist ein Zustand, der begleitet von Gedanken, Gefühlen und Motivationen sowie gegebenenfalls körperlichen Empfindungen und Handlungsimpulsen erkennbar macht, wie es um die Zufriedenheit und um das innere Gleichgewicht eines Organismus bestellt ist“ (Guenich, 2013, S. 105).

Aus dem Zitat lässt sich der Rückschluss ziehen, dass das innere Gleichgewicht und die Zufriedenheit des Körpers beeinträchtigt ist, wenn sich ein Mensch in seinen Bedürfnissen nicht befriedigt fühlt (vgl. ebd.). Sind die Bedürfnisse eines Menschen hingegen befriedigt, ist dies häufig auf ein positives Zusammenspiel von Person und Situation zurückzuführen (vgl. ebd.).

In den folgenden Kapiteln (3.2-3.3.5) werden die Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen beleuchtet.

3.2 Einfluss der Bedürfnisbefriedigung auf die Lebensqualität

In der Onkologie wird das Aufrechterhalten und nach Möglichkeit die Steigerung der Lebensqualität der Patienten als höchstes pflegerisches und medizinisches Ziel angesehen (vgl. Röttger, 2003, S. 35). Forschungen belegen, dass die Wahrnehmung und Befriedigung von Bedürfnissen großen Einfluss auf die Lebensqualität haben (vgl. Röttger, 2003, S. 36). Nach

Aussagen des RKI (2011) wird die Lebensqualität überwiegend durch die physischen, psychischen und sozialen Dimensionen bestimmt (S. 1). Vor allem die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen sei dabei entscheidend (vgl. ebd.). Röttger (2003) beschreibt in seinem Buch die verschiedenen Teilbereiche der Lebensqualität (s. Abb. 1).

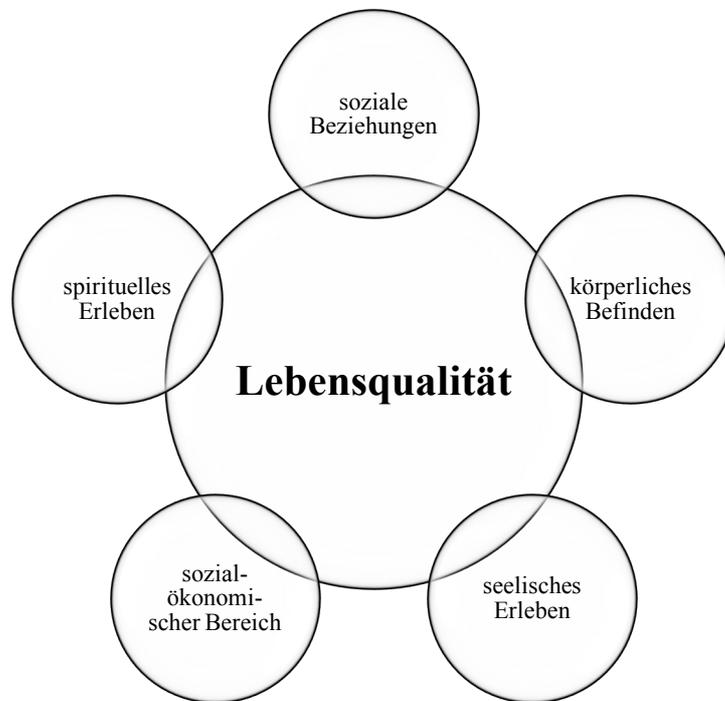


Abbildung 1: Teilbereiche der Lebensqualität (nachgestellt nach Röttger, 2003, S. 36)

Jeder Teilbereich wird durch einzelne Bestandteile der Bedürfnisse definiert. Laut Hudson, Collins & Bostanci et al. (2015) können die Bedürfnisse von Schwerekranken und ihren Angehörigen sehr komplex sein (S. 1). Viele Bedürfnisse bleiben im klinischen Alltag unberücksichtigt und unbefriedigt (vgl. Buzgova, Kozakova & Sikorova et al., 2014, S. 4). Buzgova et al. (2014) haben in einer Studie mit Hilfe eines Instruments die Bedürfnisse von Patienten mit einer Krebserkrankung untersucht (S. 129ff.). Als wichtigste Bereiche stellten sich dabei die physische Funktionalität, das psychische Befinden, die sozialen und spirituellen Bedürfnisse und die Autonomie heraus (vgl. Buzgova et al., 2014, S. 4). Des Weiteren zeigten sich Bedürfnisse bezüglich eines respektvollen Umgangs und die Unterstützung durch das medizinische und pflegerische Gesundheitsteam, eine Aussöhnung mit dem eigenen Leben und die Möglichkeit, in Gesprächen Informationen zu erhalten und Emotionen zu teilen (vgl. ebd.). In den folgenden Kapiteln (3.3.1-3.3.5) werden die Bedürfnisse der von einem Rezidiv Betroffenen, im Einzelnen betrachtet. Die aufgeführten Bedürfnisse der Erkrankten stellen lediglich einen Ausschnitt dar. Wichtig dabei zu beachten ist, dass jeder Mensch individuelle Bedürfnisse und unterschiedliche Wünsche und Vorstellungen von Bedürfnisbefriedigung hat. Die Teilbereiche

der Lebensqualität lassen sich in den Ausführungen der Bedürfnisse wiederfinden. Die Auswertung von Studien und der Literatur hat ergeben, dass ökonomische Befürchtungen in der Situation nach der Diagnosestellung eher von geringerer Relevanz für die Betroffenen sind (vgl. Fitch & Steele, 2010, S. 21). Im fünften Kapitel werden dann Handlungsempfehlungen und mögliche Interventionen für die Befriedigung der einzelnen Bedürfnisse dargestellt.

3.3 Bedürfnisse von Betroffenen

3.3.1 Körperliche Funktionalität

Viele Krebserkrankte fürchten sich davor, im Verlaufe ihrer Erkrankung und Therapie große körperliche Einschränkungen oder Beschwerden ertragen zu müssen (vgl. Buzgova et al., 2014, S. 134ff.; vgl. Fitch & Steele, 2010, S. 17ff.). Dabei stellt der Mangel an körperlicher Leistungsfähigkeit die größte Befürchtung dar (vgl. Fitch & Steele, 2010, S. 17). Auch lösen mögliche Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen der medizinischen Behandlung, von denen die Patienten schon während ihrer ersten Therapie betroffen waren, große Ängste aus. Häufige Nebenwirkungen sind bspw. das Müdigkeitssyndrom (Fatigue), Übelkeit und Erbrechen, Schmerzen oder Dyspnoe (vgl. Buzgova et al., 2014, S. 134). Die Betroffenen befürchten aufgrund der Begleiterscheinungen, körperlich so stark beeinträchtigt zu sein, dass sie nicht mehr in der Lage sind, ihre Arbeit oder alltägliche Dinge bewältigen zu können (vgl. Fitch & Steele, 2010, S. 17). Je weniger körperliche Beschwerden oder Leiden auftreten, desto leichter gelingt es laut Aulbert, Nauck & Radbruch (2007) den Patienten, ihr verändertes Leben und auftretende Schwächen zu akzeptieren und sogar ein mögliches bevorstehendes Sterben hinzunehmen (S. 24f.). Daher ist es für den Patienten besonders wichtig, schmerzfrei zu sein, um die Erkrankung besser annehmen und die Therapie leichter ertragen zu können (vgl. ebd.). Aulbert, Nauck & Radbruch (2007) folgern außerdem, dass bereits die Wahrnehmung und Behandlung von Symptomen und die Unterstützung bei der Akzeptanz unabänderlicher Beschwerden die Lebensqualität der Betroffenen wieder erhöhen kann (S. 24). Somit ist es bei aufkommenden physischen Beschwerden von großer Bedeutung, dass das Krankenhauspersonal auf die physischen Bedürfnisse eingeht und so gut wie möglich die Beschwerden lindert (vgl. Fitch & Steele, 2010, S. 17).

3.3.2 Psychische Bedürfnisse

Ein im Krankenhaus häufig unbefriedigtes Bedürfnis ist der Wunsch nach Kommunikation (vgl. Röttger, 2003, S. 75). Das Zitat von Pleyer (2012) zeigt bestehende Defizite in der Informationsübermittlung von Ärzten, die Patienten und ihre Angehörigen über die Erkrankung vollständig aufzuklären.

„Viele Patienten aber auch Angehörige fühlen sich nur unzureichend über ihren Befund oder vielleicht sogar über die Unheilbarkeit ihrer Erkrankung und die begrenzte Zeit, die Ihnen noch zur Verfügung steht“ informiert (Pleyer, 2012, S. 208).

Dabei stellt nach Ugalde, Aranda & Krishnasamy et al. (2011) die detaillierte Aufklärung über die Erkrankung und den weiteren Verlauf das größte Bedürfnis der Betroffenen und ihren Angehörigen dar (S. 422). Sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte vermeiden häufig, in einen intensiven Austausch mit den Patienten und Angehörigen zu gehen. Sie sind unsicher bei der Übermittlung schlechter Prognosen und verschließen sich deshalb in Gesprächen mit dem Patienten (vgl. Pleyer, 2012, S. 170). Dabei hoffen die meisten Patienten und ihre Angehörigen eine ehrliche Aussage über ihren Zustand und die Prognose, so Ugalde et al. (2011, S. 422).

Gespräche über Anliegen, Sorgen und Bedürfnisse gehören für Ärzte und Pflegekräfte zu den anspruchsvollsten Aufgaben (vgl. ebd.). Dabei kann durch Kommunikation Emotionen der Gesprächspartner geteilt und damit positiv zur Adaption der Diagnose beigetragen werden (vgl. Buzgova et al., 2014, S. 135). Die Möglichkeit für Patienten und Angehörige, ihren Emotionen freien Lauf zu lassen, kann zudem dazu beitragen, dass die Angst vor einem Leben mit dem Krebs und der Angst vor weiteren Rezidiven reduziert werden (vgl. ebd.). Die Betroffenen wünschen sich im Krankenhaus ein empathisches und respektvolles Miteinander (vgl. Fitch & Steele, 2010, S. 20). Die Umsetzung dessen hilft ihnen dabei, die ungewohnte Situation im Krankenhaus auszuhalten und sich zunehmend wohl fühlen zu können (vgl. ebd.). Eine empathische Kommunikation begünstigt für die Betroffenen außerdem das Gefühl, verstanden zu werden und trägt dazu bei, dass eine vertrauensvolle Basis zwischen den Beteiligten entsteht (vgl. Neumann-Ponisch & Höller, 2011, S. 17). Betroffene wünschen sich für die Behandlungszeit im Krankenhaus eine feste Ansprechperson, die sie bei Bedarf kontaktieren können. Es bedarf einer Person, mit der sie ihre seelischen Probleme austauschen können, die ihnen zuhört und sensibel auf ihre Gefühle und Gedanken eingeht (vgl. Fitch & Steele, 2010, S. 18; vgl. Buser, 2003, S. 516).

Einige Patienten benötigen neben den Gesprächen mit Ärzten und Pflegekräften auch die Inanspruchnahme einer professionellen psychologischen Beratung (vgl. Tschuschke, 2011, S. 125). Betroffene würden im Krankenhaus oftmals gerne über diese Möglichkeit der Betreuung informiert werden und bei Bedarf auch an einen Psychologen oder Psychoonkologen weitervermittelt werden (vgl. Fitch & Steele, 2010, S. 18). Außerdem würden sie gerne über die Möglichkeit in Kenntnis gesetzt werden, an Selbsthilfegruppen und Gesprächsgruppen teilzunehmen. Viele Betroffene fühlen sich, wie bereits erwähnt, nach der Diagnosestellung vorübergehend wie gelähmt (vgl. Weyland, 2013, S. 121). Sie sehen sich nicht in der Lage, sich eigenständig über die genannten Hilfsmöglichkeiten zu informieren. Daher benötigen sie eine kontinuierliche Begleitung und Menschen, denen sie vertrauen können und die ihnen jegliche Informationen zukommen lassen (vgl. Buser, 2003, S. 516).

3.3.3 Soziale Integrität

Soziale Bedürfnisse werden meistens durch Beziehungen und Kommunikation befriedigt (vgl. Buzgova et al., 2014, S. 135). Durch die Rezidiv-Diagnose kann es zu „veränderten Reaktionen des Kranken seiner Umwelt gegenüber und umgekehrt“ (Tschuschke, 2011, S. 57) kommen. Eine mögliche Folge davon ist, dass sich Personen des näheren Umfeldes von dem Erkrankten distanzieren (vgl. ebd.). Dadurch kann sich wiederum die Angst vor einer Stigmatisierung erhöhen und ein Zurückziehen von der Außenwelt zur Folge haben (vgl. ebd.).

