

Lernaufgaben & Lösungsvorschläge

Fallbeispiel Frau Fischer*

Wiebke Hellman



LERNAUFGABE 1

Lesen Sie das Fallbeispiel von Frau Fischer (erneut). Frau Fischer hat unter der Dusche einen Knoten ertastet. Bei der Untersuchung durch die Gynäkologin wird der Knoten als „derb und nicht verschiebbar“ beschrieben. Informieren Sie sich über weitere Symptome, die auf ein Mamma-CA hinweisen können. Welche diagnostischen Verfahren gibt es?

Symptome

- einseitige, meist derbe und nicht druckschmerzhaft Verhärtung bzw. Knoten in der Brust oder Achselhöhle
- vergrößerte, tastbare Lymphknoten im Bereich der Achselhöhle, des Brustbeins oder des Schlüsselbeins
- bei hautnahem oder fortgeschrittenem Tumor auch (Druck-)Schmerz und Rötung
- Orangenhaut-Phänomen: Das großporige, an Orangenhaut erinnernde Hautareal entsteht durch eine tumorbedingte Störung des Lymphabflusses, wodurch es zu einem Lymphödem kommt. Die Haarfollikel bleiben vom Ödem verschont und bilden die typischen Einsenkungen.
- Einziehung der Haut, wenn der Tumor mit der Haut verwächst (Plateau-Phänomen); geschieht dies im Bereich der Mamille (=Mamillenretention), erinnert diese optisch an eine Hohlwarze.
- Unverschieblichkeit der Haut über der Verhärtung
- Unverschieblichkeit des Drüsengewebes auf dem Brustmuskel
- neu aufgetretene Asymmetrie der Brüste oder unterschiedliches Verhalten der Brüste beim Heben der Arme
- ekzemartige Hautveränderungen wie z.B. Morbus Paget oder Ulzerationen in späteren Stadien
- einseitige, oft blutige Sekretion aus der Mamille
- Hautveränderungen ähnlich einer starken Entzündung (z. B. diffuse flächenhafte Rötung); diese entstehen durch die massive Ausbreitung des Karzinoms in die Lymph-

spalten (inflammatorisches Karzinom); das inflammatorische Karzinom ist mit einer sehr ungünstigen Prognose verbunden

Diagnostische Verfahren

- Selbstuntersuchung der Brust (die meisten Tumore werden durch die Frau selbst entdeckt)
- Anamnese (aktuelle Beschwerden? Vorerkrankungen? Brustkrebserkrankungen im familiären Umfeld? Medikamenteneinnahme, insbesondere Hormonersatzpräparate?)
- Inspektion der Brust (neu aufgetretene Asymmetrie der Brüste? Einziehungen der Haut oder Brustwarze? Orangenhaut-Phänomen? Rötungen? Ekzeme oder Sekretion der Brustwarze?)
- Palpation (Tastbare Tumore? Vergrößerte Lymphknoten?)
- Tumormarker, z.B. CA 15-3 (insbesondere für die Verlaufskontrolle; nicht bei allen Brustkrebspatientinnen erhöht)
- Galaktographie (Darstellung der Milchgänge)
- Sonographie (gewinnt zunehmend an Bedeutung, da einfach und ohne Belastungen für die Patientin; Doppler-Sonographie zeigt Durchblutung des Tumors)
- Biopsie/Probeexzision (sichert die Diagnose des Mammakarzinoms und typisiert es [Hormonrezeptoren? HER2-Status?]; alternativ kann auch ein Schnellschnitt im Rahmen der Operation durchgeführt werden)
- Tumorstaging (bei gesichertem Mammakarzinom; Knochenszintigramm zum Ausschluss von Knochenmetastasen, Röntgen-Thorax zum Ausschluss von Lungenmetastasen, Sonographie zum Ausschluss von Lebermetastasen und Schädel-CT zum Ausschluss von Hirnmetastasen)

LERNAUFGABE 2

Auch die Mutter von Frau Fischer hatte Brustkrebs. Recherchieren Sie in Kleingruppen zu weiteren möglichen Risikofaktoren für die Entstehung eines Mamma-CA.

Die Frage nach der eigentlichen Ursache für die Entstehung von Brustkrebs ist noch nicht abschließend geklärt. Es gibt jedoch einige Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit an Brustkrebs zu erkranken erhöhen. Insbesondere Hormone und genetische Veränderungen spielen dabei eine wichtige Rolle. Zu den bekanntesten Risikofaktoren gehören:

- Mutationen des BRCA1- oder BRCA2-Gens (BRCA = breast cancer gene): Normalerweise schützen diese Gene vor einer Entartung der Zellen. Sind sie jedoch defekt, kommen sie dieser Aufgabe nicht mehr nach und das Erkrankungsrisiko steigt. Frauen mit Mutationen des BRCA1- oder BRCA2-Gens haben ein Lebenszeitrisiko von 80% an Brustkrebs zu erkranken. Dem gegenüber steht ein Risiko von 12% der Normalbevölkerung. Allerdings gehen nur 5 bis 10% der Brustkrebserkrankungen auf diese Ursache zurück. Durch das häufige Vorkommen von Brustkrebs betrifft dies jedoch noch immer viele Frauen.
- Mamma-CA der anderen Brust bzw. in der eigenen Vorgeschichte

- familiär gehäuftes Auftreten von Mamma- oder Ovarialkarzinomen
- Mastopathie Grad III
- Vorläuferläsionen des Mammakarzinoms, wie das DCIS (duktales Carcinoma in situ) oder das LCIS (lobuläres Carcinoma in situ)
- Krebserkrankungen des Uterus, der Ovarien oder des Darms
- Kinderlosigkeit, Verzicht auf das Stillen nach der Geburt und/oder erste Schwangerschaft nach dem 35. Lebensjahr: Bei Frauen, die zwischen dem 14. und 20. Lebensjahr schwanger werden entwickelt sich die Brustdrüse besser, als bei Frauen, die erstmals ab dem 30. Lebensjahr gebären. Aggressive Tumore entstehen vor allem in den schlecht differenzierten Strukturen der Brust, die bei kinderlosen und spätgebärenden Frauen charakteristisch sind. Zudem zeigt sich, dass Frauen, die länger gestillt haben, seltener an Brustkrebs erkranken.
- Einsetzen der Menarche vor dem 12. Lebensjahr oder Einsetzen der Menopause nach dem 50. Lebensjahr: Dies hängt vermutlich mit der Anzahl der Menstruationszyklen während der Lebenszeit der Frau zusammen.
- Übergewicht
- Diabetes mellitus
- Rauchen und regelmäßiger Alkoholkonsum: Morch et al. konnten 2007 einen Zusammenhang zwischen überdurchschnittlichem Alkoholkonsum und dem Brustkrebsrisiko feststellen. Auch zwischen Rauchen und Brustkrebs wird ein Zusammenhang vermutet, wobei die Forschungen hier noch nicht abgeschlossen sind. So scheint es beispielsweise auch eine Rolle zu spielen, in welchem Lebensabschnitt die Frauen rauchen bzw. geraucht haben.
- Der Zusammenhang zwischen der Ernährung und dem Brustkrebsrisiko ist noch nicht abschließend geklärt. Einige Studien weisen aber darauf hin, dass insbesondere fettreiche und ballaststoffarme Ernährung sowie die fleischlastige Ernährung der westlichen Welt das Brustkrebsrisiko erhöhen, während bestimmte Vitamine das Risiko zu minimieren scheinen. Daher sollte Frauen grundsätzlich zu einer ausgewogenen, vitamin- und ballaststoffreichen sowie fettarmen Ernährung geraten werden
- Hormonersatzpräparate, die zur Minimierung der Beschwerden in den Wechseljahren eingesetzt werden, erhöhen das Brustkrebsrisiko bei längerfristiger Einnahme. Laut der Krebsliga Schweiz geht die fünfjährige Hormonersatztherapie mit Kombinationspräparaten mit einer Zunahme des Brustkrebsrisikos von 25% einher.
- Alter: Mammakarzinome, die sporadisch, d. h. ohne familiäre Häufung oder genetische Veranlagung, auftreten, betreffen eher ältere Frauen. Mammakarzinome, die hingegen mit familiärer Häufung auftreten betreffen meist Frauen vor dem 50. Lebensjahr. Allerdings sind ca. 90% der Mammakarzinome sporadisch.

