



PiD

Psychotherapie im Dialog

Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Nr. 2 | Juni 2018 | 11. Jahrgang

Psychoonkologie

Herausgegeben von
Marta Burgin
Michael Erlich
Volker Kötter
Norbert Schaub
Jochen Schwaninger
Wolfgang Sief
Barbara Tögel
Sandra Tötter



Thieme

Psychoonkologie

Herausgegeben von Barbara Stein und Volker Köllner

Juni 2010 · 11. Jahrgang · Seite 105–200

2 · 2010



Barbara Stein



Volker Köllner

Editorial

105 „Und plötzlich streicht der Tod ums Haus“

Barbara Stein · Volker Köllner

Standpunkte

107 Strukturen psychoonkologischer Versorgung

Andrea Schumacher

113 Aktueller Entwicklungsstand der Psychoonkologie im Spannungsfeld zwischen Psychotherapie, Beratung und Sterbebegleitung

Joachim Weis

117 Psychoonkologie als Psychotherapie körperlich Kranker

Manfred E. Beutel

Aus der Praxis

Richtungen und Verfahren

120 Was kann Psychotherapie bei Krebspatienten bewirken?

Kurt Fritzsche · Tanja Gölz

125 Supportiv-expressive Gruppentherapie – Chancen und Grenzen des prozessorientierten Arbeitens in der Psychoonkologie

Katrin Reuter

130 Psychoedukative Ansätze in der Psychoonkologie

Ulrike Heckl · Susanne Seuthe-Witz · Joachim Weis

134 Niemand ist alleine krank – Perspektiven der Systemischen Familienmedizin

Askan Hendrichke

140 Entspannung und Imagination (Selbsthypnose) – Individuelle Ressourcen für Patienten mit einer Krebserkrankung

Hansjörg Ebell · Winfried Häuser

Anwendungen, Schritte zur Integration, spezielle Settings

145 Psyche und Krebs – Können psychosoziale Faktoren Krebs verursachen oder den Verlauf von Krebserkrankungen beeinflussen?

Wolfgang Söllner

151 Erbliche Tumorerkrankungen – psychosoziale und familiäre Aspekte

Monika Keller

Psychotherapieintegration in der Praxis

- 155 Was denken Krebspatienten über ihre Erkrankung? – Subjektive Krankheits-theorien und ihre Bedeutung für die Krankheitsverarbeitung**
Hermann Faller · Matthias Jelitte
- 159 Diagnostik in der Psychoonkologie**
Anja Mehnert
- 165 Richtlinienpsychotherapie bei Patienten mit onkologischer Erkrankung (aus verhaltenstherapeutischer Sicht)**
Joachim Sturm
- 167 Richtlinienpsychotherapie bei Patienten mit onkologischer Erkrankung (aus psychodynamischer Sicht)**
Ulrich Rieger

Forschung aus der Praxis / Forschung für die Praxis

- 169 Körperliche Aktivität und Fatigue – Ergebnisse eines Interventionsprogramms bei Brustkrebspatientinnen**
Gerhard Huber
- 175 Die Rolle der Partner bei der Bewältigung einer Tumorerkrankung**
Tabea Röder · Peter Joraschky · Volker Köllner
- 179 „Hat Papa einen schlimmen Krebs?“ – Psychosoziale Hilfen für Kinder krebskranker Eltern**
Miriam Komo-Lang · Katrin Willig · Monika Keller

Résumé

- 183 Sorge und Hoffnung**
Volker Köllner · Barbara Stein

DialogLinks

- 185 Krebserkrankungen und Internet – Informationen für unterschiedliche Zielgruppen und empirische Befunde zu psychosozialen Online-Hilfsangeboten**
Christiane Eichenberg · Demetris Malberg

DialogBooks

- 190 Buchempfehlungen**
Frank Deschner

Im Dialog

- 196 Wir empfehlen...**
Christina Krause

- 198 Herausgeberteam**
199 Impressum
200 Vorschau

www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet! Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich. Außerdem bieten wir Ihnen dort eine Kommunikationsplattform, auf der sich unsere Leser untereinander sowie mit Herausgebern, Autoren und Verlag rasch und formlos austauschen können.

Indiziert in PSYINDEX

„Und plötzlich streicht der Tod ums Haus“



Barbara Stein · Volker Köllner

Alle 80 Sekunden wird eine Krebserkrankung erstmalig diagnostiziert. Jährlich erkranken ca. 450 000 Menschen in Deutschland an Krebs – Tendenz steigend, da das Risiko, an Krebs zu erkranken, mit steigendem Alter zunimmt und die deutsche Bevölkerung immer älter wird. Das Robert Koch-Institut in Berlin verzeichnet 1,4 Millionen Krebskranke, deren Diagnosestellung nicht länger als fünf Jahre zurückliegt. Jeder dritte Deutsche erkrankt im Laufe seines Lebens an Krebs, es gibt zurzeit weit mehr als fünf Millionen Deutsche, die im Lauf ihres Lebens mit einer Krebsdiagnose konfrontiert wurden.

Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Krebs zwar die zweithäufigste Todesursache, dennoch ist nicht jede Krebserkrankung tödlich. Die derzeitige Heilungsrate über alle Krebsarten gerechnet beträgt durchschnittlich 30–40%, abhängig von der Art der Krebserkrankung – auch hier Tendenz steigend. Das heißt, jeder zweite Krebserkrankte wird an dieser Erkrankung sterben. Das heißt aber auch, dass in Deutschland zunehmend mehr Menschen eine Krebserkrankung überlebt haben: Menschen, die sich mit der existenziellen Erschütterung durch die Krebserkrankung, mit der Behandlung und ihren Folgen, mit der ständigen Bedrohung durch ein potenzielles Rezidiv auseinandersetzen müssen; die ihre Krankheitserfahrung in ihr Leben integrieren müssen; und die psychotherapeutische, psychoonkologische Unterstützung suchen.

