

Wissensnachweis I

in

Psycho-Onkologie

von

Dr. med. Peter D. Juelke

Spezialarzt für Radio-Onkologie FMH

15. August 2007

„Der vertrauliche, beruhigende, herzliche Kontakt mit dem Arzt, der Trost und die Anteilnahme, die langen, entspannten Gespräche...verschwinden allmählich aus der medizinischen Praxis, und dies mag sich einmal als äusserst grosser Verlust erweisen ...

Wenn ich heute Medizinstudent oder eben beginnender Assistenzarzt in einem Krankenhaus wäre, würde ich mir um diesen Aspekt meiner Zukunft mehr Sorgen machen als um alles andere. Ich würde befürchten, dass mir meine eigentliche Arbeit, die Behandlung kranker Menschen, bald weggenommen würde und ich eine ganz andere Aufgabe erhalten würde, nämlich die Überwachung von Maschinen. Ich würde Mittel und Wege suchen, um dies zu verhindern“

Lewis Thomas, M. D.,
„The Youngest Science: Notes of a Medicine Watcher“

(übernommen aus „Die Erben des Medicus“ von Noah Gordon,
Droemer Knauer Verlag)

Inhalt:

1. Einführung
2. Gedanken eines Arztes zum ersten Kursteil
3. Theoretische Übernahme in den Berufsalltag
4. Zukunftsgedanken
5. Schlusswort

Der Vereinfachung halber habe ich im Folgenden häufig nur die männlichen Formen verwendet (Ärzte, Patienten). Es besteht aber keine Absicht, die weiblichen Vertreter der verschiedenen Gruppen zu diskreditieren.

1. Einleitung

Dieser erste (von zwei) Wissensnachweis im Kurs für Psycho-Onkologie 2006-2008 dient mir als Kursteilnehmer zur subjektiven Reflexion des bisherigen Kursinhaltes, aber auch zur bewussten Auseinandersetzung mit der Implementierung des Gelernten in meine Tätigkeitswelt als Radio-Onkologe, als Arzt generell, aber auch als Mit(fühlender)-Mensch.

2. Gedanken eines Arztes zum ersten Kursteil

Der ungezwungene Kursbeginn mit einer Intensivtagung auf der Lüderenalp bei herrlichem Wetter und einer großartigen Aussicht auf die Berner Alpen ließen einem das happige Thema der Erarbeitung der eigenen Familiengeschichte und des Kennenlernens der familiären „Hypothek“ anderer Kursteilnehmer mit viel gegenseitiger Empathie meistern. Diese Vertrautheit innerhalb der Kursteilnehmer wäre anders nie so rasch und intensiv zustande gekommen.

Nachdenklich stimmt mich aber, dass außer mir kein weiterer Vertreter der Ärzteschaft noch des männlichen Geschlechts an diesem Kurs teilnimmt. Ist Psycho-Onkologie nur etwas für Frauen? Haben wir Männer es nicht nötig, uns in die Psyche von Krebspatienten einfühlen zu können? Oder noch präziser: haben wir Ärzte/Ärztinnen es nicht nötig, uns in die Psyche von Krebspatienten einfühlen zu können? Oder glauben wir gar, wir könnten dies auch ohne entsprechende Ausbildung genug? Wie ist dies in Einklang zu bringen mit der Tatsache, dass so viele Ärzte/Ärztinnen (nicht nur Onkologen oder Radio-Onkologen) sich in ihrem Beruf aber auch in ihrem privaten Leben früher oder später mit dem Thema Krebs auseinandersetzen müssen?

