

„Krebsdiagnose als traumatische Krise“

Bei der Diagnose Krebs gerät das Leben aus den Fugen. Nicht nur Patienten, auch Ärzte müssen die Konfrontation mit dem Tod aushalten. **Jutta Berger** sprach mit der Psychoonkologin **Gabriele Traun-Vogt** und dem Onkologen **Hellmut Samonigg** über Bewältigungsstrategien.



Krebskranke brauchen ganzheitliche Betreuung, sagen Onkologe H. Samonigg und Psychoonkologin Gabriele Traun-Vogt. Foto: Philipp AP, Cremer

STANDARD: Kann Krebs psychische Ursachen haben?

Traun-Vogt: Man weiß seit langem, dass Krebs keine psychosomatische Krankheit ist. Die Ursache von Krebs liegt nicht im psychischen Bereich. Nichts, was Patientinnen und Patienten in ihrem Leben getan haben oder was ihnen an psychischer Verletzung widerfahren sein mag, kann eine Erkrankung wie Krebs auslösen. Es gibt aber immer noch Menschen, die das behaupten, da grenzen wir uns ganz klar ab.

Samonigg: Wir machen evidenzbasierte Betreuung. Zusammenhänge zwischen psychischen Verletzungen von Menschen in ihrer Vergangenheit und dem Ausbrechen von Krebserkrankungen herzustellen, lehnen wir strikt ab. Dafür gibt es keine evidenzbasierten Daten.

Traun-Vogt: Man weiß aber, dass eine Krebserkrankung ein massives Lebensereignis ist und schwerwiegenden Folgen für die Psyche haben kann. Ungefähr 30 Prozent der Patienten reagieren auf die Diagnose Krebs mit Depressionen, Angst-, Schlaf- oder Anpassungsstörungen. Die anderen 70 Prozent erfahren eine massive Irritation in ihrem Lebenskontext. Sie müssen eine neue Normalität finden, einen neuen Rahmen für ihr Leben, um die Krankheit bewältigen zu können.

STANDARD: Wie kann die Psychoonkologie dabei helfen?

Traun-Vogt: Die Aufgabe von Psychoonkologen ist es, die psychisch krankheitswertigen Störungen zu behandeln und jenen Patienten, die eine normale Verarbeitungsstrategie haben, bei der Bewältigung der Krankheit zu helfen.

Samonigg: Für die Ärzte ist die Psychoonkologie eine wesentliche Säule. Sie geht über die organmedizinische Betreuung hinaus, hat das subjektive Befinden des Patienten im Fokus. Spezielle psychoonkologische Betreuung ist als Ergänzung der psychologischen Basisbetreuung, die von Ärzten und Schwestern gemacht werden, als Standard zu fordern. Idealtypisch sollte die Betreuung im Team erfolgen. Psychologen sollen, wenn Patienten eine spezielle psychoonkologische Betreuung benötigen, am Krankenbett gleichberechtigt mit Ärzten und Schwestern sein.

STANDARD: Ist die psychoonkologische Betreuung noch nicht überall etabliert?

Samonigg: Sie sollte es sein. Manchmal gibt es sie aber nur auf dem Papier, dann, wenn Ärzte und Psychologen Kommunikationsprobleme haben.

Traun-Vogt: Im Wiener Krankenanstaltengesetz ist das Recht auf psychologische Betreuung im Krankenhaus festgeschrieben. Die Einlösung dieses Rechts funktioniert unterschiedlich gut. Es macht Sinn, speziell ausgebildete Psychologen mit Fachwissen über die Dynamik der Krankheit in einem multidisziplinären Team zu haben. Aber auch das ganze Team braucht eine spezielle Haltung den Patienten gegenüber.

STANDARD: Was macht diese „spezielle Haltung“ aus?

Traun-Vogt: Dass man zur Kenntnis nimmt, mit der Diagnose Krebs Massives auszulösen. Die Krebsdiagnose ist oft eine traumatische Krise, die ganz bestimmte und massive psychische Symptome zur Folge hat. Die Krebserkrankung verändert Lebenspläne. Da kann man nicht einfach sagen: „Geh’n S’ heim und leben S’ normal weiter.“ Man muss erkennen, dass die ersten Gedanken von Patienten Tod und Sterben sind. Oft kommt es durch die Krankheit auch zu massiven körperlichen Veränderungen wie Amputationen, das wirkt sich auf das Individuum aus, auf die Familie.

Samonigg: Wir Ärzte sind ausgebildet, um organische Erkrankungen

zu diagnostizieren, sie zu beeinflussen, nach Möglichkeit zu heilen. Das ist ein lobenswerter Ansatz, er greift aber speziell in der Onkologie viel zu kurz. Wir müssen den Menschen in seiner existenziellen Krise stützen und Halt geben. Es geht darum, die subjektive Seite des Patienten und seiner Angehörigen wahrzunehmen und sich entsprechend zu verhalten. Wir dürfen nicht in den Reflex verfallen: „Hier die böse Tumorerkrankung, dort die extrem aggressive Therapie. Und wenn’s nicht funktioniert, können wir nichts machen.“

Traun-Vogt: Patienten, von denen man weiß, dass Heilung nicht mehr zur Diskussion steht, dass sie in absehbarer Zeit sterben werden, haben ein Recht auf gute Behandlung bis zuletzt. Das heißt nicht unbedingt Chemotherapie bis zum

letzten Tag, sondern Schmerzfreiheit, Lebensqualität, Angstfreiheit, guter Schlaf.