Die statistischen Zahlen sagen natürlich nichts über das Erleben und Bewältigen einer Krebserkrankung aus. Was bewegt diese Menschen? Welche seelischen Folgen haben eine Krebserkrankung und ihre Behandlung? Die Diagnose einer Krebserkrankung löst Schock, Angst, Ungläubigkeit und Entsetzen bei vielen Betroffenen und ihren Angehörigen aus.

Krebskrank zu sein wird immer noch meist verbunden mit Bildern wie Leid, Siechtum, Schmerzen, Haarlosigkeit, Verstümmelung und Sterben. Nichts ist mehr so, wie es früher war. Das Vertrauen in die Zuverlässigkeit des eigenen Körpers und in die eigene Zukunft ist zumindest erstmal zerstört. „Diese unbedarfte, unbeschwertere Freude, die man früher hatte, die ist natürlich weg. Die kommt wahrscheinlich auch nicht wieder und trotzdem gibt es Momente, in denen man sich freut.“ So Christoph Schlingensiefel in seinem Tagebuch über seine Krebserkrankung (2009, S. 59).

Es gibt eine Vielzahl von berührenden Publikationen in unterschiedlichen Medienformen, in denen Krebsbetroffene dem Interessierten einen Einblick in das Leben und Leiden mit Krebs erlauben. Eines der ersten und wohl mit am bekanntesten ist das Buch von Fritz Zorn „Mars“, 1977 erschienen. Hinter dem Pseudonym verbirgt sich ein 30-jähriger Mann, der an seiner Krebserkrankung verstirbt. Furore machte dieses Werk, da der Autor seine Krebserkrankung als eine logische Folge seiner neurotischen Strukturen sah, somit ein psychogenetisches Konzept seiner Erkrankung vorstellt. Viele Patienten berichten, dass sie chronische Überforderungssituationen, verdrängten Ärger oder schmerzliche Trennungserfahrungen als Ursache der Krebsentstehung ansehen. „Warum gerade ich?“ – diese Frage stellt jede/jeder Betroffene/r sich und auch dem Behandler. Damit schwingt auch die Frage nach einer möglichen Schuld mit: eigene Schuld und damit assoziiert auch Scham (z.B. über eigenes potenziell tumorförderndes Verhalten) oder die Zuweisung der Schuld zu einem anderen, z.B. dem ablehnenden Partner oder auch dem Arzt, der die Erkrankung nicht frühzeitig erkannte. In dem Zusammenhang

stand auch das Konzept der sog. „Krebspersönlichkeit“, das erfreulicherweise zunehmend in den Hintergrund gerät.

Obwohl monokausale psychogenetische Konzepte wissenschaftlich nicht haltbar sind, sind die damit verknüpften Erklärungsmodelle für die Patienten von großer Bedeutung. Subjektive Krankheitstheorien sind auf individueller Ebene sinnstiftend und haltgebend, da sie eine Erklärung für das Unerklärliche bieten und somit auch Kontrolle und Distanzierung von dem destruktiven Prozess ermöglichen. Es ist für den begleitenden Psychoonkologen und auch für den Onkologen wichtig, das subjektive Erklärungs-konzept ihres Patienten zu kennen, da es sich auf den Behandlungsverlauf, das psychische Befinden, die Compliance usw. auswirkt.

Wie unterschiedlich diese Konzepte und dementsprechend auch die Anpassungsprozesse sein können, zeigt das 2009 erschienene Buch „Heute bin ich blond“ der Niederländerin Sophie van der Stap, das als Gegenstück zu „Mars“ gelten kann. Sie nutzt ihre chemobedingte Kahlköpfigkeit, um mit neun verschiedenen Perücken unterschiedliche Facetten ihrer Persönlichkeit auszuprobieren. Anfänglich dienen die Perücken zum Versteck ihrer stigmatisierenden Glatze, aber auch zum teilweise lustvollen Versteckspiel. Sie selbst hinter den Perücken wiederzufinden – und damit in ein Leben nach Krebs zu finden – beschreibt sie als schmerzhaften Ablöseprozess, der ihr jedoch ihr schriftstellerisches Talent offenbart: „Heute fühle ich mich mit der jungen Frau von damals am meisten verbunden durch das, was meine Krankheit mir geschenkt hat: die Schriftstellerei“ (S. 253).

Alle psychosozialen Faktoren im Umfeld einer Krebserkrankung umfasst die Psychoonkologie, die sich als eigenständiges

Praxis- und Forschungsfeld erst vor weniger als 30 Jahren etabliert hat. Die Psychoonkologie ist ein weites Feld. Während anfänglich eher psychogenetische Überlegungen im Mittelpunkt standen, hat sich nun der Fokus auf psychosoziale Prozesse und die Entwicklung von Versorgungsansätzen verschoben. Nicht nur der Patient, sondern auch seine Angehörigen und die behandelnden Ärzte und Pflegepersonen stehen im Fokus. Unterdessen ist allgemein akzeptiert, dass Krebspatienten eine psychoonkologische Unterstützung zumindest angeboten werden soll. Zunehmend wird sie von Patienten auch eingefordert. Dies wirkt sich auf die Versorgungsstrukturen aus: So muss psychoonkologische Kompetenz bei der Zertifizierung von Tumorzentren nachgewiesen werden, eine onkologische Rehabilitationsklinik ohne psychoonkologisches Angebot wäre undenkbar, im ambulanten Bereich wurden Krebsberatungsstellen eingerichtet. Das Netz der Selbsthilfegruppen ist im Bereich der Onkologie im Vergleich zu anderen Erkrankungen enger geknüpft.

