

# WEGWEISER ONKOLOGIE BRANDENBURG

*Band IV: Psychoonkologie*

Eine Orientierungshilfe für  
Ärztinnen und Ärzte, Pflegende  
und psychosoziale Fachkräfte



## ERBITUX® – Der Schlüssel zu mehr Wirksamkeit

Merck Serono Oncology | Targeting Cancer for Better Lives

### Erbitux® 5 mg/ml Infusionslösung

**Wirkstoff:** Cétuximab – gentechn. hergest. monokl. chimärer IgG1-Antikörper. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 ml Infusionslsg. enthält 5 mg Erbitux®. Durchstechflasche mit 100 mg Erbitux® in 20 ml u. 500 mg in 100 ml Infusionslsg. **Sonstige Bestandteile:** Natriumchlorid, Glycerin, Polysorbat 80, Citronensäure-Monohydrat, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** In Komb. m. Irinotecan z. Behandl. v. Pat. m. EGFR (epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor)-exprimierendem metastasierendem Kolorektalkarzinom nach Irinotecan-Versagen. In Komb. m. Strahlenther. z. Behandl. v. lokal fortgeschritt. Plattenepithelkarzinom im Kopf- u. Halsbereich. **Gegenanzeigen:** Bek. schw. Überempfindlichkeitsreakt. (Grad 3 oder 4) gegen Erbitux® Gegenanzeigen für Irinotecan od. Strahlenther. beachten. **Vorsichtsmaßnahmen u. Warnhinweise:** Unter Behandl. m. Erbitux® schw. infusionsbedingte Reaktionen mögl. B. schwer. Überempfindlichkeitsreakt. sofortiger u. dauerhafter Behandl.abbruch m. Erbitux® erforderl.. Gegebenenfalls Notfallmaßnahmen erforderl.. Bes. Vorsicht b. Pat. m. reduz. Allgemeinzustand u. bestehenden Herz-Lungen-Erkrank. Erhöhtes Risiko für Auftreten v. Atemnot bei älteren Pat., Pat. m. beeinträchtigtem Allgemeinzustand od. bestehenden Herz- od. Lungenerkrank. B. interstitieller Lungenerkrank. Therapieabbruch. B. Auftreten v. schwerwiegenden Hautreakt. Unterbrechung der Erbitux®-Ther., b. wiederholt. Auftreten Dosisredukt. erforderl.. **Schwangerschaft u. Stillzeit:** Anwend. in d. Schwangersch. nur, wenn potent. Nutzen mögl. Risiko rechtfertigt. Keine Anwend. während der Stillzeit. Bis 2 Monate nach Absetzen nicht stillen. **Nebenwirkungen:** Bek. Nebenwirk. v. Irinotecan u. Strahlenther. in Komb. mögl. Häufig: Schw. infusionsbedingte Reaktionen meist während Erstinfusion bzw. innerhalb v. 1 Stunde nach Infusionsende m. rasch einsetzender Atemwegsobstruktion (Bronchospasmus, Stridor, Heiserkeit, Sprachschwierigkeit), Urtikaria, Hypotonie, Bewusstlosigk. u./od. Stenokardie, Konjunktivitis. Sehr häufig: Leichte bis mittelschw. infusionsbedingte Reakt. m. Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, Schwindel, Atemnot. Leichte bis mittelschw. Mukositis. Atemnot (z. T. schwerwiegend). In seltenen Fällen: Angina pectoris, Myokardinfarkt oder Herzstillstand. Meist reversible Hautreakt. (akneartiger Ausschlag, weniger häufig Pruritus, Hauttrockenheit, Desquamation, Hypertrichose, Nagelveränd. (z. B. Paronychie), Hautnekrosen). Leichter bis mäßiger Anstieg d. Leberenzyme. In einigen Fällen Elektrolytstörungen: Hypomagnesiämie, Hypocalcämie o. Hypokaliämie. **Dosierung:** Initialdosis: 400 mg Erbitux®/m<sup>2</sup> KO, danach wöchentl. 250 mg/m<sup>2</sup> KO. Max. Infusionsrate 10 mg/min. Verabreichung i.v. **Prämedikation:** Vor 1. Infusion Vorbehandl. mit Antihistaminikum (H1). Prämedikation auch vor allen weit. Infusionen empfohlen. Anwend. v. Erbitux® stets unter Aufsicht eines in der Anwend. v. antineoplast. Arzneimitteln erfahrenen Arztes. Nähere Angaben s. Fach- und Gebrauchsinformation. Stand: Februar 2007. Merck KGaA, 64721 Darmstadt. ERBITUX® is a trademark of ImClone Systems Incorporated used under license by Merck KGaA, Darmstadt, Germany.

# Vorwort

Hartmut Reiners

Die Versorgung von Krebspatienten erfordert von allen Beteiligten ein hohes Maß an Situationserfahrung, ausgezeichnete Kompetenzen auf verschiedenen Gebieten des jeweiligen Tätigkeitsfeldes und die Fähigkeit zu teilweise ganz pragmatischen Lösungen. Dabei spielen die Versorger-Patient-Beziehung und die Kommunikation herausragende Rollen. Deren Inhalte und Themen haben sich im Laufe der Zeit deutlich verändert. Wurden Krebspatienten früher z. B. kaum und nicht selten gar nicht über ihre Diagnose oder einen ungünstigen Krankheitsverlauf aufgeklärt, ist dies heute selbstverständlich. Zudem haben Patienten und ihre Angehörigen entscheidende Entwicklungen in der Auseinandersetzung mit der Krankheit gemacht und sprechen ihre Situation, Ängste und Konflikte an. Dieser Trend in Richtung „Patientenkompetenz“ stellt an die Behandler große Anforderungen.

Um Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und psychosoziale Fachkräfte sowie weitere onkologisch tätige Berufsgruppen bei ihren anspruchsvollen und verantwortungsvollen Tätigkeiten zu unterstützen, wurde die vorliegende Broschüre entwickelt. Sie entspringt dem der LAGO aus der Praxis heran getragenen Wunsch, praktische Hilfen anzubieten, die dem Personal den Umgang bzw. die Kommunikation mit belasteten Krebspatienten und ihren Angehörigen erleichtern und eine ganzheitliche Betreuung ermöglichen. Zudem sollen Wege zur Pflege der eigenen Psychohygiene des Personals aufgezeigt werden.

Hierzu werden konkrete, praxisrelevante Belastungssituationen und -faktoren onkologischer Erkrankungen dargestellt und konkrete Lösungsansätze für Handlungsoptionen vorgeschlagen und erläutert. Darüber hinaus werden Wege aufgezeigt, wo benötigte Informationen und weitere Hilfen beschafft werden können. Die in dieser Broschüre beschriebenen Situationen konzentrieren sich in erster Linie auf den Krankenhausbereich. Viele Aspekte sind jedoch auch auf die ambulante Versorgung übertragbar.

Der Autor und die Autorinnen dieser Broschüre verfügen über jahre- bzw. jahrzehntelange Erfahrung im Umgang mit Krebsbetroffenen und versorgen diese auf der Grundlage des aktuellen Stands der wissenschaftlichen Forschung. Die Empfehlungen dieser Broschüre basieren auf einem soliden Fachwissen ergänzt durch subjektive Erfahrungen.

Der vorliegende neue Band IV in der Reihe Wegweiser Onkologie der LAGO Brandenburg e.V. wurde von den Autoren ehrenamtlich erstellt. Dafür gilt Ihnen der herzliche Dank der Herausgeberin.

Ich wünsche unserer neuen Broschüre in der bewährten „Wegweiser“-Reihe eine weitreichende Verwendung. Wir sind gespannt auf Ihre Meinung. Bitte nutzen Sie hierfür unser in der Broschüre abgedrucktes Feedback-Formular oder nehmen Sie mit mir oder unserer Geschäftsstelle Kontakt auf. Wir freuen uns auf Ihre Erfahrungsberichte und Ihre Anregungen.

Potsdam, November 2007



Ihr Hartmut Reiners, Vorstandsvorsitzender

Schwerpunkt Krankenhaus  
in der Region  
Potsdam/Brandenburg

# KLINIKUM ERNST VON BERGMANN

GEMEINNÜTZIGE GMBH

— POTSDAM —



Das Klinikum Ernst von Bergmann ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und zählt mit 1.029 Planbetten zu den größten Krankenhäusern im Land Brandenburg. Das Klinikum umfasst 9 Zentren und 25 Fachabteilungen. Für unsere Patienten stehen modernste Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung.

- Rettungsstelle 24h, Tel.: 0331. 241-5051
- Zentrum für Hämatologie, Onkologie und Strahlenheilkunde
  - Klinik für Hämatologie und Onkologie
  - Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie, Brachytherapie
  - Klinik für nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie
- Wöchentliche, interdisziplinäre Tumorkonferenz
- Tumorzentrum Potsdam
- Alle Krebserkrankungen werden im Team von Ärzten, Pflegekräften, Psychologen und Sozialarbeitern ganzheitlich betreut und behandelt
- Teilnahme an zahlreichen Multizenterstudien und Klinischen Studien mit Gütesiegeln der Deutschen Krebsgesellschaft

Sprechen Sie mit uns. Ihr Ärzte- und Pflegeteam der Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH.

## Klinikum Ernst von Bergmann

Akademisches Lehrkrankenhaus der Humboldt-Universität Berlin/Charité  
Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam · Telefon: 0331. 241 - 0  
[www.klinikumevb.de](http://www.klinikumevb.de)

**Klinik** Tel.: 0331. 241-

### Zentrum für Chirurgie

Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie -5202  
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie -5402  
Klinik für Urologie -6902

### Zentrum für Frauen- und Kinderheilkunde

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin -5902  
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe -5602

### Zentrum für Hämatologie, Onkologie, Strahlenheilkunde

Hämatologie und Onkologie -6002  
Klinik für Strahlentherapie -6802  
Klinik für Nuklearmedizin -6402

### Herz-Thorax-Gefäßzentrum

Kardiologie, Angiologie und Konservative Intensivmedizin -6102  
Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie -5302

### Kopf- und Hautzentrum

Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde -5702  
Klinik für Augenheilkunde -5102  
Klinik für Dermatologie und Allergologie -5502  
Klinik für Neurologie -7102  
Fachbereich Neurochirurgie -5414

### Zentrum für Innere Medizin

Nephrologie und Endokrinologie -6302  
Gastroenterologie, Infektiologie und Pneumologie -6202

### Zentrum für Anaesthesiologie und Intensivmedizin

-5002  
**Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik** -7502

### Zentrum für Diagnostik

Diagnostische und Interventionelle Radiologie -6702  
Pathologie -6502  
Zentrallabor -7002

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einführung</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Zum Umgang mit Belastungs- faktoren onkologischer Erkrankungen</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Akutversorgung</b>	<b>11</b>
2.1.1	Einleitung	11
2.1.2	Die Spezifik der Patientensituation zum Zeitpunkt der Erkrankung	13
2.1.3	Akutversorgung: Problemsituationen und Lösungsansätze	14
2.1.3.1	Zeit der Diagnostik:	14
2.1.3.1.1	Angst	14
2.1.3.1.2	Ungeduld und Ärger	15
2.1.3.1.3	Ablehnung diagnostischer Maßnahmen	16
2.1.3.2	Aufklärung und Behandlungsbeginn	18
2.1.3.2.1	Akute Belastungssituation	18
2.1.3.2.2	Die ärztliche Aufklärung über eine durch die Diagnose zu erwartende Begrenzung der Lebenszeit	20
2.1.3.2.3	Passivität	21
2.1.3.2.4	Misstrauen und „Nicht-wahr-haben-wollen“	23
2.1.3.2.5	Verharmlosung (der Diagnose)	24
2.1.3.2.6	Delegieren von Eigenverantwortung	25
2.1.3.2.7	Informationsbedarf Angehöriger	26
2.1.3.2.8	Hadern mit der Erkrankung	27
2.1.3.2.9	Schuldfragen	27
2.1.3.2.10	Selbstvorwürfe	28
2.1.3.2.11	Distanzierte Angehörige	28
2.1.3.2.12	Sehnsucht nach Normalität	29
2.1.3.2.13	Ablehnung empfohlener Therapien	29
2.1.3.3	Therapiephase	30
2.1.3.3.1	Drohender Therapieabbruch bei Nebenwirkungen, Schmerz und Übelkeit	30
2.1.3.3.2	Ansprüche	33
2.1.3.3.3	Aggressivität	33
2.1.3.3.4	Euphorie	34
2.1.3.3.5	Klinik als Zuflucht	34
<b>2.2</b>	<b>Nachsorge/Rückkehr in den Alltag</b>	<b>37</b>
2.2.1	Einleitung	37
2.2.2	Die Spezifik von psychischer Problematik am Ende der Primärbehandlung	38
2.2.3	Nachsorge/Rückkehr in den Alltag: Problemsituationen und Lösungsansätze	39
2.2.3.1	Angst vor zu Hause	39
2.2.3.2	Unzufriedenheit mit dem Befinden	40
2.2.3.3	Lebensanspruch und reale Leistungsfähigkeit	40
2.2.3.4	Sprach- und Hilflosigkeit zwischen Partnern	41
2.2.3.5	Belastung durch Passivität	42
<b>2.3</b>	<b>Fortschreitende Erkrankung</b>	<b>43</b>
2.3.1	Einleitung	43
2.3.2	Die Spezifik von psychischer Problematik in der Phase fortschreitender Erkrankung	44
2.3.3	Fortschreitende Erkrankung: Problemsituationen und Lösungsansätze	44
2.3.3.1	Umgang mit Rückfällen	44
2.3.3.2	Auseinandersetzung mit „Alternativtherapien“	45
2.3.3.3	Verluste	46
2.3.3.4	Mobilisierung von Kraftressourcen in der Phase fortschreitender Erkrankung	47

2.3.3.5	Balance zwischen therapeutischen Angeboten und Kraftressourcen des Patienten .....	48
2.3.3.6	Passivität bei Behandlungsentscheidungen .....	49
2.3.3.7	Regelung familiärer Angelegenheiten bei fortgeschrittener Erkrankung .....	50
2.3.3.8	Angebot Palliativstation .....	51
2.3.3.9	Ärztliches Gespräch über Behandlungsabbruch .....	52
<b>2.4</b>	<b>Begrenzte Lebenszeit .....</b>	<b>53</b>
2.4.1	Einleitung .....	53
2.4.2	Die Spezifik von psychischer Problematik in der Phase der begrenzten Lebenszeit .....	53
2.4.3	Begrenzte Lebenszeit: Problemsituationen und Lösungsansätze .....	54
2.4.3.1	Ärztliches Gespräch am Übergang zur Terminalphase .....	54
2.4.3.2	Patientenverfügung: Für und Wider .....	57
2.4.3.3	Besprechen von Perspektiven hinsichtlich des Sterbeortes .....	59
2.4.3.4	Sterbenden Geborgenheit im Krankenhaus vermitteln .....	60
2.4.3.5	Besonderheiten der Pflege bei Sterbenden .....	61
2.4.3.6	Besonderheiten der Gesprächsführung bei Sterbenden .....	62
2.4.3.7	Die „letzten wichtigen Dinge“ regeln .....	66
2.4.3.8	Die Symbolsprache Sterbender .....	67
2.4.3.9	Die Begleitung von Angehörigen Sterbender .....	68
2.4.3.10	Überforderungserleben von Ärzten und Krankenhausmitarbeitern bei der Begleitung Sterbender .....	72
<b>3</b>	<b>Glossar .....</b>	<b>73</b>
3.1	Begriffe .....	73
3.2	Techniken .....	80
3.3	Therapeutenmerkmale .....	82
3.4	Orientierungshilfen .....	83
3.4.1	Grundannahmen für Therapeuten (n. Linehan, vgl. DBT) .....	83
3.4.2	Elf Gesetze für die Psychotherapie (n. Fred H. Kanfer) .....	83
<b>4</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>84</b>
4.1	Autorenverzeichnis .....	84
4.2	Literaturverzeichnis .....	85
4.3	Adressen .....	88
4.4	Entlastungsmöglichkeiten für das Betreuungspersonal .....	91
4.5	Ausgewählte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten .....	92
4.5.1	Einleitung .....	92
4.5.2	Fortbildungsangebote der LAGO Brandenburg e.V. ....	93
4.5.2.1	Basisseminar psychosoziale onkologische Versorgung/BPO .....	93
4.5.2.2	LAGO-Tagung Onkologie Land Brandenburg .....	93
4.5.2.3	Potsdamer Hospiztag .....	93
4.5.2.4	Fortbildungen .....	94
4.5.3	Vorstellung der Bildungsträger .....	94
4.5.3.1	Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Brandenburg .....	94
4.5.3.2	Brandenburgisches Bildungswerk für Medizin und Soziales e.V. ....	94
4.5.3.3	Institut für Weiterbildung in der Kranken- & Altenpflege gGmbH (IWK) .....	94
4.5.3.4	Wannsee-Akademie .....	95
4.5.3.5	Dr. Mildred Scheel Akademie .....	95
4.5.3.6	Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO) .....	95
4.6	Informationen zur Patientenverfügung .....	96
4.7	Hornheider Fragebogen .....	97
4.8	Feedback-Formular .....	98
4.9	Impressum .....	98

# 1 Einführung

## Einführung

Für einen Menschen, der die Diagnose „Krebs“ mitgeteilt bekommt, ist danach nichts mehr so, wie es war. Die Erkrankung reißt den Patienten buchstäblich aus seinem normalen Lebensablauf heraus und beeinträchtigt seine Lebensqualität und sein Selbstbewusstsein in erheblicher Weise. In den verschiedenen Behandlungsphasen in der Akutklinik erschüttern insbesondere körperliche Veränderungen, die mit den Nebenwirkungen der Therapie verbunden sind, die Betroffenen in ihrem Selbstwertgefühl. Hierzu gehören z.B. der Verlust der Haare, Übelkeit und Erbrechen oder eine generelle Verminderung der körperlichen Vitalität. Krank zu sein bedeutet zudem nicht nur das Vorhandensein solcher Veränderungen des Körpers, sondern beinhaltet auch soziale Anpassungserfordernisse. So sind Freunde, Arbeitskollegen und die Familienangehörigen mehr oder weniger direkt von den Auswirkungen der Erkrankung betroffen.

Betrachtet man Patienten auf einer onkologischen Station eines Krankenhauses, kann man einerseits Optimismus und hoffnungsvolle Gesichter beobachten. Andererseits stehen jedoch Leiden und tiefe Traurigkeit, die stark mit der Angst zu sterben einher gehen, im Raum. Obwohl bei einer Reihe von Tumoren heute gute Heilungschancen bestehen, wird „Krebs“ wie kaum eine andere Krankheit mit einem Todesurteil gleich gesetzt. Bereits zur Zeit der Diagnosestellung, aber auch in allen weiteren Phasen der Erkrankung zeigen viele Patienten Ängste und psychische Störungen, wie Depressionen, die ihnen den Umgang mit ihrer Lebenssituation erschweren. Wenn Krebspatienten zur Bewältigung ihrer Krankheit Rat und Hilfe eines Psychologen suchen, bescheinigt der ihnen nicht selten eine so genannte Anpassungsstörung. Geschätzt wird, dass mindestens 30 % der Betroffenen unter behandlungsbedürftigen psychischen Beeinträchtigungen leiden (vgl. Keller 2001).