Die Therapieoptionen, die sich bei einer Brustkrebserkrankung ergeben hängen im Wesentlichen von dem Stadium und Typ des Tumors ab. Der wichtigste Schritt bei der kurativen Behandlung ist jedoch die Entfernung des Primärtumors.

Operative Therapie

- **Brusterhaltende Therapie (BET):** Hierbei werden nur die betroffenen Teile der Brustdrüse entfernt. Dies ist jedoch nur möglich, wenn der Tumor relativ klein ist (< 3 cm), nicht mit der Haut oder dem Brustmuskel verwachsen ist, nicht multizentrisch wächst und wenn der Tumor mit ausreichend Sicherheitsabstand im gesunden Gewebe entfernt werden kann. Auch nach einer neoadjuvanten Chemotherapie kann eine BET möglich sein. Je nach entferntem Teil spricht man von Quadrantektomie, Segmentektomie oder Lumpektomie. Nach einer BET folgt zwangsläufig eine Bestrahlung, um das Rezidivrisiko zu minimieren.
- **Ablatio mammae/Mastektomie:** Bei der modifizierten radikalen Mastektomie, wie sie bei Frau Schneider durchgeführt wird, wird die gesamte Brustdrüse inklusive Haut, Brustwarze und ggf. Axillarlymphknoten entfernt. Bei der radikalen Mastektomie wird ebenfalls der Brustmuskel entfernt. Dies ist jedoch nur notwendig, wenn der Tumor diesen bereits infiltriert hat.
- **Sentinel-Lymphknoten-Entfernung:** Der Sentinel-Lymphknoten (SLN) ist der erste Lymphknoten im Lymphabflussgebietes des Tumors und damit aller Wahrscheinlichkeit nach bei einer lymphogenen Metastasierung als erstes vom Tumor infiltriert. Daher wird er genutzt, um festzustellen, ob bereits eine lymphogene Metastasierung vorliegt. Dazu muss jedoch herausgefunden werden, welcher der vielen axillaren Lymphknoten der SLN ist. Vor der operativen Entfernung des Tumors wird dieser mit einem speziellen Farbstoff oder radioaktivem Isotop markiert. Innerhalb der OP kann dann der SLN identifiziert werden, weil er die Farbe bzw. das radioaktive Isotop aufgenommen hat. Der SLN wird im Schnellschnitt untersucht. Ist er von Tumorzellen befallen, werden auch die anderen axillaren Lymphknoten entfernt. Ist er nicht befallen, kann der Frau eine möglicherweise unnötige Lymphknotenentfernung erspart bleiben.
- **Axilladisektion:** Die Entfernung der axillaren Lymphknoten erfolgt, wie oben beschrieben, bei befallenem SLN oder bei bereits präoperativ auffälligen Lymphknoten. Dabei werden alle axillaren Lymphknoten entfernt. Komplikation ist das postoperativ auftretende Lymphödem des Armes (siehe Frage 12).

Weitere Therapieoptionen

- **Bestrahlung:** Eine postoperative Bestrahlung ist immer dann notwendig, wenn eine brusterhaltende Operation durchgeführt wurde. Nach einer Mastektomie wird sie empfohlen, wenn das Rezidivrisiko hoch ist, beispielsweise wenn der Tumor den Brustmuskel infiltriert hat oder mehrere Lymphknoten befallen sind. Eine palliative Bestrahlung kann zur Beschwerdelinderung z. B. bei Skelett- und Hirnmetastasen eingesetzt werden.
- **Chemotherapie:** Diese kann adjuvant oder neoadjuvant eingesetzt werden. Die adjuvante Chemotherapie ist besonders sinnvoll bei Patientinnen, deren Tumor nicht



LERNAUFGABE 3

Bei Frau Fischer wurde eine modifizierte radikale Mastektomie mit anschließender Chemotherapie durchgeführt. Informieren Sie sich zu unterschiedlichen OP- und Behandlungsverfahren bei Brustkrebs.

oder nur schlecht auf eine Hormontherapie anspricht oder die ein erhöhtes Rezidivrisiko aufweisen, z. B. weil die Lymphknoten befallen sind. Die neoadjuvante Chemotherapie kommt z. B. zum Einsatz, wenn der Tumor vor einer BET verkleinert werden soll. Die palliative Chemotherapie kommt hauptsächlich zur Linderung von Schmerzen zum Einsatz.

- **Hormontherapie:** Etwa 60–75% der Mammakarzinome haben Hormonrezeptoren an ihrer Oberfläche und wachsen damit hormonabhängig. Ob das der Fall ist, wird mittels histologischer Untersuchung herausgefunden. Besonders Tumore, die sich nach der Menopause entwickeln wachsen hormonabhängig. Diese Tumore lassen sich unter anderem mithilfe von Östrogenrezeptor-Blockern (z. B. Tamoxifen) behandeln. Andere Medikamente hemmen die Umwandlung von Androgenen in Östrogene (z. B. Anastrozol). Dadurch kann das Auftreten von Rezidiven und Metastasen bei ca. 30% der Frauen verhindert oder verzögert werden.
- **Immuntherapie/Antikörpertherapie:** Aktuell sind viele Antikörpertherapien in der Forschung bzw. teilweise auch schon im Einsatz. Schwierig ist, dass das Ziel der

Antikörper meist nicht nur auf dem Tumor, sondern auch auf normalen Körperzellen liegt und dadurch mit verschiedensten Nebenwirkungen zu rechnen ist. Gängig ist mittlerweile die Therapie mit dem Antikörper Trastuzumab bei HER2/neu-positivem Tumor. HER2/neu ist ein Wachstumsrezeptor, der sich auf der Oberfläche mancher Tumore befindet. Ist ein Tumor HER2/neu-positiv so wächst er deutlich schneller. Trastuzumab besetzt die HER2/neu-Rezeptoren und verlangsamt so das Tumorstadium.



LERNAUFGABE 4

Erstellen Sie eine postoperative Pflegeplanung für Frau Fischer unter Auswahl und Begründung der Pflegeprobleme (oder Pflegediagnosen), Ressourcen, überprüfbaren Pflegeziele und problemorientierten Pflegemaßnahmen. Fokussieren Sie sich dabei auf die Themen: Schmerz, Wund- und Drainageversorgung, Lymphödempyrophylaxe, Kostenaufbau, Infusionstherapie, Mobilisation, psychosoziale Begleitung.

Postoperative Pflegeplanung für Frau Fischer.