In den achtziger Jahren fand in Zürich erstmals ein Lehrgang in psychosozialer Medizin statt. Dieser sollte die angehenden Ärzte weg von einer reinen Apparatedizin zurück in eine ganzheitliche Medizin bringen. Als Student durchlief ich damals einen dieser ersten Kurse und obwohl er nur wenige Stunden auf dem übervollen Stundenplan ausmachte, prägte mich das Erlernte doch für mein weiteres Leben. Vieles dieses Kurses ist mir noch präsent, insbesondere das Rollenspiel, wo ich einer Kollegin die (fiktive) Diagnose „Brustkrebs“ mitteilen musste. Ich erinnere mich noch genau, wie ich mühsam nach den richtigen Worten rang. Bei keiner anderen Fortbildung/Weiterbildung auf meinem Weg zur und in der Radio-Onkologie durfte ich ähnlich tiefgehende Erfahrungen sammeln. Dies geschah erst wieder im Rahmen dieses Kurses in der Psycho-Onkologie in Rollenspielen auf der Lüderenalp, am Appenberg und im Rahmen der Supervision. Ich frage mich wieviel hat diese damalige gutgemeinte Absicht gebracht, den Ärzten die „Psychologische Welt“ näher zu bringen, wenn deren Interesse 25 Jahre nach Studieneinführung so bescheiden ausfällt.

Die verschiedenen Blockkurse habe ich durchwegs als erfrischende Zusammenfassungen der einzelnen Themen in Erinnerung. Möglich, dass sich ein medizinischer Onkologe – frisch nach der Facharztprüfung - da und dort vielleicht langweilen könnte. Aber für einen Radio-Onkologen, der vor 19 Jahren das Staatsexamen bestand und vor 7 Jahren die Facharztprüfung waren die Themen eine gute Rekapitulation des heutigen Wissensstandes und durchwegs angenehm präsentiert. Ja teils lernte ich mir bisher noch Unbekanntes kennen. So war der Besuch der Knochenmarkstransplantationsabteilung sehr eindrücklich und völlig neu für mich. Themen wie Körpererleben, Körperschema und Sexualität, wie auch die strukturierte Gesprächsführung haben mir viele hilfreiche Erkenntnisse gebracht.

3. Theoretische Übernahme in den Berufsalltag

Ich möchte mir hier Gedanken machen, wo überall die Psycho-Onkologie im täglichen Leben eines Radio-Onkologen eine, und wenn ja, welche Rolle spielt.

3.1. Das Erstgespräch auf der Radio-Onkologie

Zu diesem Erstgespräch wird der Patient eingeladen, um:

- mit ihm eine Standesaufnahme der bisherigen Krebsgeschichte zu erstellen
- bei ihm den momentanen Gesundheitszustand zu erheben
- mit ihm die weiteren Schritte der Krebsbehandlung in der Strahlentherapie zu besprechen und in die Wege zu leiten.

Bei diesem Erstgespräch treffen sich in der Regel zwei sich völlig unbekannte Menschen:

- Der Radio-Onkologe, der objektiv alles über die Erkrankung Krebs weiß, der sich täglich mit davon betroffenen Patienten aber auch täglich mit den High-tech Geräten zur Therapie abgibt und dem diese Welt bestens vertraut ist.
- Der Patient, der subjektiv und mit seinem ganzen Leben durch diese Krankheit betroffen ist, dem die Welt der Medizin meistens völlig fremd ist, der plötzlich mit Entscheidungen für sein Leben konfrontiert wird, die alles Bisherige an Entscheidungen weit übertreffen. Ein Patient, der nicht weiß, was auf ihn zukommt. Ein Patient, der sich allein fühlt (nur **er** hat diese Krankheit). Ein Patient, der teils widersprüchlichste Informationen erhält (sei es von Expatienten, gut meinenden Laien, anderen Personen im Umfeld der Medizin, Krebsliga, sei es aus Medien, nicht zuletzt aus dem Internet). Kurzum, ein Patient, der verunsichert ist, zumeist auch Angst hat, Angst vor dem Unbekannten in seinem Leben, Angst aber auch vor dieser Strahlentherapie, die man nicht kennt, die einem helfen soll, wo doch alle Welt weiß, „**wie schädlich Strahlen sind**“.

