

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 7 (2002)

Heft: 2

Artikel: Hat Lebensqualität mit Akzeptanz der Krebserkrankung zu tun? Teil I

Autor: Jermann, Patrick

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091669>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

In meiner Arbeit als Onkologiepfleger in der spitalexternen Onkologiepflege, im weiteren SEOP genannt, bin ich mit vielen Problemen konfrontiert. Die SEOP ist ein Spezialdienst der Spitex Basel.

Patrick Jermann*

Hat Lebensqualität mit Akzeptanz der Krebserkrankung zu tun? (Teil I)

Aufgaben

Unsere Tätigkeit, hauptsächlich Beratungsgespräche, wird immer in Ergänzung zu den anderen Spitexdiensten angeboten.

Diese Beratungsgespräche beinhalten die verschiedensten Themen: zum Beispiel Symptomkontrolle, die Bewältigung der momentanen Situation, Gespräche über die Krankheit, über unerledigte Dinge, offene Fragen bezüglich Bestattung.

Ich erachte es als sehr wichtig, den Klienten mitzuteilen, dass sie gegenüber Pflegenden ihre Unsicherheiten, Ängste und Fragen äussern können. Da ich es oft erlebe, dass der Klient immer wieder dieselben Probleme, z.B. seine anhaltende Schwäche anspricht, habe ich den Verdacht, dass die Verdrängung der Krankheit zu einer schlechteren Lebensqualität führt.

Als Beispiel eines solchen Problems kann ich seine vorhandene Schwäche und Mattigkeit erwähnen.

Ich glaube, dass es sich positiv auf die Lebensqualität auswirkt, wenn die Klienten sich an die jeweilige Situation anpassen können und deshalb soll es die Aufgabe der Pflegenden sein, sie dabei zu unterstützen.

Durch Aulbert & Niederle (1990, S. 10-11) wird bestätigt, dass die Betreuungsperson jedoch zu der Überzeugung kommen muss, dass die Frage: «Wie würden Sie im Augenblick Ihre Lebensqualität einschätzen?» der wichtigste und entscheidendste Indikator der Lebensqualität von Krebserkrankten ist.

Fragestellung

In unserer Arbeit dient das Gespräch dazu, zu überprüfen, inwiefern der Klient über seinen Krankheitszustand informiert ist. Dies hilft mögliche Lücken zu schliessen. In diesem und weiteren Gesprächen kann der Klient durch uns mit seiner Erkrankung konfrontiert werden.

Durch die Gespräche über immer wieder dieselben Themen, ergeben sich für mich folgende Fragestellung:

«Wie verändert sich die Lebensqualität des Klienten jeweils, wenn er seine Krankheit verarbeitet, respektive wenn er sie verdrängt?»

Diese Fragestellung möchte ich am konkreten Beispiel der zunehmenden Schwäche infolge der Tumorprogredienz ansehen.

Methodik

Ich werde aus meiner Praxis zwei Fallbeispiele von Klienten mit verschiedenen Copingstrategien beschreiben. Als nächstes entnehme ich Aussagen über die Lebensqualität aus dem Abklärungsgespräch und stelle gezielte Fragen, wenn mir noch Informationen betreffend der Lebensqualität fehlen, z.B. Angaben über die Mobilität. Danach lasse ich den Klienten anhand der Visuell Analog Skala VAS, (welche als Arbeitsinstrument in der Schmerztherapie bekannt ist), ihre momentane Lebensqualität messen.

Als Kernpunkt interessiert mich bei der Bewertung von Lebensqualität, wie die Klienten mit ihrer Schwäche bei den folgenden Verrichtungen umgehen:

- sich in der Wohnung oder dem Haus bewegen
- sich Ruhe gönnen
- Selbstpflege (Körperpflege, sich kleiden)

Als nächstes bitte ich die Klienten, ihre Akzeptanz gegenüber der Krankheit einzuschätzen. Dies wird auch mit der VAS-Skala erfolgen. Mit den Klienten diskutiere ich, ob sie der Ansicht sind, dass ihre jeweilige Lebensqualität steigerungsfähig ist.

