

---

# degro-n 2002

## Abstractband

## **AG-Pflegeberufe**

**-eine Arbeitsgemeinschaft innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie e.V.-**

zusammengestellt von Rudolf Pape

im Rahmen des  
8. DEGRO-Kongresses 2002  
vom 29. Juni bis 01. Juli  
im Kongresshotel-Estrel  
Berlin



## **Atmung:**

### **Tracheostomie - Indikationen bei Strahlentherapiepatienten**

---

**A. Buchali, Arzt**

Die Tracheostomie ist eine künstliche Öffnung der Luftröhre nach außen durch einen medizinischen Eingriff oder eine Verletzung. Generelle Ursachen, die eine Atemwegsbehinderung hervorrufen und zu einer Tracheostomie führen können sind:

- mechanische Atemwegsverlegungen, - Verlegungen der Atemwege durch Sekret oder - eine unzureichende Atmung.

Die mechanischen Atemwegsverlegungen spielen in der Strahlentherapie die hauptsächlichste Rolle. Dazu zählen zum einen tumorbedingte Atemwegsverlegungen durch Zungen- und Mundbodentumore, Tumore des Oropharynx, Hypopharynx und Kehlkopfes sowie Schilddrüsentumore und zum anderen postoperative oder strahlentherapiebedingte Schwellungen. Daneben spielen aber auch indirekte Beeinträchtigungen der Atmung z. B. durch Hirntumore, die die Aktivität des Atemzentrums mindern, oder mediastinale Tumore und Metastasen, die zu einer Rekurrensparese führen, eine Rolle.

Symptome der Atemwegsbehinderungen können in direkte Zeichen und indirekte Zeichen eingeteilt werden. Direkte Zeichen sind vor allem der Stridor und eine erschwerte Ausatmung. Indirekte Zeichen sind Dyspnoe, Tachykardie, Lippenzyanose, Hyperventilation und Angst. Bei Auftreten dieser Symptome muss auch an eine Atemwegsbehinderung gedacht werden und die Tracheostomieindikation in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden.

Während der Strahlentherapie können sich zusätzlich durch ödematöse Schwellungen der Schleimhäute im Bereich des Rachenraumes oder des Larynx eine weitere Atemwegsverengung einstellen. Nach durchgeführter Tracheostomie muss der Patient mit einer Trachealkanüle versorgt werden, die garantiert, dass die Tracheostomie offen bleibt und der geschaffene Zugang sich nicht wieder verschließt. Die Trachealkanülen sollten dabei so ausgestattet sein, dass sie die Wundheilung des Stomas nicht beeinträchtigen, keine zusätzlichen Reizungen des Stomas oder der Trachea verursachen. Sie sollten eine Innenkanüle enthalten, die zur Reinigung herausgenommen werden kann bei gleichzeitig verbleibender Außenkanüle und sollten leicht und unauffällig zum Tragen sein.

---

## **Interdisziplinäres Forum:**

Verschiedene Berufsgruppen in der Radioonkologie  
– Aufstellung von Strukturen und Beziehungen

---

**D. von Stumpfledt, Ärztin**

**C. Schulze, Dipl.-Psychologin**

Organisationen, wie Krankenhäuser, sind oft ein großes, innerlich wie äußerlich verzweigtes Gebilde von Strukturen und personalen Beziehungen. Damit diese erfolgreich wirken können, müssen viele Menschen als Glieder in dem Strukturgefüge ineinander greifen.

Neben dem formellen System in einem Krankenhaus existiert aber immer auch ein informelles, unsichtbares System. Es stellt eine andere Ebene dar, die oft mächtiger ist als die offizielle. Sie wirkt im Hinter- und Untergrund, nicht selten als Störung. Sie beeinflusst sowohl die Kommunikation und Beziehungen in einem Team als auch Arbeitserfolg und -effektivität.

Die Organisationsaufstellung ist ein Werkzeug, um die informellen Strukturen sichtbar zu machen und aufzuzeigen, wie sie die formellen Strukturen beeinflussen.