In dieser Phase des Erstgesprächs ist es neben der Vermittlung von notwendigen Fakten vor allem wichtig, dem Patienten das Gefühl von Vertrauen zu vermitteln. Man nimmt ihn und seine Krankheit ernst. Man reduziert ihn nicht nur auf ein Krankheitsstadium sondern sieht auch den Menschen, der einem gegenüber sitzt.

Natürlich haben wir es in der Radio-Onkologie häufig einfacher, denn viele Fakten wurden bereits durch den Chirurgen/Gynäkologen/Urologen und den medizinischen Onkologen erhoben. Häufig liegt die Mitteilung der Krebsdiagnose einige Zeit zurück und der Patient hatte Zeit sich damit auseinanderzusetzen. Dennoch, gerade vor der Radiotherapie haben die Patienten am meisten Respekt. Es ist der ihnen am wenigsten bekannte Teil der Behandlung. Er ist häufig auch mit dem Stigma versehen, die letzte Station vor dem Tod zu sein. Deshalb stellt sich hier im Erstgespräch ein ganz spezifischer Informationsbedarf.

Dieser ist je nach Patient verschieden. Während es für jemanden einfach unverständlich ist, dass Strahlen heilen sollen, wo doch „alle Welt weiß, dass Strahlen Krebs verursachen (siehe Tschernobyl, evtl. Elektrosmog oder Handy)“, wo sich unsere Konsumentenschützerin gegen die Bestrahlung von Lebensmitteln einsetzt und dabei die Gesundheitsbehörden in Frage stellt (1), stehen bei anderen Patienten die erzählten oder persönlichen Erfahrungen mit bestrahlten Leuten aus ihrem Umfeld im Vordergrund. All diese Patienten brauchen eine individuelle Erfassung ihrer Ängste und Unsicherheiten, ansonsten wird für sie diese Strahlentherapie noch zusätzlich belastet. Dies braucht Zeit und diese wird uns in der Medizin immer weniger zur Verfügung gestellt. Es ist mir peinlich zu wissen, dass es auch Radio-Onkologen gibt, die sich damit brüsten, ein solches Gespräch innert 20 bis 30 Minuten abhandeln zu können. Nun, die realistischen Kollegen und auch ich nehmen sich für ein solches Erstgespräch 60-75 Minuten Zeit. Zeit, die man später durch eine bessere Zusam-

menarbeit der Patienten (Compliance) wieder einspart. Länger als 75 Minuten bringt nichts, da nachher Patient und Arzt ermüden. Falls der Patient dann noch an der ihm empfohlenen Therapie zweifelt, ist ein zweiter Termin innert einiger Tage der sinnvollere Weg. Hier hat mich das bisherig im Kurs der Psychoonkologie Erlernte bestärkt. Wichtig ist neben seriöser Aufklärung, den Patienten auch differenziert und ganzheitlich zu erfassen. Eine strukturierte Gesprächsführung mit Reflektion des Gehörten hilft nicht nur dem Patienten, sondern auch dem Arzt eine bessere Kommunikation und schlussendlich auch mehr Vertrauen zu bewirken. Dieses Vertrauen ist für die weitere Radiotherapie hilfreich.

Nach dem Erstgespräch möchte ich:

- Patient X / Patientin Y als Mensch kennengelernt haben
- die Krebskrankheit in ihrem Ausmaß und ihrer Dynamik erfasst haben
- den Sinn und Ablauf der Behandlung für den Patienten verständlich dargelegt haben
- andere evtl. die Behandlung beeinträchtigenden Faktoren (gesundheitlich, terminlich, soziale, finanzielle, familiäre oder die des beruflichen Umfeldes) erkannt haben
- im Patienten genügend Vertrauen erwirkt haben, dass er mir seine Fragen zur Therapie/Krankheit stellt
- im Patienten das Verständnis für die vorgeschlagene Therapie erreichen
- den Respekt vor dieser Therapie auf ein möglichst objektives und den Patienten nicht unnötig belastendes Niveau gesenkt haben