Wenn wir zum Schluss kommen, dass dies möglich wäre und der Klient damit einverstanden ist, werde ich durch vier Beratungsgespräche versuchen, mit dem Klienten seine Lebensqualität zu verbessern.

Letztendlich wird die neue Einschätzung wiederum anhand der VAS-Skala gemessen und evaluiert.

* Dipl. Krankenpflger, HöFa 1 Onkologie, Spitalexterne Onkologiepflege Basel-Stadt und Kantonsspital Basel

Lebensqualität

Wir wollen nicht dem Leben (um jeden Preis) Zeit hinzufügen, sondern der verbleibenden Zeit Leben (Lebensqualität) geben (Aulbert, 1993, S. 2).

Durch den Fortschritt der Medizin, bestimmte Tumorarten heilen zu können oder ein längerfristiges Überleben sicher zu stellen, rückt die Diskussion nach Lebensqualität in den Vordergrund (Bräutigam et al., 1998, S. 179).

Buttenhauser (1998, S. 31) erklärt ebenfalls: «Da die Überlebenszeiten nicht mehr verlängert werden können und dadurch vermehrt chronische Krankheitsbilder entstehen, welche Beeinträchtigungen im Alltag auslösen, muss ein neuer Schwerpunkt gefunden werden. Es entstand die Notwendigkeit sich mit den psychosozialen Folgen einer Tumorerkrankung zu befassen, die Krankheitsbewältigung zu fördern und die Qualität des verbleibenden Lebens so optimal wie möglich zu gestalten».

Diese Aspekte bekommen Pflegende in Gesprächen mit den Klienten immer wieder zu hören, z.B. Aussagen wie: «Soll ich die Therapie weiter machen?» oder «Mich bringt keiner mehr in das Spital!». Aus solchen Äusserungen kann geschlossen werden, wie wichtig eine psychosoziale Betreuung ist, ob jemand geheilt wird oder nicht. Im weiteren weist Buttenhauser (1998, S. 61) auch darauf hin, dass «wenn die Frage nach der Lebensqualität von Tumorkranken gestellt wird, auch zwangsläufig die der Krankheitsverarbeitung folgt, denn diese beiden Punkte sind voneinander abhängig». Auf diesen Punkt werde ich im Verlauf meiner Arbeit noch zu sprechen kommen.

Definition der Lebensqualität

Das Wort Lebensqualität setzt sich zusammen aus «Leben» und «Qualität». Heute gewinnen Fragen, die früher kaum berücksichtigt wurden an Bedeutung:

- Welche Folgen haben die Behandlung für den Klienten?
- Und für den Angehörigen?
- Wie geht es dem Klienten im Alltag?
- Was bedeutet «Lebensqualität» für den Klienten? (Husebø & Klaschik, 2000, S. 368-369)

Nun möchte ich Ihnen als Leser eine Frage stellen: Wie würden Sie Lebensqualität definieren? Wie definiert Ihr Partner Lebensqualität?

In der Literatur finden sich die verschiedensten Beschreibungen.

«Das wesentliche Merkmal des Begriffs Lebensqualität ist, dass sie primär nach dem subjektiven Befinden und Erleben des Klienten fragt» (Hürny, 1996, S. 38).

«Die Lebensqualität wird oft auch mit den Synonymen wie Glück, Wohlbefinden, Bewältigung und Zufriedenheit umschrieben» (Buttenhauser, 1998, S. 29).

Diese zwei Beschreibungen erläutern, wie schwer die Lebensqualität allgemein zu definieren ist.

Unbestritten scheint jedoch, dass Lebensqualität eine subjektive Empfindung des einzelnen Individuums darstellt.

Rupprecht (1993, S. 76) beschreibt einen zusätzlichen Aspekt: «Lebensqualität ist das Ergebnis eines individuellen, multidimensionalen Bewertungsprozesses der Interaktionen zwischen der Person und der Umwelt».

Weiter führt Rupprecht (1993, S. 76) aus: «Als Bewertungsmaßstäbe können sowohl soziale als auch individuelle Wertvorstellungen und affektive Faktoren herangezogen werden. Die Bewertung bezieht sich auf die aktuelle Lebenssituation, auf die Einschätzung der Vergangenheit und auf die Zukunftserwartungen.»