Diese unsichtbaren Verbindungslinien und deren Einflüsse werden sichtbar gemacht, indem „stellvertretende“ Personen im Seminarraum positioniert/ aufgestellt werden. Mit dieser Anfangsaufstellung arbeiten wir dann weiter bis zu einer Lösung.

Verdeckte und verschobene Konflikte werden in ihrer vollen Komplexität transparent und lösbar, Sichtweisen werden verändert und weitergehende Lösungsprozesse initiiert.

So passen sich z.B. alte Strukturen oft nur schlecht der neuen Zeit mit ihren Veränderungen an und verhindern diese unterschwellig. Es braucht dann die Würdigung und Wertschätzung der alten Strukturen, die ja in ihrer Zeit und mit ihren Aufgaben ihre Funktionen sehr gut erfüllt haben. Dann erst kann die alte Struktur zurücktreten und dem Neuen Platz machen.

---

Stumpfledt, Schulze und Team  
[www.krankheitsstellen.de](http://www.krankheitsstellen.de)  
Berlin

## **Psychoonkologie:**

### **Krankheitsaufstellung zum Thema Krebs**

---

**D. von Stumpfledt, Ärztin**

**C. Schulze, Dipl.-Psychologin**

Krankheiten brauchen einen Blick auf die Seele!

Seit 3 Jahren leiten wir Aufstellungen. Nachdem wir tief beeindruckt die ersten Krankheitsaufstellungen mit Freunden durchgeführt hatten, haben wir begonnen uns immer weiter auf Aufstellungen mit dem Focus auf Krankheiten zu spezialisieren.

Was wir immer wieder erleben und was die Aufstellungen uns zeigen und begreiflich machen ist, dass die Krankheit einen versteckten Sinn hat.

Zu Beginn der Aufstellung werden von dem Krebspatienten, der seine Erkrankung aufstellt, teilnehmende Personen ausgesucht, die eine Rolle für ihn übernehmen. Dies kann z.B. der Krebs selbst, die Schmerzen, die Angst vor dem Sterben, Schuldgefühle, etc. sein. Der aufstellende Krebspatient führt jeden Darsteller an einen Patz, der intuitiv richtig erscheint und von nun an agieren die Darsteller ohne sein Zutun. Ab jetzt muss der Krebspatient nichts mehr tun, als zuzuschauen, was aus den Elementen wird, die sein Leben ausmachen, wie sie zusammen agieren, reagieren und nach einer Lösung suchen.

Der Krebs und die anderen Aspekte dürfen nun endlich einmal sprechen, ausdrücken, welches Anliegen sie haben, wie sie in Beziehung zu den anderen Anteilen stehen. Das innere Erleben der Person wird im Außen sichtbar und die sich zeigenden Konflikte können auf dieser Ebene gelöst werden. So findet während des Geschehens eine Aufklärung und am Ende oft eine Heilung statt.

Auch wenn der schwerkranke Krebspatient den Tod letztendlich nicht aufhalten kann, so kann er sich doch als Zuschauer seines Lebensdramas und deren Auflösung mit seinem Schicksal aussöhnen und es annehmen. Es können die Chemotherapienebenwirkungen leichter und erträglicher, und die verbleibende Zeit intensiv und sinnvoller gelebt werden.

Wie es kommt, dass die Darsteller die Aspekte, von denen sie z.T. vorher nie gehört haben, so nachempfinden können, gehört zu den Phänomenen, die in der Krankheitsaufstellung zwar benutzt werden, aber die sie nicht erklären kann.

---

Stumpfledt, Schulze und Team  
www.krankheitsstellen.de  
Berlin

## Schmerz:

### Total Pain

---

D. Helms, Krankenschwester

Pflegenden kommt bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen meist die Aufgabe zu, schmerzlindernde Maßnahmen anzuwenden. Je nach Behandlungsrahmen erfolgt auch die Einschätzung und Evaluation der Schmerzzustände durch die Pflege. Dabei wird oft vernachlässigt, welchen wesentlichen Einfluss eine professionelle Pflege als unerlässlicher Eckpfeiler einer erfolgreichen Schmerztherapie darüber hinaus haben kann.