Betroffene benötigen in der Zeit nach der Diagnose eine „Verlässlichkeit in sozialen Beziehungen“ (Filipp & Aymanns, 2010, S. 236). Dies gibt ihnen Sicherheit und nimmt ihnen die Angst vor dem Alleine sein (vgl. ebd.). So führt Buser (2003) aus, dass das Aufrechterhalten von Beziehungen elementar für die Therapie und den anschließenden Genesungsprozess ist (S. 521). Der Besuch von Angehörigen und Gespräche mit dem Betreuungspersonal vermitteln dem Erkrankten das Gefühl von Wertschätzung und Sicherheit (vgl. ebd.; vgl. Filipp & Aymanns, 2010, S. 236). Das Krankenhauspersonal nimmt somit an dieser Stelle eine entscheidende Rolle ein. So können insbesondere Pflegekräfte als psychische Stütze dienen und somit ein wichtiger Bestandteil des sozialen Netzes um den Patienten und dessen Angehörigen werden (vgl. Buzgova et al., 2014, S. 135). Emotionaler Beistand kann in Form von „[...] Zuneigung und Liebe des Partners, den Besuch von Angehörigen und Freunden, das Eingehen auf die Sorgen und Ängste wie auch auf die Hoffnungen des Kranken sowie die seelsorgerliche Begleitung“ (Röttger, 2003, S. 33) geleistet werden.

Somit kann dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit nachgegangen werden und „[...] die Teilhabe am sozialen Leben“ (Filipp & Aymanns, 2010, S. 236) weiterhin bestehen bleiben. Darüber hinaus kommt Lerner (2000) zu dem Schluss, dass soziale Kontakte und Zuwendung die Überlebenszeit bei Krebs verlängern können (S. 32).

3.3.4 Spirituelle Bedürfnisse

Aufgrund der unzureichenden Informationsübermittlung, durch den Arzt, über den Krebs, die Prognose und Therapie fühlen sich einige Betroffene in der Selbstbestimmtheit ihres Lebens eingeschränkt (vgl. Pleyer, 2012, S. 208). Sie haben das Bedürfnis, wegen ihrer ungewissen Zukunft ihre letzte Lebenszeit bewusst erleben und gestalten zu wollen (vgl. ebd.). Die spirituellen Bedürfnisse rücken bei den Betroffenen vermehrt dann in den Vordergrund, wenn ein Rezidiv auftritt oder die Diagnose einer unheilbaren Krankheit übermittelt wurde (vgl. Delgado-Guay, Chisholm & Williams et al., 2015, S. 1). Die Befriedigung von spirituellen Bedürfnissen hilft dabei, die Diagnose zu akzeptieren und die Krankheit besser zu bewältigen (vgl. ebd.). Laut Delgado-Guay et al. (2015) wurden bisher diese Bedürfnisse nur sehr wenig im Klinikalltag wahrgenommen und berücksichtigt (S. 2).

Da viele Betroffene den Rezidiv mit ihrem Lebensende in Verbindung setzen, verspüren sie das Bedürfnis, sich mit Gott und ihrem bisherigen Leben zu versöhnen (vgl. Vilalta, Valls & Porta et al., 2014, S. 595). So kann die Erkrankung als eine Bestrafung Gottes verstanden werden (vgl. ebd.). Die Betroffenen fragen sich, warum gerade sie dieses Schicksal erleiden müssen und welcher Sinn dahinter verborgen ist (vgl. Gestrich, 2006, S. 29). Auch Pflegenden kann es passieren, dass die Betroffenen ähnliche Fragen an sie wenden. Beispielhafte Fragen wären: „*Wieso muss ausgerechnet ich hier sieben Wochen liegen?*“, „*Was ist der Sinn meiner Krankheit?*“ oder „*Hat das Schicksal mich fallengelassen?*“ (Gestrich, 2006, S. 29). Diese Fragen kommen für Pflegende meist sehr überraschend und sind nicht einfach zu beantworten (vgl. Gestrich, 2006, S. 30). Häufig finden Betroffene aber auch schon selber eine Antwort auf ihre Fragen (vgl. ebd.). Sie beginnen über ihr bisheriges Leben nachzudenken, versuchen ihm einen Sinn zu geben und jeden Tag bewusst zu leben (vgl. ebd.). Dies schenkt ihnen Hoffnung für den weiteren Verlauf ihrer Erkrankung und hilft ihnen dabei, positiv in die Zukunft zu blicken (vgl. Fitch & Steele, 2010, S. 19). Nach Vilalta et al. (2014) ist nicht die allgemeine Sicht auf die Bedeutung des Lebens für ein Individuum von Bedeutung, sondern vielmehr seine ganz persönliche Sichtweise auf die Bedeutung seines Lebens (S. 595).

Im folgenden Kapitel wird der Begriff „Autonomie“ erläutert und das Bedürfnis nach Autonomie, in der Rolle als Patient, dargestellt.

3.3.5 Wunsch nach Autonomie

Autonomie beinhaltet die Fähigkeit, sein Leben eigenständig zu regieren, zu lenken und jeden Tag nach den eigenen Vorstellungen und Ideen zu leben (vgl. Buzgova et al., 2014, S. 135). Sich als Krebserkrankter weiterhin autonom zu fühlen bedeutet, sein Leben selbstständig organisieren zu können, eigene Entscheidungen zu treffen und selbstbestimmt zu bleiben (vgl. ebd.). Diese Möglichkeiten sind jedoch im Krankenhaus oftmals nicht gegeben (vgl. ebd.).

Die Mitteilung eines Rezidivs löst in nicht wenigen Fällen eine existentielle Krise aus (vgl. Vivar, Whyte & Mcqueen, 2009, S. 2052). Bei vielen Patienten haben die mit der Krankheit einhergehenden Einschränkungen ein schwindendes Selbstwertgefühl zur Folge (vgl. Aulbert, Nauck & Radbruch, 2007, S. 66). In der Rolle des Patienten fühlen sich Betroffene dem medizinischen System machtlos ausgeliefert (vgl. Aulbert, Nauck & Radbruch, 2007, S. 65ff.). Im Krankenhaus zählt häufig nicht mehr die Individualität des Patienten, sondern die Erkrankung steht im Fokus aller Betrachtungen (vgl. Gestrich, 2006, S. 22).

Es kommt auch vor, dass Patienten im Krankenhaus von einem Gebädetrakt zum nächsten gefahren und während der Untersuchungen wie eine „Nummer“ behandelt werden (vgl. ebd.). Auch aufgrund des organisierten Alltags haben viele Patienten im Krankenhaus das Gefühl, all ihre Entscheidungsgewalt zu verlieren und von den Entscheidungen des Krankenhauspersonals abhängig zu sein (vgl. ebd.). Eine mögliche Folge daraus kann sein, dass sie sich als Person wertlos fühlen und sich einreden, ihr Recht auf eigene Entscheidungen gänzlich verloren zu haben (vgl. Gestrich, 2006, S. 25).

In der Studie von Buzgova et al. (2014) wurde dokumentiert, dass sich Betroffene trotz ihrer Erkrankung eine Bewahrung von Unabhängigkeit durch das Krankenhauspersonal wünschen (S. 135). Im Krankenhaus soll daher gewährleistet sein, dass die Erkrankten weiterhin selbstverantwortlich und selbstbestimmt für ihr Leben sorgen können und in Entscheidungsprozesse mit einbezogen werden (vgl. Buzgova et al., 2014, S. 135). Hinter diesen Wünschen verbirgt sich das Bedürfnis nach Wertschätzung und als ein „gesunder Mensch“ wahrgenommen zu werden (vgl. Vilalta et al. 2014, S. 595). Betroffene möchten ihren Status aus der Zeit vor ihrer Erkrankung weiterhin aufrechterhalten und nicht ausschließlich auf ihre Erkrankung reduziert werden (vgl. ebd.).

4 Krankheitsbewältigung der Betroffenen

4.1 Coping und Abwehr

In welcher Form Betroffene die Diagnose eines Rezidivs verarbeiten und damit umgehen, ist im Krankenhaus für den täglichen Umgang von großer Relevanz (vgl. Röttger, 2003, S. 25). Der englische Fachbegriff ‚Coping‘ wird in der Fachliteratur häufig verwendet (vgl. Weis, 2002, S. 5). Im Deutschen wird Coping „mit Begriffen wie Stressverarbeitung oder Krankheitsbewältigung gleichgesetzt“ (ebd.).

Das Ziel des Copings besteht darin, den Betroffenen die Anpassung der neuen Begebenheiten an das Leben zu erleichtern (vgl. Röttger, 2003, S. 27). Die Gefühle, die durch die neue belastende Situation ausgelöst werden, sollen mit Hilfe des Copings kontrolliert werden können (vgl. Weis, 2002, S. 6).

Heute bestehen zahlreiche Definitionen zur Krankheitsverarbeitung, bzw. -bewältigung. Obgleich es in Teilbereichen viele Gemeinsamkeiten gibt, existiert nach Aussage von Weis (2002) bisher keine geschlossene Theorie zur Erläuterung der Krankheitsverarbeitung (S. 7). Es lassen sich laut Weis (2002) jedoch vier Theoriemodelle unterscheiden, durch die heute das wissenschaftliche Verständnis zur Krankheitsverarbeitung geprägt wird:

- „Psychophysiologisch orientierte Stresstheorie (Selye, 1956; Schulz und Schönplflug 1982 zit. in: Weis, 2002, S. 7)
- „Psychoanalyse, v. a. Ich-Psychologie und Theorie und Abwehr (Freud 1959, Haan 1977; Vaillant 1977 zit. in: Weis, 2002, S. 7)
- „Kognitiv-behaviorale Theorie des Verhaltens (Lazarus und Folkman 1984 zit. in: Weis, 2002, S. 7)
- „Soziologie und die Theorie der Person-Umwelt-Anpassung (person-environment-fit) (French, Rodgers & Cobb, 1974; Braukmann und Filipp 1984 zit. in: Weis, 2002, S. 7).

Im Folgenden wird sich auf die bisher aktuellste Theorie von Lazarus und Folkman (1984) beschränkt. Durch die „kognitiv-behaviorale Theorie des Verhaltens“ von Lazarus und Folkman, laut Röttger (2003) auch „Stress-Coping-Modell“ (S. 27), genannt, sind viele Definitionen der Krankheitsbewältigung beeinflusst worden. Lazarus und Folkman sahen in der Krankheitsverarbeitung einen „kontinuierlichen und interaktionalen Prozess der Auseinandersetzung mit der Krankheit, den Belastungen und den Folgen“ (Pleyer, 2012, S. 27).

Diese Verarbeitung findet dabei auf den Ebenen „des Denkens, des Handelns und des Fühlens“ (ebd.) statt. Hierbei sei jedoch zu beachten, dass die Wahrnehmung und Bewertung einer von Stress geprägten Situation höchst individuell ist. Es gibt Betroffene für die bspw. eine erneute Diagnose eine Bedrohung darstellt (Abwehr), für andere wiederum auch als Herausforderung empfunden wird (Coping). Für sie besteht ein Anreiz, sich einem erneuten Kampf gegen die Krankheit zu stellen (vgl. Röttger 2003, S. 27).

In dem Stress-Coping-Modell wird davon ausgegangen, dass die Auseinandersetzung mit einem kritischen Lebensereignis in verschiedenen Phasen verläuft (vgl. Weis, 2002, S. 8; vgl. Röttger, 2003, S. 27). Diese Phasen werden anhand des Beispiel der Erstdiagnose näher erläutert.

1. Die Betroffenen schätzen in der ersten Phase zunächst ihre Diagnose selbstständig ein und bewerten diese (primary appraisal = primäre Bewertung). Dabei stehen Fragen zum Ausmaß ihrer Erkrankung oder einer möglichen Heilbarkeit im Vordergrund. Der erste Schock nach der Erstdiagnose scheint dabei recht zügig verkraftet zu werden, da die meisten von einer Heilungsmöglichkeit ausgehen. Bei einem Rezidiv jedoch, glauben viele, dass die Chance auf Heilung wesentlich geringer ist (vgl. Röttger, 2003, S. 28; vgl. Weis, 2002, S. 8).
2. Im zweiten Schritt prüfen die Betroffenen, ob ihre Kraftreserven ausreichen, um die Therapie und die anschließende Remissionsphase zu bewältigen (secondary appraisal = sekundäre Bewertung). Das eigene „Bewältigungspotenzial“ wird von der sozialen Unterstützung, der Behandlungsmöglichkeiten und der eigenen psychischen Verfassung der Betroffenen beeinflusst (vgl. ebd.; vgl. ebd.).
3. Ist die Bewertung der in Phase 2 beschriebenen Ressourcen erfolgt, kann in der dritten Phase eine „Neubewertung der Gesamtsituation“ erfolgen (vgl. ebd.; vgl. ebd.).

An der ersten und zweiten Phase ist zu erkennen, dass nach Lazarus und Folkman der Krankheitsverarbeitungsprozess durch ein Zusammenspiel der Situationsmerkmale und von der Person geprägt wird (vgl. Weis, 2002, S. 9). Wie bereits erwähnt können sich die Reaktionen auf ein schweres Lebensereignis stark unterscheiden (vgl. Röttger, 2003, S. 27). So kann auch „Abwehr“ eine Form von Krankheitsverarbeitung sein (vgl. Weis, 2002, S. 10).

Betroffene versuchen dabei ihre Diagnose erst einmal zu verdrängen und mögliche Gefahren auszuschließen (vgl. Röttger, 2003, S. 25f.). So kommt es vor, dass Krebserkrankte ihre Diagnose nicht kennen, obwohl sie von dem Arzt darüber informiert wurden (vgl. Röttger, 2003, S.