Wie sich in der Praxis zeigt, beurteilt der Klient seine Lebensqualität meistens an den vorhandenen Symptomen. Die Lebensqualität wird hoch eingeschätzt, wenn der Klient die Möglichkeit hat an einem sonnigen Tag die Wohnung zu verlassen.

Husebø & Klaschik (2000, S. 369-370) beschreiben, dass sehr oft, wenn über die Qualität der Behandlung gesprochen wird, das Fachpersonal genaue Definitionen und Beschreibungen will. Der Klient sieht jedoch die Abrespektive Zunahme seiner Symptome und seines Krankheitsgefühls als Qualität in der Behandlung. Der Begriff Lebensqualität lässt sich zur Zeit jedoch schwer definieren, solange keine Klarheit über grundlegende Begriffe wie Krankheit, Gesundheit und Therapieerfolg herrscht. Eine schnelle Einigung kann erreicht werden, wenn Qualität als subjektiv angesehen wird. Die Verschiedenartigkeit sollte ausschlaggebend sein. Es

kann ja nicht darum gehen nur Tumore, Sehstörungen, Immunschwächen und so weiter zu behandeln. Denn auch in kritischen oder ausweglosen Situationen wollen sie etwas entwickeln, unternehmen oder erledigen.

Klar scheint, welche zwei Seiten Lebensqualität beinhalten können. Die Sicht des Klienten kann sich gar nicht mit derjenigen des Fachpersonals decken, da beide von anderen Standpunkten ausgehen. Wichtig erscheint allerdings, dass beide Standpunkte berücksichtigt werden, wenn von Lebensqualität gesprochen wird.

Was bedeutet Lebensqualität bei Krebs?

«Qualität beinhaltet das bestmögliche Leben, welches von dem Kranken noch ertragen werden kann» (Buttenhauser, 1998, S. 98).

Laut der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ebenfalls in Aulbert & Niederle (1990, S. 4) erwähnt, bedeutet Lebensqualität auf den ersten Blick «physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden». Wohlbefinden kann wörtlich dargestellt werden: Der Klient «befindet sich, fühlt sich wohl». Man kann es aber auch als „Zufriedenheit unter den gegebenen Umständen« (Aulbert & Niederle, 1990, S. 4) darstellen. Das zeigt, dass Wohlbefinden ein ganz wesentliches subjektives Befinden ist.

Ein wesentlicher Aspekt scheint, dass der Klient mit Hilfe des Pflegenden als Betreuungsperson an die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen seiner Möglichkeiten gelangen kann. Das heisst, es sollten alle dazu notwendigen Ressourcen des Klienten, wie auch das Fachwissen des Pflegenden eingesetzt werden, damit Lebensqualität vorhanden sein kann.

Aulbert & Niederle (1990, S. 4) schreiben sogar, dass die Lebensqualität abgestuft werden muss, da sie sonst nur für wenige und für Krebspatienten gar nicht erreichbar wäre. Daraus lässt sich folgern, dass Lebensqualität eine individuelle Entscheidung ist. Für Nichtbetroffene kann es nur eine «vermeintliche Lebensqualität» geben. Jemand, der sich nicht in der Situation befindet, kann gar nicht abschätzen, was sie für ihn als Gesunden bedeuten kann.

Was Lebensqualität ist, zeigt erst das Unabänderliche. Das bedeutet, wenn eine Reduktion der

Lebensmöglichkeiten stattfindet (Aulbert & Niederle, 1990, S. 8).

Durch das Bearbeiten dieser Punkte wurde mir sehr schnell klar, dass die Einschätzung des Klienten über seine Lebensqualität massgebend ist. In der täglichen Praxis wird jedoch plötzlich auch die Ansicht des Angehörigen eingebracht. Ich erlebe oft, dass sich die Aussagen komplett widersprechen. Es ist mir wichtig, dies zu erwähnen; darauf eingehen würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Damit meine Ausführung verständlich ist, möchte ich, wie bereits erwähnt, auf ein Zitat von Aulbert (1993, S. 3) zurückkommen: «Die Lebensqualität kann nur von den Betroffenen selbst für ihr individuelles Leben eingeschätzt werden».