Um diesen Einfluss geltend machen zu können, muss zuerst einmal der Charakter und die Bedeutung von chronischen Schmerzen erkannt sein, sowie deren Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen. Das Schmerzgeschehen wird durch zahlreiche Einflüsse, die miteinander in Wechselwirkung stehen, gesteuert. Diese Komplexität soll durch das von Cicely Saunders entwickelte Konzept des „total pain“ und anhand einer „Schmerzspirale“ herausgearbeitet und veranschaulicht werden.

Für die Pflegequalität ist ein umfassendes Verständnis über diese Zusammenhänge und deren Auswirkungen auf das Gesamterleben und Verhalten der chronisch Kranken notwendig. Ebenso ist die Pflegequalität abhängig von der Bereitschaft und der Fähigkeit Pflegenden, eine sinnvolle therapeutische Beziehung eingehen zu können. Nur so können Frustration, Ärger oder sogar Abneigung gegenüber „schwierigen Patienten“ verhindert werden. Hier gilt es, bestehende Missverständnisse und gefestigte Vorurteile abzubauen.

Auf dieser Basis kann die Zielvorstellung einer individuellen beratenden Begleitung mit ganzheitlichem Blick realisiert werden und somit die Pflege einen wesentlichen Beitrag zu einer optimalen Schmerztherapie leisten.

---

Doris Helms, Klinik für Tumorbiologie Freiburg

## Schmerz:

### Auftreten von Schmerz bei stat. Pat. an einer deutschen Universitätsklinik

---

**B. Strohbücker, Dipl. Pflegewissenschaftlerin**

**Einleitung:** Daten zur Schmerzprävalenz aus dem Ausland zeigen, dass Schmerzen im Krankenhaus häufig und oft in starker Intensität auftreten. In Deutschland wurde die Schmerzsituation im Krankenhaus bis jetzt nur von Patienten mit Tumorerkrankungen oder von postoperativen Patienten untersucht. Erstmals wird in dieser Studie das Auftreten und die Intensität von Schmerzen sowie die Analgetikagaben von nicht selektierten Patientenpopulationen einer deutschen Universitätsklinik ermittelt.

**Methodik:** Es wurde ein deskriptives, korrelationelles Querschnittsdesign ausgewählt. Innerhalb von acht Wochen (November 2000 – Januar 2001) wurden 825 Patienten von 48 Stationen kontaktiert (intensivmedizinische, psychiatrische und pädiatrische Stationen ausgenommen). Ein strukturiertes Interview sowie eine Dokumentenanalyse wurden durchgeführt. Zur Messung der Schmerzintensität wurde eine Visuelle Analog Skala (VAS) eingesetzt.