In ihrem Bedürfnis mit solchen Gefühlen umzugehen und trotz der existenziellen Ängste wieder Hoffnung zu schöpfen, können Krebspatienten in der Akutklinik häufig nur unzureichend unterstützt werden. Trotz einer prinzipiell positiven Entwicklung in der psychoonkologischen Versorgung ist es deutschlandweit heute bei weitem immer noch keine reguläre Leistung, den Patienten parallel zur Diagnoseeröffnung bzw. bei schwerwiegenden Behandlungsmaßnahmen eine psychologische Begleitung zur Unterstützung direkt anzubieten. Ähnlich defizitär zeigt sich die Versorgung von Angehörigen.

Ebenso wenig sind adäquate und bedarfsgerechte Unterstützungsstrukturen für das onkologisch tätige Personal in ausreichendem Maße etabliert. Die Notwendigkeit von Maßnahmen, die geeignet sind, Belastungen durch die emotionale Betroffenheit im Umgang mit den Patienten, berufliche und persönliche Selbstzweifel und dem Umgang mit Sterbenden zu reduzieren, ist jedoch evident (vgl. Herschbach & Brandt 1998).

Psychoonkologische Arbeit ist von den ökonomischen Zwängen und Bedingungen in der Akutversorgung besonders betroffen. Wenn ausgebildete Psychoonkologen fehlen, wird abgesehen davon, dass das onkologisch tätige Personal selbst keine Unterstützung erhält, zusätzlich in vielen Kliniken erwartet, dass es psychoonkologische Arbeit „mit erledigt“. Ärzte und Pflegepersonal sind mit diesen Zusatzaufgaben hoffnungslos überlastet. Zudem setzt eine solche Tätigkeit spezifische kommunikative und psychosoziale Kompetenzen voraus, um Betroffene in ihrer Krankheitsituation, den damit verbundenen Konflikten oder Krisen emotional oder in anderer Weise stützen zu können. Solche Kompetenzen für die Interaktion mit den Patienten müssen erworben werden. Diese sind, wie Keller & Kappauf (2002) beispielhaft beschreiben, genauso wenig Intuition wie die Operationstechnik eines exzellenten Chirurgen. Sie werden dem onkologischen Personal weder „automatisch in die Wiege gelegt“, noch werden sie ihnen im Rahmen von deren Ausbildungen vermittelt. Eine entsprechende Qualifikation fehlt häufig.

Allerdings nimmt die Kommunikation mit den Patienten im Klinikalltag eine zentrale Stelle ein. An dieser haben alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen einen Anteil. In besonderem Maße trifft dies für Ärzte und Pflegekräfte zu, die die meiste Zeit mit den Betroffenen verbringen und ihnen im Behandlungsverlauf sehr nah sind (vgl. Fallowfield et al. 2002). Eine kontinuierliche Kommunikation mit dem onkologischen Personal dient dem Patienten als Schlüssel zum Verständnis seiner Krankheit und seiner Beschwerden und bildet umgekehrt für die Behandelnden die Grundlage, das Erleben des Patienten zu verstehen (Aulbert 1997). Vor diesem Hintergrund ist es für die onkologisch Tätigen wichtig einschätzen zu können, wie sie das Gespräch mit dem Patienten gestalten, welche persönliche Grenzen sie haben und wie sie das, was sie kommunizieren, einfühlsam vermitteln können. Das bedeutet gleichzeitig, dass sie einem Patienten auch dann eine adäquate Betreuung zukommen lassen, wenn ihnen dieser aus persönlichen Gründen unsympathisch ist, er „schwierig“ erscheint oder sie aus anderen Gründen mit ihm nicht umgehen können oder wollen. In diesem Zusammenhang fühlt sich das Personal nicht selten überfordert (vgl. Thielking-Wagner 2006).

# Und das Leben bleibt lebenswert



MADAUS

## Supportive Tumorthherapie

MADAUS



Natur und Wissenschaft

## Lektinol®

### Klinische Studien nach GCP-Standard belegen:

- signifikante Verbesserung der Lebensqualität\* während
  - Chemotherapie
  - Follow-up
- signifikante Verbesserung des Immunstatus\*
- gute lokale und systemische Verträglichkeit\*

Weitere Informationen erhalten Sie unter: **www.madaus.de** oder **0800 - 1009277**

**Lektinol® MADAUS** Injektionslösung. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 Ampulle mit 0,5 ml Injektionslösung enthält: Wässrigen Auszug [1 : 1,1-1,5] aus unverholzten Mistelzweigen mit Blättern 0,02 - 0,07 mg normiert auf 15 ng aktives Mistellektin, bestimmt als Mistellektin I. **Sonstige Bestandteile:** Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat-Dodecahydrat, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Natriummedetat, Povidon K < 18, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Zur Palliativtherapie (unterstützende Behandlung) im Sinne einer unspezifischen Reiztherapie bei malignen Tumoren. **Gegenanzeigen:** Eiweißüberempfindlichkeit, chronisch-progrediente Infektionen (z.B. Tbc) und bekannte Überempfindlichkeit gegen Mistelzubereitungen. Während der Schwangerschaft und Stillzeit sollte Lektinol® nicht angewendet werden. Da keine ausreichenden Untersuchungen mit Lektinol® bei Kindern vorliegen, sollte das Präparat bei Patienten unter 12 Jahren nicht eingesetzt werden. **Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und Warnhinweise:** Nicht in entzündete Hautareale (Venenentzündungen) oder in Bestrahlungsfelder injizieren. Bei Tumorerkrankungen des hämatologischen und lymphatischen Systems sowie bei immunogenen Tumoren (z.B. Nierenzellkarzinom, malignes Melanom) sollte eine Anwendung nur nach ärztlicher Empfehlung und unter engmaschiger Kontrolle erfolgen, da hierzu noch keine ausreichenden klinischen Daten vorliegen. **Nebenwirkungen:** Bei subkutaner Injektion kann sehr häufig eine vorübergehende Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle auftreten. Sehr selten können Schüttelfrost, hohes Fieber, Kopfschmerzen, pektanginöse Beschwerden, orthostatische Kreislaufstörungen und allergische Reaktionen auftreten. **MADAUS GmbH, 51101 Köln. www.madaus.de.** Stand: September 2005.

\* Semiglasov VF, Slepula VV, Dudov A, Lehmacher W, Mengs U (2004) The standardised mistletoe extract PS76 A2 improves QoL in patients with breast cancer receiving adjuvant CMF chemotherapy: A randomised, placebo-controlled, double-blind, multicentre trial: Anticancer Research 24: 1293-1302.

Semiglasov VF, Slepula VV, Dudov A, Lehmacher W, Mengs U (2006) QoL is improved in breast cancer patients by standardised Mistletoe extract PS76 A2 during chemotherapy and follow-up: A randomised, placebo-controlled, double-blind, multicentre clinical trial: Anticancer Research 26: 1519-1530.

Vor diesem Hintergrund wurde die vorliegende Broschüre entwickelt. Sie erhebt allerdings keineswegs den Anspruch auf ein „Lehrbuch“. Ebenso wenig will und kann sie notwendige Qualifizierungsmaßnahmen und Fortbildungen ersetzen. Der Autor und die Autorinnen hoffen aber, durch die Beschreibung von einigen typischen bzw. häufig vom Personal erlebten Konfliktsituationen im Klinikalltag verbunden mit Vorschlägen von Lösungsansätzen bei den Nutzern der Broschüre einen „Wiedererkennungseffekt“ zu erzielen und im Ergebnis Anregungen geben zu können, wie mit den beschriebenen und ähnlichen Situationen sowohl zum Wohl des Patienten als auch der Behandler selbst besser umgegangen werden kann.

## Struktur der Broschüre

### Die Informationen dieser Broschüre sind wie folgt strukturiert:

#### Kapitel 2

Im dieser Einführung folgenden **Kapitel 2** werden Belastungssituationen nach den Versorgungsbereichen Akutversorgung, Nachsorge bzw. Rückkehr in den Alltag, fortschreitende Erkrankung und begrenzte Lebenszeit gegliedert dargestellt. Es werden für jede Phase die Spezifika der psychischen Problematik beschrieben. Daran anschließend konzentrieren sich die Ausführungen auf konkrete Problemsituationen in der jeweiligen Phase. Für jede dieser Situationen werden Vorschläge für mögliches Handeln gegeben.

#### Kapitel 3

Im **Kapitel 3**, dem **Glossar**, können in kurzer und übersichtlicher Form Erläuterungen und Definitionen zu bei der psychoonkologischen Versorgung wichtigen Begriffen, Techniken, Therapeutenmerkmalen und Orientierungshilfen nachgeschlagen werden.

#### Kapitel 4

Im **Anhang (Kapitel 4)** sind abschließend das **Autoren- und Literaturverzeichnis**, **Adressen**, Übersichten zu **Entlastungs- und Entspannungsmethoden** und ausgewählten **Fort- und Weiterbildungsangeboten**, **Informationen zur Patientenverfügung** und ein Formular für ein persönliches **Feedback** zur Broschüre abgedruckt.

## Hinweis

Selbstverständlich sind bei allen Bezeichnungen beide Geschlechter gemeint. Wir haben uns im Interesse der Lesefreundlichkeit in den meisten Fällen auf einheitliche Benennungen verständigt. Dies gilt für alle Folgeseiten innerhalb dieser Broschüre.

## 2 Zum Umgang mit Belastungsfaktoren onkologischer Erkrankungen

### Zum Umgang mit Belastungsfaktoren onkologischer Erkrankungen

Die Konfrontation mit einer Krebserkrankung bewirkt auf allen Ebenen des Erlebens eine oft grundlegende Erschütterung bisher als sicher und verlässlich wahrgenommener Grundpfeiler des Daseins. Fast jeder Betroffene und seine Angehörigen haben das Gefühl, „aus der Bahn geworfen“ zu sein. Dabei kann es individuell ganz unterschiedlich sein, wie sich dieser Zustand zeigt. So kann jemand plötzlich mehr in sich gehen, ohne sich äußerlich etwas anmerken zu lassen. Ein anderer fühlt sich nun verletzlich und sucht verstärkt Schutz bei seinen Angehörigen. Zumeist zeigen sich in diesen Verhaltensweisen ganz persönliche Reaktionsmuster auf schwere Belastungen, die der Patient und seine Angehörigen gut kennen. Dennoch sind aber auch unerwartete Reaktionen möglich, mit denen noch niemand so richtig umzugehen weiß. Alle Beteiligten erscheinen dann ratlos oder reagieren ihrerseits vielleicht auch in ungewohnter Weise. Im Folgenden sind solche Situationen beispielhaft beschrieben. Das Aufzeigen von Lösungsansätzen soll helfen, besser damit umzugehen.

### 2.1 Akutversorgung

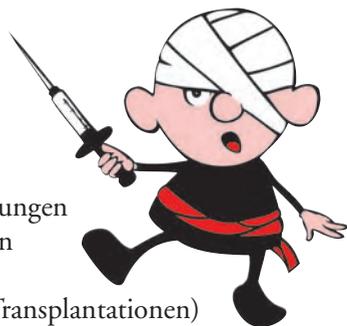
### Akutversorgung

#### 2.1.1 Einleitung

#### Einleitung

Auf onkologischen Stationen wird in Folge kürzer gewordener stationärer Behandlungszeiten in jeder Arbeitswoche eine Vielzahl von Patienten aufgenommen, diagnostiziert, therapiert und wieder entlassen. Die einzelnen Arbeitsphasen verlangen von Ärzten und Pflegenden ein hohes Maß an Ausführungsgenauigkeit, Schnelligkeit und Klarheit. Dagegen kommen die Patienten dieser Stationen oft verunsichert oder irritiert und „dünnhäutig“ zur Aufnahme. Sie haben ihre häusliche Umgebung verlassen und begeben sich auf der Station in ein fremdes Zuhause. Dort angekommen erleben sie, dass Arbeitsabläufe routiniert vonstatten gehen, dass „die Maschine läuft“: Telefone klingeln, überall „piept etwas“, Schwestern informieren sich untereinander über weite Distanzen, sind also laut, andere Patienten laufen wie selbstverständlich mit kahlem Kopf über den Flur, usw. Diese Umgebung wirkt häufig erschreckend besonders auf neue Patienten. Dennoch passen sich die meisten schnell der Routine an. Diese Anpassungsfähigkeit rührt häufig daher, dass ein Patient nicht unangenehm auffallen möchte, als „jemand, der den Laden aufhält“. Starkes gefühlsmäßiges Erleben, das der existenziellen Tragweite der mitgeteilten und besprochenen Diagnosen und Behandlungen entsprechen würde, wird daher von Patienten oft schon im Ansatz unterdrückt.

# Im Mittelpunkt: Ihr Kind.



## DAS SPEKTRUM UNSERER ABTEILUNG:

**Diagnostik:** alle kindlichen Leukämien und Tumorerkrankungen

**Behandlung:** alle Kinder- und Jugendlichen mit Leukämien und Tumorerkrankungen nach den aktuellen Protokollen (Ausnahmen: operative Therapie von Knochentumoren, Transplantationen)

**Kooperative Zusammenarbeit** mit Kinderchirurgen und Neurochirurgen und allen anderen Fachrichtungen, die das gesamte Spektrum abdecken

**Erfahrenes Team:** Kinderonkologen, Schwestern, Physiotherapeuten, Psychologen, Ergotherapeuten, Erzieherinnen und Sozialarbeiter

Ich bin's:  
»Thiemi«,  
das neue  
Maskottchen  
des CTK.



## WIR BIETEN AUSSERDEM:

- Krankenhausschule (Klassen 1-13)
- Ronald-McDonald-Elternhaus unmittelbar neben unserem Klinikum
- Zusammenarbeit mit der »Elterninitiative krebskranker Kinder« e.V. Cottbus



Vor diesem Hintergrund erhalten Gespräche von Ärzten und Pflegenden mit Krebspatienten eine besondere Bedeutung. Auf Seiten von Patienten bleiben Emotionen, wie Angst, Trauer, Ärger und Wut, häufig unbewusst. Aber auch die betreuenden Ärzte und Pflegenden neigen zu Schutzreaktionen, um solche Gefühle nicht an sich heranzulassen oder sie in sich selbst abzuwehren. Unbewusste Ängste vor eigener Ohnmacht und möglicher Destabilisierung, die Angst, „nicht richtig zu funktionieren, wenn etwa zuviel Gefühl zugelassen wird“, können das Gespräch bestimmen. Zudem können sie die emotionale Abwehr von Patienten verstärken und dazu führen, dass Patienten sich völlig verschließen, sich einsam und unverstanden fühlen oder die Compliance verweigern.

### 2.1.2 Die Spezifik der Patientensituation zum Zeitpunkt der Erkrankung

Um ungünstige Entwicklungen psychischer Prozesse bei Krebspatienten rechtzeitig zu erkennen ist es wichtig, sich die in der Einleitung beschriebenen Bedingungen bei der stationären Erstaufnahme bewusst zu machen:

Patienten, die neu in den Alltag onkologischer Stationen eintreten, meist bereits konfrontiert mit lebensbedrohlichen Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen, sind besonders empfindlich und psychisch verwundbar. Die Krankenhausmitarbeiter hingegen müssen auf einem fachlich hohen, anspruchsvollen und komplexen Niveau die Anforderungen der täglichen Arbeitsroutine meistern. Dies führt dazu, dass sich neue Patienten oft den unausgesprochenen Erwartungen der Krankenhausmitarbeiter ausgesetzt fühlen, in der Routine der Station ebenfalls „funktionieren“ zu müssen und keinesfalls emotional „überzureagieren“.

Definition „Emotionen/Gefühle“

vgl. Glossar S. 74

Definition „Compliance“

vgl. Glossar S. 73

### Die Spezifik der Patientensituation zum Zeitpunkt der Erkrankung

Gemeinsam  
Ziele  
erreichen.



medac  
onkologie  
hamatologie

## Anpassungsdruck

Der Anpassungsdruck erschwert bei vielen Patienten ein individuelles Ankommen und fördert Abwehrmechanismen, die wichtige individuelle Anpassungsprozesse an die Erkrankung erschweren. Deshalb lohnt es sich für das Stationspersonal darüber nachzudenken, ob neue Patienten in anderer Weise aufgenommen werden könnten als Stammpatienten. Oft bedarf es nur weniger Worte der Einfühlung und des Eingehens auf die neue Situation, um Patienten das Gefühl des Aufgehobenseins auf der Station zu geben.

Im folgenden Kapitel werden typische Problemsituationen mit Patienten, die in den Phasen der Diagnostik und Primärbehandlung auftreten und beim betreuenden medizinischen Personal häufig zu Verunsicherung führen, beschrieben und vorgeschlagen.

## Akutversorgung

### 2.1.3 Akutversorgung: Problemsituationen und Lösungsansätze

## Zeit der Diagnostik

#### 2.1.3.1 Zeit der Diagnostik

## Angst

#### 2.1.3.1.1 Angst

Einige Patienten, die zur Abklärung einer Krebsverdachtsdiagnose ins Krankenhaus überwiesen werden oder auf onkologische Stationen wechseln, reagieren während der oft langwährenden Untersuchungszeiträume mit starker Unruhe, Anspannung, extremer Zurückgezogenheit oder übermäßigem Bewegungsdrang. Andere berichten von Schlafstörungen oder Angstzuständen.

Ärzte und Pflegende fragen sich in dieser Situation, ob sie sich eher zurückhalten und Patienten darauf orientieren sollen, auf den endgültigen Befund zu warten, oder ob sie bis dahin Hoffnungen aufrechterhalten, oder aber auf den möglichen negativen Ausgang hinlenken und vorbereiten sollen.

## Lösungsansätze

#### *Lösungsansätze:*

Es handelt sich bei den beschriebenen Symptomen bereits um leichtere Ausprägungen einer akuten Belastungsstörung. Diese können sich verstärken, wenn Kontakte und Gespräche vom Stationspersonal vermieden werden. Ältere Patienten sind besonders gefährdet! Jede Form von Zuwendung und emotionaler Unterstützung kann hier präventiv wirken. Jeder Patient hat das Recht, bis zur endgültigen Bestätigung oder Widerlegung der Verdachtsdiagnose darauf hoffen zu dürfen, dass sich seine Situation positiv entwickeln wird.

Begleiter können die Hoffnung mittragen und beruhigen, indem sie immer wieder die Geduld und Kraft im Patienten ansprechen, die nötig ist,

um auf den Untersuchungsbefund zu warten: „Die Untersuchungen sind alle wichtig, um den Verdacht auszuschließen oder aber die Behandlung herauszufinden, die genau Ihnen helfen kann.“.

In den Fällen, wo Patienten bereits mit deutlichen Symptomen einer fortgeschrittenen Krebserkrankung aufgenommen werden, sollen Ärzte und Pflegende natürlich nicht entgegen ihrer Erfahrung unbegründete Hoffnung verbreiten. Nur Zuwendung, die auf Ehrlichkeit beruht, wird längerfristig Wirkung auf Patienten haben. Auch vor dem Hintergrund einer erwarteten kaum zu behandelnden Erkrankung geht es darum, den Blick des Patienten auf die nächste Zeit zu richten und zunächst Geborgenheit zu vermitteln: „Wir sind für Sie da.“ Dabei sollten Aussagen wie „Es wird schon wieder“ o. ä. unbedingt vermieden werden, da solche pauschalen und letztlich inhaltsleeren Äußerungen für den Patienten keine Orientierung bedeuten.

