

**acoasso**

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie  
Austrian Society of Surgical Oncology

# INTERDISZIPLINÄRE ONKOLOGIE

Offizielles Organ der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie

**Betreuung von Patienten mit  
Peritonealkarzinose aus anderer**

**Sicht**

Harrer B

*Interdisziplinäre Onkologie 2012;*

*4 (2), 51-52*

**Homepage:**

**[www.kup.at/acoasso](http://www.kup.at/acoasso)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

# Betreuung von Patienten mit Peritonealkarzinose aus anderer Sicht

B. Harrer

Chirurgische Abteilung, Kaiserin-Elisabeth-Spital, Wien

*Brigitte Harrer ist seit Jahren als diplomierte Krankenschwester mit absolviertem Sonderausbildungskurs „Onkologie“ Mitarbeiterin am Zentrum Peritonealkarzinose des Kaiserin-Elisabeth-Spitals. Sie sollte auf dem ersten Symposium der Arbeitsgruppe ihre Erfahrungen mitteilen, ihr Vortrag fiel jedoch dem engen zeitlichen Rahmen zum Opfer. Hier soll er kurz zusammengefasst nachgeholt werden.*

Ich bin Diplomkrankenschwester, arbeite seit 17 Jahren auf einer chirurgischen Station im Kaiserin-Elisabeth-Spital und habe in dieser Zeit viele Patienten mit dem Krankheitsbild Peritonealkarzinose betreut. Ich möchte gerne über meine Erfahrungen berichten, weniger was die chirurgische Fachpflege betrifft, sondern vielmehr auf das emotionale Umfeld eingehen.

Patienten kommen in unterschiedlichen Krankheitsstadien und daraus ergeben sich auch postoperativ unterschiedliche Ergebnisse. Sie bringen ihre persönlichen Geschichten, ihre Erwartungen sowie eine unterschiedliche Motivation zur Therapieentscheidung mit. Schon alleine die Diagnose Krebs löst bei allen vorerst einen Schock aus und sie müssen diesen in unterschiedlichster Weise bewältigen. Eine Peritonealkarzinose, ob primär oder als Metastasierung, ist noch viel komplexer und für die Patienten noch schwieriger zu begreifen und vorstellbar, dies trotz ausführlicher und wiederholter ärztlicher Aufklärungsgespräche.

Ich habe manchmal das Gefühl, dass im Kopf der Betroffenen hängenbleibt: „Der Chirurg wird alles wegschneiden und dann kommt noch ein bisschen Chemo und am Ende steht das Gesundwerden“. Nach der Operation äußern dann diese Patienten oftmals: „Wenn ich gewusst hätte, was auf mich zukommt, hätte ich mich anders entschieden.“

Dies ist dann oft der Zeitpunkt, an dem es auch innerhalb des Teams zu Diskussionen kommt: Wurde der Patient ausreichend aufgeklärt? Macht dieser umfangreiche und belastende Eingriff überhaupt Sinn, wenn nicht am Ende die sichere Heilung steht? Und häufig wird darüber nachgedacht, ob man selbst so einem Eingriff zustimmen würde.

Andererseits lerne ich auch Patienten kennen, die mehrfach vortherapiert sind (operativ und konservativ) und immer wieder ein peritoneales Rezidiv erleben.

Sie sind sich bewusst, dass sie diese Krankheit nicht überleben werden, trotzdem sehen sie in einer neuerlichen Operation mit HIPEC und EPIC eine Chance, ihre Lebenserwartung noch einmal zu verbessern. In solchen Fällen gibt es dann oft die Diskussion, ob es sinnvoll ist, die wenige Zeit, die einem vielleicht noch bleibt, teilweise im Krankenhaus zu verbringen,

vielleicht beeinträchtigt durch eine verschlechterte Lebensqualität aufgrund von Komplikationen.

Als ich auf der Station zu arbeiten begann, war ich frisch diplomiert und die Therapieform „zytoreduktive Chirurgie plus intraperitoneale hypertherme Chemoperfusion“ war auch noch nicht so lange auf der Station etabliert.

Die Betreuung dieser Patienten war für mich damals sehr aufregend und mystisch: Allein die vielen Drainagen, die nach einem bestimmten Schema entfernt wurden, und deren sinnvolles Platzieren am Bett alleine schon den Stresslevel steigerte. Dann die Überwachung der Harnausscheidung, denn das verabreichte Zytostatikum war ja potenziell nephrotoxisch, die Beobachtung der Vitalparameter, die Kontrolle der Verbände und die Dokumentation des gesamten Procederes. Dazu kamen dann noch Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen und der Chirurg berichtete, wie viel er wo resezieren konnte. Ich dachte mir nur mehr: „Die armen Patienten! Und die werden nicht einmal gesund!“ Denn so frisch in der Krankenpflege hat man auch ein ausgeprägtes Erfolgsdenken. Wenn der Patient schon so viel über sich ergehen lässt, muss ja am Ende etwas Positives stehen und da kann doch nicht in medianen Überlebenszeiten von Monaten oder 2- bzw. 3-Jahres-Überlebensraten von 40 % gesprochen werden. Und ich war mit meinen Gedanken nicht alleine, wie mir meine Kollegen bestätigten.

Heute weiß ich: Die Betreuung onkologischer Patienten, ob im operativen oder konservativen Bereich, benötigt weit mehr als das Basiswissen aus der Krankenpflegeschule.

Durch Gespräche untereinander wurde uns bewusst, dass wir uns viel mehr mit der Psyche der Patienten auseinandersetzen mussten. Ein ständiger Austausch zwischen Ärzten und Pflegepersonal, in dem jeder seine Fragen, Gedanken, Zweifel und Gefühle äußern konnte, war für unser Vorhaben äußerst hilfreich. Dadurch konnten wir uns im Team weiter entwickeln und Ängste beseitigen, die Überwachungstätigkeiten wurden zur Routine und für Patientengespräche wurde mehr Raum geschaffen. Wir lernten, Patienten zu verstehen, wir konnten sie plötzlich begleiten und nicht nur bemitleiden.

Wir versuchten auch zu ergründen, warum einige Patienten nicht ausreichend aufgeklärt wirkten. Manche befanden sich

gerade in einer schweren Verdrängungsphase und wollten deshalb manche Dinge ganz einfach nicht hören. Manche zeigten eine typische Persönlichkeitsstruktur (die es nach Meinung der Psychoonkologen nicht gibt): Alles war wichtiger, die Familie, das Umfeld, die Firma, nur sie selbst waren überraschend unwichtig. Und daher hörten sie bei allen Dingen, die sie selbst betrafen, auch nur halb zu.

Durch das Erkennen dieser Zusammenhänge hat sich die Qualität der Patientenbetreuung für mich erheblich gesteigert. Mir wurde bewusst, dass jeder Mensch Lebensqualität individuell definiert. In welchem Lebensabschnitt man auch immer steht und in dem man von einer schweren Erkrankung ereilt

wird – es ist legitim, Ziele zu haben und jede Mühe auf sich zu nehmen, um Lebenszeit zu gewinnen.

Ich habe sehr viele Patienten erlebt, die von dieser Therapieform absolut profitiert haben und würde mich selbst als Patient, wenn auch am Anfang infrage gestellt, heute dafür entscheiden.

**Korrespondenzadresse:**

*DGKS Brigitte Harrer*

*Chirurgische Abteilung, Kaiserin-Elisabeth-Spital*

*A-1150 Wien, Huglgasse 1–3*

*E-Mail: [brigitte.harrer@wienkav.at](mailto:brigitte.harrer@wienkav.at)*

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)