Pflegeproblem	Ressourcen	Pflegeziel	Pflegemaßnahme
Frau Fischer hat eine Redon-Drainage. Dadurch und durch die Operationswunde besteht erhöhte Infektionsgefahr.		Nahziel: Veränderungen und Komplikationen sind frühzeitig erkannt. Fernziel: Eine postoperative Wundinfektion ist verhindert.	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Wunde und der Redon-Einstichstelle auf Entzündungszeichen 1-mal pro Tag • Kontrolle und Dokumentation der Drainage in Hinblick auf Fördermenge, Aussehen und Beimengungen • Durchführung eines aseptischen Verbandswechsels 48 Stunden nach der OP, ab dann 1-mal pro Tag • Kontrolle der Vitalparameter, insbesondere der Temperatur • Entfernung der Redon-Drainage nach Arztanordnung
Durch die Operation besteht die Gefahr von postoperativen Nachblutungen.		Nahziel: Eine postoperative Nachblutung ist frühzeitig erkannt.	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle und Dokumentation des Verbandes und der Fördermenge der Drainage 1-mal pro Schicht • Kontrolle der Vitalparameter, insbesondere Blutdruck und Puls • Kontrolle der Laborparameter nach Arztanordnung, insbesondere Hb • Patientenbeobachtung hinsichtlich Haut- und Schleimhautfarbe (Blässe?) und Bewusstsein • Frau Fischer darauf hinweisen, sich bei Auffälligkeiten (Schwindel etc.) umgehend zu melden
Frau Fischer hat aufgrund des intraoperativen Blutverlustes, des Flüssigkeitsverlusts über die Drainage, der präoperativen Flüssigkeitskarenz und der postoperativen Schwäche und Müdigkeit ein Flüssigkeitsdefizit.	<ul style="list-style-type: none"> • Frau Fischer versteht die Wichtigkeit einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr. • Frau Fischer kann selbstständig trinken. 	Nahziel: Ausreichende Flüssigkeitsaufnahme (ca. 2 Liter pro Tag) Fernziele: <ul style="list-style-type: none"> • Physiologischer Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt • Stabile Kreislaufsituation 	<ul style="list-style-type: none"> • Frau Fischer zum Trinken anhalten, insbesondere in der Phase unmittelbar nach der Operation. • Infusionstherapie nach Arztanordnung • Kontrolle der Vitalparameter, insbesondere Blutdruck und Puls • Patientenbeobachtung hinsichtlich des Flüssigkeitshaushalts (Hautturgor, Schleimhäute, Speichelsee unter der Zunge etc.)
Aufgrund der Lymphknoten-dissektion besteht bei Frau Fischer die Gefahr eines Lymphödems.	Frau Fischer kann die Maßnahmen zur Lymphödempyrophylaxe selbstständig umsetzen.	Nahziel: Ein Lymphödem ist vermieden. Fernziel: Frau Fischer integriert die Verhaltensregeln zur Lymphödempyrophylaxe in ihren Alltag.	<ul style="list-style-type: none"> • Rückenlage und Hochlagerung des betroffenen Arms unmittelbar nach der Operation • Bewegungen der Schultern nur bis zur Schmerzgrenze (Während der Wundheilungsphase bilden sich lymphogene Kollateralgefäße, die durch übermäßige Bewegungen zerstört werden können) • Physiotherapie einschalten • Verhaltensregeln zur Lymphödempyrophylaxe erläutern (siehe Frage 12)

Fortsetzung.

Pflegeproblem	Ressourcen	Pflegeziel	Pflegemaßnahme
Frau Fischer ist aufgrund der Operationswunde, der Redon-Drainage und der postoperativ instabilen Kreislaufsituation in ihrer Mobilität eingeschränkt.	<ul style="list-style-type: none"> Frau Fischer ist motiviert, ihre körperliche Fitness schnell wiederzuerlangen. Frau Fischer kann die Anleitungsinhalte umsetzen. 	<p>Nahziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> Stabile Kreislaufsituation Pat. kann allein aus dem Bett aufstehen. <p>Fernziel:</p> <p>Frau Fischer kann sich selbstständig mobilisieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Frühzeitige Mobilisation, nach Möglichkeit noch am OP-Tag Aufklärung über die Wichtigkeit der Mobilisation Aufzeigen von richtigen Bewegungs- und Mobilisationsabläufen Schonhaltung korrigieren (viele Frauen neigen dazu, die betroffene Schulter hochzuziehen oder gekrümmt zu sitzen/gehen) Patientin zu kreislaufanregenden Bewegungsübungen vor der Mobilisation auffordern z. B. Zehen bewegen, „Fahrrad fahren“ im Bett Anleitung zum Umgang mit der Redon-Drainage Ausreichende Flüssigkeitszufuhr Physiotherapie einschalten
Frau Fischer hat Schmerzen aufgrund der Operation.	Frau Fischer kann ihre Schmerzen einschätzen und klar äußern.	<p>Ziel:</p> <p>Frau Fischer gibt Schmerzen von <3 auf der numerischen Rating-Skala (NRS) an.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Schmerzen erfragen mithilfe der NRS mind. 1x pro Schicht, bei Bedarf mehrmals Frau Fischer dazu anhalten, sich bei Schmerzen jederzeit zu melden. Schmerzmedikation nach Arztanordnung verabreichen Bedarfsmedikation nach Arztanordnung verabreichen Kontrolle der verabreichten Schmerzmedikamente auf Wirkung und Nebenwirkungen Anleitung zu richtigen Bewegung und Mobilisation
Frau Fischer hat ein verändertes Körperbild durch die Mastektomie.	<ul style="list-style-type: none"> Frau Fischer erfährt viel Unterstützung durch ihr soziales Umfeld, insbesondere durch ihren Ehemann. Frau Fischer fühlte sich vor der Operation wohl in ihrem Körper. 	<p>Nahziel:</p> <p>Frau Fischer erlebt die ersten Annäherungen an ihren veränderten Körper so positiv wie möglich.</p> <p>Fernziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> Frau Fischer kann ihr verändertes Körperbild akzeptieren. Frau Fischer fühlt sich wohl in ihrem Körper. 	<ul style="list-style-type: none"> Einbezug der Angehörigen nach Wunsch von Frau Fischer Gesprächsbereitschaft signalisieren, den Wunsch nach Rückzug aber akzeptieren Sensible Durchführung des (ersten) Verbandswechsels Auf Wunsch Kontakt zu anderen Betroffenen vermitteln, z. B. über Selbsthilfegruppen, Kosmetikseminare für Brustkrebs-Patientinnen Psychoonkologie einschalten Prothesenversorgung frühzeitig anstoßen Versorgung mit „Übergangs-Prothese“ unmittelbar nach der Operation
Frau Fischer hat Ängste und Sorgen aufgrund der ungewissen Zukunft, insbesondere aufgrund der anstehenden Chemotherapie.	<ul style="list-style-type: none"> Frau Fischer erfährt viel Unterstützung durch ihr soziales Umfeld, insbesondere durch ihren Ehemann. Frau Fischer hat eine grundsätzlich positive Lebenseinstellung. Frau Fischer kann ihre Ängste und Sorgen artikulieren. 	<p>Nahziel:</p> <p>Frau Fischer setzt sich mit ihren Ängsten und Sorgen aktiv auseinander.</p> <p>Fernziel:</p> <p>Frau Fischer entwickelt geeignete Copingstrategien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gesprächsbereitschaft signalisieren, den Wunsch nach Rückzug aber akzeptieren Realistische Information über den Ablauf einer Chemotherapie, zu erwartende Nebenwirkungen und mögliche Behandlungsmaßnahmen der Nebenwirkungen vermitteln Frau Fischer zu Maßnahmen beraten, die sie selbst durchführen kann, um die Folgen einer Chemotherapie abzumildern Psychoonkologie einschalten Auf Wunsch Kontakt zu anderen Betroffenen vermitteln, z. B. über Selbsthilfegruppen, Kosmetikseminare für Brustkrebs-Patientinnen

(In Anlehnung an Schön, 2017)

LERNAUFGABE 5

Bei der ersten Mobilisation auf die Toilette antwortet Frau Fischer auf Ihre Frage hin, ob alles in Ordnung ist: „Ja, ja! Ich schaff das schon alles!“ Analysieren Sie anhand des „Vier-Ohren-Modells“ von Schulz von Thun die Aussage von Frau Fischer.