Trotz der Implementierung psychoonkologischer Versorgungsstrukturen klagen viele Patienten, dass sie mit der Diagnose Krebs alleingelassen wurden und dass sie keine Unterstützung in den notwendigen Anpassungsprozessen gefunden hätten. Schlingensiefel beschreibt dies so (S. 87): „Und man merkt, was für eine Hilflosigkeit in diesem Gesundheitssystem steckt. Weil die Menschen nicht nur alleingelassen werden mit ihren Ängsten, sondern auch statisch gemacht werden in ihrer Verzweigung. Sie bekommen mitgeteilt, dass sie krank sind und geraten dann in einen Prozess, der sie völlig entmündigt. Nicht die Krankheit ist das Leiden, sondern der Kranke leidet, weil er nicht fähig ist zu reagieren, weil er nicht die Möglichkeit hat, mitzumachen. Er ist dem System ausgeliefert, weil niemand in diesem System bereit ist, ernsthaft mit ihm zu sprechen. Klar: Diagnose, Prognose, Therapie, es wird beinhaltet aufgeklärt, aber wirklich miteinander gesprochen wird nicht. Dabei könnte man allein dadurch helfen, dass man mit den Menschen spricht, zu Gedanken animiert oder nach Ängsten und Wünschen fragt.“

Mag noch in größeren Zentren der Akutversorgung ein psychologischer Dienst vorhanden sein, der auf die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte hinweisen kann, so ist dies in kleineren Krankenhäusern nicht gewährleistet. Noch schwieriger wird es, wenn die Primärbehandlung

abgeschlossen ist und der Patient, u. a. angeregt durch eine als befriedigend erlebte psychoonkologische Unterstützung in der Reha-Klinik, eine ambulante psychoonkologische Weiterbehandlung sucht. Patienten berichten, dass sie große Schwierigkeiten hätten, einen ambulanten Psychotherapieplatz zu finden, und das nicht nur, aber dann verstärkt, während der onkologischen Akutphase. Niedergelassene Psychotherapeuten scheuen häufig vor der psychotherapeutischen Begleitung von Krebserkrankten zurück oder limitieren die Anzahl der Behandlungsplätze für Onkologiepatienten in ihrer Praxis. Einige Gründe mögen gegen die Psychotherapie mit einem Krebspatienten sprechen. Die erforderliche Flexibilität durch die Behandlungen im Akutkrankenhaus oder durch unerwartete Komplikationen ist nicht so einfach mit der Organisationsstruktur einer niedergelassenen Praxis zu vereinbaren.

Für viele Patienten ist die Zeit nach abgeschlossener Behandlung der Zeitpunkt, wo sie zum ersten Mal wieder inneren Freiraum haben, sich um die seelische Verarbeitung der Krankheit und ihrer Folgen zu kümmern. Vorher erforderte die Behandlung selbst alle Ressourcen, der gedankliche und emotionale Fokus zielte auf die Beendigung der Behandlung, weniger auf das Leben nach der Behandlung. Die spezifischen psychoonkologischen Problemstellungen sind häufig eine Herausforderung für den Psychotherapeuten, der innerhalb des Richtlinienverfahrens arbeitet, da dafür eine psychische Störung diagnostiziert werden und ein dementsprechender Behandlungsplan entwickelt werden muss. Hier streiten sich auch die Vertreter der Psychoonkologie: Sind Krebspatienten Psychotherapiepatienten, wenn sie psychoonkologische Unterstützung erfahren? Oder sollte sich die Psychoonkologie nicht als eigenständige Disziplin begreifen, die u. a. auf psychotherapeutische Elemente zurückgreift, aber eben auch Beratungselemente, pädagogische Aspekte etc. beinhaltet – und in dem Unterstützung nachsuchenden Onkologiepatienten eher einen Klienten sieht und damit eine Psychopathologisierung des Life-Events Krebs vermeidet?

Als der Vater einer Mitschülerin an Krebs erkrankte, fragte die 9-jährige Tochter der Herausgeberin (B.S.), ob Krebs ansteckend sei. Wiewohl diese Frage natürlich verneint werden muss, so scheint doch die Angst, die in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung auftritt, ansteckend zu sein. Dies könnte auch eine Er-

klärung sein, warum es für Krebspatienten manchmal schwierig ist, ein offenes Ohr und eine haltgebende Begleitung durch den Dschungel der Ängste, Todesängste zu finden. Die Begleitung eines Krebspatienten berührt uns in unseren eigenen existenziellen Fragen nach dem Tod, nach dem Sterben und natürlich auch nach dem Leben, nach den Wünschen an unser Leben. Daher erfordert die psychotherapeutische Begleitung einen ständigen Distanzierungsprozess, eine hohe Anforderung an das Aushalten sowohl der Ängste und Sorgen der Patienten als auch das Aushalten unserer Angst vor einer eigenen Erkrankung und unserer Angst vor unserem eigenen Sterbensprozess.

Dass Patienten von einer gezielten psychoonkologischen Unterstützung in dieser schwierigen Lebensphase profitieren können, ist gesichert. Nichtsdestotrotz gibt es im Hinblick auf die psychoonkologische Versorgung eine Reihe von Fragen: Welcher Patient braucht welche psychoonkologische Unterstützung? Welche psychoonkologischen Therapieangebote haben sich bewährt und sind effektiv? Was erwarten und erhoffen sich Krebspatienten von einer psychoonkologischen Begleitung? Ist es nicht nur ein Wunsdenken des Patienten (und evtl. auch des Psychotherapeuten), dass Psychotherapie die Lebenszeit verlängert? In welcher Phase braucht ein Patient psychoonkologische Unterstützung? Wie können die Partner, Kinder oder Eltern von Krebspatienten in dieser Lebenssituation unterstützt werden?