26). Diese Art der Reaktion lässt sich als „psychischer Selbstschutz“ verstehen (vgl. ebd.). Sowohl das medizinische und pflegerische Personal als auch Angehörige sollten diese Art der Reaktion akzeptieren und die Äußerungen der Patienten vorerst so belassen (vgl. ebd.). Zu viel Abwehr kann jedoch der Krankheitsbewältigung entgegenstehen (vgl. ebd.). Coping und Abwehr können als „parallel verlaufende und ineinandergreifende Prozesse verstanden“ werden, „die sich wechselseitig im Hinblick auf die Bewältigung der Belastung ergänzen“ (Steffens & Kächele, 1988 zit. in: Weis, 2002, S. 12, Faller, Lang & Schilling, 1992 zit. In: Weis, 2002, S. 12).

4.2 Copinganforderungen

Mit der Diagnose eines Rezidivs werden die Betroffenen und ihre Angehörigen mit einer Vielfalt von Anforderungen, zur Bewältigung und Verarbeitung der Diagnose, konfrontiert (vgl. Tschuschke, 2011, S. 70). Dies geschieht meistens sehr plötzlich und erfordert von den Betroffenen schnelle Entscheidungen und Handlungen (vgl. ebd.). Bereits die Art und Weise, wie der Arzt die Diagnose des Rezidivs mitteilt, kann bei den Patienten traumatisierende Auswirkungen haben (vgl. Tschuschke, 2011, S. 77). Durch eine unangemessene und wenig einfühlsame Gesprächsführung können Ängste der Betroffenen bezüglich des Krankheitsverlaufs und der Behandlung geschürt werden (vgl. ebd.).

Mit der Diagnosestellung werden in vielen Fällen auch kurzfristig medizinische Behandlungsmaßnahmen in die Wege geleitet. Sie bewirken, dass sich die Betroffenen kaum vom Schock der Diagnose erholen können (vgl. ebd.). Bereits kurze Zeit nach der Diagnosestellung befinden sie sich schon mitten in ihrer Behandlung (vgl. ebd.). Zudem können die Patienten, je nach gewählter Therapieform auch durch physische Beschwerden beeinträchtigt sein. Die Patienten sind während dieser Zeit auf professionelle Hilfe angewiesen, da ihre Ressourcen für eine eigenständige Bewältigung häufig nicht ausreichen (vgl. Tschuschke, 2011, S. 78).

In den Kapiteln 2 und 3 wurden bereits die Auswirkungen eines Rezidivs auf die Betroffenen beschrieben sowie ihre Bedürfnisse dargestellt. Im Folgenden werden die Gedanken und Fragen von Betroffenen bezüglich eines Rezidivs, dessen emotionalen Auswirkungen sowie die Copinganforderungen tabellarisch dargestellt (Tab. 1 und Tab. 2)

Ereignis	Gedanken/Fragen	Auswirkungen
Rezidiv	<ul style="list-style-type: none"> • Was habe ich falsch gemacht? • War es meine negative Einstellung? • War ich so naiv zu glauben, dass alles überstanden sei? • Gott ließ mich scheitern. • Ich habe es schon einmal geschafft, also schaffe ich es jetzt auch! • Am Ende geht es nie gut für mich aus. • Sie sagten, dass ich gesund sei, aber ich bin es nicht. • Muss ich wieder von vorne anfangen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärger • Furcht • Depression • Angst • Schock • Hoffnungslosigkeit • Verleugnung • Schuldgefühle • Vertrauensverlust • Entfremdung • gesteigerte Verletzlichkeit • Kontrollverlust • Konfrontation mit dem Sterben, Sinn-suche

Tabelle 1: Einfluss des Rezidivs auf den Patienten (modifiziert nach Tschuschke, 2011, S. 75)

Copinganforderungen
<ul style="list-style-type: none"> • wieder Hoffnung schöpfen können • Unsicherheit der Zukunft akzeptieren • Informationen über die neue Situation verstehen können • Lebensmittelpunkt wiederfinden angesichts der zeitlichen Perspektive und der geänderten Prognose • neue Situation mit Anderen besprechen • Entscheidungen treffen für den neuen Behandlungsverlauf • Integration des progredienten Verlaufs der Erkrankung bis hin zum Tode • Tolerieren von Veränderungen im Alltag und in den jeweiligen Rollen • sich wieder auf größere Abhängigkeit einstellen • Wiedereinstieg in die Behandlung

Tabelle 2: Copinganforderungen an den Patienten (modifiziert nach Tschuschke, 2011, S. 75f.)

Es wird ersichtlich (Tabelle 2), dass ein Rezidiv erhebliche Veränderungen im Leben der Betroffenen bedeutet. Die Diagnose eines Rezidivs wirft viele Fragen auf und stellt die Betroffenen vor schwierige Entscheidungen. Vor allem ist die Krankheitsbewältigung so anspruchsvoll, da ein Rezidiv die Unberechenbarkeit des Krebses aufzeigt und die Angst vor erneuten Rückschlägen auch nach der zweiten Behandlung verstärkt.

Das primäre Ziel jedes Menschen liegt darin, zu jeder Zeit die Kontrolle über den eigenen Körper zu bewahren (vgl. Filipp & Aymanns, 2010, S. 44). Der Rezidiv stellt gerade deswegen so ein einschneidendes Ereignis dar, weil die Betroffenen dazu gezwungen sind, die

Unkontrollierbarkeit der Erkrankung auszuhalten. Durch die mangelnde Kontrolle werden Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht hervorgerufen (vgl. ebd.). Die fortlaufende Ungewissheit steigert die Anforderungen an die Krankheitsbewältigung. Davon sind die Patienten und ihre Angehörigen unmittelbar betroffen, jedoch auch das medizinische, pflegerische und therapeutische Team, die zu einer Bewältigung beitragen.

Im anschließenden Kapitel 4.3 werden zwei personale Ressourcen beschrieben, die Betroffenen dazu verhelfen können, das wiederholte Auftreten vom Krebs psychisch besser zu bewältigen. Obwohl es laut Filipp & Aymanns (2010) noch weitere personale Ressourcen gibt, konzentriert sich diese Arbeit auf die spirituellen/religiösen Haltungen und auf die soziale Unterstützung, welche beide erheblichen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung haben können. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass sich die personalen Ressourcen auch in der Darstellung der Bedürfnisse (Kap. 3.3.3; Kap. 3.3.4) wiedererkennen lassen. Hier wird deutlich, dass es Betroffene gibt, die bereits über hilfreiche Eigenschaften verfügen, die es zu fördern gilt. Gleichzeitig benötigen andere mehr Unterstützung von außen.

4.3 Personale Ressourcen

4.3.1 Spirituelle und religiöse Haltungen als Bewältigungsressource

Bei der Bewältigung von schweren Lebensereignissen werden Spiritualität und Religiosität als wichtige Ressource angesehen (vgl. Filipp & Aymanns, 2010, S. 270). Dabei ist eine klare Abgrenzung beider Begriffe schwierig. Die Religiosität wird häufig als eine „Glaubens- und Formenwelt einer bestimmten Religionsgemeinschaft“ (Filipp & Aymanns, 2010, S. 271) verstanden, „deren Mythen, Riten und Dogmen geteilt werden“ (vgl. ebd.). Bei der Spiritualität hingegen, wird sich auf eine „höhere Wirklichkeit“ (vgl. ebd.) berufen, die jedoch nicht von einem bestimmten Glaubenssystem geprägt wurde. Viele Betroffene suchen nach einem Sinn in ihrer Erkrankung und stellen sich die Frage „Warum ich?“ (vgl. Tschuschke, 2011, S. 78). In vielen Fällen wird ein Interesse an Religion oder Spiritualität erst durch ein besonderes Lebensereignis geweckt (vgl. Filipp & Aymanns, 2010, S. 270). Sowohl die Spiritualität als auch die Religiosität helfen den Betroffenen dabei, ihre Erkrankung besser deuten zu können (vgl. ebd.). Zum einen können Gebete und eine Hinwendung zu Gott die Einschätzung einer schweren Erkrankung erleichtern, zum anderen finden viele Betroffene in Glaubensgemeinschaften Trost und Halt (vgl. Filipp & Aymanns, 2010, S. 271). Jedoch lassen sich nach Filipp & Aymanns (2010) nicht ausschließlich positive Effekte in der Religiosität erkennen (S. 272). Schwere Schicksalsschläge können auch dazu führen, dass Betroffene an ihrem Glauben an

Gott zu zweifeln beginnen (vgl. ebd.). So können sie ihre Erkrankung als eine Strafe Gottes empfinden. Insbesondere bei zuvor religiösen Menschen kann die Erkrankung zur Folge haben, dass ihr Glaubensgerüst zusammenbricht und die Krankheitsbewältigung erheblich erschwert wird (vgl. Flilipp & Aymanns, 2010, S. 273). Somit kann Religiosität als Ressource im Krankheitserleben auch angezweifelt werden. Dies bestätigen auch Filipp & Aymanns (2010), die sich in ihrem Buch mit den Ergebnissen von Studien zu dem Thema, Auswirkungen von Religiosität auf die Krankheitsbewältigung, beschäftigt haben (S. 272f.).

In der Spiritualität spielt jedoch laut Kloke, Reckinger & Kloke (2009) auch der Begriff „Hoffnung“ eine entscheidende Rolle (S. 191). Hoffnung kann dazu beitragen, dass Betroffene die Therapie und die Zeit danach leichter bewältigen können (vgl. ebd.). In der Hoffnung, dass sich alles zu einem Guten wenden wird, finden sie Halt und Zuversicht. Die Hoffnung gibt ihnen Zuversicht, die gesetzten Ziele in der Zukunft auch zu erreichen (vgl. ebd.). Auch der Optimismus wird bei der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen als wertvolle Ressource angesehen. Optimistisch zu denken führt zu positiven Emotionen und sensibilisiert für ein gesundheitsbezogenes Verhalten, so Kloke, Reckinger & Kloke (2009, S. 274).

Auch laut Weber und Frick (2002) kann die Entwicklung von spirituellen Überzeugungen beim Umgang mit schweren Lebensereignissen hilfreich sein (S. 106-109). Diese spirituellen Haltungen umfassen u.a. „*Akzeptanz und Achtsamkeit*“. Beide Haltungen helfen dabei, die veränderte Lebenssituation so anzunehmen, wie sie aktuell ist und sie mit in das Leben zu integrieren. Außerdem sollen für die Betroffenen durch Achtsamkeit Gefühle und Gedanken wahrgenommen werden und auf die „persönliche Sinnhaftigkeit“ (Guenich, 2013, S. 104) hin geprüft werden. So können eigene Bedürfnisse erkannt und verarbeitet werden. Achtsamkeit hilft dabei, eine innere Zufriedenheit mit sich selbst zu empfinden und damit positiv zur Krankheitsbewältigung und der Gestaltung des Lebens beizutragen (vgl. ebd.). Des Weiteren soll „*Selbstvertrauen*“ dabei unterstützen, an sich selbst zu glauben und ein Gespür für den eigenen Körper und Emotionen zu bekommen. Bei dieser Haltung geht es darum, selbstständig Entscheidungen über das eigene Leben fällen zu können und dadurch eine innere Sicherheit zu empfinden (vgl. Tschuschke, 2011, S. 78). Auch „*Geduld*“ hilft dabei, sich in Ruhe auf eine Beziehung zu sich und anderen einzulassen (vgl. Tschuschke, 2011, S. 78). Außerdem stellt „*Großzügigkeit*“ eine spirituelle Überzeugung dar, die dabei hilft, sich gegenüber anderen zu öffnen und ihnen Fürsorge zu geben. Dies jedoch ohne eine Erwartungshaltung, dass je etwas davon zurückkommen wird (vgl. Tschuschke, 2011, S. 78). Und zuletzt soll „*Empathie*“ dabei helfen, mehr Verständnis für sich selbst und für sein Gegenüber aufzubringen (vgl. Tschuschke, 2011, S. 78).

Anzumerken ist jedoch, dass die genannten spirituellen Haltungen beim Vorkommen eines Rezidivs nur in seltenen Fällen selbstständig zu erreichen bzw. umzusetzen sind. Die Bewältigungsanforderung ist hier meistens zu hoch, um ohne psychologische Hilfe auszukommen (vgl. Tschuschke, 2011, S. 78).

4.3.2 Soziale Unterstützung als Bewältigungsressource

Laut Tschuschke (2011), Röttger (2003) und Filipp & Aymanns (2010) trägt die soziale Einbettung und Hilfe von der Familie und Freunden maßgeblich zur Krankheitsbewältigung bei (vgl., S. 153; vgl., S. 32; vgl., S. 235ff.). Mit der Unterstützung aus dem sozialen Umfeld geht eine beschützende Wirkung einher, die ein nahestehender Mensch auf den Erkrankten ausübt. Durch ein soziales Umfeld werden die sozialen Bedürfnisse eines Menschen wie „Zuneigung, Sicherheit, Zustimmung und Zugehörigkeit“ (Tschuschke, 2011, S. 153) befriedigt.

Partner, Angehörige und Freunde der Erkrankten können dazu beitragen die Angst vor sozialer Ausgrenzung zu vermeiden bzw. zu vermindern (vgl. Tschuschke, 2011, S. 154). Tschuschke (2011) geht in seinem Buch auf eine Studie ein, nach der eine soziale und emotionale Unterstützung das „Stresserleben“, das durch einen Rezidiv hervorgerufen wird, abmildern kann (S. 154). Auf der anderen Seite erhöht zu wenig soziale Unterstützung wiederum das Stresserleben (vgl. ebd.). Der Einfluss des sozialen Umfeldes ist jedoch primär auch von den individuellen sozialen Ressourcen der Erkrankten abhängig (vgl. Thielking-Wagner, 2006, S. 72).