Nach Schulz von Thun (2006) enthält jede Äußerung vier Botschaften:

- die Sachinformation (Worüber informiere ich?)
- die Selbstkundgabe (Was gebe ich von mir zu erkennen?)

- den Beziehungshinweis (Was halte ich von dir und wie stehe ich zu dir in Beziehung?)
- den Appell (Was möchte ich bei dir erreichen?)

Frau Fischer sagt vor der ersten Mobilisation „Ja, ja! Ich schaff das schon alles!“. Diese Aussage lässt sich mithilfe der vier Botschaften auf vielfältige Weise interpretieren. Die folgenden Interpretationen sind daher nur einige von vielen Möglichkeiten. Auch andere Interpretationen sind denkbar.

- Auf der Ebene der Sachinformation sagt Frau Fischer lediglich, dass sie glaubt, die Situation bewältigen zu können bzw. aufstehen zu können. Da sie in ihrer Aussage das Wort „alles“ verwendet, könnte sie auch ihre gesundheitliche Situation als Ganze meinen.

* Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden

- Auf der Ebene der **Selbstkundgabe** könnte Frau Fischer wirklich der Überzeugung sein, dass die Mobilisation für sie kein Problem darstellt. Sie könnte sich aber auch auf ihre gesamte Erkrankung beziehen und Ihnen so mitteilen, dass sie der Überzeugung ist die Erkrankung zu überstehen. Dies lässt zumindest das Wort „alles“ in ihrer Aussage vermuten. Möglicherweise will sie sich durch ihre eigene Aussage aber auch selbst Mut zusprechen. Dann würde sie damit eher ihre eigenen Ängste und Sorgen offenbaren.
- Auf der Ebene der **Beziehung** möchte Frau Fischer durch ihre Aussage vielleicht Distanz zu Ihnen als Pflegekraft wahren. Sie möchte gerade nicht mit Ihnen über ihre Ängste und Sorgen sprechen und sagt deshalb, dass sie das alles schon schaffen wird. Vielleicht möchte sie Ihnen auch nicht zur Last fallen oder „Arbeit machen“, indem sie Ihnen ihre Sorgen anvertraut.
- Auf der Ebene des **Appells** könnte die Aussage als eine Aufforderung an Sie als Pflegekraft verstanden werden, Frau Fischer zu bestätigen und Ihre Überzeugung kundzutun, dass auch Sie der Meinung sind, dass Frau Fischer die schwere Zeit bewältigen und die Krankheit überstehen wird. Andererseits könnte es auch sein, dass Frau Fischer Ihnen damit zu verstehen geben will, dass sie nicht über ihre Situation sprechen möchte. Der Appell wäre dann: „Bitte sprechen Sie mit nicht auf meine Gefühlswelt an!“.

Ihre Aufgabe als Pflegekraft ist es, das Gesagte von Frau Fischer richtig zu deuten, auch indem sie ihre nonverbalen Signale berücksichtigen, und dementsprechend zu reagieren.



LERNAUFGABE 6

Der erste Verbandwechsel ist eine emotional stark belastende Situation. Frau Fischer wird zum ersten Mal ihren veränderten Körper sehen. Es muss besonders sensibel vorgegangen werden. Wie bereiten Sie den Verbandwechsel vor, worauf müssen Sie bei Vorbereitung und Durchführung achten?

Der erste Verbandwechsel stellt für die betroffene Frau eine große Belastung dar und ist mit vielen Ängsten verbunden. Die Gestaltung des Verbandwechsels hat erheblichen Einfluss auf den Bewältigungsprozess. Dabei spielt es keine Rolle, ob eine Mastektomie oder eine Brusterhaltene Therapie durchgeführt wurde, denn auch letztere führt zu optischen Veränderungen. Was der (Teil-)Verlust einer Brust wirklich bedeutet, wird vielen Frauen erst dann klar, wenn sie die Narbe zum ersten Mal sehen. Viele Patientinnen erschrecken daher beim ersten Anblick der veränderten Brust. Folgende Aspekte sollten deshalb beim ersten Verbandwechsel beachtet werden:

- Der Termin für den ersten Verbandwechsel sollte mit der betroffenen Frau abgestimmt werden, damit diese sich gedanklich darauf vorbereiten kann.
- Vertrauenspersonen können/sollten auf Wunsch der Frau anwesend sein.
- Der Verbandwechsel findet in ruhiger Atmosphäre mit möglichst wenig anwesenden Fachpersonen statt.
- Um die Frau auf den Verbandwechsel vorzubereiten, erläutert die Pflegefachkraft vor Entfernung des alten Ver-

bandes das Aussehen der Wunde und die physiologische Wundheilung.

- Auch im weiteren Verlauf des Verbandwechsels erklärt die Pflegefachkraft ihr Vorgehen
- Die Patientin bekommt die Möglichkeit sich die Narbe anzusehen, evtl. mit einem Handspiegel. Zudem sollte sie die eigene Brust berühren, „denn auch die Berührung, die eigene spürbare Erfahrung der Haut, hilft, das Körperbild zu entwickeln“ (Marquard 2008a). „Dieses Betrachten der Narbe bedeutet eine Konfrontation mit der Situation, denn jetzt wird ihnen über die leibliche Sinneserfahrung, also das Sehen und Fühlen bewusst, was es heißt, die Brust verloren zu haben“ (Wiedemann 2019). Dies stellt zwar im ersten Moment eine große Belastung und Überwindung für die Betroffene dar, hilft aber langfristig, das neue Körperbild zu akzeptieren.
- Zeigt sich die Frau ablehnend gegenüber der Auseinandersetzung mit ihrem neuen Äußeren, so wird ihr deren Bedeutung für den Verarbeitungsprozess und die Akzeptanz des veränderten Körperbildes erläutert. Sie darf jedoch keinesfalls unter Druck gesetzt oder gezwungen werden, sich die Narbe anzusehen oder diese zu berühren.
- Auch für den nächsten Verbandwechsel wird ein fester Termin vereinbart

WEITERE LERNAUFGABEN UND LÖSUNGSVORSCHLÄGE



LERNAUFGABE 7

Frau Fischer hatte eine modifizierte, radikale Mastektomie. Welche Bedeutung kommt der Brust für das Selbst- und Körperbild einer Frau zu? Wie wird dies durch den Verlust einer Brust bzw. beider Brüste beeinflusst/verändert?