Liebe LeserInnen, Sie sehen also, es ist höchste Zeit, diesem interessanten und vielschichtigen Thema Psychoonkologie ein eigenes Schwerpunktheft der PiD zu widmen. Wir haben versucht, Antworten für die oben aufgerissenen Fragen zu finden, dabei jedoch feststellen müssen, dass in der Diskussion um dieses Heft neue Fragen aufgetaucht sind und wir uns auch aus Platzgründen bescheiden mussten. Wir möchten mit diesem Heft einen tieferen Einblick in einige Bereiche der Psychoonkologie vermitteln und Mut machen für die Begleitung von Patienten, die an Krebs erkrankt sind oder waren.

Literatur

- Schlingensiefel C. So schön wie hier kann's im Himmel gar nicht sein! Köln: Kiepenheuer & Witsch, 2009
 Van der Stap S. Heute bin ich blond. München: Knauer Taschenbuch Verlag, 2009
 Zorn F. Mars. Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 1977

Strukturen psychoonkologischer Versorgung

Andrea Schumacher

Zusammenfassung Aufgrund zunehmender Fortschritte in den onkologischen Behandlungsmöglichkeiten gewinnt auch die Frage der psychoonkologischen Versorgung an Bedeutung. Dem relativ jungen Entwicklungsstand dieses Fachs entsprechend existieren allerdings noch keine allgemein anerkannten und verbindlichen Standards für die psychologische / psychotherapeutische Behandlung onkologischer Patienten. Leitlinien für spezifische Indikationen und / oder spezielle Settings werden erst nach und nach entwickelt. In den Bereichen der onkologischen Akutmedizin sowie der Nachbehandlung / Rehabilitation ist die psychoonkologische Betreuung mittlerweile gut etabliert und häufig in die jeweiligen medizinischen Behandlungskonzepte eingebunden. Es fehlt jedoch eine Vernetzung der psychoonkologischen Versorgungsangebote. Angesichts der neuen Rahmenbedingungen im Gesundheitsbereich muss die Psychoonkologie weitergehende Konzepte einer integrierten Versorgung erarbeiten. Im Interesse der Patienten darf eine solche Konzeptentwicklung jedoch nicht nur unter ökonomischen Aspekten vorangetrieben werden.

Schlüsselwörter

- psychoonkologische Versorgung
- psychoonkologische Betreuung
- Qualitätssicherung
- onkologische Behandlungskonzepte
- sektorenübergreifende Vernetzung
- psychoonkologische Fortbildung
- Organisation psychoonkologischer Versorgung

Korrespondenzadresse

- PD Dr. phil. Andrea Schumacher
Medizinische Klinik und Poliklinik A
Universitätsklinikum Münster
A.-Schweitzer-Straße 33
48149 Münster
Andrea.Schumacher@ukmuenster.
de

Zunehmende Relevanz psychoonkologischer Versorgung

In den letzten Jahren sind in der onkologischen Medizin erhebliche Fortschritte der therapeutischen Möglichkeiten erzielt worden. Die Heilungsraten für viele Krankheitsbilder konnten gesteigert, die Überlebenszeiten deutlich verlängert werden. Dementsprechend gibt es immer mehr Patienten mit längerer Überlebenszeit im Anschluss an die Primärbehandlung. Dies bedeutet aber auch, dass die Zahl der Patienten steigt, die mit belastenden körperlichen und psychosozialen Folgen einer Tumorerkrankung und deren Therapie leben müssen. Die gesellschaftspolitische und auch volkswirtschaftliche Bedeutung dessen wird schnell klar, wenn man sich vor Augen führt, dass in Deutschland bei einer Jahresinzidenz von ca. 400 malignen Erkrankungen auf je 100 000 Einwohner jeder dritte Bürger damit rechnen muss, im Laufe seines Lebens an Krebs zu erkranken. Die relative 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit liegt dabei – für Frauen und Männer gemittelt – bei knapp über 55% (GEKID 2008).

Die Notwendigkeit einer psychischen Betreuung onkologisch erkrankter Patienten ist heute unstrittig (Herschbach 2006). Emotionales Erleben und Verhaltensweisen dieser Patienten sind in der Regel nicht als Ausdruck pathologischer Störungen zu verstehen, sondern weitgehend als nachvollziehbare Reaktionen auf Tumorerkrankung und -behandlung. Dabei verlangen nicht nur krisenhafte Phasen der Erkrankung, wie Tumorprogress oder Rezidiv, ein hohes Maß an Bewältigung von den Patienten, sondern auch das Aushalten der modernen hochtechnischen Behandlungsmethoden. Ein Teil dieser Patienten kann entweder im medizinischen System von psychoonkologisch geschulten Behandlern aufgefangen werden oder findet Unterstützung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung von niedergelassenen Fach- und Hausärzten, ein weiterer Teil benötigt aber spezifische Hilfe durch Fachpsychotherapeuten (Schumacher 2004). Wünschenswert ist eine naht- und reibungslose Betreuung der Patienten in allen Abschnitten von Krankheit und/oder Behandlung. Fachkundige psychosoziale Betreuung sollte in jedem Bereich der Versorgungskette der Onkologie den Patienten zugänglich sein, also in der Diagnostik, während der stationären bzw. ambulanten Behandlung, in Nachsorge und Rehabilitation, als Begleitung bei chronischen Langzeitverläufen, ggf. in der Phase der palliativen Behandlung und als Begleitung im terminalen Lebensabschnitt (Weis et al. 2007). Dieser Beitrag soll – exemplifiziert an einer Fallgeschichte – einen Überblick geben über die derzeitige Situation der psychoonkologischen Versorgung in den einzelnen Sektoren. Dabei sollen Hindernisse auf dem Weg zur Vernetzung der Angebote benannt werden sowie auch Herausforderungen, denen die Psychoonkologie

sich aufgrund der gesundheitspolitischen Entwicklungen gegenüber sieht.