### 2.1.3.1.2 Ungeduld und Ärger

In der Situation des Wartens auf die verschiedenen Untersuchungstermine fragen manche Patienten fortwährend beim Stationspersonal nach, wann die Untersuchung nun stattfindet. Oder aber sie sind gereizt und ungehalten, wenn sie auf die Untersuchung oder den Befund lange warten müssen.

#### Lösungsansätze:

Hinter dieser scheinbaren Forderungshaltung steht vielfach eine existentielle Beunruhigung des Patienten. Daher sollten Schwestern und Pflegende in diesen oder ähnlichen Situationen nicht nur auf der sachlichen Ebene antworten („Wir haben keinen Einfluss auf die Terminvergabe, Befundauswertung, etc.“), sondern dem Patienten immer auch seine emotionale Befindlichkeit spiegeln:

### Ungeduld und Ärger

### Lösungsansätze



König & May | Jägerallee 28 | 14469 Potsdam  
**Kongresse, Seminare & Lehrgänge  
 für medizinisches Fachpersonal**

Aktuelle Information unter: <http://www.km-potsdam.de>

**Definition**

„Emotionales Spiegeln“

vgl. Glossar S. 80

Eine solche „emotionale Spiegelung“ ist möglich in Form einer Vermutung, besser noch in Form einer Frage, z. B.:

- „Kann es sein, dass es jetzt quälend für Sie ist, die lange Wartezeit auszuhalten?“
- „Ist meine Vermutung richtig, dass Sie sehr unruhig sind, weil von dem Ergebnis jetzt für Sie eine Menge abhängt?“

Einige wenige Signale der Anteilnahme führen oft schnell zu einer gewissen Beruhigung.

Zu wissen, dass das Verhalten vieler Patienten durch krankheitsbedingte Phasen von Ungeduld und Ärger beeinflusst werden kann, sollte nicht zu einer vorschnellen Erklärung für sämtliche Kritik von Seiten der Patienten werden. Sich häufende Kritikpunkte sollten als Hinweise auf tatsächliche Strukturprobleme des Krankenhauses oder ungünstig wirkende Verhaltensweisen der Krankenhausmitarbeiter akzeptiert werden. Werden die kritischen Hinweise im Sinne eines Verbesserungsvorschlages verstanden, der allen zugute käme, wäre es einfacher, die Unzufriedenheit des Patienten ohne eigene Verärgerung hinzunehmen und über Möglichkeiten der Optimierung nachzudenken. Auch Nachfragen und eine Rückmeldung an den Patienten geben ihm zu verstehen, dass er gehört wurde und die Möglichkeit hat, auf seinen Behandlungsverlauf Einfluss zu nehmen.

### Ablehnung diagnostischer Maßnahmen

#### 2.1.3.1.3 Ablehnung diagnostischer Maßnahmen

Es kommt zwar sehr selten vor, aber es gibt Fälle, in denen sich Ärzte und Pflegende Patienten gegenüber sehen, die bei einem sich während der Diagnostik ergebenden Krebsverdacht jede weitere Untersuchung ablehnen. Wie ist damit umzugehen?



- Grundlagen- und Praxiswissen der Schmerz-Psychotherapie für Psychologen und Ärzte!
- Ihr praktischer Nutzen: Fallbeispiele, Kurzeinführung zum Thema, Kernsätze
- Pflichtwissen zur Erlangung des Zertifikats „Psychologische Schmerztherapie“ der DGSS und DGPSF

6. Aufl. 2007. 688 S. 77 Abb., 13 in Farbe.  
Geb. € (D) 59,95; € (A) 61,63; sFr 98,00  
ISBN 978-3-540-72281-6

Neuaufgabe

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt. sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

**Jetzt in Ihrer Buchhandlung.**

[springer.de](http://springer.de)



Es war weniger anstrengend  
als befürchtet. Danke!

Sehr geehrter Herr Doktor,  
nach der Krebsdiagnose habe ich mich gefragt,  
wie ich bloß die Chemotherapie überstehen soll.  
Heute kann ich sagen: Es war weniger  
anstrengend als befürchtet.

TAXOTERE® 20 mg/TAXOTERE® 80 mg. **Wirkstoff:** Docetaxel – verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 Durchstechflasche Taxotere 20 mg/Taxotere 80 mg zur Einmaldosis enthält Docetaxel als Trihydrat entsprechend 20 mg/80 mg Docetaxel (wasserfrei). Die viskose Lösung enthält 40 mg/ml Docetaxel (wasserfrei). **Sonstige Bestandteile:** Taxotere Durchstechflasche: Polysorbat 80. Lösungsmittel-Durchstechflasche: Ethanol in Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** In Komb. mit Doxorubicin od. Trastuzumab b. Patientinnen mit lokal fortgeschr. od. metastasiertem Brustkrebs oh. vorherige Chemotherapie. Monotherapie od. Komb. mit Capecitabin b. lokal fortgeschr. od. metastasiertem Brustkrebs nach Versagen einer vorherigen Chemotherapie, die ein Anthrazyklin od. Alkylanzien (bei Monotherapie) enthält. In Komb. mit Doxorubicin u. Cyclophosphamid für die adjuvante Therapie bei operablem, nodal positivem Brustkrebs. In Komb. mit Cisplatin bei nicht resezierbarem, lokal fortgeschr. od. metastasiertem nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom. Monotherapie bei lokal fortgeschr. od. metastasiertem, nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom nach Versagen einer vorherigen Chemotherapie. In Komb. mit Prednison od. Prednisolon zur Therapie des hormonrefraktären metastasierten Prostatakarzinoms. In Komb. mit Cisplatin u. 5-Fluorouracil zur Therapie des metastasierten Adenokarzinoms des Magens, einschließlich Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs oh. vorherige Chemotherapie. In Komb. mit Cisplatin u. 5-Fluorouracil für die Induktionstherapie bei inoperablem lokal fortgeschr. Plattenepithelkarzinom im Kopf-Hals-Bereich. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Docetaxel od. sonstigen Bestandteilen der Zubereitung. Neutrophilenzahl <1.500 Zellen/mm<sup>3</sup>. Schwangerschaft u. Stillzeit. Schwere Leberfunktionsstörung (hier Anwendung nur nach strengster Indikationsstellung). Hinweise: Anwendung nur unter Aufsicht eines qualifizierten Onkologen. Obligate Komedikation mit Kortikosteroiden zur Reduktion v. Häufigkeit u. Schweregrad v. Flüssigkeitsretentionen u. Überempfindlichkeitsreaktionen. Strenge Überwachung v. a. während der 1. u. 2. Infusion mit Taxotere: möglich sind allergische Reaktionen wie starker RR-Abfall, Bronchospasmus od. generalisierte Hautausschläge/Erytheme. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes vor der Applikation v. Taxotere. Dosisred. bei eingeschränkter Leberfunktion u. beim Auftreten v. schweren peripheren Neuropathien. Cave bei schweren Flüssigkeitseinlagerungen. Kontrazeption unter Therapie u. mindestens 3 Monate danach. Sicherheit u. Wirksamkeit bei Kindern nicht erwiesen. **Nebenwirkungen:** unterschiedliche Schweregrade, bis schwer ausgeprägt. Gut- u. bösartige Neubildungen (einschl. Zysten u. Polypen): sehr selten akute myeloische Leukämie u. myelodysplastisches Syndrom in Komb. mit anderen Chemotherapeutika u./od. Radiotherapie. Sehr häufig: nicht kumulative u. reversible Neutropenie; Fieber; Infektionen (wie Pneumonie, Sepsis); Anämie; Thrombozytopenie; Alopecie; Asthenie; Lethargie; Schlaflosigkeit; Myalgie; Arthralgien; Knochenschmerzen; Amenorrhoe; Dyspnoe; Epistaxis; Pharyngitis, Husten, Rhinorrhoe; in Komb. mit Trastuzumab sehr häufig Nasopharyngitis. Häufig: Blutungen. Überempfindlichkeitsreaktionen, gewöhnlich mild bis mäßig. Häufigste Symptome: Flush, Ausschlag mit u. ohne Juckreiz, Engegefühl i. d. Brust, Rückenschmerzen, Atemnot, Arzneimittelfieber, Schüttelfrost. Berichte über anaphylaktischen Schock. Reversible Hautreaktionen, i.A. mild bis mäßig. Weniger häufig schwere Symptome wie Hautausschläge mit Abschälungen, Nagelveränderungen, bei schweren Veränderungen mit Hypo-/Hyperpigmentierung, Schmerzen u. Nagelablösungen. Sehr selten: kutaner Lupus erythematoses, bullöse Ausschläge (Erythema multiforme, Stevens-Johnson-Syndrom), schwerwiegendes Hand-Fuß-Syndrom. Abhängig von der kumulativen Dosis Flüssigkeitsretention, periphere Ödeme u. weniger häufig Pleuraergüsse, Perikardergüsse, Aszites u. Gewichtszunahme. Selten Dehydratation u. Lungenödeme. Gastrointestinale Nebenwirkungen: Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Anorexie, Obstipation, Stomatitis, Geschmacksveränderungen, gastrointestinale Blutungen, Bauchschmerzen. Gelegentlich Ösophagitis. Selten Dehydratation als Folge gastrointestinaler Störungen (einschl. Perforationen) sowie Neutropenie induz. Enterokolitis. Selten Ileus. Milde bis moderate neurosens. Anzeichen: Parästhesien, Sensibilitätsstörungen od. Schmerzen (auch brennend). Neuromotor. Störungen prim. charakterisiert durch Schwäche, in selteneren Fällen Rigor (sehr häufig in Komb. mit Trastuzumab). Selten Krämpfe u. vorübergehende Bewusstlosigkeit. Herz: Häufig Hypo- od. Hypertonie, Rhythmusstörungen od. Herzversagen. Selten venöse Thromboembolien, Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz. Häufig: Anstieg von Serum-Transaminasen, Bilirubin u. alk. Phosphatase, sehr selten Hepatitis. Reaktionen an der Einstichstelle i.d.R. schwach (Hyperpigmentierung, Entzündungen, Hautrötungen, Hauttrockenheit, Phlebitis, Extravasate, Venenschwellungen). Seltene Fälle von Hörstörungen u./od. Verlust des Gehörs. Selten: akutes Atemnotsyndrom, interstitielle Pneumonie u. Lungenfibrose, strahleninduz. Reaktionen (Radiation-Recall-Phänomen). Seltene Fälle von Strahlenpneumonitis bei gleichzeitig. Radiotherapie. Selten Tränenfluß mit/oh. Konjunktivitis, Tränenkanalverschluss, sehr selten vorübergehende Sehstörungen während der Infusion. In Einzelfällen: Berichte von sek. Leukämien nach einer Komb. mit Cyclophosphamid u. Doxorubicin; disseminierter intravasaler Koagulation (DIC) in Verbindung mit Sepsis od. multiplem Organversagen. **Stand: Februar 2007 (4748). Pharmazeutischer Unternehmer:** Aventis Pharma S.A., 20 Avenue Raymond Aroin, F-92165 Antony Cedex, France. Postanschrift: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Potsdamer Straße 8, 10785 Berlin. AVS 702 07 005a-4782

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Jede diagnostische und therapeutische Maßnahme bedarf des Patientenverständnisses. Ohne dieses würden sich die behandelnden Ärzte im Falle eines Eingriffes des juristischen Tatbestandes der Körperverletzung schuldig machen. Patienten haben prinzipiell das Recht, eine geplante Untersuchung zu verweigern. Manchmal steht hinter einer Behandlungsverweigerung die Angst, dass eine lebensbedrohliche, unheilbare Erkrankung gefunden werden könnte, mit deren Therapie der Patient unsägliche Qualen verbindet. Oft ist es aber auch eine eher irrationale Angst, in die medizinische „Behandlungsmaschinerie“ hineinzugeraten und die Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren. Ängste ergeben sich häufig auch aus Erfahrungen mit ähnlichen Erkrankungen im eigenen Umfeld. Der Arzt sollte nach solchen Erfahrungen fragen. Da in der Realität bei vielen Tumorarten unklar ist, ob eine Behandlung tatsächlich einen Gewinn an Lebenszeit und Lebensqualität bringen würde, sollte der Arzt den Patienten nur dann von dem Nutzen der Untersuchung zu überzeugen versuchen, wenn er gute Chancen für einen Behandlungsgewinn sieht. Ansonsten sind alle seine Entscheidungen über ein Nicht-Wissen-Wollen zu akzeptieren.

Definition „Lebensqualität“  
vgl. Glossar S. 77

## Aufklärung und Behandlungsbeginn Akute Belastungssituation

### 2.1.3.2 Aufklärung und Behandlungsbeginn

#### 2.1.3.2.1 Akute Belastungssituation

Viele Patienten erleben nach dem ärztlichen Aufklärungsgespräch schwere Symptome einer akuten Belastungsstörung. Sie berichten beispielsweise von einem Zustand der Betäubung oder Bewusstseinsengung, einem „Neben-sich-selbst-stehen“. Nach außen auffällig ist oft eine eingeschränkte Aufmerksamkeit und Fähigkeit, Reize und Informationen zu verarbeiten. In schwereren Fällen kann auch Desorientiertheit, Agitiertheit oder Regungslosigkeit vorkommen. Wie kann hier geholfen werden?

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Unabhängig von der Prognose der Erkrankung ist die Diagnose Krebs eng mit Lebensbedrohung verbunden und wird von den meisten Patienten als Schock erlebt. Die beschriebenen Schocksymptome müssen in der Regel nicht sofort medikamentös behandelt werden, sie können einige Stunden bis zu drei Tagen andauern und gehen meist spontan zurück. Leichte Veränderungen dieser Art können jedoch über Wochen bestehen bleiben. Die Zeit nach dem Aufklärungsgespräch ist zudem eine Schwellensituation, in der weitere, auch längerfristige psychiatrische Störungen neu oder rezidivierend entstehen können (v.a. Suchtprobleme, depressive und Angststörungen). Es ist sinnvoll, zu diesem Zeitpunkt die psychische Be-

lastung von Patienten mit geeigneten Instrumenten, z. B. der Psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado) oder dem „Hornheider Fragebogen“, zu erfassen und die identifizierten Patienten mit hoher psychischer Belastung gezielt einer psychoonkologischen Behandlung zuzuführen.

Aus der Perspektive einer Prävention psychischer Dekompensation seien die folgenden Empfehlungen für ärztliche Aufklärungsgespräche nach Ersterkrankung besonders hervorgehoben (notwendige Aufklärungen über eine sich aus fortgeschrittenen Erkrankungsstadien ergebende Begrenzung der Lebenszeit seien hier zunächst noch ausgeklammert):

- Planen Sie für ein Gespräch genügend Zeit ein und lassen Sie sich – möglichst in einem separaten Raum zum Schutz der Privatsphäre – mit Ruhe darauf ein, auch wenn es sich nur um einige Minuten handelt.
- Vermeiden Sie es, zuviel Information auf einmal zu geben, die der Patient nicht verarbeiten kann. Nach der Eröffnung oder endgültigen Bestätigung der Krebsdiagnose kann die Möglichkeit der Behandlung umrissen werden; detailliertere Erklärungen jedoch sollten weiteren Gesprächen vorbehalten sein.
- Halten Sie Blickkontakt zum Patienten, achten Sie auf seine emotionalen Reaktionen und versuchen Sie, ihn zu entlasten, indem Sie ihm seine emotionale Situation spiegeln. Ihre Reaktionen sollten der für den Patienten existentiellen Dimension der Diagnose angemessen sein.
- Es empfiehlt sich besonders bei deutlicher psychischer Belastung nachzufragen, ob der Patient im familiären Umkreis oder im Bekanntenkreis schon Erfahrungen mit Krebserkrankungen gemacht hat.

Nichts prägt die Gefühlslage eines Menschen mehr als eigene durchlebte Erfahrung. Bei kurativer oder günstiger Behandlungsmöglichkeit können diese Erfahrungen des Patienten mit seiner eigenen Diagnose ins Verhältnis gesetzt werden.

- Vergewissern Sie sich am Anfang jedes Folgegesprächs, was der Patient aus dem vorhergehenden Gespräch behalten hat. Fragen Sie auch während und am Ende eines Gesprächs nach, ob der Patient Ihre Erklärungen verstanden hat.
- Auf Wunsch des Patienten kann der Ehepartner oder ein anderer dem Patienten Nahestehender an diesen Gesprächen teilnehmen. Ebenso wie bei dem Einzelgespräch mit dem Patienten ist auch bei dem Kontakt mit Patient und Partner hilfreich nachzufragen, ob der wesentliche Inhalt von beiden verstanden wurde und behalten werden kann.

Der Fragebogen der „Psychoonkologischen Basisdokumentation“ von der Arbeitsgruppe PO-Bado unter Leitung von Peter Herschbach 2004 an der TU München entwickelt, kann zusammen mit dem Manual, einem Interviewleitfaden und einer Software bei der Arbeitsgruppe angefordert werden. Informationen unter <http://www.po-bado.med.tu-muenchen.de/pobado.html>. vgl. auch Keller, Mussell, 2005. Eine seit Juli 2006 zur Verfügung stehende Kurzform kann ebenfalls über die Arbeitsgruppe PO-Bado an der TU München angefordert werden.

vgl. Strittmatter 1997; Formular im Anhang 4.7, S. 97

- Vermeiden Sie Fremdwörter und medizinische Fachausdrücke.
- Nehmen Sie für Ihre Erklärungen möglichst bildliche Darstellungen zu Hilfe, die die Lage betroffener Organe bzw. die geplante Therapie veranschaulichen.
- Bei jedem Gespräch sollte am Ende die Hoffnung und Zuversicht des Patienten für eine erfolgreiche Wirkung der geplanten Behandlung bzw. die nächsten Behandlungsschritte angesprochen werden.

### Empfehlungen für das Stationspersonal

*Welche unterstützenden Reaktionen des Stationspersonals sind nach ärztlichen Aufklärungsgesprächen möglich?*

Zum Beispiel:

- „Ich frage mich, wie es Ihnen jetzt gehen muss.“
- „Ist meine Vermutung richtig, dass die Diagnose ein schwerer Schock für Sie ist?“
- „Gibt es Menschen, die Ihnen in der Situation nahe sind/Sie unterstützen?“
- „Was wünschen Sie sich von diesen Menschen?“
- „Was ist Ihnen jetzt für Ihr Leben wichtig?“

Solche und ähnliche Gesprächsimpulse können die momentane Fixierung des Patienten auf die innere Bedrohung abschwächen, kreative Selbstaueinsetzungsprozesse und oft sogar förderliche Veränderungsprozesse anregen.