Die Brust gilt als ein Symbol der Weiblichkeit. Als sekundäres Geschlechtsmerkmal bildet sie sich in der Zeit des Heranreifens vom Mädchen zur Frau. Sie spielt eine wichtige Rolle bei der sexuellen Lustempfindung für die Frau. Und auch für den Sexualpartner sind der Anblick und die Berührung der Brüste wichtige erotische Reize. Demnach ist die Brust auch (sexuelles) Kommunikationsmittel. „Das liebevolle Umgehen mit der Brust, besonders im Liebesspiel, ist eine Bestätigung des Frau-Seins und vermittelt vielen Frauen eine erfüllte Beziehung. Da die Brust eine so große Möglichkeit zur Kommunikation darstellt, ist es verständlich, dass ihr Verlust erhebliche Partnerschaftsprobleme aufwerfen kann“ (Marquard 2008b). Auf erotischen Darstellungen ist die weibliche Brust omnipräsent, wodurch Schönheitsideale gefestigt werden und der Druck, diesen gerecht werden zu müssen, steigt. Selbst viele gesunde Frauen sind mit ihren Brüsten unzufrieden, weil sie diesen vermeintlichen Idealen nicht entsprechen. Zufriedenheit mit der eigenen Brust resultiert in einem positiven Selbstwertgefühl. Gleichzeitig wird die weibliche Brust heute zunehmend pathologisiert. Viele Frauen verbinden mit ihrer Brust auch die Angst, an Brustkrebs erkranken zu können.

Muss aufgrund einer Brustkrebserkrankung die Brust oder ein Teil dieser entfernt werden, kommt dies für die betroffene Frau

* Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden

einem Angriff auf ihr Selbstbild als Frau gleich. Wiedemann (2019) fand heraus, dass sich das Erleben von Frauen nach einer Mastektomie in zwei Phasen einteilen lässt. Die erste Phase ist das „Erleben von Schock und Krise“. Die Diagnose Brustkrebs geht mit vielen Fachinformationen einher, die von den Frauen häufig nicht verstanden werden. Sie müssen innerhalb kurzer Zeit viele Entscheidungen bezüglich der Therapie treffen und erleben dabei einen erheblichen Handlungsdruck. Was der Verlust einer Brust wirklich bedeutet wird vielen Frauen deshalb erst nach der Operation bewusst. Sie fühlen sich in und mit ihrem Körper plötzlich verunsichert und unvollständig. Als besonders belastend wird das Gefühl des „Einseitig-Seins“ beschrieben, wenn eine Brust fehlt. Die betroffenen Frauen fühlen sich nicht mehr attraktiv, weiblich und selbstbewusst. „Das Abnehmen der Brüste kommt manchen Frauen wie eine Verstümmelung vor. Wo vorher weiche Rundungen waren, bleibt nach der Operation eine knochige, mit Narben ‚verunstaltete‘ Fläche zurück“ (Skibbe&Löseke 2013). Manche Frauen ziehen sich nach einer Brustamputation aus ihrem sozialen Umfeld und von ihrem Sexualpartner zurück, können sich nicht mehr im Spiegel betrachten oder sich berühren und Trauern um ihren Verlust. Oft kommt aber auch Erleichterung hinzu, der unmittelbaren Lebensgefahr entkommen zu sein. Die zweite Phase ist das „Streben nach Normalität“ (Wiedemann 2019). Für die betroffenen Frauen ist es normal, zwei Brüste zu haben. Dementsprechend streben sie danach, diesen Zustand möglichst schnell wieder zu erreichen und beschäftigen sich mit den Möglichkeiten. Deshalb ist es für die Frauen wichtig, dass sie unmittelbar nach der Operation mit einer Übergangs-Prothese versorgt werden und dass die notwendigen Schritte zur Brustrekonstruktion bzw. Dauerversorgung mit einer Prothese möglichst zeitnah erfolgen. Zudem erleben die Betroffenen durch die Erstversorgung mit einer Prothese und das zügige Einleiten von weiteren Maßnahmen das Gefühl von Zuwendung. Als hilfreich für die Bewältigung hat es sich erwiesen, wenn die Frau sich aktiv und informiert für oder gegen eine bestimmte Therapiemethode entschieden hat und dadurch ihre Autonomie gewahrt werden konnte. Von den sie betreuenden Ärzten und Pflegekräften wünschen sich die betroffenen Frauen unter anderem Kontinuität in der Betreuung und den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, das emphatische Eingehen auf ihre individuelle Situation, das Bewahren ihrer Autonomie und Freundlichkeit.

suchung der Brust. Eine, die häufig Anwendung findet und im Internet einsehbar ist, ist die MammaCare-Methode®. Bestandteile sind zum einen die optische Beurteilung der Brust, zum anderen das Abtasten. Die optische Beurteilung sollte vor dem Spiegel stattfinden. Die Frau betrachtet ihre Brüste in verschiedenen Stellungen (z. B. mit seitlich am Körper herabhängenden Armen, mit erhobenen Armen, mit vorgebeugtem Oberkörper) und achtet auf Veränderungen der Größe, Form, Hautoberfläche und Brustwarze. Das Abtasten erfolgt kreisförmig mit den drei mittleren Fingern. Dabei sollte der gesamte Brustbereich vom Schlüsselbein bis zur Umschlagfalte und von der Mitte der Achselhöhle bis zum Brustbein mit unterschiedlich starkem Druck abgetastet werden (MammaCare® 2019). Wichtig ist es, die Frauen darauf hinzuweisen, dass die Selbstuntersuchung nur eine komplementäre Methode zur Mammografie darstellt. So können beispielsweise Tumore, die tief in der Brust lokalisiert sind oft nicht selbst ertastet werden.



LERNAUFGABE 9

Meist werden Patientinnen vor einer Brust-OP am Tag vor der OP stationär aufgenommen. Wie führen Sie die präoperative Versorgung von Frau Fischer durch?

Neben den allgemeinen präoperativen Maßnahmen sind zur Vorbereitung auf eine Brust-OP die folgenden Maßnahmen zu ergreifen:

- postoperativ notwendige Atem- und Aufstehtechniken einüben
- ggf. der Patientin das Lagerungsmittel für den Arm erläutern und dieses mit in den OP geben
- Haare entfernen (die Haarentfernung umfasst die betroffene Hälfte des Brustkorbs, die Achsel und ggf. den Oberarm; hier ist auf die Empfehlung des Robert Koch-Institutes (2018) bezüglich präoperativer Haarentfernung zu achten)
- psychisch betreuen

Die bevorstehende OP stellt für die Patientin und ihre Angehörigen eine große Belastung dar und ist mit vielen Ängsten verbunden. Neben der Angst um das eigene Leben, vor Schmerzen oder Komplikationen kommt bei einer Brust-OP die Angst vor Veränderungen des Körperbildes und dem Verlust der Weiblichkeit hinzu. Frau Fischer aus dem Fallbeispiel ist bei der OP-Vorbereitung zwar freundlich, nett und lächelt viel. Es wirkt aber auch so, als höre sie gar nicht richtig zu. Dafür kann es mehrere Gründe geben. So versucht Frau Fischer durch ihre Höflichkeit und nach außen gezeigte Fröhlichkeit vielleicht eine Fassade zu wahren, ihrem Ehemann und ihren Kindern keinen Grund zur Sorge zu geben oder die eigenen Ängste nicht die Überhand gewinnen zu lassen. Ihre Unkonzentriertheit und Gedankenversunkenheit zeigen aber, dass sie mit der Situation möglicherweise überfordert ist und mit ihren Ängsten nicht gut umgehen kann. Pflegekräfte müssen diese Gefühle erspüren und sensibel darauf eingehen. So wäre es zum Beispiel möglich, den Eindruck, den Frau Fischer bietet, zu verbalisieren („Sie wirken auf mich nervös/unkonzentriert/als würde sie die Situation sehr beschäftigen...“) und ihr so die Möglichkeit zu geben, ihre Gefühle in Wort zu fassen. Möchte sie nicht über ihre Gefühle sprechen, so ist dies auf jeden Fall zu respektieren.