Tumorerkrankung im Erleben der Patienten

» Herr X, ein Familienvater, 56 Jahre alt, ging wegen leichter Beschwerden zum Hausarzt. Seit einigen Wochen hatte er sich nicht ganz wohlgefühlt, hatte einige geschwollene Lymphknoten in der Halsgegend entdeckt. Er selbst vermutete eine verschleppte Grippe, die er aufgrund der bevorstehenden Hochzeit seiner ältesten Tochter sowie wegen Stress an seinem Arbeitsplatz nicht wirklich hatte auskurieren können. Herr X arbeitete als Industriekaufmann. Aufgrund von Umstrukturierungsmaßnahmen in seiner Firma fürchtete er um seine Stelle und wollte lieber nicht längere Zeit wegen Krankheit fehlen. Nach Abschluss der gründlichen Untersuchungen teilte ihm der Arzt mit, es läge bei ihm der Verdacht eines Lymphoms nahe. Er müsse sich baldmöglichst ins nächste große Krankenhaus begeben, dort würden sicher weitere Untersuchungen und wahrscheinlich eine Chemotherapie und womöglich Bestrahlung auf ihn warten.

Herr X wurde innerhalb von Sekunden mit existenziellen Fragen konfrontiert. Ob er werde sterben müssen, schoss ihm als erster Gedanke durch den Kopf. Weiter fragte er sich, wie sehr er unter der Behandlung werde leiden müssen. Wie sein Arbeitgeber auf eine lange Krankschreibung reagieren werde, überlegte er sorgenvoll und sah sich schon in den Rentenstatus gedrängt. Und schließlich konnte er sich noch gar nicht vorstellen, wie er mit seiner Familie und seinen Freunden über die Erkrankung sprechen könnte... «

Ein onkologischer Patient wird bei Diagnosestellung plötzlich und direkt mit seiner Krankheit konfrontiert. Im individuellen Fall ist die Entstehung der Krebserkrankung oft medizinisch nicht eindeutig geklärt, die Heilungschancen sind schwer bestimmbar. Für die meisten Patienten sind zum Zeitpunkt der Diagnosestellung die somatischen, sozialen und auch seelischen Folgen der Erkrankung und der Therapie nicht in der ganzen Tragweite überschaubar und entziehen sich weitgehend ihrem Einfluss. In einer solchen Situation sind viele Patienten sehr verunsichert und reagieren häufig mit Ängsten und/oder depressiven Symptomen. Eine Tumorerkrankung stellt für die betroffenen Patienten häufig genug eine ein-

schneidende Lebenskrise dar. Zusätzliche krankheitsunabhängige Belastungen und persönliche Probleme können darüber hinaus die Verarbeitung der Erkrankung erschweren.

» Herr X wurde in der hämatologischen Abteilung einer Universitätsklinik aufgenommen, die Diagnose eines hochmalignen Non-Hodgkin-Lymphoms wurde bestätigt. Die Behandlung sollte im Rahmen einer Therapiestudie erfolgen, mit mehreren Zyklen aplasiogener Chemotherapie und anschließender Bestrahlung. Nach Aufklärung über Therapie und Prognose (5-Jahres-Überleben für Patienten in seinem Stadium bei ca. 30%) bedurfte Herr X einer Krisenintervention und begleitend zur Therapie weiterer stützender Gespräche. Herr X zeigte depressive Symptome und Ängste, seine Gefühle schwankten im Verlauf von Krankheit und Behandlung. Am Anfang stand bei ihm der Schock, das Gefühl „als würde einem der Boden weggezogen“. Es dauerte eine ganze Zeit, bis der Patient die Krankheit als Teil der eigenen Realität begreifen konnte. Während der Therapie litt Herr X wie viele Patienten unter den Nebenwirkungen der Behandlung, aber auch unter den nicht immer so einfachen, oftmals unangenehmen diagnostischen Maßnahmen. Auch dies musste seelisch verarbeitet und aufgefangen werden. Viele Patienten kommen im Lauf der Therapie an einen Punkt, an dem sie meinen, einfach nicht mehr weiter zu können, sei es, dass die Übelkeit durch die Chemotherapie nicht weggeht, Schmerzen nicht besser zu werden scheinen oder auch das immer wiederkehrende Blutabnehmen auf einmal nicht mehr aushaltbar erscheint. Dazu stellen sich die drängenden Fragen, ob sich all diese Maßnahmen auch lohnen, eine Garantie auf Heilung kann Patienten in der Medizin nicht gegeben werden. Auf der anderen Seite hatte Herr X aber in dieser Zeit mit Recht das beruhigende Gefühl: „Es wird aktiv etwas gegen die Krankheit getan, die Tumorzellen werden bekämpft.“ «