### Die ärztliche Aufklärung über eine durch die Diagnose zu erwartende Begrenzung der Lebenszeit

#### **2.1.3.2 Die ärztliche Aufklärung über eine durch die Diagnose zu erwartende Begrenzung der Lebenszeit**

Ein Gespräch zu führen, in dem Menschen mitgeteilt werden soll, dass ihre Erkrankung ihr Leben bedroht und eine Behandlung diese – z. B. nach Diagnose von fortgeschrittenen Tumoren, nach Diagnose von Metastasen oder Tumorprogress unter einer Therapie – nur zeitweilig zurückdrängen, aber nicht heilen kann, fällt Ärzten schwer. Es ist die Angst, nicht zu wissen, wie der Patient damit fertig wird. Wie wird er die Angst vor dem Sterben und Tod in der ihm noch verbleibenden Zeit bewältigen? Wird er akute Belastungssymptome, eine Depression bzw. Angststörung entwickeln oder gar an Suizid denken?

### Lösungsansätze

*Lösungsansätze:*

Der Arzt und Autor Edlef Bucka-Lassen benennt in seinem Buch „Das schwere Gespräch“ zum Verlauf eines solchen Gespräches neben notwendigen Bedingungen, wie geschützter Raum, kein Zeitdruck, möglichst auszuschließende äußere Störungen, folgende Aspekte:

- Fragen Sie den Patienten, was er:
  - über seine Krankheit oder Symptome weiß und/oder annimmt,
  - in Bezug auf die Diagnose wissen möchte (Übersicht, Details, etc.) und richten Sie sich danach.
- Bereiten Sie den Patienten darauf vor, dass Sie eine Botschaft haben, die keine gute ist.
- Informieren Sie den Patienten gemäß Ihrem Wissen und seinen Wünschen in einer klaren und verständlichen Sprache.
- Geben Sie dem Patienten Zeit, die Botschaft aufzunehmen.
- Nehmen Sie die Reaktionen des Patienten wahr.
- Beantworten Sie seine Fragen in einer klaren und verständlichen Sprache.
- Geben Sie ihm Raum für Gefühle und gehen Sie auf diese ein.
- Informieren Sie über die Rolle, die Sie zu übernehmen bereit sind.
- Verabreden sie einen neuen Termin (vgl. Bucka-Lassen 2005, S. 91).

Bei allem, was der Arzt tut, sollte er sich auch über seine eigenen Gefühle gegenüber dem Patienten klar sein. Von seinen eigenen Gefühlen wird abhängig sein, wie weitgehend er sich als behandelnder Arzt/Hausarzt engagiert. Das Angebot einer zuverlässigen Beziehung („Wir sind für Sie da./ Ich bin für Sie da, wann immer Sie Hilfe brauchen.“) ist für den Patienten hilfreich, muss aber realisierbar und ehrlich sein (vgl. ebda. 2005, S. 106 ff).

*Was können Pflegende nach solchen Gesprächen für ihre Patienten tun?*

- Sie können auf die Gefühlssituation der Patienten eingehen und ihr Mitgefühl ausdrücken.
- Sie können die Patienten fragen: „Wer sind jetzt für Sie die wichtigsten Menschen?“; „Was ist Ihnen jetzt wichtig für ihr Leben?“
- Sie können für eine geplante Behandlung Hoffnung machen, dass der Patient/die Patientin noch möglichst viel Lebenszeit gewinnen möge.
- Sie können Hoffnung machen, dass der Patient/die Patientin Ruhe findet für ein Leben, wie er/sie es möchte, bis zu seiner Grenze.

**Was können Pflegende tun?**

### **2.1.3.2.3 Passivität**

Manche Patienten willigen nach der Diagnoseeröffnung in den Behandlungsvorschlag ein, verfallen aber in absolute Passivität. Die Folge ist häufig eine Verschlechterung ihres klinischen Zustands. Welche möglichen Hintergründe gibt es, und was kann getan werden?

**Passivität**

*Lösungsansätze:*

Ein Teil dieser „passiven“ Patienten ist psychisch hoch belastet. Hier kann anhaltende Passivität Ausdruck einer nicht gelingenden Diagnoseverarbeitung sein, können Resignation und Verzweiflung die Passivität erklären.

**Lösungsansätze**

vgl. Kap. 2.1.3.2.1:

#### Akute Belastungssituation

Die Studien zur Validierung der PO-Bado ergaben, dass 38 % der Patienten aller Diagnosegruppen neben krankheitsabhängigen Belastungen über zusätzliche starke psychosoziale Belastungsfaktoren, wie Partnervverlust, Verlust von nahen Angehörigen, familiäre Konflikte oder Sorgen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz oder Lebensunterhalt berichten.

Manche, besonders ältere, Menschen haben zudem kaum soziale Unterstützung. Bei diesen Patienten sind Gespräche und Zuwendung durch Ärzte und Pflegende besonders wichtig. Alle Hinweise und Gesprächsanregungen, die für die in Kap. 2.1.3.2.1 beschriebene Problemsituation „Akute Belastungsreaktion“ gegeben wurden, sollten bedacht werden. Die ebenso dort erwähnte PO-Bado beinhaltet Fragen nach zusätzlichen neben der Erkrankung bestehenden psychosozialen Belastungen. Auch wenn kein Fragebogen eingesetzt wird, ist es wichtig, solche Belastungen bei der ärztlichen Erstaufnahme zu erfragen. Nur auf diese Weise sind ein ausreichendes Verständnis der sozialen und emotionalen Situation des Patienten und angemessene Reaktionen darauf möglich. Letztere können sich in einem Gespräch, oder bei Trauernden in einfachen Worten des Trostes und Gesten des Mitgefühls ausdrücken.

Eine weitere Gruppe von sich eher passiv verhaltenden Patienten lebt ebenso in den eigenen familiären und sozialen Beziehungen ein eher passives Beziehungsmuster. Dieses ist in der Regel durch Unterordnung, manchmal auch Anklammerung, charakterisiert. Treten solche Verhaltensweisen durch die Krebsdiagnose über lange Zeit verstärkt in den Vordergrund, können die Bezugspersonen des Patienten schnell überfordert sein und sich teilweise zurückziehen. Dies kann beim Patienten zu dem Gefühl von Hilflosigkeit und Verlassenheit und einer Verstärkung seiner Passivität führen.

Wenn Ärzte für die Wahrnehmung eines solchen Beziehungsmusters im Kontakt mit Patienten und Angehörigen sensibilisiert sind, können sie ein klärendes, unterstützendes Familiengespräch anregen und führen oder bei Vorhandensein eines Psychoonkologischen Dienstes ein solches Gespräch von Fachkräften führen lassen.

#### wichtige Prinzipien eines strategischen Herangehens

Es geht bei einem solchen Familiengespräch jedoch nicht darum, gewachsene Beziehungsmuster aufzudecken und zu bewerten, sondern Kommunikation in der Familie wieder möglich werden zu lassen. Da zur Führung eines Familiengesprächs nicht in jeder Klinik geschultes psychotherapeutisches Personal zur Verfügung steht, seien nachfolgend unter Bezugnahme auf die diesbezüglichen Ausführungen des Autors Jürgen Kriz wichtige Prinzipien eines strategischen Herangehens zusammengefasst:

Definition „Hypothesieren“

vgl. Glossar S. 80

Definition „Therapeut“

vgl. Glossar S. 79

#### 1) *Hypothesieren*

Der Arzt oder Therapeut kann z. B. seine Wahrnehmung bzw. Hypothese, dass die Familienmitglieder offensichtlich überfordert sind, seitdem der Patient kaum noch Entscheidungen für sich trifft, als erstes in den Raum stellen.

## 2) Zirkularität

Die Technik des zirkulären Fragens besteht darin, der Reihe nach jedes Familienmitglied zu seiner Sicht auf das Problem zu befragen. Werden Äußerungen über angebliches Fehlverhalten einzelner Familienmitglieder gemacht, soll der Therapeut sofort wieder reihum erfragen, wie jedes Mitglied auf die benannten Verhaltensweisen reagiert. Dies soll langwierige Aufzählungen von Fehlverhaltensweisen eines Einzelnen und deren Bewertung vermeiden helfen. Alles, was an Bedürfnissen, Ängsten und anderen Beziehungsaspekten zwischen zwei Familienmitgliedern neu zur Sprache kommt, soll der Therapeut sofort aufgreifen und reihum alle anderen dazu befragen. Es geht darum, die stagnierten Meinungen einzelner durch die konsequente Konfrontation mit den jeweiligen Auffassungen aller anderen ins Wanken zu bringen sowie erstarre Kommunikation in der Familie zu lockern und aufzuweichen.

## 3) Neutralität

Der Arzt oder Therapeut sollte sich bewusst machen, dass er nicht die Rolle des „Schiedsrichters“ bei Familienproblemen zu spielen hat. Jeder darf seine eigene Wahrheit und Sicht auf die Wirklichkeit haben und vertreten. Eine neutrale Haltung des Therapeuten verhindert, dass er sich auf der Suche nach Problemlösungen in die Paradoxien der Familie einschließen lässt. Er stößt die Suche nach Lösungen an, offeriert entsprechende Lösungsvorschläge jedoch nicht selbst (vgl. Kriz 1989).

### 2.1.3.2.4 Misstrauen und „Nicht-wahr-haben-wollen“

In der klinischen Praxis sind immer wieder einige Patienten zu erleben, die nach der ärztlichen Aufklärung in ständiger Wiederholung in Gesprächen mit Drittpersonen (Pflegepersonal, Psychologen und anderen Therapeuten) um Befundmitteilung bemüht sind und den Eindruck vermitteln, sie seien nicht aufgeklärt worden. Welches sind die Hintergründe?

In ihrem Phasenmodell der Reaktionen auf selbstwertgefährdende krisenhafte Belastungen beschreibt Elisabeth Kübler-Ross (vgl. Kübler-Ross 1990, S. 16 ff.) das Nicht-wahr-haben-wollen als erste Bewältigungsphase. In den oben dargestellten Verhaltensweisen erkennen wir sowohl das Nicht-wahr-haben-wollen als auch das Verhandeln mit dem Schicksal, eine spätere Bewältigungsphase nach Kübler-Ross (vgl. ebda. S. 56 ff.). Menschen verfügen über einen großen Fundus an unbewussten Abwehrmechanismen und bewussten Bewältigungsstrategien (Coping) bei Bedrohung. Die unbewussten Abwehrmechanismen entsprechen der individuellen psychischen Situation des Patienten. Sie sind abhängig von Variablen wie Selbstakzeptanz und sozialer Unterstützung und dienen zur Aufrechterhaltung des psychischen Gleichgewichts. Je nach Ausprägung

## Prinzip Zirkularität

## Prinzip Neutralität

## Misstrauen und „Nicht-wahr-haben-wollen“

Definition „Coping“

vgl. Glossar S. 71

Definition „Akzeptanz“

vgl. Glossar S. 71

So umfasst beispielsweise die „Ways of Coping Checklist“ nach Lazarus & Folkman (1984) sowohl ungünstige Bewältigungsstrategien: Wunschen, Distanzierung, Selbstisolierung, Selbstbezeichnung als auch günstige Bewältigungsstrategien: Problemfokussiertes Coping, Betonung des Positiven, Spannungsreduzierung, Suche nach sozialer Unterstützung.

## Lösungsansätze

Definition „Basisvariablen“

vgl. Glossar S. 73

## Verharmlosung

## Lösungsansätze

Definition

„emotionales Spiegeln“

vgl. Glossar S. 80

dieser unbewussten Abwehr können Copingstrategien eher günstig oder eher ungünstig sein. Die oben beschriebenen Patienten verwirklichen in ihrem Verhalten ungünstige und günstige Strategien. Wenn sie Personen des medizinischen Personals in ihr Abwehrsystem einbeziehen oder besonders positive Aspekte „ihres Falles“ bestätigt haben wollen, so ist dies immer auch Ausdruck des Wunsches von Patienten, auf ihrem ganz individuellen Bewältigungsweg zusätzlich unterstützt zu werden.

### *Lösungsansätze:*

Es ist nicht angemessen, auf die Abwehr von Patienten ungehalten oder aggressiv zu reagieren. Bei allen denkbaren Reaktionen auf wiederholte Aufklärungsanfragen geht es vor allem darum, eine gute Balance zwischen Echtheit, Akzeptanz und einfühlerndem Verstehen zu finden.

### **2.1.3.2.5 Verharmlosung (der Diagnose)**

Manche Patienten minimieren in Gesprächen gegenüber Drittpersonen (z. B. Personal, Familie) den Befund. Sie sprechen z. B. von einem „ganz kleinen Tumor“. Sie erläutern die Diagnose als „Geschwulst“, nicht aber als „Krebs“. Nach der Aufklärung über Metastasen interpretieren sie diese als „Herde“ und verneinen einen Zusammenhang mit Krebs. Warum? Dieses Verhalten lässt sich am besten mit „Bagatellisierung“ umschreiben. Es kann derselben Bewältigungsstrategie wie das Wunschen zugeordnet werden. Solchen bewussten Strategien liegen unbewusste Abwehrprozesse zugrunde, die das durch die Aufklärung zutiefst erschütterte innere Gleichgewicht aufrechterhalten.

### *Lösungsansätze:*

Zum einen ist es in solchen Fällen besonders hilfreich, wenn die Familie in den Aufklärungsprozess einbezogen und auch ihr Hoffnung gemacht wird. Wenn die Familie gestärkt wird, erlebt der Patient eine zusätzliche Stabilisierung.

Zum anderen kann das Stationspersonal versuchen, die reale Krankheits-situation ruhig und sachlich zu kommunizieren, z. B.: „Sie sind doch hier auf unserer Station, damit wir Ihnen helfen, ihre Krebserkrankung zu behandeln.“. Vielleicht gelingt zudem über eine Spiegelung der beim Patienten in der konkreten Situation vermuteten emotionalen Befindlichkeit auch eine gewisse innere Entspannung, z. B. „Ist es vielleicht das lange Warten jetzt vor der Behandlung, das schwer für Sie auszuhalten ist?“; oder „Kann es sein, dass es Angst vor der chemotherapeutischen Behandlung ist, was Sie im Moment aushalten müssen?“ oder „Vermute ich richtig, dass Ihnen ziemlich bang ist, weil Sie noch nicht wissen, wann diese Nebenwirkungen bei Ihnen endlich zu Ende sind?“ Oder wenn mehr

Hintergrundinformation vorliegen, z. B.: „Machen Sie sich jetzt Sorgen um Ihre Familie/um Ihren zeitlich befristeten Arbeitsplatz, etc.?“.

### 2.1.3.2.6 Delegieren von Eigenverantwortung

Es gibt einige wenige Patienten, die die Bereitschaft, Informationen aufzunehmen und Entscheidungen bezüglich der Therapie zu treffen, an ihren Partner oder andere Angehörige delegieren: „Bereden Sie das mal mit...“ oder „Ich muss erst meinen Mann/meine Frau fragen.“ Welche Hintergründe kann dies haben? Und wie sollte damit umgegangen werden?

#### Lösungsansätze:

Ein möglicher Grund dafür, dass ein Patient den Arzt an einen Angehörigen verweist kann darin liegen, dass Patienten spüren, dem ärztlichen Gespräch nicht gewachsen zu sein. Sie befürchten, die Menge an Informationen in ihrer psychischen Verfassung nicht verarbeiten zu können. Ein weiterer Grund hängt mit dem oben beschriebenen passiven, abhängigen Beziehungsmuster zusammen. Es gibt Patienten, die in einer starken Anlehnung an ihren Partner in einer ausgeprägten Versorgungserwartung leben. Dies betrifft z. B. ältere Menschen, die schon länger von ihren Kindern versorgt werden und deren Verhalten einem traditionellen Rollenmuster entspricht. Insgesamt sollte die Botschaft „Ich muss erst meinen Mann/meine Frau/meine Kinder fragen“ keineswegs negativ, sondern als Ausdruck des Wunsches bewertet werden, sich in einer schutzlosen, schwer verstehbaren Situation Beistand zu holen.

Um den genauen Grund für das beschriebene Verhalten zu erfahren, sollte der Arzt den Patienten zunächst allein fragen, was ihn daran hindert, das Gespräch selbst zu führen. Je nach Ergebnis kann dann ein Gespräch gemeinsam mit dem Patienten und dem jeweiligen Angehörigen angeregt werden, in das beide Gesprächspartner vom Arzt einbezogen werden.

#### Fallbeispiel:

*Patient, 35 Jahre alt, Lebensgemeinschaft, zwei gemeinsame Kinder zwischen fünf und neun Jahren alt, mehrere Berufsanläufe, aktuell selbständig, ein Bruder, Elternehe geschieden, Mutter mit Lebenspartner, welcher sich im Verlauf sehr aktiv einbringt. Patient entscheidet in keiner Phase ohne Zustimmung seiner Mutter. Mutter sagt später einmal: „Mein Sohn war schon immer lebensuntüchtig, ängstlich, übervorsichtig und ein Pechvogel.“, Patient versucht, seine Lebenspartnerin aus Gesprächen mit Ärzten und Entscheidungen auszuschließen.*

Das Fallbeispiel zeigt einen Patienten, der sich ungenügend von seiner dominanten Mutter abgelöst hat und seine Ehefrau abwertet. Eine Stärkung der Position der Partnerin kann durch kurze ärztliche Interventionen versucht werden, z. B.: „Ihre Frau ist doch der Mensch, der die schwierige

### Delegieren von Eigenverantwortung

Definition „Eigenverantwortung“  
vgl. Glossar S. 74

### Lösungsansätze

### Fallbeispiel

Situation zu Hause mit Ihnen teilt.“ Ein Gespräch mit der Partnerin kann zu einem späteren Zeitpunkt vorgeschlagen werden. Therapeutische Erfahrungen indes machen deutlich, dass solche gewachsenen ungleichen Beziehungsmuster oft relativ veränderungsresistent sind. Auf den Behandlungsverlauf muss es nicht unbedingt Einfluss haben.

## Informationsbedarf Angehöriger

vgl. Kap. 2.1.3.1.3:  
Ablehnung diagnostischer  
Maßnahmen

Definition „Koalition“  
vgl. Glossar S. 77

## Lösungsansätze

### 2.1.3.2.7 Informationsbedarf Angehöriger

Onkologische Patienten sind in der Regel zum Diagnosezeitpunkt psychisch angespannt und haben Schwierigkeiten, komplexere Informationen zu speichern und zu verarbeiten. Deshalb macht es für den Arzt Sinn, von vornherein Patienten gemeinsam mit nahestehenden Angehörigen oder Vertrauten zu vertiefenden Aufklärungsgesprächen mit Behandlungsplanung einzuladen. In gemeinsamen Familiengesprächen kann das familiäre Unterstützungspotential durch den Arzt indirekt angesprochen und aktiviert werden, ohne dass Verzerrungen im Informationsfluss entstehen.

Die Einbeziehung von Familienangehörigen in Gespräche über diagnostische Ergebnisse und geplante Behandlungen setzt das grundsätzliche Einverständnis des Patienten voraus. Lässt sich dies im Stations- und Behandlungsablauf nicht verwirklichen, so sind Anfragen und Gesprächsanmeldungen von nahen Angehörigen oder Vertrauten mit dem Einverständnis des Patienten legitim.