Diese Auflistung ist natürlich sehr ehrgeizig. Insbesondere der letzte Punkt stellt sich bei den meisten Patienten erst im Verlaufe der Therapie ein. Ich erfahre es dann, wenn sie mir gegenüber erwähnen, dass sie viel mehr Angst vor der Radiotherapie als vor einer Chemotherapie hatten, aber im Verlauf der Krebsbehandlung die Radiotherapie als viel weniger belastend erleben als eine Chemotherapie. Dies gilt notabene nicht für alle Krebsarten (z.B. HNO-Bereich).

3.2. Vorbereitung der Strahlentherapie

Das eigentliche Ziel der Vorbereitung der Strahlentherapie ist, den Patienten in eine täglich reproduzierbare Lagerung zu bringen (Positionierung), Fixpunkte für die Bestrahlungskoordination festzulegen und einen häufig mittels Computerplanung optimierten und an den Patienten angepassten dreidimensionalen Bestrahlungsplan auf den Patienten abzustimmen und die Bestrahlungsfelder einzuzeichnen.

Der Patient liegt dazu 30 – 60 Minuten absolut regungslos am Simulator. Seine Rolle ist nur passiv. Natürlich ist das Fachpersonal bemüht, seine schwierige Aufgabe rasch und präzise zu erfüllen. Wichtig ist dabei, den Patienten ob der ganzen Hightech nicht zu vergessen. Die Anwesenheit des Arztes ist teils nur wenige Minuten nötig, teils genügt es, im Vorraum die verschiedenen Monitore zu kontrollieren. Dennoch glaube ich, ist es für das Vertrauen des Patienten wichtig, wenn der Arzt ihn in dieser sicherlich unbequemen Lagerung kurz begrüßt, ihm mitteilt, dass man sich seiner unbequemen Position bewusst ist und dass man ihm Hoffnung macht, denn die weiteren und richtigen Bestrahlungssitzungen dauern viel kürzer (ca. 10 Minuten).

Eindrücklich finde ich immer, wenn Patienten eine Maske zur Bestrahlung im Kopfbereich tragen müssen. Diese dient nicht etwa dazu, den Patienten vor den Strahlen zu schützen, wie von Laien zum Teil vermutet, sondern hat einen ganz praktischen Nutzen, der aber unbedingt dem Patienten erklärt werden muss. Erstens hilft die Maske, den Kopf und damit das Bestrahlungsgebiet ruhig zu halten, daneben ermöglicht sie, alle notwendigen Markierungen auf der Maske selber und nicht am Kopf des Patienten einzuzeichnen. Das

heißt, die Maske ist ein äußerst sinnvolles Hilfsmittel um die Bestrahlung präziser zu machen und um den Patienten vor zusätzlichen Stigmata in der Öffentlichkeit zu bewahren. Nach solchen Erklärungen sind fast alle Patienten, sogar solche mit vorgängiger Klaustrophobie, bereit, eine Maske zu tragen. Ängstliche Patienten begleite ich zur Maskenprobe und versuche durch ein ruhiges, schrittweises Erklären, sie über diese Schwelle der Angst zu führen.