**Ergebnisse:** Von den 825 ausgewählten Patienten erfüllten 162 die Einschlusskriterien nicht (Beeinträchtigung des Sehens, Hörens, Sprechens oder des Allgemeinzustands), 102 Patienten lehnten eine Teilnahme ab, 561 Patienten gaben ihr schriftliches Einverständnis und nahmen an der Befragung teil. Schmerzen in Ruhe hatten 33%, bei Bewegung 50% und Schmerzen in den letzten 24 Stunden vor dem Interview gaben 63% der Patienten an. Mittelstarke bis starke Schmerzen ( $VAS \geq 45$ ) in den letzten 24 Stunden hatten 58%. Schmerzen mit einer Dauer von über sechs Monaten wurden bei 33% ermittelt. Von den Patienten mit Schmerzen hatten 50% Analgetika in den letzten 24 Stunden erhalten. Patienten mit starken Schmerzen ( $VAS \geq 65$ ) erhielten häufiger Analgetika (71%), bei 24% von ihnen wurden starke Opioide eingesetzt. Geschlechtsbedingte Unterschiede konnten nicht nachgewiesen werden. Altersabhängig war lediglich die Häufigkeit des Auftretens von Schmerzen mit einer Dauer von über sechs Monaten, sie nahm in den höheren Altersgruppen signifikant zu.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen, dass bei stationären Patienten einer Universitätsklinik Schmerzen ein häufig anzutreffendes Phänomen sind und die Schmerztherapie oft als unzureichend beurteilt werden muss. Schmerzen werden häufig nicht erfasst oder gemessen bzw. das Ausmaß der Schmerzen wird unterschätzt. Die medikamentösen Therapiemöglichkeiten wurden bei den Patienten der vorliegenden Untersuchung längst nicht ausgeschöpft. Es erscheint wichtig, Leitlinien zu erstellen und diese zu implementieren, mit denen versucht wird, die Schmerztherapie auf einen einheitlichen Standard zu bringen. Schon die Einführung eines systematischen Schmerzassessments würde dazu beitragen, Schmerzzustände rechtzeitig zu erkennen, so dass eine adäquate Behandlung daraus resultieren könnte.

---

B. Strohbücker<sup>1,2</sup>, H. Mayer<sup>1</sup>, R. Sabatowski<sup>2</sup>, E. Tual<sup>2</sup>, U. Toellner-Bauer<sup>2</sup>, G.C.M. Evers<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

<sup>2</sup>Klinikum der Universität zu Köln

## **Schmerz:**

### Schmerzwahrnehmung - Unterschiede in der Schmerzeinschätzung zwischen Patienten, Ärzten und Krankenpflegepersonal

---

**F. de la Fuente, Krankenpfleger**

9 Millionen Patienten leiden weltweit unter Tumorschmerzen. Laut WHO- Report sterben jährlich mehr als 4 Millionen Patienten ohne ausreichende Schmerztherapie. Verschiedene Studien dokumentieren eine unzureichende Therapie von Tumorschmerzen durch Schmerzmittel. Die Behandlung chronischer Schmerzen ist immer noch ein vernachlässigtes Gebiet der Medizin. Schmerzen umfassen mehrere Dimensionen der Wahrnehmung, sie werden von jedem Individuum subjektiv emotional anders bewertet. Deshalb ist es auch sehr schwierig, Schmerzen zu messen. Eine einheitliche Messgröße für Schmerzen gibt es nicht. Unter klinischen Bedingungen wird meist eine Einschätzung durch Selbst- und Fremdeinschätzung durchgeführt. Zu diesem Zweck sind einige Fragebögen entwickelt worden. Studien haben gezeigt, dass die Übereinstimmung zwischen der Fremdeinschätzung durch Pflegepersonal, pflegenden Verwandte und Ärzte und den eigenen Angaben des Patienten häufig nur gering ist. Wie können Schmerzen jedoch adäquat therapiert werden, wenn man sie gar nicht richtig erfassen kann? Neben der medikamentösen Schmerztherapie stehen dem Pflegepersonal verschiedene supportive Maßnahmen zur Schmerztherapie zur Verfügung. Wichtig ist jedoch, dass alle Berufsgruppen die bei der Schmerztherapie beteiligt sind zusammenarbeiten. Eine unzureichende Kommunikation zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten über Stärke, Art und Ursachen von Schmerzen ist einer der Hauptfaktoren für eine unzureichende Schmerztherapie. Ziel meines Vortrages soll zum einen sein, die Möglichkeiten aufzuzeigen, die uns Pflegenden zur Verfügung stehen um Schmerzen zu lindern. Zum anderen soll mein Vortrag aufrufen zu mehr Kommunikation im therapeutischen Team einer Station und ich versuche Wege aufzuzeigen, wie diese Kommunikation im klinischen Alltag verbessert werden kann.