LERNAUFGABE 8

Frau Fischer hat wie die meisten Patientinnen mit einem Mammakarzinom den Knoten in ihrer Brust selbst ertastet. Die Selbstuntersuchung der Brust ist besonders wichtig zur Früherkennung. Wie sollten Frauen dabei vorgehen?

Die meisten Tumore werden durch die betroffene Frau selbst entdeckt, weshalb der Selbstuntersuchung der Brust eine besondere Bedeutung zukommt. Frauen sollten zur Selbstuntersuchung angeleitet werden. Diese sollte ab dem 20. Lebensjahr einmal monatlich durchgeführt werden. Bei menstruierenden Frauen ca. fünf Tage nach der Menstruation, bei nicht menstruierenden Frauen immer etwa zum selben Zeitpunkt im Monat. Es gibt unterschiedliche Methoden zur Selbstunter-

Um sicher zu gehen, dass Frau Schneider alle notwendigen Informationen auch mitbekommt, kann Wichtiges z.B. wiederholt oder aufgeschrieben werden.



LERNAUFGABE 10

Bei Frau Fischer wurde der SLN entfernt. Was ist der SLN und welche Funktion erfüllt er?

Der Sentinel-Lymphknoten (SLN) ist der erste Lymphknoten im Lymphabflussgebiet des Tumors und damit aller Wahrscheinlichkeit nach bei einer lymphogenen Metastasierung als erstes vom Tumor infiltriert. Daher wird er genutzt, um festzustellen, ob bereits eine lymphogene Metastasierung vorliegt. Ist er von Tumorzellen befallen, werden auch die anderen axillaren Lymphknoten entfernt. Ist er nicht befallen, kann der Frau eine möglicherweise unnötige Lymphknotenentfernung erspart bleiben.



LERNAUFGABE 11

Frau Fischer hat lange gemeinsam mit ihrem Mann überlegt, ob sie eine brusterhaltende Therapie oder eine radikale Mastektomie durchführen lassen sollte. Welche Möglichkeiten zur Brustrekonstruktion gibt es?

Da die Entfernung bzw. Teilentfernung der Brust für die Frau einen bedeutenden Eingriff in das eigene Körperbild darstellt und mit dem Gefühl des Verlustes der Weiblichkeit verbunden ist, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten die Brust zu rekonstruieren.

Epithesen

Diese bestehen meist aus Silikon und werden in den BH eingelegt oder mittels einer Klebefläche direkt am Körper befestigt (Haftprothese). Vorteil ist, dass dazu kein (weiterer) operativer Eingriff notwendig ist. Viele Frauen fürchten aber, dass die Epithese verrutschen könnte. Frauen, bei denen eine brusterhaltende Therapie durchgeführt wurde, benötigen unter Umständen Ausgleichsteile, um Unebenheiten oder Asymmetrien zu kaschieren. Als Erstversorgung unmittelbar nach der OP können einfache Prothesen aus Baumwolle oder Schaumstoff eingesetzt werden.

Implantierbare Prothesen

Implantierbare Prothesen können schon während der Erstoperation eingepflanzt werden. Vorzugsweise wird jedoch zunächst ein sogenannter Expander eingesetzt, der 1–2-mal pro Woche mit Kochsalz aufgefüllt wird und so die Haut dehnt. In einer zweiten OP wird dieser dann durch ein Implantat ersetzt. Die Mamille kann aus der Haut des Oberschenkels oder der Schamlippen rekonstruiert werden oder die andere Mamille wird geteilt. Eine Tätowierung ist ebenfalls möglich. Vorteile diese Technik sind, dass die Operation relativ einfach und risikoarm ist, auch bei älteren Patientinnen durchgeführt werden kann und keine weiteren Narben hinterlässt. Allerdings sind

zur Optimierung der Form oft 2–3 weitere Eingriffe notwendig. Viele Frauen haben zudem Angst vor einem „Auslaufen“ des Implantats. Dieses Risiko ist bei den heutzutage verwendeten Implantaten aber sehr gering. Jedoch besteht die Gefahr einer Kapselfibrose, wodurch das Implantat ausgetauscht werden muss. Da die Implantate nicht unbegrenzt haltbar sind, ist es bei jungen Frauen wahrscheinlich, dass im Laufe ihres Lebens ein Wechsel notwendig wird.

Autologe Rekonstruktion

Hierbei wird körpereigenes Material zum Wiederaufbau der Brust verwendet. Dazu kann ein Haut-Muskel-Lappen des M. rectus abdominis oder des M. latissimus dorsi verwendet werden. Da körpereigenes Gewebe verwendet wird, fühlt sich die rekonstruierte Brust natürlicher an und ist unbegrenzt „haltbar“. Zudem besteht nicht die Gefahr einer Kapselfibrose. Diese Operation ist jedoch technisch sehr anspruchsvoll, komplikationsreich und für die Patientin belastend. Außerdem kommt es zu weiterer Narbenbildung



LERNAUFGABE 12

Bei Frau Fischer wurden die axillaren Lymphknoten entfernt. Was muss sie künftig beachten, um ein Lymphödem zu verhindern?

Durch die Entfernung der Lymphknoten besteht die Gefahr, dass sich ein chronisches Lymphödem des Armes entwickelt, was mit großen Einschränkungen der Lebensqualität verbunden sein kann. Das Lymphödem zeigt sich durch das Anschwellen des Armes, der Finger und der Hand, gespannte und evtl. gerötete Haut, Sensibilitätsstörungen und Schmerzen. Die Gefahr für die Entstehung eines Erysipels (Synonym: Wundrose; bakterielle Infektion der Haut) ist hoch.

Maßnahmen, um die Entstehung eines Lymphödems zu verhindern sind:

- Beobachtung des betroffenen Arms (Flüssigkeitsansammlungen? Zunahme des Armumfangs? Missempfindungen? Spannungsgefühl?) und bei Auffälligkeiten sofortige Konsultation eines Arztes
- konsequente Hochlagerung
- Tragen eines Armkompressionsstrumpfes
- Lymphdrainage
- Bewegungstherapie unter physiotherapeutischer Anleitung
- ggf. Gewichtsreduktion
- Sorgfältige Hautpflege
- moderate Sportarten, bei denen die Arme nicht dauerhaft herunterhängen, z.B. Schwimmen, Gymnastik, Radfahren, Nordic Walking oder Wandern mit Stöcken

Vermieden werden sollten:

- Manipulationen am betroffenen Arm, z.B. Blutentnahmen, Injektionen, Blutdruckmessungen
- Einengende Kleidung, Uhren- oder Armbänder (der Ehering sollte auf der anderen Seite getragen werden)
- einseitige, monotone Belastung des Arms sowie schweres Heben und Tragen (vermeiden oder mit Pausen dazwischen durchführen; z.B. Wäsche aufhängen oder langes

Schreiben am Computer. Taschen und andere Lasten auf der gesunden Seite tragen)

- Wärmeeinwirkungen auf den Arm z.B. direkte Sonneneinstrahlung, Sauna oder Heizkissen
- Sportarten mit hoher Verletzungsgefahr oder Belastung für den Arm
- Reisen in Länder mit hoher Mückenbelastung
- (Mikro-) Verletzungen des Armes (bei der Gartenarbeit Handschuhe tragen, Achselhaare nicht rasieren sondern mit Enthaarungscreme entfernen, Vorsicht im Umgang mit Tieren wegen möglicher Kratz- oder Bissverletzungen)

Aufgabe der Pflegenden im Rahmen der Lymphödemprophylaxe ist die Beratung und Anleitung der Patientin.