Laut Tschuschke (2011) sind Ehepartner und Lebensgefährten zu 77,8% die wichtigsten Bezugspersonen, die großen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung haben (S. 152). Die Erkrankten stellen dabei jedoch hohe Erwartungen an die Hilfe ihrer Partner (vgl. Tschuschke, 2011, S. 151). Vor allem der tägliche Besuch im Krankenhaus und die unkontrollierte Aufmerksamkeit ihrer Bedürfnisse wird oftmals von den Erkrankten gefordert. Dabei sollen ihre Partner sie durch Gespräche psychisch aufbauen und ihnen mit Verständnis und Trost zur Seite stehen. Sie erhoffen sich im Kontakt zu ihrem Partner ein Gefühl von Geborgenheit, Sicherheit und ewiger Liebe (vgl. ebd.).

Dabei übersehen die Erkrankten jedoch häufig, dass der Partner ebenfalls stark belastet ist und eigene Bedürfnisse hat. Laut Thielking-Wagner (2006) besteht hierin ein großes Problem (S. 72). Auch die Partner werden, wie bereits erwähnt, durch die Auswirkungen des Rezidivs erheblichen Belastungen ausgesetzt (Kapitel 2.4) (vgl. ebd.). Auf der einen Seite stellen sie für die Erkrankten die wichtigste Unterstützung während der Erkrankung dar, andererseits haben

sie mit eigenen schweren Gedanken und Gefühlen zu kämpfen (vgl. ebd.). Diese doppelte Belastung führt laut Röttger (2003) häufig zu einer Überforderung und dem Gefühl, mit den eigenen Gedanken alleine zu sein (S. 32). Außerdem werden die Partner bei der emotionalen Unterstützung im Krankenhaus häufig vernachlässigt, da der Erkrankte im Fokus aller Interventionen steht (vgl. Thielking-Wagner, 2006, S. 73).

Im folgenden Kapitel werden Handlungsempfehlungen, auf die im Vorfeld beschriebenen Bedürfnisse der Betroffenen, vorgestellt.

5 Bedürfnisorientierte Pflegeinterventionen

5.1 Förderung der körperlichen Funktionalität

Mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit wird im Idealfall eine palliative Versorgung für die Betroffenen eingeleitet (vgl. Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 230). Die World Health Organization (WHO) definierte 2002 das ganzheitliche Betreuungskonzept wie folgt:

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“
(WHO, 2002, S. 1).

Die palliative Versorgung kann entweder in akuten Phasen der Erkrankung umgesetzt werden, oder sich durch die gesamte Zeit der Erkrankung ziehen (vgl. Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 230). Die palliative Betreuung kann nach der erneuten Diagnosestellung von Krebs zunächst durch eine Gesprächsbereitschaft, sowie eine offene und empathische Haltung und Beratung erbracht werden (vgl. ebd.). Palliative Versorgung muss daher nicht ausschließlich bedeuten, dass die Erkrankten sterben werden und medizinisch nur noch die Minderung von Symptomen im Vordergrund steht.

Wie bereits erwähnt ist das Pflegepersonal die Berufsgruppe, die den intensivsten Kontakt zu dem Patienten und den Angehörigen hat (vgl. Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 184). Eine wichtige Aufgabe der Pflegekräfte besteht in der Beobachtung des Patienten und der Linderung von Symptomen. Diese können durch gezielte Maßnahmen der Mitarbeiter verbessert werden (vgl. ebd.). Symptome, die während der Therapie von Krebs auftreten können, sind bspw. Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit und Erbrechen (vgl. Aulbert, Nauck & Radbruch, 2007, S. 962). Die Behandlung der Symptome erfordert von den Pflegekräften eine gute Wahrnehmungsfähigkeit, vor allem dann, wenn der Patient seine Beschwerden nicht verständlich äußern kann.

Wichtig bei der Versorgung von Patienten ist die Kreativität des Personals (vgl. Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 230-237). Die Pflege der Betroffenen sollte nämlich individuell gestaltet werden und sich stets an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. Die Auswahl der Pflegeziele sollte vor allem unter Berücksichtigung größtmöglicher Selbstbestimmung in

enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen geregelt werden (vgl. Aulbert, Nauck & Radbruch, 2007, S. 962). Je nach Stadium der Erkrankung verändern sich wiederum die Bedürfnisse und auch das, was die Betroffenen als Lebensqualität ansehen. Dies erfordert von den Pflegekräften eine hohe Spontanität und Flexibilität bei pflegerischen Maßnahmen (vgl. Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 230-237). So hilft etwa einigen Patienten bei leichten Schmerzen ein bestimmtes Medikament, während andere die Zuwendung und Aufmerksamkeit des multiprofessionellen Teams im Krankenhaus brauchen (vgl. Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 266ff.) Pflegekräfte sind in solchen Situationen gefordert, die Bedürfnisse der Patienten zu respektieren und sie als „Spezialisten“ ihrer Befindlichkeiten zu sehen (vgl. Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 230). Nur so kann die ganzheitliche Versorgung des Erkrankten gesichert werden. Außerdem erfordert der Umgang mit körperlichen Symptomen eine hohe Fachkompetenz. So muss die Pflegekraft über das Auftreten vielfältiger Symptome aufgeklärt sein und Sicherheit in der Durchführung pflegerischer Maßnahmen mitbringen. Bei der Behandlung von Schmerzen ist etwa ein Fachwissen über mögliche Neben- und Wechselwirkungen gefragt, über die eine Pflegekraft den Patienten aufklären sollte (vgl. Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 293-310). Treten akute Symptome wie bspw. Atemnot auf, so ist die Pflegekraft gefordert, flexibel und schnell zu handeln. Es wird jedoch nicht nur eine schnelle Behandlung von Symptomen vom Pflegepersonal gefordert, sondern auch die frühzeitige Anwendung von Prophylaxen. Sie können zu einer Steigerung der Lebensqualität beitragen und für eine innere Ausgeglichenheit der Betroffenen sorgen, sowie Ängste mindern (vgl. Aulbert, Nauck & Radbruch, 2007, S. 964).

Um auch den Angehörigen das Gefühl zu vermitteln, dass sie ein fester und wichtiger Bestandteil des Betreuungsteams sind, können sie vom Pflegepersonal dazu aufgefordert werden auf die „Körpersprache (Gestik, Mimik, Körperbewegungen)“ oder ein „verändertes Kommunikationsverhalten“ (Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 309) des Patienten zu achten und Auffälligkeiten dem Pflegepersonal zu melden. Außerdem können die Angehörigen vom Pflegepersonal darin geschult werden, die Wirksamkeit der eingesetzten Medikamente zusätzlich zu beobachten (vgl. ebd.). Die Partner können bei der Symptomkontrolle und Behandlung eine große Unterstützung für das Pflegepersonal darstellen. Gleichzeitig kann dadurch bei den Angehörigen auch das Gefühl von Hilflosigkeit gemildert werden (vgl. Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 309ff.).

5.2 Gesprächsbedürfnis

5.2.1 Kommunikation als Beziehungsaufbau

Obwohl der Pflegeberuf auch viele praktische Fähigkeiten erfordert, steht der „verbale Kontakt und das Gespräch im Mittelpunkt“ (Gestrich, 2006, S. 9) der Arbeit. Pflegende treten während ihrer Tätigkeit zu mindestens 50% in direkte Gespräche mit den Patienten und ihren Angehörigen (vgl. Gestrich, 2006, S. 10). Die Betroffenen nehmen dies häufig auch gern in Anspruch, da Gespräche laut Gestrich (2006) eine heilende Wirkung haben und zur Genesung beitragen (S. 12). Der Aufbau einer Beziehung zwischen der Pflegekraft und den Patienten sowie ihren Angehörigen ist für die Pflegepraxis elementar und ein Zeichen für die Qualität der Pflege (vgl. Rogall, Josuks & Adam et al., 2005, S. 82).

Durch Kommunikation kann eine Verbindung zwischen zwei oder mehreren Individuen hergestellt und aufrechterhalten werden (vgl. Buser, Schneller & Wildgrube, 2007, S. 226). Um eine Beziehung aufzubauen, müssen Pflegende jedoch in der Lage sein, in die Welt ihres Gegenübers einzutauchen und einen Kontakt auf Augenhöhe herzustellen (vgl. ebd.). Dann ist es möglich, ein intensives Vertrauensverhältnis aufzubauen (vgl. ebd.).

Um umfassend auf die Befindlichkeiten der Erkrankten und ihrer Angehörigen eingehen zu können, wird von den Pflegenden eine „emotionale Unterstützung und ein hohes Maß an Empathie gefordert“ (vgl. Rogall et al., 2005, S. 87). Damit die Pflegekraft dies leisten kann, ist ihre emotionale Grundstimmung, die ihr eigenes Befinden reguliert, von großer Bedeutung (vgl. ebd.). Sie kann die Kommunikation zwischen der Pflegekraft und den Betroffenen stark beeinflussen und eine Sympathie oder Antipathie verstärken (vgl. ebd.). Somit ist es in der pflegerischen Tätigkeit elementar, mit den eigenen Emotionen umgehen und diese auch regulieren zu können (vgl. ebd.).

Gemäß Rogall et al. (2005) handelt es sich bei der Pflege „[...] eindeutig um eine professionelle, helfende, therapeutische Beziehung“ (S. 82). Dies erfordert von den Beteiligten eine wertschätzende und akzeptierende Haltung zu ihrem Gegenüber (vgl. Rogall et al., 2005, S. 90). Patienten und ihren Angehörigen ist dabei besonders die Ehrlichkeit und Authentizität der Pflegenden wichtig. Pflegende sollten dabei ihre Meinung in Form von „Ich-Botschaften“ wiedergeben können, d.h. aus subjektiver Sicht ihre Ansichten mitteilen (vgl. ebd.). Damit macht sich die Pflegekraft in der Beziehung zu den Betroffenen transparent und fördert den Vertrauensaufbau (vgl. ebd.). Vor allem auch in der Zeit nach der Diagnosemitteilung eines Rezidivs sollten die

Pflegenden den Patienten das Gefühl geben, „ein gleichwertiges, mündiges und selbstbestimmtes Individuum zu sein“ (Rogall et al., 2005, S. 82). Dies würde auch der Angst vor einem Autonomieverlust entgegenwirken.

Ziel eines jeden Mitglieds des multiprofessionellen Teams muss es sein, eine vertrauensvolle Basis zu den Betroffenen aufzubauen. Um dies allen Berufsgruppen zu erleichtern, sollten Pflegekräfte, die in einem engen Kontakt zu den Betroffenen stehen, sich mit anderen Berufsgruppen austauschen und über die psychische Befindlichkeit der Betroffenen sprechen. Dies ermöglicht auch den anderen Berufsgruppen, Verhaltensweisen und Situationen besser einschätzen zu können, um dementsprechend damit umzugehen (vgl. Gestrich, 2006, S. 17).

5.2.2 Grundhaltungen in der Kommunikation

Damit die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den Betroffenen gelingt, sind von der Pflegekraft verschiedene kommunikative Kompetenzen gefordert (vgl. Rogall et al., 2005, S. 49). Bereits Carl R. Rogers beschäftigte sich in den 1940er Jahren intensiv mit den Grundhaltungen der Kommunikation, die eine Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation darstellen würden (vgl. Elzer & Sciborski, 2007, S. 83). Drei Grundhaltungen sind auch heute noch in der pflegerischen Praxis für eine gelingende Kommunikation elementar. Im Folgenden werden diese drei Grundhaltungen erläutert.

Als erste Grundhaltung nennt Rogers die „Echtheit“. Parallel dazu werden auch Begriffe wie „Authentizität“, „Kongruenz“ und „Wahrhaftigkeit“ verwendet (vgl. Rogall et al., 2005, S. 49). Hiermit ist gemeint, dass sich die Pflegekraft im Kontakt mit ihren Patienten und Angehörigen so präsentiert, wie sie tatsächlich ist. Die Voraussetzung dafür ist, dass die verbalen Äußerungen mit der Gestik, Mimik und Körperhaltung der Pflegekraft übereinstimmen (vgl. Elzer & Sciborski, 2007, S. 84). Um Echtheit auszustrahlen „[...] bedarf es einer ehrlichen Selbsterkenntnis“ (ebd.). Das bedeutet, zu seiner eigenen Meinung zu stehen und sich zu trauen, diese auch auszusprechen (vgl. Rogall et al., 2005, S. 49). Das Übermitteln von Echtheit führt dazu, dass die Betroffenen Vertrauen fassen und sich öffnen können (vgl. Elzer & Sciborski, 2007, S. 84).

Als weitere kommunikative Grundhaltung nennt Rogers die „Wertschätzung“ oder auch „Akzeptanz“ in der Patienten-Pflege-Beziehung (vgl. ebd.). Wichtig dafür ist, dass die Pflegekraft ihrem Gegenüber offen entgegentritt, ihm Interesse bekundet und ihn so annimmt wie er ist (vgl. Rogall et al., 2005, S. 50). Dabei geht es darum, den Menschen in seiner Vielfalt und mit seinen Schicksalen Achtung entgegenzubringen (vgl. Elzer & Sciborski, 2007, S. 84). Dadurch

kann auch das Gefühl der Selbstachtung beim Erkrankten verstärkt werden, was zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls beitragen kann (vgl. ebd.; vgl. Rogall et al., 2005, S. 50).