Fig. 1: Mammakarzinompatientin unter Bestrahlung am Linearbeschleuniger

3.3 Die eigentliche Radiotherapie

Die eigentliche Radiotherapie findet in täglichen Sitzungen (Fraktionen), meist Montag bis Freitag während 5 bis 7 Wochen (kurativ) oder 1 bis 2 Wochen (palliativ) statt. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten erscheint dazu ambulant (über 90 %). Die Anfahrtswege in der Schweiz sind zwar gegenüber dem Ausland deutlich kürzer, aber dennoch kenne ich Patienten in der Zentralschweiz, die täglich 2 bis 3 Stunden Fahrzeit auf sich nehmen für die Radiotherapie. Die täglichen Sitzungen nehmen nur 10 bis 20 Minuten in Anspruch, wovon die eigentliche Bestrahlungszeit nur wenige Minuten ausmacht. Nur für diese wenigen Minuten ist der Patient ganz allein im Raum. Jedoch, und das ist wichtig und wird vom Personal entsprechend gut informiert, ist der Patient nie unbeaufsichtigt. Im Notfall könnte die Bestrahlung jederzeit unterbrochen werden, was aber zur Fortführung der Therapie – insbesondere bei der komplexen intensitätsmodulierenden Radiotherapie (IMRT) – eine langwierige Rekonstruktion des Reststrahlenvolumens bedingt. Darüber ist der Patient informiert und in der Regel enorm kooperativ. Häufig sind die Patienten überrascht, wie rasch die einzelne Therapiesitzung vorüber ist und auch, dass sie nichts von der Bestrahlung mitbekommen haben.

Dies ist der Zeitpunkt, wenn sich bei einigen Patienten eine Art Euphorie einstellt. Typischerweise sind dies Patienten, die zuvor sehr ängstlich der Radiotherapie gegenüber eingestellt waren. Sie haben dann das Gefühl, dass ihnen die Therapie keinen Schaden anrichten kann. Hier muss man diese Euphorie als Erleichterung akzeptieren, aber dennoch behutsam den Patienten an die noch zu erwartenden Nebenwirkungen erinnern. Ich erwähne dazu häufig das Beispiel vom Sonnenbrand, der auch nicht nach der ersten Minute Sonnenexposition

auftritt, aber nach häufigem Sonnenbaden und typischerweise auch erst nach dem Sonnenbad. Anders die Patienten, die der Wirkung der Radiotherapie gegenüber kritisch eingestellt sind. Sie zweifeln daran, überhaupt eine Dosis appliziert bekommen zu haben, denn sie haben ja gar nichts gespürt. Hier hilft dem Radioonkologen das Strahlendosisjournal jedes Patienten, wo akribisch die Teil-Dosis pro bestrahltes Feld inklusive genauer Uhrzeit für jeden Bestrahlungstag dokumentiert ist.

Hilfreich für eine entspannte Bestrahlungszeit ist nach Aussagen von Patienten immer auch, wenn das Bestrahlungsteam möglichst ohne großen Wechsel konstant bleibt. Sie fühlen sich dann sicherer. Dem Arzt, der unter der Bestrahlung die Patienten nur einmal wöchentlich sieht, gibt dies eine zusätzliche Informationsquelle, wenn Patienten sich plötzlich psychisch oder physisch verändern und er kann sie dementsprechend früher einbestellen.

Der Bestrahlungsbunker wird fast immer sehr gut vom Patienten akzeptiert. Dies, weil der Patient sich davon eine Verbesserung seiner Gesundheit erhofft, daneben aber auch, weil der Moment, wo er ganz alleine im Raum ist äußerst kurz ist. Die überstandenen und deutlich länger dauernden Vorerfahrungen am Simulator haben ebenfalls dazu beigetragen.