---

Francisco de la Fuente, Klinik für Strahlentherapie, Johann- Wolfgang Goethe- Universität, Theodor Stern Kai 7, 60590 Frankfurt/Main Deutschland



## **Workshop:**

### **Pflege der Mundschleimhaut**

---

**C. Bannert, Ltd. Apotheker**

**R. Schwarz, Krankenschwester**

Die Mucositis ist ein reaktiver, entzündungsähnlicher Prozess resultierend aus einer direkten, lokalen Epithelschädigung durch ionisierende Strahlung. In der Prophylaxe und Behandlung der Mucositis konnten trotz dem routinemäßigen Einsatz von verschiedenen schleimhautschützenden Medikamenten keine überzeugenden Ergebnisse beobachtet werden. Auch Nachforschungen in der Literatur und Internet über Strategien in der Behandlung von Mucositis waren nicht vielversprechend.

Langjährige Beobachtungen in unserer Klinik haben ergeben, dass die Patienten trotz optimaler Aufklärung ängstlich reagieren und häufig mit den Informationen zur Behandlung ihrer Erkrankung überfordert sind. Hinweise zur Mundhygiene werden oft nicht als so wichtig empfunden und deshalb nicht ernst genug genommen. Kontinuierliche Beratung und Information ist nötig, um den Patienten zum kompetenten Partner des Arztes und des Pflegepersonals zu machen.

Information des Patienten bewirkt:

- regelmäßige Information sichert eine höhere Lebensqualität (z.B. Verminderung von Schluckbeschwerden - Schmerzen und Gewichtsverlust)
- mehr Vertrauen und Offenheit in der Kommunikation bedeutet Übernahme von Mitverantwortung (Hinauszögern der Mucositis)
- das Bewusstsein am Entscheidungsprozess beteiligt zu sein, trägt zum Heilungsprozess bei.

Es gibt eine geringe Auswahl von geeigneten Produkten in der Behandlung der Mucositis. Deshalb haben wir uns, frei nach dem Werbeslogan: „bei Risiken und Nebenwirkungen fragen sie ihren Arzt und Apotheker“ mit dem Apotheker zusammengetan. Die gute Zusammenarbeit zwischen Klinik und Apotheke bewirkte das verschiedene Kombinationen von Präparaten entstehen und eingesetzt werden können. Der Patient wird nun angehalten in regelmäßigen Intervallen mit den verordneten Mundspüllösungen zu spülen. Dadurch werden eingedicktes Sekret und Zellreste von der Schleimhaut gelöst.

Unsere Beobachtungen bestätigen, dass regelmäßiges spülen im Rahmen der Mucositisprophylaxe zu einer wichtigen Schleimhautreinigung und Plaqueminderung führen.

---

Dr. Christian Bannert, Ltd. Apotheker  
Rosi Schwarz, Krankenschwester  
Strahlenklinik, Klinikum Augsburg