Auf der einen Seite kann die Akzeptanz durch Worte ausgedrückt werden. Zudem kann aber auch schon ein passender Gesichtsausdruck oder Gesten genügen, um dies zu signalisieren (vgl. Rogall et al., 2005, S. 50). Laut Rogall et al. (2005) wird „die Bedingungslosigkeit der Annahme zur Quelle von Vertrauen“ (S. 50). Wertschätzung und Akzeptanz bedeuten jedoch nicht, dass die Pflegekraft jegliche Äußerungen und Handlungen der Betroffenen teilen oder billigen muss (vgl. Elzer & Sciborski, 2007, S. 84).

Als dritte Grundhaltung sieht Rogers die „Empathie“ bzw. das „einfühlende Verstehen“. Sich in sein Gegenüber einzufühlen bedeutet am subjektiven Erleben des Gegenübers Anteil zu nehmen und die andere Perspektive auf Geschehnisse auf sich zu übertragen (vgl. Elzer & Sciborski, 2007, S. 84). Hiermit ist jedoch nicht gemeint, dass sich die Pflegekraft mit ihrem Gegenüber identifizieren soll (vgl. ebd.). Die Pflegekraft sollte lediglich dazu in der Lage sein, die Gefühlslage der Erkrankten und auch die ihrer Angehörigen wahrzunehmen, ihnen Verständnis entgegenzubringen und dies auch zu kommunizieren (vgl. ebd.). Dafür bedarf es der Fähigkeit, sich in die Situation und die Wahrnehmung der Betroffenen hineinzusetzen (vgl. Rogall et al., 2005, S. 50).

Die drei kommunikativen Grundhaltungen können dazu beitragen, das Gesprächsklima im stationären Alltag zu optimieren. In Bezug auf das Auftreten eines Rezidivs kann es der Pflegekraft durch die Echtheit, Wertschätzung und Empathie gelingen, zunächst einen Zugang zu den Betroffenen zu erhalten. Darauf aufbauend sollten die Betroffenen das Gefühl entwickeln, auch außerhalb ihres vertrauten Umfeldes einen Menschen gefunden zu haben, dem sie vertrauen und dem sie ihr Innerstes offenbaren können. Häufig halten Betroffene ihre Emotionen vor ihrem gewohnten Umfeld zurück und versuchen nach außen hin stark zu wirken (vgl. Gestrich, 2006, S. 36). Indem die Pflegekraft die Gefühle und Gedanken der Betroffenen akzeptiert und in ihre Beziehung integriert, reduziert dies gleichzeitig die Ängste der Betroffenen (vgl. Rogall et al., 2005, S. 50). Durch die drei aufgeführten Grundhaltungen fühlen sich die Betroffenen in der ungewohnten Klinikatmosphäre sicher aufgehoben und gut begleitet (vgl. Elzer & Sciborski, 2007, S. 84). Außerdem tragen die Grundhaltungen dazu bei, dass sich die Erkrankten in ihrer Autonomie gestärkt fühlen und sich selbst und ihrer Erkrankung mehr Achtung zukommen lassen (vgl. Elzer & Sciborski, 2007, S. 85).

5.2.3 Informationsbedürfnis

Betroffene beklagen während der Behandlung häufig eine durch das ärztliche Personal unzureichende Aufklärung über die Prognose, Therapie und Lebenserwartung (vgl. Röttger, 2003, S. 75; vgl. Hancock, Clayton & Parker et al., 2007, S. 507). Die Gründe dafür, dass sich Ärzte in der Mitteilung über die Prognose und den weiteren Verlauf der Erkrankung häufig zurückhalten, sind vielfältig. Ärzte neigen bei ihren Informationen dazu, diese oberflächlich zu vermitteln, da sie befürchten, den Betroffenen ihre verbliebene Hoffnung nehmen zu können. Dahinter steckt, dass sie trotz der Prognose die individuellen Wünsche der Betroffenen respektieren wollen (vgl. Hancock et al. 2007, S. 511). Außerdem können viele Ärzte häufig auch keine klaren Aussagen zur Lebenserwartung der Erkrankten treffen, da die Gefahr besteht, die Betroffenen würden sich zu stark an diese Aussage klammern (vgl. ebd.). Hancock et al. (2007) berichten in ihrer Studie außerdem davon, dass Ärzte auch Informationen für sich behalten, wenn sie der Ansicht sind, die Betroffenen könnten damit nicht richtig umgehen oder sie psychisch nicht verkraften (S. 511). Eine unzureichende Information kann jedoch laut Röttger (2003) die Krankheitsverarbeitung wesentlich erschweren (S. 75). Die Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten ist deshalb bei der Behandlung von Krebskranken von zentraler Bedeutung (vgl. Röttger, 2003, S. 76). Die Aufgabe des Arztes besteht darin, durch eine empathische Kommunikation über die Behandlung aufzuklären und bei aufkommenden Fragen zur Seite zu stehen (vgl. ebd.).

Jedoch führen im Krankenhausalltag Stress und wenig Zeit für die emotionalen Bedürfnisse der Betroffenen oft dazu, dass Ärzte Informationen für sich behalten (vgl. Hancock et al., 2007, S. 514). Somit kommt dem Pflegepersonal auch hier eine wichtige Schlüsselrolle zu, da es unmittelbar miteinbezogen wird, wenn die Kommunikation zwischen Patient und Arzt gestört ist (vgl. Röttger, 2003, S. 76f.). Die Betroffenen wenden sich in ihrer Unzufriedenheit in der Regel zuerst an die Pflegekräfte und holen sich Rat ein, wie sie am besten mit dem Arzt in Kontakt treten können (vgl. ebd.). Auch stehen Pflegekräfte bei Verständnisfragen zur Seite, wenn sich ein Arzt z.B. in der Visite unverständlich ausgedrückt hat. Sie agieren dann als Vermittler zwischen dem Arzt und dem Patienten. (vgl. ebd.). Es ist entscheidend für den Krankheitsverlauf, dass aufkommende Informationsdefizite umgehend behoben werden. So ist es die Aufgabe der Pflegekraft, durch eine gute Wahrnehmung offen gebliebene Fragen herauszufiltern und ggf. ein erneutes Gespräch zwischen dem Arzt und den Betroffenen zu arrangieren (vgl. ebd.). Auch besteht eine wichtige Aufgabe darin, zu entscheiden, wieviel Informationen den Betroffenen

zugemutet werden kann und in welchem Rahmen diese besprochen werden sollten (vgl. Innes & Payne, 2009, S. 38).

Um die individuellen Informationsbedürfnisse zu berücksichtigen, sollte die Pflegekraft in Gesprächen die persönlichen Zielvorstellungen der Betroffenen herausfinden. Diese Erkenntnis ist elementar, um die Lebensqualität jedes Einzelnen nach seinen Interessen zu fördern (vgl. Innes & Payne, 2009, S. 38). Um als Pflegekraft solche Gespräche führen zu können, bedarf es einer Sicherheit in der Gesprächsführung und einer hohen pflegerischen Professionalität (vgl. ebd.).

5.2.4 Hindernisse in der Kommunikation

Auf onkologischen Stationen begegnen Pflegekräfte immer wieder Erkrankten und Angehörigen, die sich damit schwer tun, über ihre Gefühle, Ängste und Sorgen zu sprechen (vgl. Gestrich, 2006, S. 38). Dies kann sich durch Verhaltensweisen wie bspw. ständigem Nörgeln, fehlender Compliance oder provozierendem Verhalten ausdrücken (vgl. Gestrich, 2006, S. 39; vgl. Buser, Schneller & Wildgrube, 2007, S. 240). Pflegende reagieren darauf häufig zunächst mit Wut und innerem Widerstand (vgl. ebd.). Nach Gestrich (2006) steckt bei den Betroffenen hinter einem solchen Verhalten oft eine große Überforderung und die Hilflosigkeit, mit der Diagnose umzugehen (S. 39). Betroffene tun sich häufig schwer, eine passende psychische Verarbeitungsmethode zu finden und kommunizieren über komplizierte Umwege (vgl. ebd.). Eine wichtige Aufgabe der Pflegekraft kann somit darin bestehen, diese Art der Kommunikation zu deuten und die Reaktion zu entschlüsseln (vgl. ebd.). Pflegekräfte sollten versuchen Verständnis für das Verhalten aufzubringen und ihnen Zuwendung und Unterstützung anbieten. Dafür müssen sie ihre zuerst empfundenen Emotionen zurücknehmen und sich in die Situation ihres Gegenübers hineinversetzen (vgl. ebd.).

Nicht immer können dadurch die Hindernisse zwischen den Betroffenen und der Pflegekraft behoben werden. Jedoch verringert sich durch ein empathisches Eingehen auf den Patienten häufig sein aggressives und unbeherrschtes Auftreten (vgl. ebd.). Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dem Erkrankten deutlich zu signalisieren, dass sein Verhalten und seine Abwehrhaltung schädlich für das Patienten-Pflege-Verhältnis ist (vgl. Gestrich, 2006, S. 41). Jedoch sollte hier darauf geachtet werden, dies nicht ablehnend zu kommunizieren, sondern produktiv zu formulieren (vgl. Gestrich, 2006, S. 42).

Von der Pflegekraft wird vor allem in solchen Fällen eine gute Selbstreflexion verlangt (vgl. Gestrich, 2006, S. 36). Pflegende sollten in der Lage sein, sich kontinuierlich zu reflektieren

und nicht nur die „Fehler“ bei ihrem Gegenüber zu suchen. Sie sollten sich ebenso eingestehen können, dass ihr eigenes Verhalten, bspw. durch eine verschlossen wirkende Art, im Kontakt hinderlich sein kann (vgl. ebd.). Die Selbstreflexion ist ein Zeichen für die Professionalität in der Pflege und trägt dazu bei, dass sich Pflegende auch in ihrem eigenen Verhalten hinterfragen und dies ggf. optimieren. Dies stellt auch laut Gestrich (2006) in der Pflege einen bedeutsamen Prozess dar (S. 36ff.).

5.3 Emotionale Unterstützung

Wie bereits im Kapitel 2.4 beschrieben, führt die Diagnose eines Rezidivs bei den meisten Betroffenen zu starken inneren Ängsten. Vor allem löst der Rezidiv bei den Betroffenen eine intensive Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens aus (vgl. Hax-Schoppenhorst & Kusserow, 2014, S. 41). Pflegenden fällt es im Klinikalltag häufig schwer, auf diese Angst angemessen zu reagieren (vgl. Hax-Schoppenhorst & Kusserow, 2014, S. 42). Laut Hax-Schoppenhorst & Kusserow (2014) gibt es keinen richtigen oder falschen Umgang mit der Angst (S. 42). Die Unterstützung des Pflegepersonals kann sich hier in einer ehrlichen, empathischen und authentischen Kommunikation ausdrücken (vgl. ebd.). Dabei ist es wichtig, dass sich sowohl das Pflegepersonal, als auch alle anderen Berufsgruppen, den Ängsten der Betroffenen stellen. Viele Berufsgruppen meiden solche Gespräche, weil sie befürchten, dass die Ängste ihres Gegenübers auch unangenehme Gefühle in ihnen auslösen könnten (vgl. ebd.).

Bei einem aufrichtigen Umgang mit Ängsten soll es nicht darum gehen, den Betroffenen die Ängste zu nehmen. Wichtig ist vielmehr, in Gesprächen und durch aktives Zuhören die Ängste der Betroffenen nachvollziehen und sich in ihr Gegenüber einfühlen zu können (vgl. ebd.). Sich als Pflegekraft mit seinem Gegenüber über das Sterben und den Tod zu unterhalten, löst automatisch Gedanken über die eigene Endlichkeit aus. Hier wird vom Pflegepersonal die Bereitschaft gefordert, gemeinsam mit den Betroffenen diese Ängste anzusprechen, ohne sie sofort beseitigen zu können (vgl. ebd.). Dabei sind auch Angehörige von diesen Ängsten betroffen, so dass auch sie auf eine intensive Begleitung und Beratung angewiesen sein können (vgl. ebd.).

Damit sich die Betroffenen der Pflegekraft anvertrauen und sich ihr öffnen, bedarf es einer vertrauensvollen Beziehung (vgl. Rogall et al., 2005, S. 82). Laut Röttger (2003) wünschen sich die meisten Betroffenen, dass das Pflegepersonal oder auch Ärzte von alleine auf die Gefühle eingehen und sie nicht an einen Psychologen weitervermitteln (vgl. Röttger, 2003, S. 61). Jedoch ist es auch von großer Bedeutung, als Pflegekraft besonders psychisch belastete Patienten

und Angehörige zu erkennen und in diesen Fällen psychosoziale Hilfen anzubieten (vgl. Röttger, 2003, S. 41). Wichtig ist, dass sich Pflegekräfte der Grenzen ihrer Kompetenz bewusst sind und zur weiteren Unterstützung das multiprofessionelle Team mit einbeziehen (vgl. ebd.).

5.4 Pflege als soziale Unterstützung

Das Bedürfnis von Betroffenen, durch Pflegende eine soziale Unterstützung zu erfahren, wird häufig schon dadurch befriedigt, dass Pflegende tagtäglich in den direkten Austausch mit den Betroffenen treten und zu ihnen eine emotionale Beziehung aufbauen (siehe Kapitel 5.3) (vgl. Buzgova et al., 2015, S. 135). Neben der sozialen Unterstützung und Einbettung durch Angehörige und Freunde bildet das multiprofessionelle Team die zweitwichtigste soziale Gruppierung bei der Bedürfnisbefriedigung (vgl. ebd.). Betroffene erhalten dabei durch das Team psychosozialen Beistand (vgl. ebd.).