Schwarz et al. (1991 S. 39) erwähnt, dass nicht nur auf die körperlichen Aspekte, sondern auch auf die seelischen und sozialen eingegangen werden sollte.

Wenn jemand ernsthaft krank ist und vor dem Lebensende steht, gewinnen diese «subjektiven» Qualitäten Bedeutung (Husebø & Klaschik, 2000, S. 370).

Ohne den Klienten und sein Umfeld zu kennen, kann die Frage nach Lebensqualität gar nicht beantwortet werden. Ebenso ist es Voraussetzung, dass wir erkennen und verstehen, welche Qualitäten für den einzelnen Klienten von Bedeutung sind (Husebø & Klaschik, 2000, S. 372-373).

In der Betreuung meiner Klienten bedeutet dies für mich, dass ein Kontakt zu den Angehörigen von grosser Wichtigkeit ist. Es ist erschwerend von Lebensqualität zu sprechen, ohne dass ein Augenmerk auf die Situation, in der sich die Angehörigen befinden, gerichtet wird.

Die Bewertung von Überleben und Einschränkungen muss aber trotz allem dem Klienten überlassen werden (Aulbert & Niederle, 1990, S. 13).

Durch den Einsatz einer Fachperson, kann das oben Erwähnte jedoch schwieriger umgesetzt werden.

Sehr oft suchen wir Betreuende nur die Lösung des Problems. Der Klient hingegen hat sich durch seinen Reifungsprozess zu einer anderen Lösung durchgekämpft.

Aulbert (1993, S. 9) schreibt, dass die chronischen Krankheiten einen Lernprozess für den Betroffenen darstellen.

Bei der Aufnahme eines Klienten und gegen Ende der Betreuung erlebe ich oft eine Veränderung im Umgang mit seiner Erkrankung. Ich würde sogar behaupten, dass nicht nur Pflegendе, sondern auch nahestehende Personen nach Lösungen suchen. In dieser Phase können Streitgespräche zwischen Angehörigen und Klienten stattfinden.

Durch das Fortschreiten der Krebserkrankung kann sich auch die Anschauung von Lebensqualität ändern (Aulbert, 1993, S. 9).

Ein wichtiger Faktor, ohne den die Lebensqualität in dieser Situation überhaupt keinen Sinn hätte, ist die Hoffnung. Die Hoffnung wirkt, auch wenn sie nicht in Erfüllung geht. Lebensqualität kann sich trotz der grössten Beschränktheit zeigen, wenn der Klient das ihm Verbliebene als Wert erkennt (Aulbert, 1993, S. 9-10).

Husebø & Klaschik (2000, S. 146) weisen darauf hin, dass Klienten auch Träume haben. Sie äussern Wünsche in aussichtslosen Situationen wie: «Ich werde gesund und gehe nach Hause». Die Betreuenden können dabei denken, sie seien verwirrt oder wollen die Wahrheit nicht kennen, um sich zu schützen. Jedoch kann auch das Gegenteil zutreffend sein. Ihre Aussagen können Schilderungen sein, was sie sich erhoffen. Die Aussage «gesund» und «zu Hause» kann sich auf die Zeit nach dem Sterben und dem Tod beziehen (Husebø & Klaschik, 2000, S. 146).

Beinhaltet Lebensqualität nicht für uns das zu Hause sein?

Meine Klienten äussern immer wieder, wie wichtig ihnen das zu Hause ist. Eine grosse Anzahl will wirklich zu Hause sein, es sei denn, eine akute Situation, z.B. eine starke Blutung tritt ein und der Pflegeort muss ganz neu diskutiert werden.

Die Frage ist: «Kann eine Institution den Standard eines zu Hause erreichen?»

Husebø & Klaschik (2000, S. 278) machen den Vorschlag, dass die Betreuung von Chronisch- und Schwererkrankten neu überdacht und die Hauptbetreuung mit Unterstützung einer Institution vielleicht zu Hause durchgeführt werden sollte.