Aus familiensystemischer Sicht sind gemeinsame Familiengespräche insbesondere dann angezeigt, wenn Beobachtungen des medizinischen Personals Hinweise dafür geben, dass Angehörige die Mündigkeit des Patienten missachten, dass sie dessen Grenzen überschreiten und übergriffig ohne ihn Entscheidungen treffen. Der Arzt kann in Familiengesprächen die Mündigkeit des Patienten schützen und bei Übergriffen von Angehörigen deutlich machen, dass es der Patient ist, der bezüglich des Einverständnisses mit der Behandlung das letzte Wort zu sprechen hat. Wie die folgenden Lösungsvorschläge verdeutlichen sollen, können in solchen Gesprächen auch Versuche von Angehörigen, „den Arzt gegen den Kranken auf ihre Seite zu ziehen“ (Koalitionsbildung) oder ungerechtfertigt Versäumnisse zu beschuldigen, durch den Arzt verhindert werden.

*Lösungsansätze:*

- *Aussage Angehörige:* „Mein Mann versteht ja Ihre Informationen nicht!“
- *Mögliche Antwort:* „Es kann sein, dass Ihr Mann in dieser schwierigen psychischen Situation nicht alle Informationen verarbeiten und im Gedächtnis behalten konnte. Wie haben Sie ihn verstanden? / Was ist bei Ihnen angekommen?“, o. ä.

Aufklärende Ärzte sollten nicht von vornherein in einem solchen Gespräch alles noch einmal erklären.

- *Aussage Angehörige:* „Mein Mann/meine Frau/mein Vater/meine Mutter, usw. erzählt uns ja nichts.“
- *Mögliche Antwort:* „Vielleicht ist er/sie im Moment damit psychisch überfordert, über die Erkrankung und geplante Behandlung mit anderen Menschen zu sprechen.“, o. ä.
- *Aussage Angehörige:* „Mein/meine... hat doch aber gesagt, es sei ein ganz kleiner Tumor. Haben Sie ihn denn richtig aufgeklärt?“
- *Mögliche Antwort:* „Es kann sein, dass meine Informationen über die Tumorgöße ihn/sie in der Situation so belastet haben, dass er sie ausgeblendet hat, um sich selbst Mut zu machen.“

### 2.1.3.2.8 Hadern mit der Erkrankung

Sehr oft hören Ärzte und Pflegende von Patienten und Angehörigen die folgenden Sätze: „Unser ganzes Leben haben wir geschuftet. Jetzt wollten wir es uns endlich schön machen, das Leben genießen.“

#### *Lösungsansätze:*

Auch Zorn auf das Schicksal ist nach Elisabeth Kübler-Ross (1990, S. 26 ff.) für viele Menschen eine notwendige Bewältigungsphase. Er richtet sich nicht auf den Gesprächspartner und sollte nicht persönlich genommen werden.

Mögliche emotionale Spiegelungen wären Antworten, wie z. B.: „Ich vermute, dass Sie beide die Krankheit als Kränkung empfinden.“; „Ich spüre, Sie sind ärgerlich, dass Sie jetzt für eine längere Zeit Ihr Leben nicht unbefangen genießen können.“, u. ä.

### 2.1.3.2.9 Schuldfragen

Oftmals suchen Patienten nach Schuldigen für ihre Erkrankungssituation. Sie beklagen zum Beispiel, dass der Hausarzt diese oder jene Untersuchung zu spät veranlasst habe. Schließlich habe er, der Patient, habe doch schon vor Monaten im Krankenhaus gelegen, und da sei doch auch so eine Untersuchung durchgeführt worden. Warum wurde der Tumor damals nicht diagnostiziert? Sei der Tumor da schon zu sehen gewesen? Wie kann in diesen Fällen adäquat reagiert werden?

#### *Lösungsansätze:*

Viele Patienten wissen nicht, dass die meisten Tumoren (auch die schnell wachsenden) viele Jahre brauchen von der Zeit ihrer Entstehung bis zu dem Zeitpunkt, wo sie nachweisbar sind. Patienten sollten diesbezüglich realistischere Vorstellungen vermittelt bekommen.

### Hadern mit der Erkrankung

#### Lösungsansätze

Definition  
„Emotionales Spiegeln“  
vgl. Glossar S. 80

### Schuldfragen

#### Lösungsansätze

Natürlich gibt es auch immer wieder berechtigte Kritik, wenn beispielsweise notwendige Untersuchungen lange verschleppt wurden. Aber es macht wenig Sinn, Patienten auf solche Schuldzuweisungen unnötig zu fixieren. „Zum Glück haben wir Ihre Erkrankung jetzt diagnostizieren können ... Lassen Sie uns nach vorn schauen ... Versuchen Sie, Ihre Kraft jetzt ganz auf die Behandlung zu konzentrieren!“ Diese und ähnliche Reaktionen können helfen, die Situation zu deeskalieren.

## Selbstvorwürfe

### 2.1.3.2.10 Selbstvorwürfe

Viele Menschen versuchen, das für sie unfassbare Krankheitsgeschehen zu verarbeiten, indem sie einen Sinn darin suchen. Manche verändern sich und ihr Lebensumfeld, indem sie sich konstruktiv mit Aspekten ihres Lebens auseinandersetzen, die vor der Erkrankung für sie unbefriedigend waren und gehen so gestärkt aus dieser Lebenskrise hervor. Diese Art von Auseinandersetzung ist für die Betroffenen produktiv.

Es gibt aber auch Patienten, die auf der Suche nach Krankheitsursachen in selbstbeachtigende, quälende Grübeleien verfallen. Was können Ärzte und Pflegende tun, wenn sie mit solchen Grübeleien und Selbstvorwürfen konfrontiert werden?

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Wenn es möglich ist, sollten letztere Patienten einer psychoonkologischen Behandlung zugeführt werden, da das Risiko einer depressiven Entwicklung sehr groß ist. Auf jeden Fall können Ärzte und Pflegende mit klaren Botschaften zur Entlastung der Patienten beitragen, z. B.:

- „Krebs ist eine Erkrankung, bei deren Entstehung viele Faktoren zusammenwirken (z. B. Genetik, Umwelt, Viren). Für die meisten Krebserkrankungen ist der Entstehungsmechanismus nicht bis zuletzt erforscht.“
- „Die Annahme, dass es bestimmte Persönlichkeitseigenschaften sind, die Krebs verursachen, ist von der Wissenschaft widerlegt.“
- „Sie sind davon überzeugt, dass bestimmte außergewöhnliche Belastungen mit dazu beigetragen haben, dass sie krank geworden sind (z. B. Verlust des Ehepartners nach langer Ehe, u. a.). jetzt geht es für Sie darum einen Weg zu finden, die quälende Trauer zu überwinden und einen neuen Sinn für Ihr eigenes Leben zu finden/einen Weg zu finden, die Probleme zu lösen, ohne dass Sie weiter psychisch und körperlich Schaden nehmen.“

## Distanzierte Angehörige

### 2.1.3.2.11 Distanzierte Angehörige

In seltenen Fällen äußern sich Angehörige von Krebspatienten wie folgt: „Krebs gibt es, aber für unsere Familie ist das doch kein Thema.“ „So etwas bekommt bei uns keiner!“. Wie kann hierauf reagiert werden?

*Lösungsansätze:*

Solche Äußerungen Angehöriger deuten auf eine familiäre Konstellation, in der dem Patienten die Schuld für seine Erkrankung gegeben wird. Ein solches Klima ist dann für den Patienten eine zusätzliche Belastung. Hier ist es notwendig, im Gespräch mit den Angehörigen Stellung zu beziehen und den Patienten zu entlasten.

Die klare Botschaft, dass aus wissenschaftlicher Sicht Krebs nicht selbst verschuldet ist und kein Mensch die absolute Sicherheit haben kann, niemals in seinem Leben an Krebs zu erkranken, bedeutet eine Stützung des Patienten unter den gegebenen familiären Bedingungen und eine Aufforderung zum Umdenken!

**2.1.3.2.12 Sehnsucht nach Normalität**

Nachdem sie die Tatsache der Erkrankung akzeptiert haben glauben einige Patienten, dass sie die Behandlung wie „nebenbei durchziehen können“. Sie versuchen am Anfang, auf jeden Fall auf eine ambulante Behandlung zu drängen, sind durch Veränderungen des Blutbildes sehr irritiert, weil „es den Terminkalender durcheinander bringt“. Wenige glauben sogar, nebenbei arbeiten gehen zu können.

Manche Frauen berichten stolz, wie effizient sie trotz allem ihren Haushalt oder Hof bewältigen. Sie vertreten die Auffassung, „Man muss nur wollen“. Wie können diesen Patienten die Behandlungsnebenwirkungen und Behandlungszeiten gut vermittelt werden, ohne ihre Zielstrebigkeit und Willenskraft zu blockieren?

*Lösungsansätze:*

Mögliche Antwort: „Es ist gut, dass Sie sich in dieser Situation Ziele setzen. Aber die Behandlung erledigt sich nicht nebenbei. Es ist wichtig, dass Sie Ihrem Körper die Ruhe und Zeit geben, die er jedes Mal nach der Behandlung braucht, um die Therapie zu verarbeiten. Das ist auch Arbeit, innere Arbeit! Nur wenn Sie sich auch genügend Zeit und Ruhe zu Ihrer Erholung geben, schaffen Sie sich die notwendige Grundlage für Ihre Gesundung. Das ist das, was Sie persönlich zum Gelingen der Behandlung beitragen können.“ u. ä.

In einem solchen Rahmen können dann Nebenwirkungen und Behandlungszeiten besprochen werden.

**2.1.3.2.13 Ablehnung empfohlener Therapien**

Der Patient lehnt die vorgeschlagene Behandlung konsequent ab. Wie sollte sich der Arzt verhalten?

Wenn Patienten vorgeschlagene Therapien ablehnen, empfinden dies behandelnde Ärzte manchmal als Kränkung. Der Therapievorschlag ist

**Lösungsansätze**

vgl. Kap. 2.1.3.2.10:

Selbstvorwürfe

**Sehnsucht nach Normalität****Lösungsansätze****Ablehnung empfohlener Therapien**

das Ergebnis einer fachkundigen Suche und oft auch einer gemeinschaftlichen Beratung von Ärzten. Dennoch ist es wichtig sich bewusst zu machen, dass es der Patient ist, der die Krankheit zu tragen hat und auch die Behandlung zu bewältigen hätte.

#### Selbstvorwürfe

Wir wissen nicht, ob die Ressourcen der Patienten wirklich ausreichen, um Behandlungen zu bewältigen und von ihnen zu profitieren. Das gilt insbesondere für Behandlungen, deren Nutzen für einen Gewinn an Lebenszeit oder Lebensqualität umstritten ist.

#### Definition „Lebensqualität“

vgl. Glossar S. 77

Auch bei der Ablehnung empfohlener Therapien können irrationale Ängste bestimmend sein. So z. B. die Angst, mit dem Beginn einer Therapie völlig die Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren. Dem Patienten die Möglichkeit einzuräumen, sich auch zu einem späteren Zeitpunkt für die Therapie zu entscheiden, würde bedeuten, ihm ein Stück Kontrolle zu lassen. Wenn der Arzt von der unbedingten Notwendigkeit der vorgeschlagenen Therapie überzeugt ist, sollte er die Erfahrungen, die Patienten manchmal mit ähnlichen oder ganz anderen Erkrankungen im eigenen Umfeld gemacht haben, erfragen und mit der Erkrankung des Patienten ins Verhältnis setzen. Manchmal ergeben sich Ängste auch aus ganz unrealistischen Vorstellungen über Behandlungsnebenwirkungen, die der Arzt korrigieren, in jedem Fall aber deutlich benennen sollte.

#### Selbstbestimmungsaufklärung

Der Arzt sollte auch mögliche Risiken einer Nichtbehandlung aufzeigen. Die sogenannte Selbstbestimmungsaufklärung beinhaltet die Information über die Prognose des Patienten mit und ohne Behandlung. Hier sollte sich der Arzt vorher vergewissern, ob der Patient, der mit seiner Ablehnung bereits eine Entscheidung für sich getroffen hat, diese Information überhaupt haben möchte.

Unabhängig von der endgültigen Entscheidung des Patienten sollte dessen juristische Rechtssituation auch dadurch gestärkt werden, dass der Arzt ihm deutlich macht, dass er aufgrund seiner Entscheidung keine Nachteile bezüglich anderer symptomatischer Behandlungen zu erwarten hätte.

### Therapiephase

#### 2.1.3.3 Therapiephase

#### drohender Therapieabbruch

##### 2.1.3.3.1 Drohender Therapieabbruch bei Nebenwirkungen, Schmerz und Übelkeit

###### *Fatigue*

#### Definition „Fatigue“

vgl. Glossar S. 76

Fatigue ist eine häufige und in ihren Wirkungen oft unterschätzte Nebenwirkung von Chemotherapie und Bestrahlung. Mit einer Häufigkeit zwischen 60% und 96% ist es nach Angaben verschiedener Untersuchungen die am weitesten verbreitete Begleiterscheinung bei Tumorerkrankungen (vgl. Simon & Zittau 1999).

### *Lösungsansätze:*

Oft kommt es zu einer zusätzlichen Verstärkung von Fatigue, weil sich der Patient auftretenden Nebenwirkungen gegenüber hilflos und ohnmächtig fühlt. Es ist wichtig, alle entscheidenden Nebenwirkungen vor der Therapie und in den ersten Behandlungswochen gut zu erklären, damit sich der Patient darauf einstellen kann. Der Patient muss wissen, dass Schmerzen, Übelkeit, Durchfall, Erschöpfung, u. a. zusätzlich behandelt werden können; und er muss wissen, auf welchem Weg (Klinik, Hausarzt) er Zugang zu den entsprechenden Medikamenten bekommen kann. Die Angst vor Kontrollverlust kann das Ruhebedürfnis steigern, ohne dass der Teufelskreis aus Müdigkeit und Energiemangel durchbrochen wird. Auch die emotionale Reaktion auf die empfundene Erschöpfung (z. B. Niedergeschlagenheit, Frustration, Reizbarkeit) gehört zum Fatiguesyndrom. Es ist für Tumorpatienten unter Behandlung eine Entlastung, wenn Ärzte und Pflegende dazu ermutigen, dem Körper die Zeit und Ruhe zu geben, die er braucht, um die jeweilige Chemotherapiegabe oder Bestrahlungseinheit zu verarbeiten, bis wieder innere Kraft zu spüren ist. Bei Chemotherapie sollten Patienten auf mögliche Körperreaktionen beim Abfall der Blutwerte (Schwäche, Schwindel) vorbereitet werden. Es gibt außerdem vielfältige Hinweise, dass durch körperliches Training die Fatiguebelastung verbessert werden kann (vgl. Ruffer & Flechtner 2006). Dimeo hat bei Knochenmarktransplantationspatienten nachgewiesen, dass durch körperliches Training die Befindlichkeit verbessert, die Behandlungszeit verkürzt und Therapiekomplicationen verringert werden (vgl. Dimeo 2001). Aus den vorhandenen Untersuchungen über den Einfluss von Sport bei onkologischen Patienten insgesamt leitet sich folgende Empfehlung ab: Moderater Ausdauersport (z. B. Hometrainer, Laufband, Fahrradfahren, Walking), täglich eine halbe Stunde bis zu einer Stunde, wirkt hinsichtlich des Fatiguesyndroms präventiv. Mit den Übungen sollte begonnen werden, bevor die Blutwerte nach Chemotherapie abfallen.

### *Depression*

Obwohl davon auszugehen ist, dass es zwischen depressiver Verarbeitung mit Antriebsschwäche, Energiemangel und Fatigue Überschneidungen gibt, ist eine depressive Störung zusätzlich durch anhaltende niedergeschlagene Stimmung und einem Verlust an Interesse und Freude charakterisiert (Kernsymptome). Auch dies ist oft Folge der Hilflosigkeit gegenüber Nebenwirkungen. Im Zusammenhang mit anhaltenden körperlichen Einschränkungen erleben Patienten oft starke Ängste vor einem drohenden Rollenverlust in der Familie. Ängste, dass die bisherige Position und Funktion in der Familie nicht mehr ausgefüllt werden kann (z. B. Rolle als Geldverdiener, Rolle als alle versorgende Hausfrau) können chronifizieren und zu Depressionen führen, wenn ein Ende der Behandlung nicht abzusehen ist.

## Lösungsansätze

Definition „Kontrollverlustangst“

vgl. Glossar S. 77

Depression

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Zusätzliche psychoonkologische Gespräche können hier unter Einbeziehung der jeweiligen Partner der Patienten hilfreich sein. Wenn diese Möglichkeit nicht gegeben ist, können behandelnde Ärzte ein gemeinsames Gespräch mit Patienten und Angehörigen führen. In diesem können sie ihre Vermutung von der Depression zugrunde liegenden Rollenkonflikten verbalisieren, den Gesprächspartnern die deutlich werdenden Gefühle (Angst, Scham, Enttäuschung, etc.) spiegeln und positive Aspekte des bisherigen Behandlungsverlaufs – z. B. gutes Ansprechen auf die Therapie – besonders würdigen.

## Schmerzen

### *Schmerzen*

Schmerzen sind das am meisten gefürchtete Symptom bei Tumorerkrankungen. Bei 35 bis 45 % der Tumorerkrankungen treten Schmerzen bereits im Anfangsstadium der Erkrankung auf; bei 70 % der Tumorerkrankungen im frühen Stadium; bei 90–100 % im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium. Schmerzen können tumorbedingt sein (60–80 %), z. B. durch Organkompression; tumorassoziiert (10 %), z. B. durch eine begleitende Gürtelrose; therapiebedingt (20 %), z. B. durch eine Chemotherapie, oder tumorunabhängig (10 %), z. B. durch Migräne (vgl. Die Schwester der Pfleger 2006). Schmerzen werden in vielen Fällen inadäquat behandelt, können bei Patienten zu Dauerangst und Hoffnungslosigkeit führen und einen vorzeitigen Therapieabbruch bewirken. Es kann an dieser Stelle nicht um medizinische Fragen der Schmerzbehandlung gehen. Wichtig erscheint, dass alle an der Schmerzbehandlung Beteiligten ein stimmiges Bild von den Problemen der allgemeinen Versorgungssituation haben, da bei der Schmerzbehandlung insbesondere niedergelassene Ärzte und klinisch Tätige aufeinander angewiesen sind.

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Als häufigste Fehler in der Behandlung von Tumorschmerzen gelten:

- Unterschätzen der Schmerzen durch fehlende Erfassung/Dokumentation
- Kombination von Substanzen aus WHO-Stufe 2 und WHO-Stufe 3
- Zu späte Einstellung auf Stufe 3
- Schmerzmittelgabe nur nach Bedarf
- Vergessen der Notfallmedikation für Schmerzspitzen (z. B. Morphintropfen)
- Vergessen der Begleitmedikation (z. B. Obstipationsprophylaxe) (vgl. ebda., S. 505).