LERNAUFGABE 13

Die Mammographie gehört zu einem nationalen Vorsorgeprogramm. Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr können alle 2 Jahre eine Mammographie zur Früherkennung durchführen lassen. Dies ist jedoch z. T. umstritten. Welche Vor- und Nachteile bietet die Mammographie im Rahmen der Früherkennung?

„Obwohl das Mammographie-Screening in den USA und den meisten europäischen Staaten bereits seit Jahren eingeführt ist, besteht in den deutschsprachigen Ländern Europas noch sehr viel Skepsis gegenüber dieser Methode“ (Glaus 2008). Hauptargument gegen ein flächendeckendes Mammographie-Screening ist das Risiko eines falsch negativen bzw. falsch positiven Befundes. Falsch negative Befunde führen dazu, dass vorhandene Mammakarzinome nicht als solche diagnostiziert werden, wodurch keine Behandlung erfolgt und sich die betroffenen Frauen in einer nicht vorhandenen Sicherheit glauben. Falsch positive Befunde hingegen führen bei den betroffenen Frauen zu tiefgreifenden Ängsten, die sich im Nachhinein als unbegründet herausstellen. Zudem ziehen sie weitere diagnostische

Maßnahmen nach sich (Ultraschall, Gewebeentnahme etc.), die eigentlich unnötig sind.

Außerdem werden im Rahmen der Mammographie auch Tumore entdeckt und dementsprechend behandelt, die nie symptomatisch geworden wären oder zu Beschwerden geführt hätten. Diese „Überdiagnostik“ betrifft jedoch nur einen geringen Prozentsatz und zumeist ältere Patientinnen. Viele Frauen fürchten sich außerdem vor der Strahlenbelastung während der Mammographie. Diese ist insbesondere bei modernen Geräten jedoch sehr gering, sodass Strahlenexperten den Nutzen des Screenings als mindestens 100 Mal höher einstufen als den möglichen Schaden durch Strahlenbelastung. Studien in Großbritannien, Schweden und den Niederlanden haben gezeigt, dass durch die bestehenden Screening-Programme Mammakarzinome früher diagnostiziert wurden und die betroffenen Frauen länger überleben. Zudem wirken sich Screening-Programme positiv auf die Lebensqualität von betroffenen Frauen aus, wenn durch eine frühere Diagnose schonendere Behandlungsmethoden eingesetzt werden können. Viele Fachgesellschaften sprechen sich daher für ein populationsbasiertes Mammographie-Screening aus, unter anderem die World Health Organisation (WHO) und die Union International Contre le Cancer (UICC). „Auch wenn die Mammographie keine perfekte Methode ist, ist sie dennoch die beste verfügbare Untersuchung für ein flächendeckendes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm“ (Glaus 2008). Wichtige Voraussetzung ist aber die Information und Aufklärung der Frauen über die jeweiligen Vor- und Nachteile, damit diese eine begründete und selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen die Mammographie treffen können. Die deutsche Krebshilfe (www.krebshilfe.de) stellt hierzu wichtige Informationen zur Verfügung.



LERNAUFGABE 14

Bei Frau Fischer ist eine Chemotherapie im Anschluss an die Operation notwendig. Mit welchen Beschwerden und Nebenwirkungen ist durch die Chemotherapie zu rechnen und welche entsprechenden pflegerischen Maßnahmen ergreifen Sie?

Maßnahmen bei Beschwerden durch Chemotherapie.

Beschwerden/ Nebenwirkungen	(pflegerische) Maßnahmen
Übelkeit und Erbrechen	<ul style="list-style-type: none"> • Antiemetika nach Arztanordnung, Beginn der Verabreichung vor erster Zytostatika-Gabe, Ende der Verabreichung einige Tage nach Zytostatikatherapie • wenn möglich Ernährungsfachkraft hinzuziehen • mehrmals täglich kleine Mengen essen, große Mengen meiden • kalte Speisen bevorzugen, wenn der Geruch von warmen Speisen Übelkeit auslöst • ggf. süße, fettige, stark gesalzene oder gebratene Speisen meiden • „trockene“ Speisen ohne Soßen wie Knäckebrötchen, Kartoffeln oder Toast werden häufig gut vertragen • saure Speisen und Ingwertee wirken appetitanregend • Ablenkung und Entspannung, z. B. durch progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training, Musiktherapie • Akupunktur und Akupressur

Fortsetzung.

Beschwerden/ Nebenwirkungen	(pflegerische) Maßnahmen
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue identifizieren: Fatigue schränkt die Lebensqualität der Betroffenen stark ein, wird aber häufig nicht erkannt. Viele Patienten sprechen nicht von sich aus über ihr Müdigkeitsempfinden, da sie es für irrelevant oder „normal“ bei einer Krebstherapie halten. Das Bedürfnis darüber zu reden ist aber meist vorhanden. Um die betroffenen Patienten zu identifizieren reicht oft schon die einfache Frage „Wie geht es Ihnen?“ in Kombination mit einer offenen, zugewandten Haltung, die den Patienten zum Reden ermutigt. Gezielte Fragen nach dem Müdigkeitsempfinden bringen konkrete Erkenntnisse. Zur systematischen Erfassung stehen verschiedene Screening-Instrumente zur Verfügung, z. B. eine Likert-Skala von 0 bis 10 („Ich fühle mich nicht außergewöhnlich müde“ bis „Ich fühle mich extrem erschöpft“) oder das Distress-Thermometer (Glaus 2018). • Patientin und ihre Angehörigen über das Vorkommen von Fatigue aufklären • Bewegung je nach körperlicher Kondition z. B. Spaziergänge an der frischen Luft, Ausdauertraining, angepasstes Krafttraining und Gymnastik ist die wichtigste und erwiesenermaßen wirksamste Maßnahme gegen Fatigue • Soziale Kontakte aufrecht erhalten, Unterstützung durch Freunde und Familie annehmen • Ruhepausen auf eine Stunde am Tag begrenzen, um den Tag-Nacht-Rhythmus nicht zu stören • Psychosoziale Interventionen • Ausschluss anderer Erkrankungen als Ursache für die Erschöpfung, z. B. Depression, Anämie • Linderung anderer mit der Behandlung einhergehender Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Diarrhoe • ausreichende Flüssigkeitsaufnahme
Haarverlust	<p>Beratung und Aufklärung der Patientin über</p> <ul style="list-style-type: none"> • möglichen Haarverlust und Ursachen dafür • die Reversibilität des Haarausfalls (2–4 Wochen nach Abschluss der Therapie beginnen die Haare wieder zu wachsen) • die Möglichkeit langes Haar schon vor Beginn der Therapie stufenweise zu kürzen (dadurch wirken die ausfallenden „Haarbüschel“ weniger bedrohlich) • den Haarersatz (wenn möglich sollte die Patientin schon vor Beginn der Therapie und vor Ausfallen der eigenen Haare einen Perückenmacher aufsuchen; sollte dies nicht möglich sein, kann die Patientin eine Strähne des eigenen Haares aufbewahren oder ein Foto mitnehmen, damit der Perückenmacher sich daran orientieren kann) • Kosmetik (es gibt spezielle Kosmetik-Seminare für Krebspatientinnen, in denen z. B. das Anzeichnen der Augenbrauen erlernt wird) • Kopfhautpflege und -schutz (die Kopfhaut darf nie direkter Sonneneinstrahlung ausgesetzt sein und sollte mit Salben oder Lotionen gepflegt werden) • Kopfbedeckungen (neben der Perücke können auch Tücher, Mützen oder Hüte getragen werden)
Stomatitis/orale Mukositis	<p>Prophylaxe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahnarztbesuch und Behandlung bestehender Erkrankungen im Mundraum vor Beginn der Therapie, z. B. Behandlung kariöser Zähne • Assessment und Inspektion der Mundhöhle, um Veränderungen frühzeitig zu erkennen • Patientin über das Stomatitis-Risiko aufklären und zur Selbstinspektion der Mundhöhle anleiten <ul style="list-style-type: none"> – Sorgfältige Zahn-, Mund- und Lippenpflege – Zahnpflege wie üblich, evtl. mit einer weicheren Zahnbürste – regelmäßige Mundspülungen, um die Mundschleimhaut feucht zu halten, z. B. mit Wasser, Tee oder speziellen Mundspüllösungen • Lippen regelmäßig mit entsprechenden Fettstiften oder Cremes eincremen • zuckerfreie, xylit-haltige Kaugummis kauen • zur Anregung der Speichelsekretion die Ohrspeicheldrüse massieren • Eiswürfel lutschen <p>Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente nach Arztanordnung • lokal oder systemisch wirksame Schmerzmittel nach Arztanordnung • saure, scharfe, stark gesalzene sowie heiße Speisen und Getränke meiden • Mundhygiene (zusätzlich häufige Mundspülungen mit NaCl 0,9%)
Diarrhoe	<ul style="list-style-type: none"> • Patientin über Ursachen aufklären • wenn möglich Ernährungsfachkraft hinzuziehen • leicht verdauliche Kost wie Suppen, Tees, Zwieback, Reis • auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten, Patientin zum Trinken anhalten, ggf. Infusionstherapie • ggf. auf Milchprodukte verzichten • Analhygiene • Medikamente zur Reduzierung der Darmperistaltik nach Arztanordnung • Wiederherstellung der Darmflora durch probiotische Joghurts oder Bakterienkulturen