Das bedeutet, Klienten sollten über die Möglichkeit der Pflege zu Hause informiert werden. Möglicherweise kann dadurch die Lebensqualität besser werden.

Messbarkeit der Lebensqualität

«Lebensqualität lässt sich nicht messen, sondern nur ermessen» (Aulbert, 1993, S. 11).

Die Lebensqualität bezieht sich auf die emotionalen, funktionalen, sozialen und psychischen Aspekte. Lebensqualität muss anhand dieser Kriterien gemessen werden. Da Lebensqualität die Ganzheit des Menschen betrifft und eine subjektive Erfahrung im Verlauf des Krankheitsprozesses ist, sind Ergebnisse immer nur im Einzelfall zu betrachten. Objektivierbar sind jedoch einzelne Aspekte, wie die äusserlichen aus dem physischen Bereich der körperlichen Verfassung oder die Funktions- und Leistungsfähigkeiten (Aulbert & Niederle, 1990, S. 8-9).

Die äusserlichen Anzeichen der Lebensqualität, wie Humor oder auch Weinen sind in meiner Alltagsarbeit klar ersichtlich. Wesentlich schwieriger ist für mich der Umgang mit den schwer fassbaren geäusserten Beschreibungen der Klienten, wie z.B. «Mir geht es schlecht!». Dies zeigt, dass äusserliche Anzeichen als erstes wahrgenommen werden und, je nachdem, später nicht mit dem Geäusserten übereinstimmen.

In den letzten Jahren wurde versucht, das subjektive Erleben der Klienten in der Evaluation von Therapieeffekten mit einzubeziehen. Es wird nicht nur die Lebensdauer, welche einfach zu erfassen ist, sondern auch deren Art und Weise berücksichtigt, dies ist wesentlich schwieriger (Aulbert & Niederle, 1990, S. 17).

Anhand von Blutentnahmen können die Resultate bewertet werden, bei der subjektiven Aussage des Klienten gibt es keine spezifische Bewertung. Das heisst also, der Klient sollte bei Grundsatzentscheiden miteinbezogen werden. Seine Stellungnahme zu den Diskussionspunkten sollten gehört werden.

Durch die subjektiven Äusserungen der Klienten, erklärt sich mir die wesentliche Schwierigkeit des Erfassens. Um den Minimalkonsens zur Lebensqualitätsdefinition zu finden, müssen nach Buttenhauser (1998, S. 35) bei der Erhebung mindestens vier Dimensionen berücksichtigt werden, um von Lebensqualität im engeren Sinn sprechen zu können.

Buttenhauser, (1998, S. 35)

In meiner Arbeit musste ich mich auf die Dimension des physischen Funktionsstatus konzentrieren. Die anderen Dimensionen konnte ich aus Zeitgründen nicht bearbeiten.



Die häufigsten Symptome bei einer Aufnahme in einer Palliativeinheit bei 1161 Klienten waren:

| | | |
|------------|-------|------------------------|
| Schwäche | 86% | |
| Schmerzen | 73% | |
| Inappetenz | 67% | |
| Anämie | 50,9% | (Schwarz, 1991, S. 45) |

Dieser Auszug zeigt, wie wichtig Symptome, welche für die Betreuenden schwer nachzuweisen sind, ernst genommen werden müssen. Als schwer nachweisbar können sie bezeichnet werden, weil die Beschreibung der Symptome oft subjektiv sein kann. In den Gesprächen schildern Klienten immer wieder, dass sie sich manchmal nicht ernstgenommen fühlen.

In der Literatur werden verschiedene Lebensqualitätsmessinstrumente beschrieben.

Die Messung der Lebensqualität sollte leicht zu handhaben sein, denn ein langes Interview kann für einen Schwerkranken eine Belastung darstellen. Es ist auch denkbar, dass die Art der Befragung das Ergebnis beeinflussen kann.

Auch die VAS, welche in dieser Arbeit zur Anwendung kommt, wird laut Schwarz et al. (1991, S. 22) von manchen Klienten als wenig aussagekräftig angesehen, da sie nur eine Momentanaufnahme darstellt.