Das Pflegepersonal im Krankenhaus kann für die medizinische Schmerzbehandlung wertvolle Grundlagenarbeit leisten. Nach dem 2004 bundes-

einheitlich festgelegten Standard „Schmerzmanagement in der Pflege“ ist die systematische Schmerzerfassung und -dokumentation zu Beginn und im Verlauf der pflegerischen Betreuung von Patienten mit akuten und chronischen tumorbedingten Schmerzen Teil der Pflegeanamnese (vgl. ebda., S. 503 ff.). Neben Gesprächen mit intensiver Kranken- und Schmerzbeobachtung eignen sich zur Erfassung und insbesondere zur Dokumentation des Verlaufs von Schmerzen Schmerzfragebögen für die Patienten, z. B. der Fragebogen „Schmerztherapeutisches Kolloquium“, empfohlen von der Deutschen Schmerzliga und der Deutschen Gesellschaft für Schmerzforschung und Schmerztherapie. Neben einer Skalierung der Schmerzintensität werden u. a. die Schmerzorte (mit Hilfe von Körperschemata), die Schmerzzeiten, Annahmen zur Schmerzverursachung und Schmerzveränderung und die Schmerzqualität erfragt.

Definition „chronisch“  
vgl. Glossar S. 73

Schmerzfragebögen und Schmerz-  
tagebücher können über folgende  
Adresse angefordert werden:  
Schmerztherapeutisches Kolloquium  
e.V. Geschäftsstelle Hainstr. 2,  
D-61476 Kronberg.

### 2.1.3.3.2 Ansprüche

Einige Patienten verhalten sich fordernd dem Stationspersonal gegenüber. Sie klingeln wegen „Kleinigkeiten“, sind ungehalten, wenn sie länger auf Schwestern und Pflegenden warten müssen und sind in vielen pflegerischen Angelegenheiten nicht zufrieden zu stellen. Diese Menschen sind häufig in ihren persönlichen Beziehungen ebenso anderen Menschen gegenüber fordernd und reagieren hilflos, wenn sie plötzlich und ohne Erklärung allein gelassen werden.

### Ansprüche

#### Lösungsansätze:

Für die psychische Hygiene des Stationspersonals sind folgende Hinweise wichtig:

- Sprechen Sie im Team über solche Erfahrungen mit Patienten, damit Sie sich innerlich besser von solchen Verhaltensweisen abgrenzen können, wenn diese sich häufen.
- Versuchen Sie im Einzelkontakt Ruhe zu bewahren und freundlich zu bleiben. Sagen Sie, dass es Ihnen sehr schwer fällt, allen Patienten gerecht zu werden, wenn einige wenige zu oft und bei Dingen klingeln, die auch allein zu regeln sind. Sowohl aufrechterhaltene Freundlichkeit als auch ruhige, ehrliche Konfrontation helfen, eine emotionale Eskalation zu vermeiden, die zu aggressiven Reaktionen führen und beim Patienten das Gefühl von Hilflosigkeit hervorrufen.

### Lösungsansätze

### 2.1.3.3.3 Aggressivität

Eine kleinere Gruppe von Patienten fällt auf Grund ihrer Unzufriedenheit mit ihrem körperlichen Befinden und der eigenen Belastbarkeit in Aggression gegenüber dem gesamten Personal. Dieses äußert sich verbal und im Verhalten auf der Station. Wie kann sich das Personal gut schützen?

### Aggressivität

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Ein solch aggressives Verhalten kann als Zorn des Patienten auf das eigene Schicksal interpretiert werden. Hier geht es darum, die richtige Balance zwischen empathischer Spiegelung („Ist meine Vermutung richtig, dass Sie über ihre momentane Krankheitssituation sehr wütend sind?“) und selbstschützender Abgrenzung („Ich empfinde es als Kränkung, dass Sie in diesem Ton mit mir sprechen!“) zu finden. Beide Reaktionen, die empathische und die konfrontative, sind wichtig. Auch können Teambesprechungen und Supervision wesentlich zur Entlastung des Stationspersonals hinsichtlich der Bewältigung solcher Erfahrungen beitragen. Dabei sollten die unterschiedlichen Haltungen und Reaktionen der einzelnen Pflegenden wertschätzend angeschaut werden. Dies ermöglicht, dass sich unterschiedliche Charaktere im Umgang mit diesen Patienten gut ergänzen (vgl. LAGO 2000).

Definition „Supervision“  
vgl. Glossar S. 79

## Euphorie

### **2.1.3.3.4 Euphorie**

Sehr häufig kommen Gespräche mit Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen vor, bei denen erste Zwischenuntersuchungen auf einen positiven Therapieerfolg hindeuten und die Behandlungsnebenwirkungen insgesamt gut bewältigt werden. Diese Patienten verkörpern „Optimismus pur“. Sie versichern sich selbst und den Behandelnden, dass sie es schaffen und den Krebs besiegen werden. Die eingangs mitgeteilte Prognose scheinen sie komplett verdrängt zu haben. Soll man korrigieren?

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Antwort: Ja, vorsichtig. Die Freude über den Therapieerfolg ist berechtigt und der Erfolg kann gewürdigt werden. Solche Äußerungen gegenüber Ärzten und Pflegenden beinhalten letztlich auch den Wunsch, eigene Hoffnungen bestätigt zu bekommen. Die anfangs mitgeteilte Prognose ist nicht vergessen, nur verdrängt.

Eine angemessene Reaktion könnte sein: „Es ist wunderbar, dass Sie soviel geschafft haben. Ich wünsche Ihnen, dass es Ihnen gelingt, mit der Therapie noch sehr lange leben zu können.“

Aus der Reaktion des Patienten wird sich ergeben, ob das Gespräch auf einer sachlichen Ebene weitergeführt werden kann. Jede auftretende Reaktion (z. B. Trotz, Nicht-wahr-haben-können, Traurigkeit, Enttäuschung oder Angst) sollte dem Patienten an dieser Stelle gespiegelt und ihm sollte Mut für die weitere Behandlung gemacht werden.

## Klinik als Zuflucht

### **2.1.3.3.5 Klinik als Zuflucht**

Manche Patienten kommen immer wieder vor ihrem Behandlungstermin wegen Verschlechterung in die Klinik zurück und erholen sich in der Klinik

außerordentlich schnell. Sie flüchten möglicherweise vor häuslichen Problemen. Was kann hier getan werden?

#### *Lösungsansätze:*

Der Arzt sollte den Patienten in einem geschützten Rahmen fragen, ob und wenn ja, welche Belastungen zu Hause dazu führen, dass er sich dort nicht von der Behandlung erholen kann.

Ängste, die Erwartungen der Familie nicht erfüllen zu können, Unverständnis, mangelnde Unterstützung durch die Familienangehörigen oder zusätzliche belastende Konflikte können solche Belastungen sein. In einem vertrauensvolles Gespräch können diese erhellend und Ressourcen gesucht werden, wie der Patient adäquat damit umgehen kann. Manchmal kann der Arzt eine Entscheidung des Patienten anregen, zeitweilig an einem anderen Ort zu wohnen oder in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht zu werden.

Sehr oft sind Patienten in einem solchen Gespräch jedoch nicht in der Lage, einen erlebten Mangel zu benennen. Sie haben in erster Linie das Bedürfnis, ihre Familien zu schützen. Hier können systemische Familiengespräche helfen, den Blick der einzelnen Familienmitglieder auf die Perspektive sowie die Bedürfnisse und Ängste der jeweils anderen in der Familie zu öffnen.

Die wichtigsten Prinzipien eines strategischen Herangehens, seien nachfolgend auf die hier beschriebene Problemsituation bezogen:

#### *1) Hypothesisieren*

Der Arzt oder Therapeut kann die Familie zunächst mit seiner Hypothese, dass der Patient offensichtlich in der Klinik Zuflucht sucht, und mit der Frage, ob die Familie Möglichkeiten sieht, daran etwas zu ändern, konfrontieren.

#### *2) Zirkularität*

Der Therapeut kann die Bedürfnisse und Ängste der einzelnen Familienmitglieder erhellen. Immer dann, wenn zwischen zwei Familienangehörigen neue Beziehungsaspekte zur Sprache kommen, befragt er alle anderen über ihre Meinung dazu.

#### *3) Neutralität*

Der Arzt oder Therapeut muss berücksichtigen, dass seine eigenen Meinungen, Einstellungen und Überzeugungen von der Gesamtheit der im jeweiligen Familiensystem geltenden ausgesprochenen oder unausgesprochenen Einstellungen und Wertungen verschieden sind. Sein kon-

## Lösungsansätze

vgl. Kap. 2.1.3.2.3:  
Passivität

Prinzip Hypothesisieren  
Definition „Therapeut“  
vgl. Glossar S. 79

Prinzip Zirkularität

Prinzip Neutralität

sequentes Bemühen, während des gesamten Gesprächs eine möglichst neutrale Haltung aufrechtzuerhalten, kann verhindern, dass sich der Therapeut in die Widersprüche der Familie verstricken lässt.

### Fallbeispiel

#### *Fallbeispiel 1:*

*Patient, ca. 35-jährig, Lebensgemeinschaft, 2 gemeinsame Kinder zwischen 5 und 9 Jahre alt, mehrere Berufsanläufe, aktuell selbständig, 1 Bruder, Elternehe geschieden, Mutter mit Lebenspartner welcher sich im Verlauf sehr aktiv einbringt. Der Patient empfindet, dass sein Einfluss auf die Kinder abnimmt. Er erlebt, dass Entscheidungen entgegen seinen Vorstellungen getroffen werden. Er versucht, verbindliche Regelungen für die Zukunft zu treffen, dabei entwickeln sich Konflikte mit der Lebenspartnerin.*

vgl. Kap. 2.1.3.2.6:  
Delegieren von  
Eigenverantwortung

Es handelt sich hier um den bereits im Kapitel „Delegieren von Eigenverantwortung“ beschriebenen Patienten. Einerseits erwartet dieser Patient von seiner Mutter Fürsorge und Entscheidungen bezüglich seiner eigenen Angelegenheiten. Andererseits schließt er hierbei seine Ehefrau aus. Gleichzeitig ist er enttäuscht, dass die Ehefrau während der Behandlung zunehmend ohne ihn Entscheidungen bezüglich der Kinder trifft. Hier stellt sich die Frage, wie seine Rolle in der Familie vorher war. War er mit der Lebenspartnerin in die gemeinsame Verantwortung für die Kinder gleichermaßen eingebunden? Gelingt es trotz der behandlungsbedingten Belastungen ein Familienleben mit gemeinsamen Pflichten und guten Erlebnissen aufrechtzuerhalten? Nimmt der Patient noch Verantwortung wahr? Oder, „dreht sich alles um seine Krankheit“? Da der Leidensdruck des Patienten ihn lange im Krankenhaus verbleiben lässt, sollte psychotherapeutische Hilfe für das Paar dringend empfohlen und vermittelt werden. Alle anderen Bezugspersonen sollten hier zunächst ausgeschlossen werden, um das Paar dazu zu veranlassen, seine Konflikte selbst miteinander zu regeln. Das Paargespräch sollte nach den oben beschriebenen systemischen Grundsätzen geführt werden. Der Therapeut sollte dabei die momentane Situation in der Familie erfragen (z.B. gemeinsame Unternehmungen, Verantwortungsverteilung), eigene Hypothesen formulieren und die Partner unter Wahrung von größtmöglicher Neutralität damit nacheinander konfrontieren. Er sollte immer sofort nachfragen, welche Gefühle das Gesagte bei dem anderen auslöst und das Formulieren von Veränderungswünschen anregen. Dabei ist entscheidend, dass der Therapeut Beschuldigungen sofort mit konstruktiven Fragen unterbricht und eigene Wertungen zurückhält.

### Fallbeispiel

#### *Fallbeispiel 2:*

*Ein 69-jähriger Patient heiratet im Krankenhaus seine langjährige Lebenspartnerin, weil er „das Allerbeste für sie“ wolle. Im Folgenden kommt der Patient immer wieder als Notfall*

*ins Krankenhaus und scheint sich im Bemühen um die Entlassung nach Hause zu verweigern. Auch verschließt sich der Patient zunehmend, gibt nur noch einsilbige Antworten, lässt die Augen geschlossen. Die Ehefrau verbringt jede freie Minute am Krankenbett und versucht seine Verslossenheit durch zunehmende Hinwendung (fragen, bitten, betteln, klagen, drohen, trotzen) aufzubrechen und erzeugt dabei den gegenteiligen Effekt.*

*Ein Gespräch mit der Ehefrau enthüllt, dass sie ohne ihren Ehemann „nicht lebensfähig“ sei. Zwar behandle sie ihn, „wie eine Mutter“, aber eigentlich klammere sie an ihm wie ein Kind, das seine Eltern noch brauche. Vor dem Gefühl, diese Last der Verantwortung nicht mehr tragen zu können, schien der Patient flüchten zu wollen. So zeigte sich kurzzeitig eine Verhaltensänderung, als der Patient seinen Bruder kontaktierte, um ihn zu bitten, sich in Zukunft auch um die Ehefrau zu kümmern.*

## 2.2 Nachsorge/Rückkehr in den Alltag

### Nachsorge/Rückkehr in den Alltag Einleitung

### 2.2.1 Einleitung

Nach abgeschlossener Primärbehandlung ergibt sich unabhängig von der langfristigen Krankheitsprognose für die meisten Krebspatienten eine ähnliche Situation. Die Auseinandersetzung mit der Diagnose im Familiensystem und im sozialen Netz von Patienten hat überdurchschnittliche Kräfte und Ressourcen mobilisiert. Diese wurden über einen oft langen Zeitraum von diagnostischen und operativen Eingriffen, Wundheilung, Nachbehandlung oder primärer Radio- oder Chemotherapie aufrechterhalten. Danach entsteht bei Patienten und Angehörigen das Bedürfnis nach der Zurückerlangung von größtmöglicher Normalität. Einige Patienten jedoch empfinden sehr stark den Verlust des engmaschigen Netzes der medizinischen Behandlung und Fürsorge, das selbst bei kritischer Bewertung als stützend und angstreduzierend erlebt wurde.

Die Rückkehr in die normale Welt, die Wiedereingliederung in das normale Familien- und Berufsleben, in dem oft genug keine Rücksicht mehr auf Krankheit und Schwäche genommen wird, empfinden einige Patienten als „große Leere“. Gibt es Möglichkeiten, Menschen darauf vorzubereiten?

Insbesondere bei Patienten, die nach abgeschlossener Therapie geschwächt und unterstützungsbedürftig sind, ist in der Phase der Entlassungsplanung eine Einbeziehung der wichtigsten Bezugspersonen unerlässlich.

Bei Patienten, die in der Behandlungsphase bereits häufiger außerhalb der geplanten Behandlungstermine zur stationären Aufnahme kamen, muss darüber hinaus fehlende Unterstützung und familiäres Konfliktpotential vermutet werden.

Lösungsansätze siehe  
Kap. 2.1.3.3.5 Klinik als Zuflucht

vgl. Kap. 2.1.3.3.5:  
Klinik als Zuflucht

z.B. Hornheider Erfassungsbogen  
vgl. S. 97 oder PO-Bado

Bei der LAGO können aktuelle  
Adresslisten angefordert werden.

### Die Spezifik von psychischer Problematik am Ende der Primärbehandlung

Es empfiehlt sich, allen Patienten Informationen über bestehende Selbsthilfegruppen in Wohnortnähe und Ansprechstellen in den örtlichen Gesundheitsämtern zu geben, die neben den Kliniksozialdiensten Patienten in sozialrechtlichen Fragen (Rehabilitation, Behinderung, Rente, Pflegeversicherung, Probleme mit Krankenkassen und Härtefond der Deutschen Krebshilfe) beraten.

Patienten, die hohe Belastungsscores bei psychoonkologischen Fragebögen aufweisen oder zusätzliche krankheitsunabhängige Belastungen nicht allein bewältigen können und Patienten, die im gesamten Verlauf der Primärbehandlung durch starke psychische Belastung aufgefallen sind, sollten in jedem Fall eine ambulante Psychotherapie empfohlen oder, mit deren Einverständnis, vermittelt bekommen.

### 2.2.2 Die Spezifik von psychischer Problematik am Ende der Primärbehandlung

Bei der Rückkehr in den Alltag nach abgeschlossener Primärbehandlung erlebt sich ein Teil der Patienten in der Welt der Gesunden als relativ schutzlos. Plötzlich sind sie wieder durchgängig in einer 24-Stunden-Interaktion mit ihren Familienangehörigen; aber nicht immer hat sich das familiäre Gefüge zu Hause der langfristig veränderten Situation der Patienten angepasst.

Zum Entlassungszeitpunkt und danach verstärken sich sehr oft noch einmal Kommunikationsprobleme zwischen Patienten und ihren Angehörigen. Von Patienten werden Ängste vor einem Rezidiv und Metastasen, vor langanhaltender Schwäche und der Schwierigkeit, der alten Rollenfunktion in der Familie wieder zu entsprechen, oft geheimgehalten. Auch Angehörige vermeiden es oft, ihre Ängste gegenüber Patienten auszusprechen.

Beide Seiten handeln aus dem Bedürfnis, sich gegenseitig schützen zu wollen. In Abhängigkeit von konkreten Familien- und Partnerschaftskonstellationen können in der Nachsorgephase auch Ängste vor Liebesentzug auf Seiten von Patienten oder Ängste vor Überforderung auf Seiten von Angehörigen die Patientensituation bestimmen.

Die Tabuisierung von Ängsten kostet indessen allen Beteiligten Kraft. Gespräche werden erschwert und neben der körperlichen Schwäche von Patienten kann eine emotionale Situation, die von widersprüchlichen Gefühlen, Angst und Isolation gekennzeichnet ist, zusätzlich schwächen.

Um solchen Tabuisierungen vorzubeugen, können sowohl behandelnde Ärzte, die Patienten entlassen, als auch weiterbetreuende ambulante Ärzte

versuchen, die bei ihren Patienten vermuteten Ängste vorsichtig anzusprechen und so oft wie möglich die Partner oder Angehörigen der Patienten in Gespräche einzubeziehen. Dies wird auch in den Lösungsvorschlägen für die im nächsten Abschnitt dargestellten Problemfälle deutlich.

## 2.2.3 Nachsorge/Rückkehr in den Alltag: Problemsituationen und Lösungsansätze

## Nachsorge/Rückkehr in den Alltag

### 2.2.3.1 Angst vor zu Hause

### Angst vor zu Hause

Manchmal äußern Patienten, dass sie ja nach Hause wollten, aber jeden Tag tun sich neue Probleme auf. Offensichtlich hat der Patient Angst vor der Rückkehr, welche auch durch Organisation des häuslichen Milieus über die Strecke des Sozialarbeiters nicht gelöst werden können. Dahinter stehen sehr oft Ängste, die weniger mit der medizinischen Versorgung als mit häuslichen, familiären Problemen zu tun haben. Was kann getan werden?

#### *Lösungsansätze:*

Es empfiehlt sich, den Patienten in einem vertraulichen Gespräch in einem geschützten Rahmen direkt nach seinen Sorgen, die er zu Hause hat, zu fragen. Ängste vor dem Verlust der bisherigen Leistungsfähigkeit und vor dem Unvermögen, die bisherige Rolle in der Familie in absehbarer Zeit wieder ganz auszufüllen, sollen, wenn vermutet, direkt angesprochen werden.