## Ernährung

### Ernährung und parenterale Ernährungsregimes in der Radiotherapie

---

G. Zürcher, Ärztin

Gewichtsabnahme (Verlust an Körpermager- und -fettmasse) und Mangelernährung, (schwerste Form Kachexie) sind bei Tumorpatienten häufig. Die Folgen sind eine Beeinträchtigung von Immunabwehr, Überlebensdauer und Lebensqualität. Ursachen sind eine verminderte Energie- und Nährstoffaufnahme (z.B. als Folge der Nebenwirkungen einer Radiotherapie), wesentlich aber Stoffwechselstörungen sowie spezifische humorale und entzündliche Reaktionen des Patienten auf die Tumorerkrankung. Die Folgen der Mangelernährung unterstreichen die Notwendigkeit einer Ernährungstherapie von Tumorpatienten. Diese sollte von Anfang an in die Therapie mit einbezogen und nicht erst dann begonnen werden, wenn der Patient bereits mangelernährt ist. Eine regelmäßige Überprüfung des Ernährungszustandes ist daher sinnvoll. Einfachster Parameter ist die Beobachtung des Gewichtsverlaufs (Ausgangsgewicht erfragen; Fehleinschätzungen des Ernährungszustandes durch Wassereinlagerungen). Entscheidend zur Feststellung einer Mangelernährung ist die quantitative und qualitative Analyse der täglichen Nahrungsaufnahme (Ernährungsanamnese). Sie gibt auch Hinweise auf individuelle Ernährungsgewohnheiten und -bedürfnisse des Patienten. Ziel der Ernährungstherapie ist das Gewicht des Patienten mindestens konstant zu erhalten. In der Ernährung ist die orale Ernährung zu bevorzugen. Sie wird nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten in Form einer sogenannten "gesteuerten Wunschkost" angeboten. Entscheidend ist dabei nicht, dass der Patient "vollwertig" und "gesund", sondern dass er überhaupt etwas isst. Eine Optimierung von Energie- und Nährstoffzufuhr ist durch die in vielen Varianten angebotenen Formuladiäten und Supplemente möglich. Ist eine orale Ernährung nicht mehr bzw. nicht mehr ausreichend möglich, kann enteral und parenteral (künstliche Ernährungsformen) ernährt werden. Die enterale Ernährung kann über nasale Sonden (nasogastral, -jejunal), perkutan gelegte Sonden (verschiedene Anlagemethoden: endoskopisch (PEG/PEJ), laparoskopisch (PLG/PLJ), sonographisch (PSG/PSJ), radiologisch (PRG/ PRJ)) oder operativ platzierte Sonden (FKJ) erfolgen. Eine parenterale Ernährung wird peripher-venös (hypokalorische Ernährung; Ernährungsdauer 5-7 Tage; Eiweiß- und Kohlenhydratlösungen bis 800 mosmol/l; Fettlösungen jeder Konzentration) oder zur vollständigen Ernährung (TPN) über einen zentralen Venenzugang (ZVK), bei langfristiger Ernährung über einen implantierten Verweilkatheter (Portkatheter, Hickmann-Broviac-Katheter) durchgeführt. Intravenöse Nährlösungen werden als Komplettlösungen angeboten oder können individuell aus Einzelkomponenten gemischt werden. Vitamine und Spurenelemente müssen zugegeben werden. Energie- und Nährstoffzufuhr zur parenteralen Ernährung sind für jeden Patienten individuell festzulegen. Der Energiebedarf ist nicht bei allen Tumorpatienten erhöht. Meist wird eine Energiezufuhr von 25 bis 35 kcal/kg/d empfohlen. Die Eiweißzufuhr liegt bei 1,0 bis max. 2,0 g Eiweiß/kg/d. Das optimale Verhältnis von Fett und Kohlenhydraten ist umstritten. Empfohlen wird ein Fettanteil von > 35% der Gesamtenergiezufuhr, da Tumorpatienten eine bessere Fettverbrennung aufweisen. Entscheidend für die Höhe der parenteralen Nährstoffzufuhr ist jedoch die Fähigkeit des Patienten, die angebotenen Nährstoffe zu verstoffwechseln. Überwachungsparameter sind für die Kohlenhydrate der Blutzucker, für Eiweiß der Serum- Harnstoff und für die Fette die Serum-Triglyzeride.

---

Gudrun Zürcher, Leiterin der Sektion Ernährungsmedizin und Diabetes, Universitätsklinikum Freiburg  
zuercher@mm11.ukl.uni-freiburg.de

## **Ernährung**

### **Erfahrungen und Dokumentation von Essensdarreichung**

---

**U. Kopp, Krankenschwester**

**U. Ulrich, Krankenpfleger**

**K. Frey, Krankenpfleger**

Nahrungsaufnahme – Kalorienzufuhr – Abwechslung im Tagesverlauf – Erhaltung des Organismus, wie auch immer wie die Zufuhr von Bausteinen für unsere körperliche Erhaltung deklarieren, bedeutet Essen für uns doch mehr als bloße Stoffverwertung zum Erhalt der Lebensfunktionen.