Trotzdem wurde sie in dieser Arbeit angewendet, denn Aulbert & Niederle (1990, S. 20-25) kamen zum Schluss, dass diese Methode am besten durchführbar und am verständlichsten für den Klienten war. Die VAS braucht keinen grossen Zeit-

aufwand und kann spontan eingesetzt werden, da keine schriftliche Vorbereitung notwendig ist.

Zudem ist der Umgang mit dieser Skala den Krebskranken der SEOP am vertrautesten, da sie bei der Erfassung von Schmerzen sehr häufig eingesetzt wird. Ausserdem ist es ein Instrument, welches klein, handlich und mehrfach verwendbar ist. Dies hat den Vorteil «unterwegs» eingesetzt zu werden. Die Skala kann mit nur einem Strich, mit Zahlen oder Gesichtern abgelesen werden. Da Lebensqualität und Schmerzen subjektive Empfindungen sind, braucht es ein individuell einsetzbares Messinstrument.

Stabilisieren und Erhalten von Lebensqualität

Die Lebensqualität ist steigbarer, wenn alles miteinbezogen wird. Das heisst, nicht nur der Krebs muss behandelt werden, sondern der Mensch, der an Krebs erkrankt ist. Dieses Prozedere kann jedoch auch Angst auslösen. Einschränkungen und Behinderungen sollen so gering wie möglich gehalten werden. Dezimierungen der bisherigen Lebensqualität dürfen nur bei einer kurativen Absicht, nicht bei einer palliativen in Kauf genommen werden (Aulbert & Niederle, 1990, S. 12).

Wenn eine Heilung möglich ist, braucht der Klient eine Führung durch die behandelnden Personen, da er sonst bei den ersten Einschränkungen allenfalls die ganze Therapie abrechnen könnte. In diesen Situationen entscheidet der Klient nach der Beratung durch die Fachperson, sei dies der Arzt oder die Pflegeperson, was zu tun oder zu unterlassen ist. Durch die fachliche Beratung gehen wir davon aus, dass weniger Defizite in der Lebensqualität eintreten. Im weiteren schreibt Aulbert (1993, S. 7): «dass sich bei schwerkranken Krebspatienten die Lebenszufriedenheit oft nicht mit dem tatsächlichen Krankheitsverlauf übereinstimmend zeigt. Die Lebensqualität wird individuell an der aktuellen Situation gemessen». Es wird in Relation gesetzt, was der Klient für möglich oder wünschenswert hält.

Das heisst, der Klient schätzt oft seine Situation ganz anders ein als die Fachperson. Dies kann sowohl im positiven wie auch im negativen Sinn sein. Der Klient erlebt seine Situation momentan

als zufriedenstellend, die Betreuungsperson stellt jedoch fest, dass diese noch optimaler gestaltet werden könnte.

Daher müssen sich immer beide, der Klient wie auch die Betreuungsperson miteinander absprechen, welche Ziele verfolgt werden sollen. Der Klient kann keine fachlich sinnvollen Entscheidungen treffen, da ihm die fachkundige Voraussetzung fehlt, d.h. die betreuende Person muss ihm erklären, aus welchen fachlichen Überlegungen etwas unternommen werden soll (Husebø & Klaschik, 2000, S. 273).

Trotzdem darf aber nicht ausser acht gelassen werden, dass der Klient, wie vorhin schon erwähnt, sein Wohlbefinden selber definiert. Das heisst, es muss die Aufgabe der Betreuenden sein, ihn fachspezifisch bei den Schwierigkeiten zu beraten um beiderseits Kompromisse eingehen zu können. Diese Kompromisse beinhalten sicher die Autonomie und Eigenverantwortung des Klienten, wie auch die Sicherheitsvermittlung und Information über bevorstehende Folgen durch die Pflegeperson.

Die Beurteilung des Klienten betreffend seinem Krankheitserleben und die Wertung der unabänderlichen Behinderungen bestimmen die Krankheitsverarbeitung und –bewältigung.

Die persönliche Bewältigung der unabänderlichen Einbussen ist wesentlich für die Lebensqualität (Aulbert, 1993, S. 8-9).