- „Könnte es sein, dass es Scham gegenüber Ihrer Familie ist, die Sie so bedrückt?“
- „Ist meine Vermutung richtig, dass Sie sehr traurig darüber sind, dass Sie den ganzen Tag so gar nichts mehr von dem schaffen, was Sie früher alles leisten konnten?“, u. ä.

Die Verbalisierung der vom Arzt im Gespräch wahrgenommenen Gefühle (Angst, Scham, Trauer, etc.) kann dazu führen, dass der Patient sich verstanden fühlt. Es stellt sich für den Arzt auch die Frage, ob der Patient überhaupt genügend Unterstützung in der häuslichen Versorgung hat. Aus diesem Gespräch könnte sich ein zweites Gespräch zu dritt oder nur mit dem Ehepartner/dem Angehörigen über die zu erwartenden langfristigen Nachwirkungen und anderen Überlegungen aus der Sicht des Arztes (z.B. über eine zeitweilige alternative Unterbringung) ergeben. Wenn möglich, sollte bei komplexeren familiären Problemen, die sich während der Tumorbehandlung als besonders belastend erwiesen oder zugespitzt haben, psychoonkologische Mitbehandlung angefordert werden.

#### Lösungsansätze

vgl. Kap. 2.1.3.3.5:

Klinik als Zuflucht

vgl. Kap. 2.2.3.4:

Sprach- und Hilflosigkeit  
zwischen Partnern

## Unzufriedenheit mit dem Befinden

### 2.2.3.2 Unzufriedenheit mit dem Befinden

In manchen Fällen wird die Entlassung immer wieder verschoben, weil Patienten mit ihrem Zustand unzufrieden sind und erwarten, dass sie sich in kurzer Zeit wieder so fühlen müssten wie vor der Therapie.

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Dies sind eher Ausnahmen; in den meisten Fällen erwarten Patienten von der Rückkehr in die Häuslichkeit den entscheidenden „Genesungsschub“. Auch bei den oben beschriebenen Patienten stellt sich die Frage, ob der Patient genügend Unterstützung in der häuslichen Umgebung hat oder alternative Kurzzeitunterbringungen zu erwägen sind. Oft genügen aber ärztliche Bemühungen, diesen Patienten Mut zu machen, nach der kräftezehrenden Behandlungszeit den Schritt nach Hause zu wagen und den eigenen Bewegungs- und Aktionsradius jeden Tag um einen kleinen Schritt zu erweitern sowie ihnen und u.U. auch den Familienangehörigen zu sagen, dass sie sich Zeit (auch ungefähr wie lange) für ihre Stabilisierung geben und Geduld haben müssen. Dies kann mit einer ausdrücklichen Würdigung der Therapiebewältigung verbunden werden.

*Bei Patienten, die körperlich und psychisch erschöpft sind, kann die Erarbeitung eines „Planes der kleinen Schritte“ unter therapeutischer Anleitung zusätzlich motivieren:*

- „Welche Tätigkeiten möchten Sie unbedingt in Kürze wieder zu Hause ausführen?“
- „Was für erste kleine Schritte in diese Richtung sind möglich?“
- „Wann wollen Sie beginnen?“
- „Bis wann wollen Sie ihr erstes Ziel erreicht haben?“, usw.

## Lebensanspruch und reale Leistungsfähigkeit

### 2.2.3.3 Lebensanspruch und reale Leistungsfähigkeit

Sehr oft äußern Patienten, wenn sie nach ihrer Behandlung zu Kontrollterminen wiederkommen, dass zwischen den Dingen, die sie zu Hause tun möchten, und ihrem körperlichen Befinden eine ziemlich große Diskrepanz besteht und manchmal auch, dass dies sie psychisch zurückwerfen würde. Wie kann hier vorgebeugt werden?

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Nach langen harten Behandlungen sollte in einem abschließenden Gespräch in jedem Fall eine nur schrittweise Steigerung der Belastung und der täglichen Unternehmungen angeregt werden (vgl. 2.2.3.2 Unzufriedenheit mit dem Befinden)

vgl. Kap. 2.2.3.2: Unzufriedenheit mit dem Befinden

denheit mit dem Befinden), verbunden mit einer Würdigung der Therapiebewältigung. Wenn Patienten (besonders ältere) noch lange nach Therapie dem Arzt gegenüber ansprechen, dass sie an ihrem Unvermögen leiden, das Leben wieder „anzupacken“ und zu genießen, sollte in jedem Fall nachgefragt werden, welche Anforderungen und Wünsche nicht umsetzbar sind und mit Patienten über die Relativierung unrealistischer Selbstansprüche gesprochen werden. Ein Nachdenken über die Frage, was von dem, was Freude macht, stattdessen verwirklicht werden kann, sollte angeregt werden.

### 2.2.3.4 Sprach- und Hilflosigkeit zwischen Partnern

In der Partnerschaft besteht Sprach- und Hilflosigkeit. Die Partner können nicht miteinander reden, fragen aber Dritte um Rat. Wie kann hier vermittelt werden?

#### *Lösungsansätze:*

Die beschriebene Situation kann mit tiefen Ängsten zu tun haben, die aus der Erkrankungssituation resultieren und/oder mit zusätzlichen familiären Belastungen und Konflikten zusammenhängen.

Auch in dieser Situation kann ein systemisches Familiengespräch vom Arzt geführt oder von einem vorhandenen Psychoonkologischen Dienst übernommen werden.

Der Therapeut sollte sich hier mit eigenen Vermutungen zunächst eher zurückhalten. Der Zustand der Sprachlosigkeit kann als Erstarrung des kommunikativen Systems verstanden werden. Dieses kann durch zirkuläres Fragen beider Partner wieder ins Fließen kommen. Beispiel: „Was glauben Sie, was bedrückt Ihren Partner, das er nicht aussprechen kann?“ Und zu dem anderen: „Ist es so, wie er sagt? Was glauben Sie, lässt Ihren Partner schweigen?“

Bei der Benennung von Fehlverhaltenweisen des Partners sollte der Therapeut bei dem anderen Partner sofort nachfragen, was das Gesagte bei diesem auslöst und umgekehrt. „Wie geht es Ihnen damit, dass Ihr Partner so auf Ihre Worte reagiert?“

Der Therapeut soll sich nicht in eine gegenseitige Aufrechnung von Fehlern verstricken lassen, sondern bei den Partnern auf das jeweilige Gesagte des anderen emotionale Reaktionen und Ich-Botschaften herausfordern, die das Sprechen über tiefe Ängste und Belastungen in der Partnerschaft zukünftig wieder möglich machen.

### Sprach- und Hilflosigkeit zwischen Partnern

#### Lösungsansätze

Definition „Zirkuläres Fragen“  
vgl. Glossar S. 81

Definition „Therapeut“  
vgl. Glossar S. 79

vgl. die in Kap.2.1.3.2.3  
und 2.1.3.3.5 beschriebenen  
Prinzipien Zirkularität und  
Neutralität

## Belastung durch Passivität

### 2.2.3.5 Belastung durch Passivität

Der Partner zeigt sich unzufrieden mit der Bereitschaft des Patienten sich zu belasten, aktiv zu werden und zu essen. Welche Reaktionen sind angemessen?

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Der angesprochene Arzt/die angesprochene Pflegeperson kennt den Patienten und sollte sich zunächst folgende Fragen stellen:

- Entspricht die Darstellung meinem eigenen Eindruck vom Patienten?
- Wenn ja, ist die von anderen erlebte Passivität des Patienten Ausdruck einer behandlungsbedingten Erschöpfung oder anderer Nebenwirkungen der Therapie?
- Könnte die Passivität des Patienten durch zu hohe Erwartungen des Partners verstärkt werden?
- Deuten die Klagen des Partners auf tieferliegende Konflikte in der Partnerschaft (z. B. auf eine starke symbiotische Beziehung der Partner, ein allgemeines passives Beziehungsverhalten des Patienten) hin?

Wenn die Darstellung des Partners dem eigenen Eindruck nicht entspricht, geht es darum, realistische Erwartungen an die Geschwindigkeit des Genesungsprozesses bei dem Partner aufzubauen. Oder aber, die Passivität des Patienten beschränkt sich auf die häusliche Umgebung: Hier provozieren zu hohe Erwartungen manchmal einen Rückzug des Patienten in die Passivität aus dem Gefühl heraus nicht verstanden zu werden.

Manche Patienten versuchen, durch demonstrative Passivität die Zuwendung des Partners herauszufordern, (was den anderen meist schnell überfordert).

Fragen Sie Ihren Gesprächspartner, wie sich Passivität bei dem Patienten im häuslichen Alltag zeigt und wie dies von der Familie erlebt wird!

Entscheiden Sie dann, ob es sich nur um unrealistische Erwartungen handelt, die Sie im Gespräch korrigieren können, oder um tieferliegende Partnerschafts- oder Familienprobleme. In diesem Fall sollte ein supportives Familiengespräch angeregt werden.

Nachfolgend die möglichen Strategien eines systemischen Supportivgesprächs, bezogen auf die Situation einer an der generellen Passivität des Patienten leidenden Familie:

vgl. Kap. 2.1.3.2.3: Passivität  
und 2.1.3.2.5: Klinik als Zuflucht

## Hypothesieren

### *Hypothesieren*

Wenn der Arzt oder Therapeut eine Hypothese hat, kann er diese zunächst in den Raum stellen, z. B. „Ich glaube, dass Herr... / Frau im Moment noch nicht will, dass es ihm wieder besser geht.“

### *Zirkuläres Fragen*

Zirkuläres Fragen

Der Therapeut fragt reihum jedes Familienmitglied nach seiner Position zu der genannten Hypothese. Oder er fragt zunächst den Patienten, was er glaubt, wie seine eingeschränkte Aktivität auf den Partner wirkt. Der Therapeut sollte auf einer kurzen Antwort bestehen und etwaige Äußerungen von Selbstrechtfertigung unterbrechen. Dann kann der Partner gefragt werden, ob es so ist, und aufgefordert werden, seine Sicht kurz darzustellen.

Wenn Aspekte der Beziehung, die zwischen dem Paar besteht, deutlich geworden sind, sollte der Therapeut diese formulieren und die anderen Familienmitglieder, falls anwesend, dazu reihum befragen oder die Ehepartner einzeln nacheinander damit konfrontieren oder sie fragen, ob sie die Einschätzung des anderen oder der anderen Familienmitglieder teilen. Werden Äußerungen über angebliches Fehlverhalten einzelner Familienmitglieder gemacht, sollte sich der Therapeut nicht in parteiische Diskussionen über angebliche Fehler verstricken lassen, sondern sofort wieder reihum fragen, wie jedes Familienmitglied auf benannte Verhaltensweisen reagiert.

Es geht darum, die starren Positionen Einzelner in Frage zu stellen, indem bei einem Gespräch mit einer ganzen Familie bei neu eingebrachten Aspekten immer sofort nach den Beziehungseinschätzungen und Haltungen Dritter zu jeweils zwei anderen in der Familie gefragt wird oder bei einem therapeutischen Paargespräch die Sichtweise des einen Partners immer sofort mit der Reaktion des anderen konfrontiert wird.

### *Neutralität*

Neutralität

Der Therapeut sollte sich mit parteiischen Wertungen zurückhalten. Vorrangiges Ziel des Gespräches ist es, gestörte Kommunikation wieder in Gang zu bringen.

## **2.3 Fortschreitende Erkrankung**

**Fortschreitende  
Erkrankung  
Einleitung**

### **2.3.1 Einleitung**

Wenn zum Zeitpunkt der Erstdiagnose bereits eine fortgeschrittene Krebserkrankung festgestellt wird oder während bzw. nach der Primärbehandlung Metastasen oder ein Tumorprogress diagnostiziert werden, sollte eine der psychischen Situation des Patienten angemessene ärztliche Aufklärung über die zu erwartende Begrenzung der Lebenszeit erfolgen. Und Aufklärung beschränkt sich dabei nicht auf ein einziges Gespräch, sondern sollte als Prozess aufgefasst werden.

Da jedoch die Zeiträume, in denen nicht heilbare fortgeschrittene Krebs-

erkrankungen behandelt werden können, immer länger werden, rückt die Auseinandersetzung über Leben und Tod in der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten in den Hintergrund. Nur selten kommt es in der stationären Routine zu existentiellen Gesprächen.

In der Begleitung erleben es Patienten als hilfreich, wenn zumindest in bestimmten „Schwellensituationen“, wie z. B. bei der Diagnostik von Rezidiven, Metastasierungen und Tumorprogressen oder auch bei schwereren Therapienebenwirkungen, wie z. B. anhaltender Leukopenie, Pneumonien oder Nierenversagen, von Ärzten und Pflegenden ein Rahmen für ruhige Gespräche ermöglicht wird, in denen Gefühle von Enttäuschung, Verzweiflung, Trauer, unterschwellige Sterbeängste und Hoffnungslosigkeit verbalisiert werden können. Im zweiten Schritt kann ein Nachdenken über realisierbare Nahziele angeregt und unterstützt werden, um wieder neue Kraftressourcen zu mobilisieren.

### Spezifik von psychischer Problematik in der Phase fortschreitender Erkrankung

#### 2.3.2 Die Spezifik von psychischer Problematik in der Phase fortschreitender Erkrankung

Während der Zweit- und Drittlinientherapien kommen Patienten immer öfter an die Grenzen ihrer physischen Kräfte. Diese Grenzen sind durch psychische Faktoren, z. B. innere Ruhe und In-etwas-einen-Sinn-sehen beeinflussbar.

Die ärztliche oder pflegerische Fähigkeit zu einer wirkungsvollen psychoonkologischen Einflussnahme ist in dieser Phase in starkem Maße erfahrungsabhängig; denn ohne viel Erfahrung ist es nicht so leicht zu erkennen, wann ein Patient nicht will oder eben nicht kann.

Im folgenden Abschnitt geht es wieder um konkrete Problemsituationen, die in der hier beschriebenen Phase auftreten können. Für diese Situationen werden mögliche Hintergründe und Entscheidungshilfen aufgezeigt.

### Fortschreitende Erkrankung: Problemsituationen und Lösungsansätze

#### 2.3.3 Fortschreitende Erkrankung: Problemsituationen und Lösungsansätze

##### 2.3.3.1 Umgang mit Rückfällen

### Umgang mit Rückfällen

Die Diagnose von Rezidiven, Metastasen oder Tumorprogress nach zunächst erfolgreicher Primärbehandlung wird von vielen Patienten als persönliches Versagen erlebt. Einige reagieren darauf mit schwerem Burnout und Hoffnungslosigkeit, andere erleben zumindest eine längere Phase existentieller Erschütterung, oft diesmal noch mit tieferer Verzweiflung.

Die Gefahr einer langfristigen Entwicklung in Richtung Depression oder Angststörung ist ausgehend von solchen Schwellensituationen in hohem Maße gegeben; und behutsame, begleitende Gespräche erhalten von daher einen besonderen Stellenwert.

#### *Lösungsansätze:*

Die ärztliche Mitteilung von Rückfalldiagnosen sollte der jeweiligen existentiellen Tragweite Rechnung tragen.

In den Fällen, wo infolge des Rückfalls eine Änderung des kurativen Therapiezieles erfolgt, sollte in einem angemessenen Gesprächsrahmen auch eine ehrliche Aufklärung über die durch die Diagnose zu erwartende Begrenzung der Lebenszeit erfolgen (vgl. 2.1.3.2.2).

Starke, nicht verbalisierte Ängste vor dem Tod, aber auch die von Patienten erlebte Einsamkeit in ihrer Trauer und Enttäuschung können Depressionen und Angststörungen begünstigen, deshalb sollten Ärzte und Pflegende in der Zeit vor und nach der Diagnosemitteilung in ihren Kontakten und Gesprächen den Patienten Raum für deren Gefühle lassen und auf diese eingehen.

In den Fällen, wo das kurative Behandlungsziel aufrechterhalten werden kann, hat es besondere Bedeutung, wenn der Arzt für das Gelingen des weiteren Behandlungsschrittes ausdrücklich Mut und Hoffnung macht.

Aber auch dann, wenn Hoffnung auf Heilung nicht mehr realistisch ist, können Ärzte und Pflegende Hoffnung machen:

- darauf, dass es gelingen möge, den Tumor noch für lange Zeit zurückzudrängen,
- darauf, dass der Patient Ruhe findet für ein Leben, wie er es möchte, bis zu seiner Grenze.

### **2.3.3.2 Auseinandersetzung mit „Alternativtherapien“**

Patienten mit eingeschränkten Behandlungsoptionen und Patienten, die aufgrund von Rückfällen mit den Grenzen der bisherigen Behandlungen konfrontiert werden, setzen sich oftmals verstärkt mit Internetinformationen oder Medienberichten zu angeblichen Wunderheilungen auseinander. Zudem beschäftigen sich stärker als andere Patienten mit Empfehlungen der Komplementärmedizin. Wie sollten Ärzte und Pflegende reagieren, wenn sie um Rat gebeten werden?

#### *Lösungsansätze:*

Die Authentizität und moralische Integrität des Antwortenden ist hier von entscheidender Bedeutung!

Wenn der Arzt aus seiner persönlichen Erkenntnis und Erfahrung Behand-

### **Lösungsansätze**

vgl. Kap. 2.1.3.2.2: Die ärztliche Aufklärung über eine durch die Diagnose zu erwartende Begrenzung der Lebenszeit; insbesondere Hinweise aus Bucka-Lassen (2005)

### **Auseinandersetzung mit „Alternativtherapien“**

#### **Lösungsansätze**

lungen für fraglich und in ihrer Wirkung für umstritten hält, sollte er dies deutlich aussprechen, auch um Patienten vor möglicher finanzieller Ausbeutung zu schützen.

Viele Patienten lassen sich mit immunstimulierenden Substanzen, Spurenelementen, Vitaminen und Antioxidanzien behandeln und berichten positive Auswirkungen auf ihre Vitalität und Lebensqualität. Der derzeitige wissenschaftliche Erkenntnisstand zu vielen dieser Substanzen ist noch uneinheitlich und widersprüchlich. Hier gilt für die Pflegenden der Grundsatz, Patienten dringend zu raten, ihre behandelnden Ärzte über alle Begleitmedikamente in Kenntnis zu setzen, damit schädliche Wechselwirkungen mit Therapien ausgeschlossen werden können.

Definition „Lebensqualität“

vgl. Glossar S. 77

Vgl. auch: Wegweiser Onkologie Brandenburg. Band 2.; 3.4.

Adjuvante biologische Therapien und unkonventionelle Methoden

Es handelt sich um einen Überblick über unkonventionelle Methoden aus naturheilkundlicher Sicht! (LAGO 200, S. 51–63)

Und noch eines ist wichtig sich bewusst zu machen: Alle aktiven, positiven Ansätze einer bewussten gesunden Lebensgestaltung (z. B. gesunde Ernährung, Bewegung, emotionale Kontakte) haben auf die Lebensqualität eines Krebspatienten mit oder ohne onkologische Therapie in mehr oder weniger großem Ausmaß Einfluss. Sie ermöglichen Menschen, deren Kontrollsystem durch die Erkrankung grundlegend erschüttert wurde, in gewissen Grenzen Kontrolle und Einflussnahme auf ihr Leben. Sie sollten deshalb nicht abgewertet, sondern gewürdigt werden!