Psychoonkologische Versorgung: Bedarf, Ziele, Formen

Bedarf an psychoonkologischer Versorgung

Die Belastungssymptome onkologischer Patienten können vielfach als Folge einer Diskrepanz zwischen realen Belastungssituationen durch Krankheit und Behandlung und den jeweils zur Verfügung ste-

henden Bewältigungsressourcen gesehen werden. Vorbestehende psychische Erkrankungen und problematische soziale Konstellationen sind als Risikofaktoren immer zu beachten. Zahlreiche Studien zur Häufigkeit und Art der psychischen Begleiterkrankungen bei Tumorpatienten liefern eine Annäherung an den quantitativen und auch inhaltlichen Versorgungsbedarf. Prävalenzdaten zufolge zeigen im onkologischen Akutbereich ca. 30–35% der Patienten behandlungsbedürftige psychische Beeinträchtigungen (Weis et al. 2007). Depressive Episoden (F32), Angststörungen (F40, F41) und Anpassungsstörungen (F43) zählen dabei zu den häufigsten Diagnosen. Diese vorliegenden Zahlen sollten allerdings im Kontext einer integralen Diagnostik und Falldefinition gesehen werden, mit Berücksichtigung der spezifischen Situation des Patienten in seinem Umfeld und seines aktuellen und vergangenen seelischen Befindens. Wie in einer Erhebung des konkreten Bedürfnisses der Patienten nach Unterstützung sich abzeichnet, unterschätzt eine – aus pragmatischen Gründen oft sinnvoll erscheinende – Falldefinition auf ICD-Basis eher den tatsächlichen Versorgungsbedarf (Singer et al. 2007).

Ziele psychoonkologischer Versorgung

Die Psychoonkologie sieht ihre Aufgabe vor allem im supportiven Bereich. Zielsetzungen sind die Prävention bzw. frühzeitige Behandlung reaktiver psychischer Störungen. Im Vordergrund der Versorgung stehen vor allem die Stabilisierung der Patienten, insbesondere die Reduktion von Ängsten und Depressivität, die Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität, die gezielte Behandlung von Symptomen oder Nebenwirkungen der Behandlung. Die Einbeziehung des sozialen Umfelds, die Entlastung und Unterstützung der Angehörigen ist selbstverständlicher Bestandteil psychoonkologischer Arbeit (Mehnert et al. 2003). Eine frühzeitig einsetzende Betreuung kann vor einer Chronifizierung der Beschwerden schützen und somit Spätfolgen und Folgekosten vermeiden helfen (Weis et al. 2007). Dies bedeutet, dass letztlich allen Patienten eine psychoonkologische Betreuung aktiv angeboten werden und dieses Angebot zumindest über den Behandlungszeitraum aufrechterhalten werden muss.

Formen psychoonkologischer Unterstützung

Das Spektrum der Interventionen ist sehr weit und umfasst die gesamte Bandbreite von der psychosozialen Beratung bis hin zur spezifischen Psychotherapie: Zur Anwendung kommen u.a. supportive Gespräche, Richtlinienpsychotherapie, Psychoedukation, Kriseninterventionen, symptomorientierte Verfahren wie z.B. Entspannungsverfahren, kreative Verfahren wie z.B. Musiktherapie. Psychoonkologische Therapie zeichnet sich dadurch aus, dass sie weniger schulen- als mehr problemorientiert ausgerichtet ist (Schumacher u. Schwarz 2009). Die einzelnen Interventionen stehen in der Regel im Zusammenhang mit bestimmten, meist krisenhaften Phasen der Erkrankung und ihrer Behandlung, z.B. beim Auftreten von Komplikationen, bei Tumorprogress oder Rezidiv, aber auch bei familiärer Neuorientierung oder der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben. Hierbei gelten die Prinzipien psychotherapeutischer Behandlung bei chronisch körperlich Kranken generell und von Krebskranken im Besonderen (Faller 2005).

Grundlage psychoonkologischer Betreuung ist eine tragfähige therapeutische Beziehung, die emotional stabilisierend wirkt und die Komponenten Empathie und Wertschätzung enthält. Dem kranken, leidenden Menschen, der ja nach der eindrücklichen Metapher von Nikolaus Gerdes (Gerdes 1984) durch die Mitteilung der Krebsdiagnose aus der normalen Wirklichkeit gefallen ist, diesem Menschen wird mit der psychoonkologischen Betreuung auch ein Stück Solidarität angeboten: nicht mehr allein sein zu müssen in der Krankheitssituation, Angstgefühle, Verwirrung, Traurigkeit ausdrücken zu können und zu spüren, dass das Gegenüber diese Gefühle mit aushalten kann – dieses Beziehungsangebot ist ein wichtiger, den Patienten stützender Faktor (Schumacher u. Schwarz 2009).

Psychoonkologische Versorgung im Akutbereich

Notwendige Anpassung an das stationäre Setting

Im Akutkrankenhaus gilt eindeutig das Primat der somatischen Medizin, ihrer Diagnostik und Therapie. Die psychoonkologische Arbeit wird durch das stationäre Setting maßgeblich beeinflusst, sie muss

den stationären Abläufen und der körperlichen Verfassung der Patienten angepasst werden. Psychoonkologische Arbeit im Akutkrankenhaus ist nur begrenzt planbar und erfordert ein hohes Maß an Flexibilität. Psychoonkologische Betreuung erfolgt im interdisziplinären Ansatz, in der Zusammenarbeit und Kommunikation mit allen an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen, also Ärzten, Pflägern, Krankengymnasten, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Ergotherapeuten, Logopäden, etc. Es braucht dabei immer wieder das Herstellen von Transparenz. Der fachliche Austausch ist in der Regel institutionalisiert durch Teilnahmen an Visiten, Übergabebesprechungen und Stationskonferenzen. Ein wichtiger Aspekt der psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus ist auch die Unterstützung für Ärzte und Pflegenden, um so die Arbeits- und Empathiefähigkeit des therapeutischen Teams zu erhalten (Schumacher 2008).