QUELLEN

Lernaufgabe 1

- Goerke K, Junginger C, Hrsg. Pflege konkret. Gynäkologie. Geburtshilfe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2014 (S. 66–67)
- Skibbe X, Löseke A. Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2013 (S. 143–45)
- Lasch L, Fillenberg S. Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin: Springer; 2017 (S. 40)

Lernaufgabe 2

- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease (2002). Im Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12133652>; Stand: 31.03.2020
- Eichner M, Marquard S, Hrsg. Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber; 2008 (S. 86–93)
- Goerke K, Junginger C, Hrsg. Pflege konkret. Gynäkologie. Geburtshilfe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2014 (S. 66)
- Lasch L, Fillenberg S. Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin: Springer; 2017 (S. 39)
- Russo J, Santucci-Pereira J, Russo IH. The Genomic Signature of Breast Cancer Prevention. Genes 2014; 5: 65–88
- Schulte D. Breast Care Nurses im Einsatz. Die Schwester Der Pfleger 2019; 58: 18
- Skibbe X, Löseke A. Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2013 (S. 141)
- Peto J. Cancer epidemiology in the last century and the next decade. Nature 2001; 411: 393–394
- Mørch LS, Johansen D, Thygesen LC et al. Alcohol drinking, consumption patterns and breast cancer among Danish nurses: a cohort study. Eur J Public Health 2007; 17: 624–629

Lernaufgabe 3

- Eichner M, Marquard S, Hrsg. Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber; 2008 (S. 82–84, 144–146, 222)
- Goerke K, Junginger C, Hrsg. Pflege konkret. Gynäkologie. Geburtshilfe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2014 (S. 67–69)
- Lasch L, Fillenberg S. Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin: Springer; 2017 (S. 40–42)

Lernaufgabe 4

- Goerke K, Junginger C, Hrsg. Pflege konkret. Gynäkologie. Geburtshilfe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2014 (S. 74)
- Schön J. Musterpflegeplanung 3: Benjamin Walter (2017). Im Internet: https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pfleger/Musterpflegeplanung_3.pdf; Stand: 31.03.2020

Lernaufgabe 5

- Schulz von Thun F, Hrsg. Miteinander reden: Kommunikationspsychologie für Führungskräfte. 5. Aufl. Hamburg: Rowohlt; 2006 (S. 33)

Lernaufgabe 6

- Marquard S. Körperbild und verändertes Körperbild. In: Eichner M, Marquard S, Hrsg. Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber; 2008a (S. 308–309)
- Wiedemann R. „Ich bin einfach nicht ganz“. Die Schwester Der Pfleger 2019; 58: 12

Lernaufgabe 7

- Marquard S. Betrachtungsweisen der weiblichen Brust. In: Eichner M, Marquard S, Hrsg. Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber; 2008b (S. 31 ff.)
- Wiedemann R. „Ich bin einfach nicht ganz“. Die Schwester Der Pfleger 2019; 58: 12–14
- Marquard S. Körperbild und verändertes Körperbild. In: Eichner M, Marquard S, Hrsg. Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber; 2008a (S. 302–304)
- Skibbe X, Löseke A. Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2013 (S. 151)
- Eichner M, Marquard S, Hrsg. Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber; 2008 (S. 42–45)

Lernaufgabe 8

- Glaus A. Sekundärprävention und Früherfassung von Brustkrebs. In: Eichner M, Marquard S, Hrsg. Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber; 2008 (S. 106, 108)
- Skibbe X, Löseke A. Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2013 (S. 144)
- Mamma Care®. Die Methode zur Brustselbstuntersuchung (12.03.2019). Im Internet: https://mammacare.de/wp-content/uploads/2019/04/rz_flyer_mamacare_190312-web.pdf; Stand: 30.03.2020

Lernaufgabe 9

- Goerke K, Junginger C, Hrsg. Pflege konkret. Gynäkologie. Geburtshilfe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2014 (S. 35–37)
- Skibbe X, Löseke A. Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2013 (S. 151)
- Robert-Koch Institut. Prävention postoperativer Wundinfektionen (2018). Im Internet: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Empfehlung_Wundinfektionen_2018-04.pdf?__blob=publicationFile; Stand: 30.03.2020 (S. 452)

Lernaufgabe 10

- Eichner M, Marquard S, Hrsg. Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber; 2008 (S. 82–83)

Lernaufgabe 11

- Goerke K, Junginger C, Hrsg. Pflege konkret. Gynäkologie. Geburtshilfe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2014 (S. 69–70)
- Skibbe X, Löseke A. Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2013 (S. 147–149)

Lernaufgabe 12

- Goerke K, Junginger C, Hrsg. Pflege konkret. Gynäkologie. Geburtshilfe. 5. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2014 (S. 74–75)

Lernaufgabe 13

- Glaus A. Sekundärprävention und Früherfassung von Brustkrebs. In: Eichner M, Marquard S, Hrsg. Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Hans Huber; 2008 (S. 110–114, 11 ff.)

Lernaufgabe 14

- Pleyer C, Hrsg. Onkologie. Verstehen. Wissen. Pflegen. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 2012 (S. 123–126, 134–140, 146–148)
- Gottschalck T. Mundhygiene und spezielle Mundpflege. Bern: Hans Huber; 2007 (S. 117–120)
- Glaus A. Fatigue – krebsbedingte Müdigkeit. In: Senn B, Mayer H, Hrsg. Gynäkologisch-onkologische Pflege. Bedürfnisse der Patientinnen und interprofessionelle Praxis. Bern: Hogrefe; 2018 (S. 193–204)