Laut Röttger (2003) bezieht sich die soziale Unterstützung durch die Pflegekräfte auf verschiedene Bereiche im Krankenhaus. Dazu zählt zum einen die ehrliche Informationsübermittlung (siehe Kapitel 5.2.3) über die Erkrankung und die Prognose (vgl. Röttger, 2003, S. 33). Zum anderen kann durch eine bedürfnisorientierte Pflege auf Ängste und Sorgen direkt eingegangen werden (siehe Kapitel 5.3). Zudem sollte den Patienten ein Zugehörigkeitsgefühl vermittelt werden, um ihre Autonomie zu wahren (siehe Kapitel 5.6) (vgl. Röttger, 2003, S. 33). An diesen Ausführungen ist zu erkennen, dass das Bemühen um soziale Unterstützung durch das Pflegepersonal auch schon in der Befriedigung anderer Bedürfnisse (Informationsübermittlung, Umgang mit Emotionen und Aufrechterhaltung der Autonomie) berücksichtigt wird.

Die Begleitung der Krebserkrankten erfordert von den Pflegenden eine hohe seelische Belastbarkeit und geht an die körperlichen und psychischen Ressourcen (vgl. Röttger, 2003, S. 80). Pflegende sind deshalb in ihrer Arbeit gefordert, auf ein seelisches Gleichgewicht zu achten und sich emotional nicht zu sehr von den Schicksalen der Patienten innerlich mitreißen zu lassen (vgl. ebd.). Dies erfordert vom Pflegepersonal auch einen „angemessenen Umgang mit Nähe und Distanz“ (ebd.).

Auf der einen Seite ist es wichtig, dass Pflegende einen empathischen Umgang mit den Erkrankten und ihren Angehörigen pflegen und sich in ihre Gefühlswelt hineinversetzen können. Gleichzeitig sollten ihre Gefühle sie jedoch nicht in der Ausführung ihrer Arbeit hindern (vgl. ebd.). Gemäß Rest (2006) beeinflussen sich Nähe und Distanz in der Kommunikation gegen-

seitig (S. 80). Ein Abstand sorgt für eine angemessene Freiheit zwischen den Beteiligten, wohingegen die Nähe eine Beziehung herstellt und Intimität zwischen dem Pflegenden und den Betroffenen zulässt (vgl. ebd.).

Die Nähe kann jedoch erst entstehen, wenn auch ein Abstand gewahrt wird, so Rest (2006, S. 80). Zu viel Nähe kann zu einer „Umklammerung“ führen und die Betroffenen in ihrer Entscheidungsfindung beeinflussen (vgl. Röttger, 2003, S. 80). Eingeräumt werden muss aber auch, dass Pflegende nicht jedem Patienten und ihren Angehörigen gleichermaßen nahe sein können (vgl. Röttger, 2003, S. 80f.). Pflegende sollten sich ihrer eigenen Handlungskompetenzen und Grenzen im Klaren sein und diese auch offen kommunizieren (vgl. ebd.). Der Selbstschutz und die Psychohygiene sind in der pflegerischen Praxis von unabdingbarer Relevanz (vgl. Röttger, 2003, S. 81).

5.5 Umgang mit spirituellen Fragen

Die spirituellen Bedürfnisse von Betroffenen bilden für Pflegekräfte im Krankenhaus eine große Herausforderung. Laut Delgado-Guay et al. (2015) geben 70% der Krebserkrankten an, dass ihren spirituellen Fragen und Wünschen im Krankenhaus wenig Beachtung geschenkt werden (S. 2). Dabei ist laut Delgado-Guay et al. (2015) bekannt, dass die Befriedigung spiritueller Bedürfnisse großen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit hat (S. 2). Werden diese Bedürfnisse nicht beachtet, können Depressionen die Folge sein, so Delgado-Guay et al. (2015, S. 4).

Betroffene fangen häufig erst in schweren Lebenskrisen, wie z.B. dem Auftreten eines Rezidivs, an, nach spirituellen Ressourcen zu suchen in der Hoffnung, diese würden ihnen dabei helfen, die schweren Umstände leichter zu überwinden (vgl. ebd.). In Kapitel 5.1 wurde die Definition zu „Palliative Care“ der WHO bereits dargestellt. Diese beschreibt, dass neben körperlichen und psychosozialen Problemen auch Bedürfnisse spiritueller Art behandelt werden sollten (vgl. Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 58).

In der pflegerischen Praxis ist es laut Delgado-Guay (2015) von großer Bedeutung, Pflegende mehr für spirituelle Bedürfnisse zu sensibilisieren (S. 6). Dies würde ihnen auch dabei helfen zu verstehen, wie sich „pflege- und behandlungsrelevante spirituelle Bedürfnisse und Gegebenheiten bei Patienten und Angehörigen“ (Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 59) äußern. Hilfreich dabei wäre es, neben der klassischen Pflegeanamnese und Besprechung der Pflegeziele auch ein Screening zum Thema Spiritualität mit in die pflegerische Tätigkeit zu

integrieren (vgl. Delgado-Guay, 2015, S. 4). Betroffene würden sich dadurch umfassend vom Pflegepersonal behandelt und ernst genommen fühlen.

Die Fragen, die sich Betroffene beim Auftreten eines Rezidivs stellen, sind zum Großteil Sinn- und Existenzfragen (vgl. Gestrich, 2006, S. 28). Wie bereits erwähnt wenden sich viele Betroffene damit auch direkt an das Pflegepersonal. Bei Pflegenden rufen diese Fragen häufig schmerzliche Gefühle und eine tiefe Berührung hervor (vgl. Gestrich, 2006, S. 38).

Für die Pflegekräfte wäre es hilfreich, sich mit dem eigenen Tod und Sterben auseinanderzusetzen (vgl. Buser, Schneller & Wildgrube, 2007, S. 311). Dabei sollten sie sich mit Fragen zur Akzeptanz des Todes als Teil des Lebens und mit Sinnfragen zum Leben beschäftigen (vgl. Buser, Schneller & Wildgrube, 2007, S. 312). Erst wenn dies geschehen ist, verliert auch die Pflegekraft die Angst davor, über diese Themen zu sprechen und vermeidet sie nicht länger (vgl. Gestrich, 2006, S. 39).

Nach Buzgova et al. (2015) besteht bei spirituellen Fragen im Krankenhaus auch immer die Möglichkeit, den seelsorgerlichen Dienst einzuschalten (S. 135). Dieser bietet die Möglichkeit, mit extra geschultem Personal Sinn- und Existenzfragen näher zu beleuchten. Pflegende können an dieser Stelle als „Kanäle“ zwischen dem Krankenhaus und professionellen spirituellen Instanzen oder Heilpraktikern dienen, so Buzgova et al. (2015, S. 7). Dafür können Pflegende bspw. Kontaktinformationen aushändigen oder eine Verbindung zu einer weiteren Berufsgruppe herstellen (vgl. Fitch & Steele, 2010, S. 21). Pflegende sollten außerdem darauf achten, dass die Maßnahmen für spirituelle Pflege von allen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams auf die gleiche Art und Weise geteilt und auch dokumentiert werden (vgl. Delgado-Guay, 2015, S. 6).

5.6 Aufrechterhaltung der Autonomie

Laut Aulbert, Nauck & Radbruch (2007) ist sowohl die Wiederherstellung, als auch die Förderung von Autonomie das wesentliche Ziel der Palliativmedizin und Palliative Care (S. 56). Eine Krebserkrankung und der Aufenthalt im Krankenhaus gehen fast immer mit einem Verlust der eigenen Autonomie einher (vgl. ebd.). Die Autonomie der Betroffenen im Krankenhaus zu wahren bedeutet, sie selbstbestimmt und eigenverantwortlich Entscheidungen treffen zu lassen, ohne sie dabei (durch das medizinische oder pflegerische Team) zu beeinflussen (vgl. ebd.). Dabei sollen die Betroffenen ihre veränderte Lebenssituation eigenständig verstehen lernen, sich neue Ziele setzen und diese ohne fremde Hilfe umsetzen

(vgl. Buzgova et al., 2015, S. 135). Ein wichtiger Part der Pflegenden ist es somit, die Betroffenen in ihren Ressourcen zu unterstützen, diese aufrechtzuerhalten und respektvoll mit der Krankheit und ihren einhergehenden Einschränkungen umzugehen (vgl. ebd.).

In den Ressourcen zu unterstützen bedeutet, die Erkrankten in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) soweit Hilfestellungen anzubieten, wie sie es vom Personal wünschen oder wie das Pflegepersonal es dem Patienten zutraut. Die Patienten sollen sich trotz ihrer Erkrankung in den ATL's so weit wie möglich selbstverwirklichen können (vgl. ebd.). Damit Pflegende die Ressourcen des Erkrankten angemessen in den Pflegeprozess einbeziehen können, ist es unabdingbar, sich bei dem Betroffenen selbst rückzuversichern, ob eine richtige Einschätzung seitens der Pflegekraft stattgefunden hat (vgl. ebd.). Dies erfordert von den Pflegenden eine selbstkritische Haltung und die Fähigkeit sich selbst zurücknehmen zu können (vgl. Aulbert, Nauck & Radbruch, 2007, S. 60).

Eine offene Kommunikation über Bedürfnisse und Lebensziele von Betroffenen bildet die Grundlage für die Anerkennung der (Patient) Autonomie (vgl. Aulbert, Nauck & Radbruch, 2007, S. 58). Mit der Berücksichtigung der Autonomie ist gemeint, die Bedürfnisse der Betroffenen zu respektieren, die Lebensqualität zu optimieren und ihnen ein Leben in Würde zu ermöglichen (vgl. ebd.). Somit ist es in der Arbeit mit Rezidiverkrankten wichtig, als Pflegekraft mögliche Grenzüberschreitungen zu erkennen und sensibel damit umzugehen (vgl. ebd.).

6 Diskussion

Wie bereits erwähnt löst die Diagnose eines Rezidivs bei den Betroffenen häufig eine existentielle Krise aus (vgl. Tschuschke, 2011, S. 57). Die Diagnose kann mit Hoffnungslosigkeit und einer starken Verunsicherung darüber, ob der Krebs ein zweites Mal zu bewältigen ist gepaart sein (vgl. Tschuschke, 2011, S. 59). Die Diagnose des Rezidivs nimmt somit noch mehr als die Erstdiagnose einen lebensbedrohlichen Charakter an (vgl. ebd.). Dies löst intensive Ängste vor einem möglichem Sterben und Sorgen darüber aus, wie es in Zukunft weitergehen soll.

Nicht nur die Erkrankten sind von der Zweitdiagnose betroffen. Auch ihre Angehörigen werden durch diese Nachricht erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt (vgl. Tschuschke, 2011, S. 62). Um die Erkrankten und ihre Angehörigen in dieser Zeit im Krankenhaus besser zu begleiten, ist es in erster Linie Aufgabe der Pflegekräfte, die Bedürfnisse und den Betreuungsbedarf der Patienten und ihrer Angehörigen frühzeitig zu erkennen, um passende Interventionen einzuleiten (vgl. Röttger, 2003, S. 43). Die Bedürfnisse eines Individuums zu kennen und ihre Prioritäten und Zielsetzungen zu verstehen, ist die Voraussetzung für eine individuelle und professionelle Pflege (vgl. Buzgova, 2015, S. 136). Zur Erkennung und möglichen Befriedigung der Bedürfnisse von Patienten und ihrer Angehörigen gehört als höchstes Therapie- und Behandlungsziel stets auch die Lebensqualität aufrechtzuerhalten oder gar zu verbessern (vgl. Röttger, 2003, S. 41).

Eine bedeutsame Aufgabe von Pflegenden ist die Kommunikation mit den Erkrankten und ihren Angehörigen. Pflegende benötigen ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Akzeptanz und auch kommunikative Kompetenzen, um umfassend auf die Emotionen der Betroffenen einzugehen und sie in der schweren Lebenszeit emotional zu unterstützen (vgl. Pleyer, 2012, S. 170). Dies gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben des Pflegepersonals.

Von Pflegenden wird erwartet, die Gedanken, Gefühle und den Glauben der Betroffenen anzunehmen (vgl. Pleyer, 2012, S. 172). Es ist von hoher Bedeutung, den Betroffenen im Krankenhaus ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln, indem offen kommuniziert wird, dass zu jeder Zeit Ansprechpartner für sie zur Verfügung stehen. Es ist wichtig, den Erkrankten und ihren Angehörigen zu signalisieren, dass sie nicht alleine sind (vgl. ebd.).

Außerdem sollten Verhaltensweisen der Betroffenen respektiert werden und auch Verständnis dafür aufgebracht werden, wenn das Verhalten und die Gefühle widersprüchlich sind. Die Autonomie zu wahren sollte dabei im Vordergrund stehen (vgl. Pleyer, 2012, S. 173). Um all dies zu ermöglichen, müssen Pflegende in einen direkten Austausch mit den Betroffenen treten und

versuchen, sie unter Berücksichtigung des Willens der Patienten, kennenzulernen. Das Ziel besteht dabei darin, die individuellen Bewältigungsanforderungen für die Betroffenen herauszufiltern.