Schon immer waren Qualität und Präsentation der zubereiteten Nahrungsmittel Gegenstand von Disputen. Kostenfaktor, optischer Eindruck, inhaltliche Verwertbarkeit und individuelle Anforderungen sollen unter ein „Thermoset“, sprich unter einen Hut gebracht werden – nicht immer leicht für alle Beteiligten, zumal speziell in der Onkologie mit diesbezüglich äußerst heiklen Menschen zu rechnen ist, für die sich eine reduzierte Nahrungsaufnahme über einen längeren Zeitraum sehr fatal auswirkt.

Die übergeschwappte Suppe auf dem Tablett, die kaffeetränkte Serviette beim Frühstück, das „liebervoll“ zerhackelte Schnitzel, „kunstvoll“ verrührt mit Nudeln und Gemüse, „dekorativ“ verbogene Brotscheiben, die eine lange offene Verweildauer auf dem Teller vermuten lassen, erfreuen nicht unbedingt das Auge dessen, für den es bestimmt ist.

Mit dem Appetit ohnehin auf Kriegsfuß, schiebe ich als Patient den Teller, so besehen, lieber noch weiter weg von mir.

Anhand von Beispielen wollen wir- ohne erhobenen Zeigefinger gegen Küchenbetrieb und Pflegepersonal - den Blick schärfen für etwas, das in Alltag und Hektik manchmal untergeht...

---

U. Kopp, Krankenschwester, U. Ulrich, Krankenpfleger, K. Frey, Krankenpfleger  
Strahlenklinik, Universitätsklinikum Freiburg

## **Ernährung:**

Pflegerische Aspekte bei Patienten mit einer PEG  
- Wandel in der Applikation der enteralen Ernährung

---

**U. Kopp, Krankenschwester**

Einige von Ihnen werden sich fragen, was die enterale Ernährung mit den Grundlagen in der Onkologie zu tun hat. Andere beziehen den Wandel der Ernährung eventuell auf die angebotenen Formulierungen.

Im Rahmen meiner Fachweiterbildung hatte ich die Möglichkeit das Arbeiten im stationären Bereich mit dem in der ambulanten Pflege zu vergleichen. In der ambulanten Betreuung enteral ernährter Patienten sind nasogastrale Sonden obsolet.

Im stationären Bereich wird die Anlage einer nasalen Ernährungssonde nach wie vor angeordnet.

Der Grund, eine für den Patienten nicht nur kosmetisch belastendere Ernährungssonde zu legen, kann nicht mit der komplikationsreicheren Anlage einer PEG bzw. FKJ erklärt werden.

In meinem Vortrag / Workshop werde ich Ihnen die Vorteile und Nachteile der enteralen Ernährungssonden vorstellen.

Gleichzeitig strebe ich eine Diskussion mit Ihnen an, in der Für und Wieder der jeweiligen SONDENSYSTEME erarbeitet werden.

Meine Erfahrung ist, dass Pflegenden bestrebt sind ihre Argumentationstechnik zu erweitern.

Ich wünsche Ihnen und mir zum Abschluss ein produktives Gespräch.

---

Uscha Kopp

Fachkrankenschwester für Onkologie, Uniklinik Freiburg, Strahlenheilkunde

## **Körperbildveränderungen:**

### **Bestrahlungen im Gesicht – Auswirkungen auf die Patienten**

---

**E. Lewandowski, Ärztin**

Seit jeher wird das Gesicht als „Spiegel der Seele“ bezeichnet. Ob Stimmungsschwankungen oder eben Erkrankungen – sie spiegeln sich in unseren Angesicht. Neben den Händen ist das Gesicht die einzige, meist unverhüllte Körperstelle, so dass erste Meinungen, die über einen Menschen gebildet werden, nach einem kurzen Blick in sein Gesicht entstehen. Erkrankungen im Kopf-Halsbereich können die „Visitenkarte“ des Menschen verunstalten und entstellen.