3.4 Kontrollen

Wie bereits erwähnt, sieht der Radioonkologe während der Bestrahlungszeit (- 7 Wochen) seine Patienten routinemäßig in wöchentlichen Abständen (Wochenkontrollen). Selbstverständlich kann dieses Intervall im Bedarfsfall verkürzt werden. Medizinisch gesehen dienen diese Kontrollen zur Überprüfung der applizierten Strahlendosis, klinisch der Strahlenfelder und der Dokumentation und Pflege auftretender Strahlennebenwirkungen. Da bei den meisten Routinebestrahlungen (Brust, Prostata) mit solchen erst ab der 5. Woche zu rechnen ist, können diese Wochenkontrollen recht kurz (5 Minuten) ausfallen. Ich konnte in meiner Tätigkeit aber feststellen, dass in genau diesen Wochenkontrollen die Patienten immer wieder Gesprächsangebote machten, die, sofern man darauf eingeht, das Vertrauen des Patienten nur noch stärkt. Beispielsweise wird nochmals die Tumorentstehung angesprochen (Kausalitätsbedürfnis), oder sogar die Paarproblematik (Impotenzangst des Prostatapatienten, fehlende Akzeptanz durch Ehemann bei Brustkrebspatientin), daneben auch häufig die Alternativmedizin inklusive gewisser exotischer Heilpraktiken. Weitere Themen sind auch die Stigmatisierung des Krebspatienten durch seine Umwelt (Arbeitsstelle, Familie, dörfliche Gemeinschaft). Während diese Themen anfänglich sehr patientenbezogen sind (Zeichen der Verarbeitung?) werden sie mit der Zeit viel freier (Hobbies, Reisen, Haustieren). Im Verlauf dieser Wochenkontrollen zeigt sich klar, welche Patienten sich in ihrer Krankheitsverarbeitung im Kreise drehen und welche aus eigenem Antrieb dieses Krankheitstief überwinden.

Da die Radio-Onkologie häufig als letzte Therapieinstanz eingesetzt wird, kann man den Patienten während diesen Wochen sukzessive auf die Zeit nach der Akutbehandlung vorbereiten. Häufig haben sich für den Patienten die letzten 9 bis 12 Monate nur noch um die Krebstherapie gedreht. Die Zeit war angefüllt mit Arztterminen, Blutuntersuchungen, Operationen, Chemotherapien, Bestrahlungen und daneben „Rechtfertigungen“, Schuldfragen, finanzielle Sorgen, evtl. auch Paarproblemen etc .

Plötzlich ist alles vorüber. Kontrollen sind zwar angesagt, doch meist nur alle 3 Monate. Ist der Krebs nun wirklich besiegt? Wenn ja, für wie lange? Niemand gibt einem eine Garantie! Mit dieser Ungewissheit zu leben, das ist die große Aufgabe, die sich nach Therapieende allen Patienten stellt. Dies anzusprechen ist zwar nicht Teil der regulären Radio-Onkologie. Dennoch hilft dies den Patienten sehr, wenn auch dieses Thema besprochen wird, mindestens genauso, wie ein genaues Schildern der nach Therapieende noch zu erwartenden Nebenwirkungen (Bedenke: Der Sonnenbrand kommt auch oft erst am Abend).

Um den Patienten nicht ins Nichts zu entlassen, bitte ich ihn, sich bei seinem betreuenden Arzt (Hausarzt oder Onkologe) rückzumelden und vereinbare noch einen Nachkontrolltermin nach 6 Wochen.

Bei diesem Nachkontrolltermin zeigt sich dann, dass die restlichen Bestrahlungsnebenwirkungen nach anfänglicher Zunahme und einem Maximum 1 bis 2 Wochen nach Therapieende deutlich abgeklungen sind. Der Patient ist darüber erleichtert. Er ist froh, die gesamte Krebstherapie abgeschlossen zu haben. Die Kontrolle beim betreuenden Arzt hat stattgefunden. Er weiß, wie die weiteren Kontrollen ablaufen werden und welche Symptome zur Erkennung eines Rezidivs wichtig sind. Sein Blick ist ganz in die Zukunft gerichtet. Diese Nachkontrolle ist eine gute Gelegenheit, allfällig noch offene Fragen zur radiotherapeutischen Behandlung zu klären. Eine zusätzliche regelmäßige Kontrolle auf der Radio-Onkologie ist nur für spezielle Fälle vorgesehen. Dies ist häufig den Patienten, deren Vertrauen wir gewonnen haben, unverständlich. Hier ist es wichtig, ihnen klar zu machen, dass wir bei Bedarf zur Stelle sind, dass aber eine Nachkontrolle aller Krebspatienten die Kapazität der heutigen Radio-Onkologie übersteigt und auch nicht notwendig ist, da diese Kontrolle gleichgültig durch den betreuenden Arzt vor Ort durchgeführt werden kann.