Husebø & Klaschik (2000, S. 273) bestätigen dies ebenso, in dem sie schreiben: «Psychosoziales Wohlergehen und die Lebensqualität eines Klienten hängen eng zusammen mit medizinischen, ethischen und kommunikativen Fragen. Die Autonomie und der Respekt vor dem Klienten soll die Leitschnur bilden im alltäglichen Umgang».

Bei der Betreuung des Klienten in seinen eigenen vier Wänden kann dem eine wichtige Bedeutung zugemessen werden. Die Rolle des Pflegenden ist aufgeteilt, z.B. als Gast und auch als Pflegeperson. Aus diesem Grund müssen sich die Pflegenden auch an klare Abmachungen halten. Es kann hilfreich sein eine Situation zu schaffen, in der sich Klient wie Pflegender wohlfühlt, um gemeinsam an der Verbesserung der Lebensqualität arbeiten zu können.

Eine weitere Notwendigkeit beschreibt Bräutigam et al. (1998, S. 161), nämlich, „dass die Information von Ärzten über Diagnose und Prognose

an den Klienten und seine Angehörigen in einem entscheidendem Masse die Lebensqualität eines chronischkranken Krebspatienten bestimmen kann».

In meinen Abklärungsgesprächen erlebe ich es immer wieder, dass klare Informationsvermittlung zu einem offeneren Gespräch führen. Bei den anderen Gesprächen erlebe ich es als ein Reagieren. Ich habe immer den Eindruck einen Schritt zurück zuliegen und somit keine optimale Betreuung zu gewährleisten.

Diagnose Krebs

Die Diagnoseeröffnung überfordert viele Klienten, da sie so plötzlich erfolgt. Durch diese unerwartete Information stehen den Klienten keine Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen zur Verfügung und der Verdrängungsprozess setzt als erstes ein (Niederle & Aulbert, 1987, S. 6).

Dass keine Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen zur Verfügung stehen würde ich nicht behaupten. Nach meinem Erleben sind sie eher zeitlich beschränkt.

In meinen Abklärungsgesprächen erlebe ich dies immer wieder. Klienten äussern den Satz: «Ich weiss nicht mehr, was mir der Arzt über meine Krankheit gesagt hat» oder «der Arzt hat nur von einer Geschwulst gesprochen».

Doyle (1990, S. 72) erklärt dies folgendermassen: «Die Erklärungen wurden vom Klienten nicht völlig verstanden oder teilweise vergessen. Wir alle wissen, oder sollten wissen, wie wenig der Klient bei einem Gespräch im Sprechzimmer behält. Der Klient erinnert sich nur an 40% des Ausgesprochenen, wenn im ersten Satz das Wort Krebs erwähnt wird. Womöglich kann sich der Klient an gar nichts mehr erinnern. Oft bestehen hoch entwickelte Verleugnungs- und Abwehrmechanismen, auf welche ich später noch eingehen werde. Bedrohlich klingende Einzelheiten werden verdrängt und der Klient behält nur das, was mit der Therapie zu tun hat. Ein weiterer Punkt kann sein, dass die vom Arzt verwendeten Begriffe nicht verstanden wurden. Die Fachleute müssen sich immer wieder bewusst sein, dass ein Laie nicht weiss, wo die Leber liegt und welche Funktionen sie ausübt». Diese Beschreibung bestätigt meine Eindrücke in der Praxis.

Viele Klienten interessiert die genaue Diagnose oft nicht. Es interessiert sie viel mehr, ob ihre Zeit jetzt gekommen ist! Wird bei einem Klienten eine zum Tode führende Krankheit festgestellt, darf es wohl keine Diskussionen geben, ob er informiert werden soll oder nicht (Doyle, 1990, S. 76).

Es kann ebenfalls nicht sein, dass man einem Klienten mittleren Alters mitteilt, es handle sich um eine Grippe und nicht um Krebs. Wie kann dies erklärt werden, wenn es ihm bis vor einem Monat noch gut ging und er jetzt plötzlich täglich ins Spital muss, um mit Zytostatika behandelt zu werden?