Samonigg: Chemotherapie bis zum letzten Tag, da muss ich heftig widersprechen.

Traun-Vogt: Das habe ich etwas provokant gesagt, aber es kommt vor.

Samonigg: Ja, es gibt Untersuchungen

aus den USA, dass die Anzahl der Notfalleinlieferungen und Chemotherapien in den letzten Lebenswochen zunimmt. Ein Problem, das auf mangelndes Wissen und fehlende Haltung zurückzuführen ist. Das sind Ersatzaktionen, weil es Ärzte und Schwestern nicht aushalten, dass das Leben dieses Menschen begrenzt ist. Man weist ihn lieber in eine Intensivstation ein, anstatt eine optimale palliativmedizinische Betreuung zu geben.

Traun-Vogt: Es ist ein Problem von Abteilungen, die sich nicht mit dem End-of-Life-Thema auseinandersetzen. Man muss zur Kenntnis nehmen, dass es ab einem gewissen Punkt keine gute Wirkung der chemotherapeutischen Medikation mehr gibt.

STANDARD: Wie bewältigt man als Arzt die Herausforderung Kommunikation?

Samonigg: Studien belegen, dass das Erstgespräch ganz entscheidend die weitere Lebensqualität des Patienten beeinflusst. Kommunikation kann sehr verletzend sein. Missglückte Aussagen können auch Wunden setzen, die über Monate oder Jahre nur sehr schlecht zu heilen sind. Umgekehrt kann ein gutes Erstgespräch eine lebenslange Stütze sein.

STANDARD: Welche Grundfehler machen Ärzte und Ärztinnen im Gespräch?

Traun-Vogt: Man wirft Patienten Informationen in sehr knapper Form hin, berücksichtigt nicht, wo der Patient steht, was die Patientin erwartet, was er oder sie mit Krebs verbindet, welche Erfahrungen es in der Familie bereits mit der Krankheit, dem Tod gibt. Auch Heilung zu versprechen ist ein großer Fehler, an dem Patienten lange leiden, wenn sie nicht eintritt. Es geht um eine partnerschaftliche Haltung. Der Arzt soll nicht den Plan vorgeben, sondern gemeinsam mit dem Patienten ein Konzept zum Umgang mit der Krankheit entwickeln. Im Eng-

lischen gibt es den schönen Begriff des „Shared Decision Making“ – gemeinsam eine Entscheidung treffen. Ärzte sind Experten für die Behandlung, Patienten für ihr Leben.

STANDARD: Lernen Ärzte eigentlich, schwierige Gespräche mit Patienten zu führen?

Traun-Vogt: Das ist im neuen Medizin-Curriculum vorgesehen. Ein großer Fortschritt, dass den jungen Mediziner beigebracht wird, wie man mit Patienten kommuniziert. Denn Patientenzufriedenheit geht mit dem Einverständnis zu einer Behandlung einher, von der Ko-

operationsbereitschaft hängt ja sehr vieles ab.

Samonigg: Es ist interessant, dass dieses spezielle Thema bei manchen Studenten nicht auf große Gegenliebe stößt. Viele lernen lieber die Basics der Organmedizin. Auch bei den Ärzten ist die Bereitschaft zu Aus-, Weiterbildung oder Supervision nicht groß genug. Kommunikation kann man bis zu einem gewissen Grad lernen, sie ist aber auch eine Frage des Vorbildes. Ich bin immer wieder verwundert, wie wenig man sich der Kraft positiver Gespräche bewusst ist.

„Auch Heilung zu versprechen ist ein großer Fehler, an dem Patienten leiden, wenn die Heilung nicht eintritt.“
Gabriele Traun-Vogt

„Chemotherapie bis zum Schluss ist oft eine Ersatzaktion, weil es Ärzte nicht aushalten, dass das Leben begrenzt ist.“
Hellmut Samonigg

ZUR PERSON



Gabriele Traun-Vogt (49), Klinische Psychologin und Psychotherapeutin mit Ausbildung in Systemischer Familien-



Hellmut Samonigg (58) ist Internist und Hämato-Onkologe. Er leitet die Abteilung für Onkologie der Universitäts-

ambulanz für Innere Medizin an der Med-Uni Graz und die universitäre palliativmedizinische Einrichtung. Als Direktor der Med-Uni ist er für die Entwicklung des Med Campus zuständig. Samonigg ist Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie und absolvierte eine Lehranalyse des Arbeitskreises für Tiefenpsychologie. Der Grazer ist verwitwet und Vater von zwei Kindern. (jub)

en-, Paar- und Sexualtherapie, leitet den Psychoonkologischen Dienst der Abteilung für Spezielle Gynäkologie an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde am AKH Wien. Sie arbeitet mit Brustkrebepatientinnen und ihren Angehörigen in allen Krankheitsstadien. Die langjährige Vize-Obfrau der Österreichischen Plattform für Psychoonkologie (ÖPPO) lebt in Wien, ist verheiratet, hat zwei Kinder. (jub)

MEDSTANDARD

Redaktion:
Bettina Stimedter (Ltg.), Karin Pollack (Koord.)

Anzeigen-Projektverantwortung:
Roman Bintliger

Medieninhaber & Herausgeber:
Standard
Verlagsgesellschaft m.b.H.
A-1010 Wien, Herrngasse 19-21

Redaktion & Verwaltung:
1014 Wien, Herrngasse 19-21

Druck: Goldmann-Zeitungsdruck
Ges.m.b.H., 3432 Tulln,
Königstetter Straße 132