Gesamthaft gesehen ist diese Nachkontrolle der definitive Abschluss der Strahlentherapie und die unbeschwerteste aller Kontrollen.

4. Zukunftsgedanken

Erst beim Schreiben dieser Arbeit hat sich mir eindrücklich gezeigt, wie viel Psycho-onkologisches Potential in der Radio-Onkologie steckt, respektive stecken würde, wenn man nicht die Augen davor verschließt. Auf einige Aspekte bin ich aufgrund der Arbeitsgrösse gar nicht eingegangen (Mutilierende Strahlennebenwirkungen, strahleninduzierte Karzinome, sexuelle Probleme nach Radiotherapie, palliative Radiotherapie, HNO-Radiotherapie).

Natürlich besteht die Radio-Onkologie auch aus den Teilgebieten Anatomie, Strahlenbiologie, Radiologie, Strahlenphysik und Gerätetechnik, doch sind dies alles Hilfsmittel, und im Zentrum unseres Handelns (nicht nur im Isozentrum der Bestrahlung) steht beziehungsweise liegt der Krebspatient. Vor lauter High Tech und diesen interessanten Teilgebieten geht mehr und mehr der Mensch verloren. Nicht nur der Mensch als Krebspatient, sondern auch der Mensch im Arzt.

Die neueste Version der Dignität für Ärzte zeigt bei den Radio-Onkologen keine einzige Leistungsnummer für „onkologische Besprechung mit Krebspatienten“. Immerhin gibt es bei den medizinischen Onkologen noch eine Leistungsnummer „Betreuung von onkologischen Patienten“.

Aufgrund des föderalistischen Gesundheitswesens in der Schweiz wurde von einem Kantonsarzt eines benachbarten Kantons zwar die Radiotherapie im KS Luzern erlaubt, die so wichtige Nachkontrolle 6 Wochen nachher aber zur Bezahlung abgelehnt mit der Begründung: dies könne auch ein lokaler Arzt übernehmen. Die Folge davon: Die so wichtige Nachkontrolle 6 Wochen nach Therapie entfällt für Patienten aus jenem Kanton oder muss von ihnen selber bezahlt werden.

Als ich meine Ausbildung 1989 im Universitätsspital Zürich anfang, durfte ich noch Jahreskontrollen von Patienten durchführen, die bis in die 60iger Jahre zurück behandelt worden waren. Durch diese Patienten lernte ich, dass Krebs auch heilbar ist. Gleichzeitig aber merkte ich, dass auch diese Patienten weiterhin diese Ungewissheit bezüglich ihrer Krebsheilung haben. Doch sie hatten gelernt, damit zu leben. Sie lebten viel mehr gegenwartsbezogen als die Menschen die ich bisher gekannt hatte. Für diese Erkenntnis bin ich ihnen allen sehr dankbar.

Wie bedauerlich, dass heutzutage junge Kollegen, diese Erfahrung nicht mehr machen dürfen. Aus Kostenersparnis wurden solche Kontrollen anfangs der 90iger Jahre abgeschafft.

Ich frage mich, in welche Richtung unser Gesundheitssystem geht. Der Tarmed, der die nichttechnischen Leistungen hätte verbessern sollen, hat sein Ziel nicht erreicht. Unter dem Mäntelchen der Kostenneutralität herrscht weiterhin ein Grabenkampf der operativen versus

nicht operativen Mediziner. Kaum ein Hausarzt kann es sich noch leisten, ein längeres Gespräch mit einem Krebspatienten zu führen, ohne dass sein Betriebsbudget ins Schlingern gerät. Geschweige denn findet er Zeit, sich auf dem Gebiet der Krebstherapie vollumfänglich weiterzubilden. Aufgrund der zunehmend längeren Ausbildungszeiten zum Facharzt verpassen junge Kollegen die Möglichkeit, sich in verschiedene medizinische Gebiete einzuarbeiten. So rasch wie möglich peilen sie den Facharzt an. Eine breitgefächerte Grundausbildung, welche speziell auch für die Krebsbehandlung wichtig wäre, findet nicht mehr statt.