» Herr X wurde während der Zeit seiner stationären Behandlung in der Regel zweimal pro Woche von der Psychoonkologin gesehen. Meist fanden die Gespräche am Krankenbett statt, da Herr X aufgrund seines körperlichen Befindens gar nicht in der Lage war, die Station zu verlassen. Dementsprechend störungsanfällig war das Setting der Gespräche. Neue Medizinstudenten auf der Station brauchten meist eine Weile, bis sie verstanden hatten, dass vielleicht das Blutabnehmen verschoben werden kann, wenn die Psychologin am Bett des Patienten sitzt. Auf der anderen Seite war aber auch klar, dass immer wieder mal – in Abstimmung mit dem Patienten – ein psychologisches Gespräch verkürzt oder verschoben werden musste, wenn z.B. der heiß ersehnte, schwer erhältliche CT-Termin angesetzt war, da von dessen Ergebnis die weitere onkologische Therapieplanung abhing.«

Organisation psychoonkologischer Versorgung im Akutkrankenhaus

Die psychoonkologische Betreuung im Akutkrankenhaus erfolgt häufig durch Konsiliar- / Liaisondienste oder integrierte Fachabteilungen (Weis et al. 2007). Ein Konsiliardienst hat oft gewissen „Feuerwehrcharakter“ und wird meist nur bei akuten Krisen herangezogen. Der Liaisonpsychoonkologe, der nicht ständig auf der Station präsent sein kann, wird u.U. nicht so selbstverständlich vom onkologischen

Team in die Arbeit mit einbezogen. Hier ist die Passung zwischen dem Einzelnen und dem Stationsumfeld sehr entscheidend. Der direkt an der Abteilung angestellte Psychoonkologe ist in der Regel vor Ort sehr gut eingebunden mit einer selbstverständlichen Präsenz und Zugehörigkeit zum onkologischen Team. Diese schnelle Erreichbarkeit bietet die Möglichkeit zu kurzfristiger Intervention (Schumacher 2006). Allerdings gilt hier ganz klar: Psychoonkologische Betreuung braucht personale Ressourcen, der Betreuungsschlüssel muss stimmen (Mehnert et al. 2003). Nur wenn der Psychoonkologe häufig auf der Station präsent sein kann, wird er emotionale Schwankungen und beginnende Krisen bei den einzelnen Patienten abfangen können. Wer zu viele Patienten zu versorgen hat, kann dieser Aufgabe nicht Herr werden. Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren veröffentlichte 2006 Personalrichtwerte, wonach für je 40 onkologische Planbetten ein ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut und 1,5 Sozialarbeiter/Sozialpädagogen gefordert werden. Dieser Personalschlüssel ist bei Weitem nicht erfüllt (ADT 2006).

Bis vor wenigen Jahren waren spezifisch psychoonkologische Angebote vorwiegend an den Universitätskliniken angesiedelt, während bei Allgemeinkrankenhäusern und kleineren Kliniken eher ein Mangel an psychosozialen Angeboten zu verzeichnen war, Kliniksozialdienste und Seelsorge übernahmen hier viele Aufgaben. Seit einiger Zeit hat sich dieses Bild aber grundlegend gewandelt. Mit Einführung des Disease Management Programms Brustkrebs im Jahr 2002 sollten gravierende Defizite bei der Versorgung von Brustkrebspatientinnen beseitigt und eine kosteneffizientere Nutzung der Ressourcen erreicht werden. Die psychoonkologische Betreuung der betroffenen Patientinnen ist im DMP verbindlich festgeschrieben, damit ist gesetzlich die Notwendigkeit psychosozialer Unterstützung festgestellt, die Ausgestaltung einer solchen Betreuung (welche Berufsgruppe, wann, wie oft, wo etc.) wurde zunächst offen gelassen und gestaltet sich allmählich im Rahmen der Zertifizierungen der Brustzentren (Koch-Gromus u. Mehnert 2009). Analog zu den Brustzentren wurden und werden Organzentren zur Behandlung weiterer onkologischer Erkrankungen (Lunge, Darm, Prostata, Haut) eingerichtet, in denen ebenfalls die psychoonkologische Betreuung der Patienten festgeschrieben ist.

Die onkologische Versorgungslandschaft ist derzeit im Umbruch befindlich, zunehmend werden Teile der Versorgung an Polikliniken und Medizinische Versorgungszentren verlagert. Welche Auswirkungen diese Veränderungen auf die psychoonkologische Versorgung haben werden, bleibt noch abzuwarten.

Psychosoziale Aspekte werden mittlerweile in den Leitlinien zur Behandlung vieler onkologischer Krankheitsentitäten berücksichtigt, eine diagnosesübergreifende Leitlinie Psychoonkologie ist derzeit im Entstehen. So begrüßenswert diese Entwicklung ist, so darf doch nicht Folgendes aus dem Blick geraten: Die politischen und ökonomischen Veränderungen im Gesundheitssystem haben die Rahmenbedingungen für das Arbeiten in der Onkologie deutlich verändert. Hier ist vor allem die seit Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) zunehmend verkürzte Verweildauer der Patienten zu nennen. Immer mehr Patienten müssen bei immer kürzerer Verweildauer durch immer komplexere Therapien geschleust werden. Die an der Behandlung der Patienten beteiligten Berufsgruppen geben den Druck, der auf ihnen lastet, leider oftmals an das schwächste Glied der Kette weiter – an die Patienten (Schumacher 2008).