Jeder Patient hat ein unterschiedliches Krankheitserleben und dementsprechend auch unterschiedliche Bedürfnisse. Die Bewältigungsanforderungen werden durch frühere Erfahrungen mit Krebserkrankungen geprägt. Diese Erkenntnisse aus der Vergangenheit können daher starke Auswirkungen auf die Betroffenen haben (vgl. Pleyer, 2012, S. 168). Demnach unterscheiden sich die Erkrankten und ihre Angehörigen auch in ihrem Coping-Verhalten, so dass sich die Anforderungen an die Pflegenden ändern (vgl. ebd.). Dies erfordert von den Pflegenden ein hohes Maß an Spontanität, Kreativität und Einfühlungsvermögen. Im Pflegeberuf besteht allerdings die Gefahr, die zu betreuenden Personen nicht mehr singular zu sehen und ihre individuellen Erfahrungen nicht mit in die pflegerischen Tätigkeiten zu integrieren. Jedoch bleibt auch festzuhalten, dass die Betreuung von Krebserkrankten nicht ausschließlich von Pflegenden geleistet werden sollte, sondern nur im multiprofessionellen Team zu verwirklichen ist (vgl. Aulbert, Nauck & Radbruch, 2007, S. 966). Dies wird auch im folgenden Zitat aus dem Buch von Aulbert, Nauck & Radbruch (2007) deutlich:

„Die Linderung und Befreiung von quälenden Symptomen und eine aufrichtige, offene, gleichberechtigte Kommunikation, die es dem Patienten ermöglicht, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen, sind dabei Ziele aller Berufsgruppen, die den Patienten als therapeutisches Team betreuen“ (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2007, S. 967).

Die Copinganforderungen (Kap. 4.2) verdeutlichen die Vielfältigkeit der Bereiche, die von einem Rezidiv betroffen sind. So besteht die Aufgabe des multiprofessionellen Teams darin, auch die Ressourcen, die zur Krankheitsbewältigung beitragen, zu fördern. Somit ist die offene Kommunikation im Team über ihre Erfahrungen mit den Betroffenen elementar. Dies hilft anderen Teammitgliedern, die Qualität ihrer Betreuung zu erhöhen (vgl. Aulbert, Nauck & Radbruch, 2007, S. 850). Jedoch scheitert dies im Krankenhaus häufig an den Rahmenbedingungen des Arbeitsalltags, so dass die bedürfnisorientierte Pflege in dem Maße, wie sie in dieser Arbeit beschrieben wurde, nur schwer umsetzbar ist. Aulbert, Nauck & Radbruch (2007, S. 847) fassen die unzureichenden Rahmenbedingungen in fünf Punkten zusammen:

- Misslingende Kommunikation (zwischen Pflegenden/Ärzten und Betroffenen)
- Personalknappheit
- Insuffiziente ärztliche Betreuung

- Fehlen eines interprofessionellen Teams
- Fehlendes Wissen und fehlende Ausbildung

An diesen Punkten lassen sich eindeutig strukturelle Mängel im Krankenhaus erkennen, die es erschweren, eine umfassende, bedürfnisorientierte Pflege im ganzen Team zu realisieren. Wie bereits erwähnt, stellt die Kommunikation auf onkologischen Stationen eine wichtige Aufgabe der Pflegenden dar. Jedoch fehlen häufig geeignete Kommunikationsmethoden oder äußere Bedingungen. Laute und unruhige Umgebung, Mitpatienten, ein fehlender Beziehungsaufbau etc. führen so zu Störungen in der Kommunikation (vgl. Elzer & Sciborski, 2007, S. 184). Im Krankenhausalltag haben außerdem Zeitmangel, Informationsdefizite auf Seiten des Pflegepersonals oder zu viele zu betreuende Patienten die Folge, dass sich Betroffene häufig ungenügend aufgefangen und betreut fühlen (vgl. Bucka-Lassen, 2011, S. 180). Außerdem werden hohe Anforderungen an die persönlichen Eigenschaften Pflegenden gestellt. So sollten Pflegenden die Fähigkeit zur Selbstreflexion mitbringen, um Grenzen ihrer Fähigkeiten zu kennen und dann auf weitere Berufsgruppen aus multiprofessionellen Teams zurückgreifen. Außerdem ist die Auseinandersetzung mit sich selbst und mit Themen wie dem Tod auf onkologischen Stationen besonders wichtig, um auch Todesängste mit Betroffenen thematisieren zu können.

Vor diesem Hintergrund kommen Fitch & Steele (2010) zu dem Urteil, dass im Krankenhausalltag häufig viele Bedürfnisse unbefriedigt und unbeachtet bleiben (S. 21). Trotzdem sollte die Pflegekraft den Anspruch haben, die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen wahrzunehmen, um mit ihren zur Verfügung stehenden Mitteln auf die Bedürfnisse eingehen zu können.

In Bezug auf Limitationen dieser Arbeit bleibt zu erwähnen, dass die Datenlage zur Häufigkeit von Rezidiven in Deutschland bislang sehr gering ist. Es lassen sich lediglich Häufigkeiten zu Rezidiven von bestimmten Krebserkrankungen feststellen, nicht aber allgemeine Rezidiv-Häufigkeiten. Außerdem bestand eine Schwierigkeit darin, qualitative Studien zum Auftreten von Rezidiven zu ermitteln. Viele Untersuchungen, die diese Arbeit beeinflusst haben, bezogen sich überwiegend auf das Auftreten von Krebs, nicht aber von Rezidiven.

Außerdem bleibt zu erwähnen, dass die Studien, welche die Bedürfnisse von Betroffenen untersucht haben, die Bedürfnisse im Vorfeld nicht definiert, sondern lediglich in verschiedene Untergruppierungen unterteilt haben. Die Problematik bestand darin, sich anhand der Studien für priorisierende Bedürfnisse zu entscheiden. Es wurden auch qualitative Studien herangezogen, die ausschließlich die Bedürfnisse von Patienten mit einer speziellen Krebserkrankung

ermittelt haben. Daraus wurden allgemeine Bedürfnisse von Betroffenen mit einem Rezidiv abgeleitet. Diese Vorgehensweise folgt der Annahme, dass Ähnlichkeiten in den Bedürfnissen von Krebserkrankten bestehen.

Um die qualitativen Studien kritisch zu beurteilen, sollte die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit der Studien geprüft werden. Dies führt ggf. dazu, dass ungeeignete Studien herausgearbeitet werden können. Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit wurde auf diese Überprüfung verzichtet.

In Anbetracht des begrenzten zeitlichen Rahmens der Bachelorarbeit konnte zudem nicht weiter auf das Alter der Erkrankten, das Stadium des Krebses oder Vor- und Nebenerkrankungen eingegangen werden. In diesem Zusammenhang wäre es interessant gewesen, die Unterschiede in den Bedürfnissen zu beleuchten und den Einfluss von längeren krebsfreien Zeiten zwischen der Erstdiagnose und dem Rezidiv-Aufkommen zu erläutern. Jedoch lässt die derzeitige Publikationsslage eine derart differenzierte Untersuchung nicht zu.

Es ist zudem anzumerken, dass die körperlichen Bedürfnisse nicht abschließend dargestellt wurden. Es wurde lediglich ein Ausschnitt dieses Bedürfnisses erbracht, da die Darstellung aller möglichen physiologischen Einschränkungen und pflegerischen Interventionen den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würden. Hinzu kommt, dass kaum Literatur über die spirituellen Interventionen zur Verfügung steht, so dass auch hier wichtige Erkenntnisse fehlen können. Für die Zukunft wäre das Thema Selbstschutz und Psychohygiene für Pflegekräfte ein weiterer interessanter Bereich. Dies stellt ein elementares Thema dar, da Pflegekräfte speziell auf onkologischen Stationen erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. In diesem Zusammenhang kann auch noch eingehender auf das Thema Nähe und Distanz als professionelle Pflege eingegangen werden. Dies ist für den Selbstschutz von hoher Bedeutung. In Hinblick auf die Fragestellung wäre eine eigene qualitative Erhebung auf onkologischen Stationen sehr aufschlussreich gewesen. Dies hätte auch die Einschränkung aufgehoben, dass die Befragungen ausschließlich aus dem nicht-deutschsprachigen Raum stammen. Dies macht deutlich, dass die Forschung in Deutschland bei der Bedürfniserkennung und den bedürfnisorientierten Pflegeinterventionen bei Patienten mit einem Rezidiv noch intensiviert werden muss.

7 Schlussfolgerung

In Hinblick auf die Fragestellung lässt sich feststellen, dass die Aufgabenbereiche von Pflegenden speziell bei Erkrankten mit einem Rezidiv sehr breit gefächert sind und viele verschiedene Bereiche des Lebens betreffen. Somit lässt sich die Forschungsfrage: *„Auf welche Art und Weise können Pflegende auf die besonderen Bedürfnisse von Patienten mit einem Rezidiv und ihren Angehörigen reagieren?“* nicht in wenigen Sätzen beantworten.

Um angemessen auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen, wird von den Pflegenden sowohl eine hohe Fachkompetenz, ausgeprägte psychosoziale Fähigkeiten als auch eine gute Wahrnehmung und gutes Einfühlungsvermögen gefordert. Um Pflegenden die Identifizierung von Bedürfnissen zu erleichtern, würde laut Delgado et al. (2015) ein geeignetes Assessmentinstrument eine große Hilfe darstellen (S. 7). Mit Hilfe von Fragebögen, könnten etwa die verschiedenen Bedürfnisse der Betroffenen herausgefiltert werden. Dies würde dem Pflegepersonal einen großen Teil ihrer Arbeit abnehmen, da allein die Identifizierung der Bedürfnisse einen großen zeitlichen Aufwand bedeutet.

Die Kommunikation steht bei allen pflegerischen Tätigkeiten im Zentrum der Arbeit. Mit Hilfe einer professionellen Kommunikation wird bereits dem Großteil der Bedürfnisse Beachtung geschenkt. Im Krankenhausalltag lassen sich auf Seiten der Pflegekräfte jedoch häufig kommunikative Defizite erkennen. Kommunikative Fähigkeiten werden in der Ausbildung nicht ausreichend thematisiert (vgl. Elzer & Sciborski, 2007, S. 184). Für den Bereich der Kommunikation sollten bereits Auszubildende sensibilisiert werden, um von Beginn an der pflegerischen Tätigkeit kommunikative Fähigkeiten erlernen und festigen zu können.

In Bezug auf kommunikative Kompetenzen sollten speziell auf onkologischen Stationen für Pflegende und Ärzte Schulungen angeboten werden, die für die Bereiche der Kommunikation, -methoden und Gesprächsführungsstile sensibilisieren und Hilfen für den Alltag aufzeigen. Das Wissen über Gesprächsführungstechniken ermöglicht vor allem auch bei schwierigen Gesprächsthemen wie bspw. dem Tod, den Pflegekräften Ängste zu nehmen, so Kränzle, Schmid & Seeger (2014, S. 119).

Da auf onkologischen Stationen und speziell auch bei einem Rezidiv Ängste vor dem Sterben aufkommen sind Pflegende unweigerlich mit diesen Themen konfrontiert. Dafür sollten regelmäßige Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Bereich Palliative Care für das Pflegepersonal angeboten werden, um einen offenen Umgang mit dem Thema Tod und Sterben und Kommunikation mit Angehörigen herzustellen (vgl. Kränzle, Schmid & Seeger, 2014, S. 162)

Palliative Strukturen sollten demnach nicht nur auf Palliativstationen implementiert werden, sondern auch auf reinen onkologischen Abteilungen mehr in den Fokus geraten, da sie eine intensivere und patientenorientierte Betreuung bedeuten, die für Krebserkrankte und ihre Angehörigen vor allem auf psychosozialer Ebene von hoher Bedeutung sind.

Um Betroffene im Krankenhaus nach der zweiten Diagnosestellung und der anschließenden Therapie umfassend betreuen zu können, ist das gesamte multiprofessionelle Team gefordert, um eine bestmögliche Zufriedenheit zu erreichen. Multiprofessionelle Übergaben wären eine gute Möglichkeit, sich über gesammelte Erfahrungen auszutauschen und sich selbst zu reflektieren. Dies könnte durch ausreichend Zeit in Übergaben oder Supervisionen ermöglicht werden.

Pflegende sollten sich darüber im Klaren sein, dass sie nicht alleine für alle Bedürfnisse der Betroffenen aufkommen können. Somit kommt der Kooperation zu anderen Berufsgruppen und Instanzen eine wichtige Rolle zu. Speziell die Kooperation zu psychosozialen Diensten sollte deshalb mehr gefördert werden, um Betroffene im Anschluss an die Diagnoseübermittlung besser auffangen zu können. Auch eine gemeinsame Übermittlung der Diagnose von dem behandelnden Arzt und einer auf diese Situationen geschulte Fachkraft ist denkbar. Vor allem bei der Betreuung von Angehörigen, die im Krankenhausalltag häufig zu kurz kommt, sollten Psychologen oder Seelsorger stärker mit einbezogen werden. Dies würde auch eine große Entlastung für das Pflegepersonal bedeuten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Erkennen und die Befriedigung der Bedürfnisse von Menschen mit einem Rezidiv und ihren Angehörigen im Krankenhaus eine große Herausforderung für das Pflegepersonal darstellt. Um die Betroffenen in allen Lebensbereichen optimal zu betreuen, werden Pflegenden eine hohe Professionalität und vielfältige Kompetenzen abverlangt. Die Rahmenbedingungen sowie pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten im Krankenhaus sind aber noch stark ausbaufähig. Dabei sollte immer im Blickfeld stehen, dass Veränderungen und Optimierungen im Krankenhausalltag in erster Linie den Betroffenen in schweren Lebenskrisen zu Gute kommen. Dies hätte einen enormen Einfluss auf die Lebensqualität und Krankheitsbewältigung von Patienten.