Als Konsequenz weist sowohl der Hausarzt, wie auch der Spezialist den Patienten weiter, sobald das Bedürfnis außerhalb seines Leistungsausweises liegt. Der neue Spezialist muss den Patienten zuerst kennenlernen, die Anamnese erfassen, etc., was ebenfalls mit Kosten verbunden ist und schließlich das Ganze noch schriftlich zusammenfassen und als Bericht dem Zuweiser senden.

Ist das die Zukunft, dass der Patient von einem Facharzt zum nächsten gereicht wird. Glaubt wirklich jemand im Ernst, dass dies zu einer Kostenersparnis führt?

Leider ist die Kostenersparnis nur ein Aspekt. Mir wichtiger ist der Aspekt der Qualität der Behandlung. Diese wird hoffentlich durch alle beteiligten Ärzte optimal erbracht. Jedoch gibt es Faktoren, die sind unabhängig von den einzelnen Ärzten. Als Beispiel sehe ich den Faktor Zeit. Jede Überweisung bedingt eine Verzögerung. Nicht nur die Wegzeit um vom Zuweiser zum Spezialist zu gelangen, nein auch die Zeit, die der Spezialist braucht um den gleichen Wissensstand bezüglich des Patienten zu erreichen, den der Zuweiser hat. Daneben auch der Patient. Er muss wieder zu jemand neuem Vertrauen fassen, ein zusätzlicher Stress. Dies mag für einen somatisch erkrankten Patienten nicht so sehr ins Gewicht fallen, aber bei einem psychisch belasteten Patienten, wie es die meisten Krebspatienten für eine gewisse Zeit sind, ist dies eine unnötige zusätzliche Bürde. Sieht so die Zukunft aus?

5. Schlusswort

Ich habe beim Schreiben dieser Arbeit gesehen, wie viel an Psycho-Onkologie in der täglichen Arbeit eines Radio-Onkologen enthalten sein sollte. Ich bin mir sicher, dass dies auch für andere onkologische Gebiete (medizinische Onkologie, Gyn-Onkologie, Tumor-chirurgie, Neurochirurgie, aber auch Hausarztmedizin) zutrifft. Ich begrüße es deshalb sehr, dass die Krebsliga diesen Kurs in Psycho-Onkologie anbietet.

Es wäre für die Zukunft unserer Krebspatienten wichtig, wenn sie von all diesen Ärzten ein gewisses psycho-onkologisches Verständnis entgegengebracht bekämen, und dieses Wissen ein fester Bestandteil der medizinischen Fachausbildung für onkologische Gebiete darstellt. Ich hoffe deshalb sehr, dass zukünftig mehr Ärzte, insbesondere mehr onkologisch tätige Ärzte, diesen Kurs absolvieren.

Auch erlebe ich tagtäglich, dass die Kenntnisse und Vorstellungen über die heutige Radio-Onkologie bei vielen Vertretern anderer medizinischer Disziplinen und Berufe sehr dürftig und teils falsch sind. Ich würde es deshalb sehr begrüßen, wenn alle onkologisch involvierten Fachgruppen eine Weiterbildung in der Welt der Radio-Onkologie erhielten. Diese Weiterbildung sehe ich durchaus als mögliche Komponente des Psycho-Onkologie-Kurses gegeben.



Fig. 2 Titelblatt modifiziert aus The Lancet Oncology Vol 8 Issue 5 May 2007-08-13

Viele Leute haben Angst vor einer Strahlentherapie. Auch einen Hirntumor zu haben ist Furcht einflößend. Wie viel Angst nun hat ein Patient mit Hirntumor erst, der zur Behandlung eine Strahlentherapie erhalten soll?