Auch Husebø & Klaschik (2000, S. 159) bestätigen, dass es die Aufgabe des Arztes ist, mit Behutsamkeit und Vorsicht Informationen zu geben. Nur so hat der Klient die Möglichkeit, seine Situation zu erfassen. Geschieht diese Offenheit nicht, so wird der Klient nicht in der Lage sein, für sich und seine Familie die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Eine solche Entscheidung kann z.B. die Frage sein: «Können sie es sich vorstellen, zu Hause zu sterben?» Nachdem ich diese Frage gestellt habe, gehen die Antworten in zwei Richtungen.

Bei denjenigen, welche sie bejahen beobachte ich, dass sie zu Hause sterben und bei den Verneinenden findet oft kurz vor dem Tod eine Einweisung statt. Oft wünschen die Angehörigen, dass man dem Klienten nicht die Wahrheit sagen soll. Schneider (1994, S. 92) schreibt, «dass die persönliche Freiheit und das Selbstbestimmungsrecht des Klienten Vorrang haben.» Es scheint klar zu sein, dass die Klienten vollumfänglich informiert werden sollen.

Verdrängung

Mein Gedanke, als ich mit der Arbeit begann war, dass Betroffene und deren Angehörige sich in irgend einer Weise und auch für uns Pflegende in einer befriedigenden Art mit der Krebserkrankung auseinander setzen müssen. Eine der Eigenschaften der Krankheit Krebs ist es, dass sie den Klienten gar nicht fragt, ob er sich damit auseinander setzen will oder nicht. Sie wird ihm ununterbrochen begegnen, z.B. wenn er Schmerzen bekommt oder seine Müdigkeit zunimmt. Auch wenn für uns Pflegende nicht direkt eine Auseinandersetzung mit der Krankheit erkennbar ist, kann davon ausgegangen werden, dass Klienten

und Angehörige sich immer in irgend einer Form damit befassen (Vontobel, 1994, S. 30).

Meerwein et al. (1998, S. 91) schreibt, dass auch Ängste vor Isolation, Abhängigkeit, Verlassen-Werden eine Verdrängung auslösen können. Zum Beispiel äussern Klienten im Gespräch, dass sie ihren nächsten Angehörigen nicht zur Last fallen wollen. Dadurch brauchen sie natürlich eine grosse Selbständigkeit, welche durch ein plötzliches Ereignis wie Müdigkeit und Schwäche nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Wenn eine solche Abhängigkeit eingetreten ist, führt diese nach meinem Erleben zur Verdrängung. Die Klienten halten sehr stark an den Verrichtungen, wie das Aufstehen oder einen Etagenwechsel im Haus fest, da sich das Büro oder das Badezimmer im anderen Stock befindet. Dadurch kann der Eindruck entstehen, dass sie zeigen wollen, nicht krank zu sein.

Der Abwehrmechanismus ist meist ein unbewusster Ablauf, um Bedrohungen und Angst zu eliminieren. Dies ist jedoch nur vorübergehend möglich. Durch die Verdrängung, welche der wichtigste Abwehrmechanismus darstellt ist der Klient nicht mehr gezwungen, sich mit der Realität auseinander zu setzen. Er bewegt sich dann in einer heiteren Welt. Der Wechsel zwischen Wissen und Nichtwissen zeigt jedoch, dass die Verdrängung nicht kontinuierlich und vollständig aufrecht erhalten werden kann (Geisler, 1989, S. 195-196).

Das kann folgendermassen erklärt werden: Durch die Konfrontation mit der aktuellen Situation kann dem Klienten die Realität gezeigt werden.

Oft äussern die Klienten anschliessend, dass ihnen dies eigentlich bewusst ist, sie es aber schwer akzeptieren können.

«Abwehren» und «Verdrängen» wird meist von Aussenstehenden im Vordergrund gesehen. Fachpersonen beurteilen das als Schutzschild. Es ist etwas vom Wichtigsten, dass man dem Klienten die Abwehr nicht «wegnimmt», sondern würdigt und weiss, sie hat einen Sinn. «Ich als Betreuungsperson verstehe es im Moment vielleicht noch nicht, aber ich glaube, mit der Zeit werde ich begreifen, warum sie sich so verhalten» (Vontobel, 1994, S. 14).

Teil II folgt in

INFOkara Herbst 2002