Literaturverzeichnis

Aulbert, E., Nauck, F. & Radbruch, L. (2007). Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer-Verlag.

Braukmann, W. & Filipp, S. H. (1984). Strategien und Techniken der Lebensbewältigung. In: Baumann, U., Berbalk, H. & Seidenstücker, G. (Hrsg.) (1984): Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis. Bd. 6, 52-87. Bern: Hans Huber Verlag.

Bucka-Lassen, E. (2011). Das schwere Gespräch. Patientengerechte Vermittlung einschneidender Diagnosen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Buser, K. (2003). Kommunikation mit Krebspatienten. *Der Gynäkologe*, 36 (6), 515-521.

Buser, K., Schneller, T. & Wildgrube, K. (2007). Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie. Kurzlehrbuch zum Gegenstandskatalog. 6. überarbeitete Auflage, München: Urban & Fischer Verlag.

Buzgova, R., Kazakova, R., Sikorova, L., Zelenikova, R. & Jarosova, D. (2014). Development and psychometric evaluation of patient needs assessment in palliative care (PNAP) instrument. *Palliative and supportive care*, 14 (2), 129-137.

Elzer, M. & Sciborski, C. (2007). Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Delgado-Guay, M. O., Chrisholm, G., Williams, J., Frisbee-Hume, S., Ferguson, A. O. & Bruera, E. (2015). Frequency, intensity, and correlates of spiritual pain in advanced cancer patients assessed in a supportive/palliative care clinic. *Palliative and supportive care*, 20, 1-8.

Faller, H., Lang, H. & Schilling, S. (1992). Krankheitsverarbeitung bei Bronchialkarzinompatienten. Eine methodeintegrierte Mehrebenen-Längsschnitt-Untersuchung. Würzburg: Abschlussbericht für das Bundesministerium für Forschung und Technologie.

Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Fitch, M. I. & Steele, R. (2010). Supportive care needs of individuals with lung cancer. *Canadian oncology nursing journal*, 20 (1), 15-22.

French, J. R., Rodgers, W. & Cobb, S. (1974). Adjustment as person-environment fit. In: Coelho, G. V., Hamburg, D. A. & Adams, J. E. (Hrsg.) (1974): 316-333. New York: Coping and adaption Basic Books.

Freud, A. (1959). Das Ich und die Abwehrmechanismen. München: Kindler

Gestrich, R. (2006). Gespräche mit Schwerkranken. Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal. 3. überarbeitete und neu gestaltete Auflage, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Griffiths, J., Ewing, G. & Rogers, M. (2010). Moving swiftly on. Psychological support provided by district nurses to patients with palliative care needs. *Cancer nursing*, 33 (5), 390-397.

Geuenich, K. (2013). Achtsamkeit und Krebs. Hilfen zur emotionalen und mentalen Bewältigung von Krebs. Stuttgart: Schattauer-Verlag.

Haan, N. (1977). Coping and Defending. Processes of Self-Environment Organization. New York: Academic Press.

Hancock, K., Clayton, J. M., Parker, S. M., Wal der, S., Butow, P. N., Carrick, S., Currow, D., Ghersi, D., Glare, P., Hagerty, R. & Tattersall, M. HN. (2007). Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative medicine*, 21 (6), 507-517.

Hax-Schoppenhorst, T. & Kusserow, A. (2014). Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit. Bern: Verlag Hans Huber.

Hudson, P., Collins, A., Bostanci, A., Willenberg, L., Stephanov, N. & Phillip, J. (2015). Toward a systematic approach to assessment and care planning in palliative care: A practical review of clinical tools. *Palliative and supportive care*, 14 (2), 161-173.

Innes, S. & Payne, S. (2009). Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. *Palliative medicine*, 23 (1), 29-39.

Kloke, M., Reckinger, K. & Kloke, O. (Hrsg.) (2009). Grundwissen Palliativmedizin. Begleitbuch zum Grundkurs Palliativmedizin. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Koch, U., Lang, K., Mehnert, A., Schmeling-Kludas, C., (2006). Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen: Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. Stuttgart: Schattauer-Verlag.

- Kränzle, S., Schmidt, U. & Seeger, C. (2014). Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 5. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Künzler, A., Mamié, S. & Schürer, C. (2012). Diagnose-Schock: Krebs. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Larbig, W. & Tschuschke, V. (2000). Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer
- Lerner, M. (2000). Wege zur Heilung. Alle wichtigen Therapien von der Naturheilkunde bis zur Schulmedizin. München: Piper Verlag.
- Mehnert, A. (2010). Mit Krebs leben lernen. Ein Ratgeber zur Bewältigung psychischer Belastungen. 1. Auflage, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Neumann-Ponesch, S. & Höller, A. (2011). Gefühlsarbeit in Pflege und Betreuung. Sichtbarkeit und Bewertung gelungener Beziehungsarbeit. Wien/New York: Springer-Verlag.
- Pleyer, C. (2012). Onkologie. Verstehen Wissen Pflegen. München: Urban & Fischer Verlag.
- Rest, F. (2006). Sterbebeistand Sterbebegleitung Sterbegeleit. Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Rogall, R., Josuks, H., Adam, Gottfried & Schleinitz, G. (2005). Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. Hannover: Schlütersche.
- Röttger, K. (2003). Psychosoziale Onkologie für Pflegende. Grundlagen-Modelle-Anregungen für die Praxis. Hannover: Schlütersche.
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (2012). Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung. 12. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Schulz, P. & Schönplflug, W. (1982). Regulatory activity during states of stress. In Krohne, H. W. & Laux, L. (Hrsg.), Achievement, stress and anxiety, 51-73. New York: Hemisphere.
- Selye, H. (1956). The stress of life. New York: McGraw Hill Book Company.
- Steffens, W. & Kächele, H. (1988). Methodenkritische Analyse deutschsprachiger empirischer Forschungsarbeiten 1957-1985. Zu psychosozialen Auswirkungen maligner Tumoren. In:

Klapp, B. F. & Dahme, B. (Hrsg.) (1988). Bewältigung und Abwehr, Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten, 1-50. Berlin: Springer Verlag.

Tschuschke, V. (2011). Psychoonkologie. Psychosoziale Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. 3. Auflage, Stuttgart: Schattauer GmbH.

Ugalde, A., Aranda, S., Krishnasamy, M., Ball, D. & Schofield, P. (2011). Unmet needs and distress in people with inoperable lung cancer at the commencement of treatment. Supportive care in cancer, 20 (2), 419-423.

Vaillant, G. E. (1977). Adoption of life. Boston: Little & Brown

Vilalta, A., Valls, J., Porta, J. & Viñas, J. (2014). Evaluation of Spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Unit. Journal of palliative medicine, 17 (5), 592-600.

Vivar, C. G., Whyte, D. A. & Mcqueen, A. (2010). Again: the impact of recurrence on survivors of cancer and family members. Journal of Clinical Nursing, 19, 2048-2056.

Weber, S. & Frick, E. (2002). Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie. In: Tumorzentrum München (Hrsg.) (2002). Manual Psychoonkologie. Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 106-109. München: Zschwerdt-Verlag.

Weis, J. B. (2002). Leben nach Krebs. Belastung und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung. Bern: Verlag Hans Huber.

Weyland, P. (2013). Psychoonkologie – das Erstgespräch und die weitere Begleitung. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Wilhelmsen, M., Kring, T., Jorgensen, L. N., Madsen, M. R., Jess, P., Bulut, O., Nielsen, K. T., Andersen, C. L. & Nielsen, H. J. (2014). Determinants of recurrence after intended curative resection for colorectal cancer. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 49 (12), 1399-1408.

Internetquellen

Frauenselbsthilfe nach Krebs & Bundesverband e.V. (2014). Auffangen Informieren Begleiten. Die Frauenselbsthilfe nach Krebs [Online]. Verfügbar unter: <http://www.frauenselbsthilfe.de/upload/publikationen/broschueren/2014-05-Image-Broschre.pdf>. letzter Aufruf 04.04.2016 um 14:50 Uhr.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2012): Erneut auftretender Brustkrebs ohne Metastasen [Online]. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/erneut-auftretender-brustkrebs-ohne-metastasen.2276.de.html?part=verlauf-5o#!ku5o>. letzter Aufruf 15.04.16 um 15.35 Uhr.

Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz) (2013): Krebsstatistiken [Online]. Verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsstatistiken.php>. letzter Aufruf 14.04.16 um 19.15 Uhr.

Krebsratgeber. Information für Krebspatienten und Angehörige (2016): Rückfall bei Krebs. Medizinische und emotionale Aspekte eines Rezidivs [Online]. Verfügbar unter: <https://krebsratgeber.de/artikel/medizinische-und-emotionale-aspekte-des-rezidivs>. letzter Aufruf 14.04.16 um 19:12 Uhr.

Robert Koch Institut (2011): Allgemeines zu Gesundheitsbezogener Lebensqualität [Online]. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/Gesbez_Lebensqualitaet/Inhalt/Lebensqualitaet.html. Letzter Aufruf 06.04.2016 um 12.46 Uhr.

Robert Koch Institut (2015): Neue Daten zu Krebs in Deutschland [Online]. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2015/11_2015.html. Letzter Aufruf 2.05.2016 um 15.05 Uhr.

Statistisches Bundesamt (2016): Todesursachen in Deutschland [Online]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html>. letzter Aufruf 14.04.16 um 19.04 Uhr.

Thielking-Wagner, G. (2006). Psychoonkologie und Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus -Ergebnisse einer Evaluationsstudie im Land Brandenburg-. Verfügbar unter: URL: <https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/1612>. Letzter Aufruf 02.05.2016 um 15.19 Uhr.

World Health Organization (2002): WHO Definition of Palliative Care 2002 [Online]. Verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf. Letzter Aufruf 19.04.2016 um 12.18 Uhr.

Anhang

Ereignis	Auswirkungen in der Familie	Ziele der Angehörigen	Professionelle Intervention
Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Schuldgefühle • Wunsch zu helfen • Angst davor, sich anzustecken • Verletzbarkeit durch die Identifikation mit dem Erkrankten • Dem Familienangehörigen die Schuld an der Erkrankung geben 	<ul style="list-style-type: none"> • Umstrukturierung familiärer Rollen und Aufgaben • Potenzielle Veränderungen von Machtstrukturen • Lernen, über die Diagnose zu sprechen • Umgang mit der eigenen Verletzbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen • Unterstützung • edukative Maßnahmen • körperliche Kompetenz • Ressourcen zur Verfügung stellen/Weitervermittlung an andere Professionelle • kognitiv-behaviorale Trainingsprogramme • Handlungspläne entwerfen
Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung zwischen unterschiedlichen Bedürfnissen des Patienten und Familienangehörigen • Regulation von Optimismus • Anpassung an die körperlichen Veränderungen • Machtlosigkeit, die Nebeneffekte der Behandlung zu kontrollieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Lernen, über die Effekte der Behandlung zu sprechen • die Erfahrungen in das alltägliche Leben integrieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen • Unterstützung • edukative Maßnahmen • körperliche Kompetenz • Ressourcen zur Verfügung stellen/Weitervermittlung an Professionelle

			<ul style="list-style-type: none"> • kognitiv-behaviorale Trainingsprogramme • Handlungspläne entwerfen
Remissionsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Rollen innerhalb der Familie neu definieren • wieder Kraft gewinnen • Lernen, mit einer ungewissen Zukunft zu leben • Ziele der Familie neu beleben 	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassen an ein Leben mit einem „anderen“ Familienmitglied • Toleranz gegenüber dem Wunsch des Patienten, immer über die Krebserkrankung sprechen zu wollen • Die Erfahrung in das alltägliche Leben integrieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen • Unterstützung • edukative Maßnahmen • körperliche Kompetenz • Ressourcen zur Verfügung stellen/Weitervermittlung an andere Professionelle • kognitiv-behaviorale Trainingsprogramme • Handlungspläne entwerfen

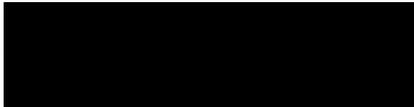
Rezidiv	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben und Rollen innerhalb der Familie neu strukturieren • Misstrauen in das medizinische Hilfesystem • Wunsch, den Familienangehörigen zu retten • Umgang mit den Gefühlen von Versagen und Verrat 	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit physischer und psychischer Belastung • Die Erfahrung in das alltägliche Leben integrieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen • Unterstützung • edukative Maßnahmen • körperliche Kompetenz • Ressourcen zur Verfügung stellen/Weitervermittlung an andere Professionelle • kognitiv-behaviorale Trainingsprogramme • Handlungspläne entwerfen
---------	---	---	--

Tabelle 3: Einfluss der Krebserkrankung auf die Familie (modifiziert nach Loscalzo u. Brintzenhofezoc 1998 zit. In: Tschuschke, 2011, S. 64f.).

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 31. Mai 2016



.....

Almuth Fimmen