Psychoonkologische Versorgung im nachstationären Bereich

Ist der Patient aus der Akutbehandlung entlassen, heißt das nicht, dass er keine psychosoziale Unterstützung mehr bräuhete. Selbst bei günstigem Ausgang von Krankheit und Behandlung ist der Weg „zurück zum normalen Alltag“ für viele Patienten nicht möglich. Die somatischen Folgen der Erkrankung und der Therapie lassen diesen Weg oftmals nicht zu. Der Patient muss sich unter veränderten – subjektiv meist verschlechterten – Bedingungen neu mit seiner Lebensgestaltung auseinandersetzen. Unter Umständen verlangen krankheitsbedingte Behinderungen wie Amputationen oder ein Stoma vom Patienten, seine bisherige Lebensweise komplett umzustellen. Auch die seelische Verarbeitung des Erlebten setzt oft erst in dieser Phase nach der Akutbehandlung ein. Die im Zusammenhang mit Krankheit und Behandlung gemachten – vielfach schmerzlichen – Erfahrungen müssen in die Biografie und das Selbstbild des Patienten integriert

werden. Durch eine adäquate psychoonkologische Betreuung können die weitreichenden Auswirkungen der Erkrankung im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich aufgefangen werden.

» Herr X hatte den stationären Teil der onkologischen Therapie erfolgreich hinter sich gebracht, er war in Remission und fühlte sich subjektiv gesund. Er wollte nun sein Leben wieder aufnehmen und begegnete aber auch hier einigen unerwarteten Problemen.

Mit dem Abschluss der Therapie tauchten neue Ängste bei ihm auf: Er sollte die Klinik verlassen, die trotz aller unschöner Begleiterscheinungen für ihn auch einen gewissen Schutzraum darstellte. Die Therapie wurde als beendet erklärt, ohne dass er wusste, ob die Krankheit auch für immer wegbliebe. Die Angst vor einem Rückfall der Erkrankung begleitete ihn für lange Zeit. Gleichzeitig fühlte sich Herr X jedoch durch die immer wiederkehrenden Kontrolluntersuchungen auch wider Willen in der Patientenrolle festgehalten. Als er aber mitbekam, wie bei einem anderen Patienten im Rahmen der Nachuntersuchungen frühzeitig ein Rezidiv festgestellt werden konnte, zeigte er sich eher froh über diese enge Anbindung. «

Rehabilitation

Im Bereich der stationären Rehabilitation ist eine recht gute psychosoziale Versorgung onkologischer Patienten gegeben. In Deutschland gibt es über 100 Rehabilitationskliniken für diese Patientengruppe. In einer Erhebung von Weis et al. (1998) an 42 Rehabilitationskliniken der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) mit ausdrücklich onkologischem Schwerpunkt wurde ein Personalschlüssel von durchschnittlich einem Psychologen bei je 84 PatientInnen festgestellt. Auch im Jahr 2009 hat diese Vorgabe noch immer Gültigkeit. Je nach Träger und lokalen Gegebenheiten variiert das tatsächlich vorgehaltene Angebot jedoch sehr stark, auch eine Vernetzung der Versorgungsstrukturen ist abhängig von den Bemühungen des Trägers (Schumacher 2004). Eine onkologische Rehamaßnahme dauert in der Regel drei Wochen. Dieser doch recht kurze Zeitraum setzt der psychosozialen Betreuung Grenzen, allerdings haben die Träger in der Regel ein definiertes Therapiemodul zur psychosozialen Unterstützung der Patienten erstellt, mit psychoedukativen Einheiten, Entspannungs-

trainings, Gruppen- und Einzelgesprächen. Hier können Probleme fokussiert und Weichen für eine spätere Betreuung gestellt werden. Die psychosoziale Betreuung hat sich auch im Feld der ambulanten Rehabilitation etablieren können.

» Herr X hatte sich entschieden, keine Rehamaßnahme anzutreten. Er wollte nach eigenen Aussagen nicht noch länger von zu Hause wegbleiben, sondern wollte nun endlich wieder das Leben mit seiner Familie genießen. Eine ambulante Rehabilitation konnte ihm in seinem kleinen Heimatort nicht angeboten werden. Herr X freute sich auf den „normalen Alltag“ und wollte auch an seinen Arbeitsplatz zurückkehren. Aber die Wiedereingliederung in Beruf und Familie stellte für ihn eine unerwartete Herausforderung dar: Während der Behandlungszeit hatte sich manches verändert. Angehörige und Kollegen hatten längere Zeit ohne ihn auskommen müssen und hatten dementsprechend neue Rollen, neue Funktionen übernommen. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten mussten nun wieder neu verteilt werden, wobei Herr X anfangs noch nicht so recht abschätzen konnte, wie viel er sich eigentlich zumuten sollte.

In der Familie und am Arbeitsplatz kam es immer wieder zu Konflikten. «

Ambulante Versorgung

Psychosoziale Unterstützung in der Phase der Nachsorge wird von vielen unterschiedlichen Trägern und Gruppierungen angeboten (Weis et al. 2007). Anlaufstellen sind niedergelassene Psychotherapeuten, Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände und Kommunen oder an Tumorzentren sowie auch Selbsthilfegruppen. Bei den Beratungsstellen sollte unterschieden werden nach Krebs-Beratungsstellen im engen Sinn oder im weiteren Sinn (also Beratungsstellen, die auch, aber eben nicht spezifisch Beratung für onkologische Patienten anbieten). Die Aufrechterhaltung einer hohen psychosozialen Beratungsqualität erfordert eine gewisse Spezialisierung, Übung und Erfahrung, was nur bei einer relativ hohen Beratungsdichte und einer Mindestgröße der onkologischen Klientel gewährleistet ist. Das Angebot ist in diesem Sektor vielleicht nicht gerade unüberschaubar, aber gewisslich schlecht strukturiert. In Deutschland kann man von ca. 240 Krebsberatungsstellen ausgehen. Die Dichte des Angebotes variiert lokal, in Großstädten