Hinzukommt die Tatsache, dass auch die Therapie dieser Erkrankungen sich deformierend und de-personalisierend auswirkt. Sei es die Operation, die Narben und Defekte hinterlässt, oder die Radiotherapie, die die Haut und Schleimhaut äußerlich und innerlich rötet sowie Fibrinbeläge und Epitheliolysen verursacht. Die zunehmenden Schmerzen und Schluckstörungen induzieren eine abnorme und ungenügende Nahrungsaufnahme. Patienten verlieren unter der Therapie mehrere Kilogramm Körpergewicht. Nun stehen ihnen nicht nur die OP- und RT-Folgen im Gesicht geschrieben, sondern durch die Abmagerung auch die Erkrankung selbst.

Sogar die dem Gewichtsverlust vorbeugenden Maßnahmen wirken sich entstellend aus. Eine für alle sichtbare Nasogastralsonde oder der Fremdkörper „PEG“, der aus der Bauchdecke ragt seien nur als zwei Beispiele genannt.

All dies führt zu einem veränderten Körperbild der Kopf-Hals-Patienten und beeinflusst erheblich die zwischenmenschlichen Interaktionen. Besonders der gegenseitige Umgang der Patienten mit ihren Partnern unterliegt starken Belastungen und Bewährungsproben. Die körperliche Nähe verändert sich, wenn der „gezeichnete“ Körper eines Patienten gestreichelt werden soll, die Haut fühlt sich anders an, sieht anders aus, die Bauchdecke (PEG und AP) und nicht selten der Hals (Tracheostoma) weisen (ehemals) überlebensnotwendige, doch störende und fremde „Löcher“ auf.

Durch die Erkrankung und Therapie der Kopf-Hals-Patienten verändert sich das Körperbild erheblich und damit auch das Erleben und Agieren des Patienten in seiner Umwelt.

---

Eva A. Lewandowski, Ärztin im Praktikum, Stationsärztin/Strahlentherapie, Klinik für Strahlenheilkunde, Radiologische Universitätsklinik, Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg

E-mail: [EvaAnnaL@web.de](mailto:EvaAnnaL@web.de)

Tel.: 0761/270-4172

Fax: 0761/270-4170

## **Körperbildveränderungen:**

### **Körperbildveränderungen bei gynäkologischen Patientinnen**

---

**B. Held, Krankenschwester**

Der Begriff „Körperbild“ ist ein sehr komplexer Begriff, dessen exakte Beschreibung und Erfassung sehr schwierig ist.

Das Körperbild eines Menschen ist das Bild, das ein Mensch von sich selber hat (Selbstbild).

Es ist die „Art und Weise, wie uns unser Körper selbst erscheint“ und „wie man glaubt, dass andere ihn sehen“ (M. Salter, 1998)

Die Diagnose „Krebs“, die Einweisung in ein Krankenhaus, die Behandlung mit Chemotherapie, Bestrahlung und Operation führen meist zu schwerwiegenden Veränderungen des Körperbildes eines Menschen.

Durch die ständigen Entwicklungen und Verbesserungen der chirurgischen und medizinischen Methoden wurden große Fortschritte in der Krebstherapie erzielt. Doch was nützt dies, wenn die Patientinnen ihr Aussehen, die Veränderungen ihres Körperbildes nicht akzeptieren, nicht damit leben können?

Pflegenden kommt bei der Bewältigung von Körperbildproblemen eine große Rolle zu.

Durch ihren engen, meist sehr körpernahen Kontakt bei der täglichen Arbeit haben sie einen großen Einfluss auf die Patientinnen. Sie halten die Hand, machen Einreibungen, versorgen frische Wunden und Stomata, führen Intimpflege durch usw.

In meinem Vortrag über Körperbildveränderungen in der gynäkologischen Onkologie möchte ich auf die verschiedenen Ausprägungen von Körperbildveränderungen eingehen und vor allem auch die Aufgabe der Pflegenden in diesem Bereich verdeutlichen.

---

Birgit Held, Krankenschwester, Stationsleitung  
Universitätsfrauenklinik Freiburg