## Verluste

### 2.3.3.3 Verluste

In der Phase fortschreitender Erkrankung müssen Patienten zunehmend mit Verlusten fertig werden: dem Verlust von Lebenskraft, dem Verlust von Lebensperspektiven, z. B. Arbeitsplatzverlust, und bei zunehmender Pflegebedürftigkeit auch mit dem Verlust an Selbständigkeit und Beweglichkeit. Wie kann psychoonkologische Begleitung hier hilfreich sein?

## Lösungsansätze

### Lösungsansätze:

Es geht für die begleitenden Ärzte und Pflegenden darum, sensibel zu sein für die inneren Erfahrungen der Patienten in solchen Schwellensituationen und diese mitfühlend zu begleiten. Wenn ein Patient z. B. von der Beendigung seines langjährigen Arbeitsverhältnisses berichtet, ist es gut, ein paar Minuten innezuhalten, genauer nach der Arbeit zu fragen (die für die meisten Menschen ein großes Stück Identität bedeutet) und nachzufragen, wie es dem Patienten gelingt, diesen Abschied und Verlust zu bewältigen. Oder wenn eine Patientin ihren bestellten Rollstuhl erhält, nachzufragen, ob sie sich das künftige Leben vorstellen kann, wie es ihr mit dem Verlust der Mobilität und der Abhängigkeit von anderen Menschen geht. Die einfühlsame Begleitung solcher Trauerprozesse kann verhindern, dass Menschen in Isolation und emotionale Starre verfallen!

### 2.3.3.4 Mobilisierung von Kraftressourcen in der Phase fortschreitender Erkrankung

Während der Zweit- und Drittlinientherapien erleben Patienten immer wieder Phasen, in denen Kraftlosigkeit, Therapienebenwirkungen und tumorbedingte Symptome in den Vordergrund treten. Ärzte und Pflegende stellen sich in dieser Phase die Frage, ob sie die Kraftressourcen von Patienten gezielt in psychoonkologischen Gesprächen mobilisieren können. Sollten mit Patienten Perspektivgespräche geführt werden? Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt? Wie können Patienten und Angehörige zur Weiterführung der Therapie motiviert werden?

#### *Lösungsansätze:*

An kritischen Punkten der Therapie, wenn Ärzte oder Pflegende bei Patienten physische Erschöpfung wahrnehmen, macht es Sinn, von einer Kopplung von physischer und psychischer Erschöpfung auszugehen. Folgende Fragen können helfen, bei Patienten eine Suche nach zusätzlichen Kraftressourcen anzuregen:

- „Aus welchen Beziehungen in ihrem Leben schöpfen Sie Kraft?“
- „Gibt es frühere Beziehungen, an die Sie neu anknüpfen können?“
- „Haben Sie Ziele für die nächste Zeit?“
- „Was gibt Ihrem Leben Freude und Sinnerfüllung? Lässt sich dies noch vertiefen?“
- „Sind Sie in der Lage, andere Menschen um Unterstützung zu bitten? Wen könnten Sie bitten?“
- „Gibt es in der Beziehung zu Ihrem Partner/Ihren Kindern oder anderen nahestehenden Angehörigen oder Freunden Probleme oder Konflikte, die den Weg zu größerer Nähe versperren? Welche Lösungsansätze gibt es?“

Es bedarf natürlich einer gewachsenen zwischenmenschlichen Beziehung zwischen dem Arzt bzw. der Pflegekraft und dem Patienten, um eine solche Frage zu stellen. Es macht für Ärzte und Pflegende Sinn, im Hinblick auf die Mobilisierung von Kraftressourcen in der momentanen Situation und auch im Hinblick auf die Gestaltung einer voraussehbaren späteren terminalen Situation aktiv Kontakt zu den nächsten Angehörigen zu suchen. Oft bedarf es nicht nur eines Zweiergesprächs mit dem Patienten, sondern eines Paar- oder Familiengesprächs. Oft nehmen Pflegende bei Angehörigen Kommunikationsbarrieren oder Konflikte eher wahr; in solchen Fällen sollten Familiengespräche durch den Arzt oder Psychoonkologischen Dienst aktiv angeregt werden.

### Mobilisierung von Kraftressourcen in der Phase fortschreitender Erkrankung

#### Lösungsansätze

vgl. auch die unter 2.1.3.3.5 Klinik als Zuflucht beschriebenen möglichen Strategien eines systemischen Familiengesprächs und die unter 2.2.3.4 Sprach- und Hilflosigkeit zwischen Partnern besprochenen Vorschläge für ein systemisches Paargespräch

- „Welche zusätzlichen Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten und damit mögliche potentielle Energiequellen gibt es in der Nähe Ihres Wohnortes oder Wohngebietes (z. B. Selbsthilfegruppen, Kontaktstellen der Volkssolidarität oder Arbeiterwohlfahrt)?“

Darüber hinaus sollte der Arzt Perspektivgespräche mit Patienten und Angehörigen führen, insbesondere dann,

- wenn eine Veränderung im gewohnten Behandlungssetting ansteht;
- wenn besonders günstige Entwicklungen oder Komplikationen im Behandlungsverlauf eine Veränderung der bisher ausgesprochenen prognostischen Erwartungen herbeiführen.

### Balance zwischen therapeutischen Angeboten und Kraftressourcen des Patienten

#### 2.3.3.5 Balance zwischen therapeutischen Angeboten und Kraftressourcen des Patienten

Die Nebenwirkungen der fortgeführten Therapie können in der Phase fortschreitender Erkrankung so unerträglich werden, dass Patienten einen Therapieabbruch erwägen. Gleichzeitig sind die meisten Patienten durch vorangegangene Therapieerfolge darin bestätigt worden, dass der Krebs durch die Behandlungen eingedämmt bzw. aufgehalten werden kann. Eine Fortführung der Therapie bedeutet für sie, der Hilflosigkeit und Angst vor dem Sterben eigenes Handeln und Kämpfen entgegensetzen zu können, wenn auch oft unter großen Einschränkungen in der Lebensqualität. Wie kann der Arzt die richtige Balance finden zwischen therapeutischen Angeboten und Kraftressourcen des Patienten?

### Lösungsansätze

#### *Lösungsansätze:*

Wie aus einer repräsentativen Studie hervorgeht, wünscht sich ein Teil der onkologischen Patienten (insbesondere sehr aktive und autonome Patienten) eine Einbeziehung in medizinische Entscheidungsprozesse, wie z. B. die Therapiewahl, die Entscheidung über den Behandlungsort, den Behandlungszeitpunkt und die Beendigung der Behandlung (vgl. Ernst et al. (2006). Diesen Patienten fällt es leichter, bei unzumutbaren Therapienebenwirkungen das Gespräch mit dem behandelnden Arzt zu suchen und Vereinbarungen über Behandlungspausen, Dosisreduzierungen, Medikamentenwechsel oder Behandlungsabbruch zu treffen.

Der größere Teil der onkologischen Patienten jedoch ist in der oben beschriebenen Behandlungsphase gefangen in dem Dilemma zwischen Kämpfen-müssen und Nicht-mehr-kämpfen-können, oft verbunden mit ganz unrealistischen Heilungserwartungen. Da sie sich ihre Grenzen nicht eingestehen können, brauchen sie die Initiative des behandelnden Arztes.

Der Arzt braucht bei Zweit- und Drittlinientherapien kontinuierliche Informationen über die Behandlungsnebenwirkungen und die Lebensqualität des Patienten, die in den Aufnahmegesprächen erfragt und unterstützend in Kurzzeitfragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität erhoben werden können. Geeignete Kurzzeitfragebögen in deutschsprachigen Versionen sind z. B. der SF-12, der WHOQOL-BREF, das Nottingham Health Profile (NHP) oder der European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D). Die Fragebögen werden beschrieben in Schumacher (2003).

Der Arzt kann bei starken, unzumutbaren Nebenwirkungen das Gefühlsdilemma aus Angst, Hilflosigkeit und zwanghaftem Durchhaltewillen auflösen, indem er das Gespräch mit dem Patienten sucht und die beim Gegenüber wahrgenommenen Gefühle und gegensätzlichen Bestrebungen ausspricht und so dem Patienten bewusst macht und ihn entlastet. Auch Vorschläge über eventuell mögliche Veränderungen in der Therapie, Behandlungspausen und Behandlungsbeendigung sollten vom Arzt ausgehen, da die meisten Patienten im Angesicht eines möglichen baldigen Todes solche schwerwiegenden Entscheidungen nicht treffen, ja nicht einmal denken können.

Da die Pflegenden oft einen unmittelbareren Kontakt zu Patienten haben und Signale und Äußerungen von hilfloser Überforderung und Zerrissenheit eher wahrnehmen, sollten sie Patienten ermutigen, das Gespräch mit dem Arzt zu suchen und (natürlich in Abhängigkeit vom Kommunikationsklima) den ärztlichen Kollegen diese Beobachtungen und Gesprächsinhalte weitergeben.

### 2.3.3.6 Passivität bei Behandlungsentscheidungen

Wenn Ärzte Patienten in fortgeschrittenen Stadien der Behandlung einen bestimmten Therapievorschlag machen und nach der Meinung der Patienten fragen, erhalten sie oft die Antwort: „Sie sind der Arzt, Sie müssen entscheiden!“

Was sind die Hintergründe dieser vermeintlichen Passivität, und wie können Ärzte angemessen reagieren?

#### *Lösungsansätze:*

Die behandelnden Ärzte können sich folgende Fragen stellen: Ist die abwartende passive Haltung

- Zeichen einer für die Phase fortschreitender Erkrankung charakteristischen physischen und/oder psychischen Erschöpfung?
- Zeichen der Ablehnung einer weiteren Therapie?
- Ausdruck einer Delegation der Verantwortung? Als Zeichen von Unsicherheit und Angst?

Definition „Lebensqualität“  
vgl. Glossar S. 77

Passivität bei  
Behandlungs-  
entscheidungen

Lösungsansätze

vgl. Kap. 2.3.3.4:  
Mobilisierung von Kraftressourcen in der Phase fortschreitender Erkrankung

Wenn bei Patienten physische oder psychische Erschöpfung vermutet wird, sollte das Ausmaß der therapiebedingten Nebenwirkungen und Einschränkungen genauer erfragt und die emotionale Situation des Patienten mit vorsichtigen Fragen erforscht werden („Vermute ich richtig, dass Sie sich vor den Nebenwirkungen einer weiteren Therapie ängstigen?“; „Ist es so, dass Sie Angst haben, nicht mehr weiterkämpfen zu können?“, etc.). Wenn der Patient das Gefühl hat, in seiner Situation verstanden zu werden, können Ärzte und Pflegende manchmal mit gezielten Fragen die innere Suche des Patienten nach zusätzlichen Kraftquellen anregen.

vgl. Kap. 2.2.3.5:  
Balance zwischen therapeutischen Angeboten und Kraftressourcen des Patienten

Aufgrund des Dilemmas zwischen Kämpfen-müssen und Nicht-mehrkämpfen-können, das die meisten Patienten in fortgeschrittenen Behandlungsphasen erleben, können viele nicht aktiv einer weiteren Therapie zustimmen oder diese ablehnen. Hier muss der Arzt den aktiven Part bei der Erforschung des Patientenwillens und seiner Kraftressourcen übernehmen.

Wenn Patienten in der Situation von krankheits- und therapiebedingter Erschöpfung die Entscheidungsverantwortung an den Arzt delegieren, sollte dies nicht in erster Linie als Zeichen von Unmündigkeit, sondern als Handlungsmöglichkeit in dem Dilemma von Kämpfen-müssen und Nicht-mehrkämpfen-können gewertet werden.

**Regelung familiärer Angelegenheiten bei fortgeschrittener Erkrankung**

### 2.3.3.7 Regelung familiärer Angelegenheiten bei fortgeschrittener Erkrankung

Manche Ärzte stellen sich die Frage, ob sie ihre Patienten in einer palliativen Situation aktiv zu einer Regelung ihres Nachlasses und ihrer familiären Angelegenheiten anregen sollen. Wenn ja, wann?

**Lösungsansätze**

*Lösungsansätze:*

Weit verbreitet ist heute die Praxis, dass Patienten einmal, meist zum Zeitpunkt der Erstdiagnose, im Zusammenhang mit Aufklärung und Planung der Palliativbehandlung, die Aufforderung erhalten: „Klären Sie Ihre familiären Angelegenheiten!“ Bei dieser Aufforderung wird auch den Patienten, die die Bedrohlichkeit ihrer Erkrankung nicht wahr haben können, bewusst, wie ernst es um sie steht.

Erste Erfolge in der Palliativbehandlung führen bei vielen dazu, dass die vom Arzt direkt oder oft auch nur indirekt angesprochene Begrenzung der Lebenszeit von ihnen wieder zugedeckt wird. Der zunehmende Kräfteverlust im Verlauf von palliativen Therapien lässt die meisten Patienten dann doch aktiv werden und alle persönlichen Regelungen noch recht-

zeitig treffen. Es gibt jedoch auch eine relativ große Zahl von Patienten, die die Abwehr ihrer Angst vor dem Sterben so lange aufrecht erhalten, bis sie selber nicht mehr in der Lage sind, Regelungen zu treffen.

Zu Beginn einer palliativen Behandlung geht es schwerpunktmäßig darum, das innere Selbstheilungspotential des Patienten für das Gelingen der Therapie zu aktivieren. Das eine schließt das andere jedoch nicht aus!

Die Botschaft, dass alle mit der Vorbereitung auf den eigenen Tod verbundenen Entscheidungen Ruhe, Zeit und Kraft erfordern und dass es eine Erleichterung sein kann, wenn dies abgeschlossen ist, kann Mut machen. Des weiteren die Botschaft, dass nach einer bewussten Auseinandersetzung mit dem Sterben Hoffnung auf das weitere Gelingen der Therapie möglich sein kann!

Ermutigen Sie Patienten alle nötigen Entscheidungen selbst zu treffen zu einem Zeitpunkt wo sie dazu in der Lage sind und mit ihren Angehörigen dieses Tabuthema anzusprechen!

Dies sollte zu einem Zeitpunkt geschehen, der dem Patienten noch genügend Zeit und Kraft lässt!

Ärzte oder Pflegende, die schon eine gewachsene Beziehung zu dem Patienten haben, können ihn auch nach lebenswichtigen Anliegen oder Problemen fragen, die er noch lösen möchte. Bei oberflächlicherer Beziehung kann diese Frage im Zusammenhang mit den zu regelnden formalen Angelegenheiten dem Patienten an die Hand gegeben werden, um ein selbständiges Nachdenken darüber anzuregen.

### 2.3.3.8 Angebot Palliativstation

Langfristige Tumorbehandlungen finden heute überwiegend in Behandlungszentren statt. Für den Fall des Auftretens von Nebenwirkungen nach der Therapie oder zwischen Therapiezyklen werden Patienten darauf verwiesen, unmittelbar Kontakt mit der behandelnden Station aufzunehmen, die Patienten in der Regel in einer solchen Situation aufnimmt. Wenn in der Zeit zwischen den einzelnen Behandlungen wiederholt eine derartige Schwächung eintritt, dass eine Betreuung in der Familie nicht mehr geleistet werden kann, oder, insbesondere bei älteren, alleinlebenden Patienten eine Selbstversorgung zu Hause nicht mehr möglich ist, wird von den betreuenden Klinikärzten eine vorübergehende Einweisung auf eine Palliativstation erwogen. Patienten können sich nach einer solchen Entscheidung als „von den Ärzten abgeschoben“ oder „aufgegeben“ erleben. Wie kann dies verhindert werden?

### Angebot Pallitivstation

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Unter guten Bedingungen empfinden Patienten nach langwierigen Behandlungen die Klinik oft als ihr zweites Zuhause. Die Entscheidung für eine Überweisung auf die Palliativstation sollte deshalb keinesfalls kurzfristig erfolgen, ohne dass sich der Patient darauf einstellen kann. Der Arzt sollte eine solche Entscheidung langfristig vorbereitend mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprechen, nach möglichen Alternativen fragen und vor allem deutlich machen, dass nicht sein eigener guter Wille, sondern das Behandlungsprofil der Klinik für die Entscheidung maßgebend ist. Der Patient sollte genau über die Bedingungen und Termine der Wiederaufnahme in das Behandlungszentrum informiert werden, um sich darauf einstellen zu können. Die Entscheidung für eine Palliativstation kann auch nach sorgfältiger Abwägung bei familiären Bedingungen, die dem Patienten nicht zuträglich sind, getroffen werden.

## Ärztliches Gespräch über Behandlungsabbruch

### 2.3.3.9 Ärztliches Gespräch über Behandlungsabbruch

Wenn es unter einer palliativen Therapie zu einer extremen Verschlechterung im Allgemeinzustand des Patienten oder zu einem Tumorprogress kommt und eine andere Behandlungsoption nicht zur Verfügung steht, teilt der Arzt dem Patienten seine Entscheidung über einen Therapieabbruch mit. Viele Menschen werden daraufhin von Angst und Hilflosigkeit überflutet, einige geben sich die Schuld „am Scheitern der Therapie“, andere erleben episodische Einbrüche von plötzlicher Todesangst. Wie kann dem vorgebeugt werden?

## Lösungsansätze

### *Lösungsansätze:*

Ein gutes Kommunikationsklima zeichnet sich dadurch aus, dass zwischen Ärzten und Patienten an verschiedenen Punkten der Behandlung intensiver Kontakt besteht. In diesen Arzt-Patienten-Gesprächen kann der Patient alle die ihn interessierenden Details der Behandlung nachfragen. Der Arzt benennt deutlich die Nebenwirkungen, die zu erwarten sind, behandelt werden können, zeitweilig toleriert werden müssen oder nicht mehr tolerierbar sind. Er informiert den Patienten zu den Möglichkeiten und Grenzen der Tumorbehandlung und bereitet ihn so schrittweise auf die irgendwann zu treffende Entscheidung über den Therapieabbruch vor. Es ist gut, wenn der Arzt bei den vorangegangenen Entscheidungen über ambulante vs. stationäre Behandlung, Dosisreduzierungen, Medikamentenwechsel oder Behandlungspausen dem Patienten das Gefühl einer gemeinsamen Entscheidungsfindung geben konnte. Bei der Entscheidung über Therapieabbruch sollte bei dem Patienten nicht das Gefühl entstehen: „Eine weitere Therapie wird mir versagt, ich werde im Stich gelassen.“

vgl. Kap. 2.3.3.5:  
Balance zwischen therapeutischen Angeboten und Kraftressourcen des Patienten

Viele Patienten haben jedoch eine ausgesprochen kämpferische Haltung entwickelt, die durch Erfolge in vorangegangenen Therapien bestärkt wurde. Sie glauben, um jeden Preis an der Therapie festhalten zu müssen und überfordern sich. Eine Entscheidung über Therapieabbruch ist für sie unerträglich.

Der Arzt sollte, wenn möglich, mit dem Patienten in einem geschützten Rahmen sprechen, die vorangegangenen Therapieerfolge ausdrücklich würdigen und die Risiken und Grenzen einer Weiterführung der Therapie eindrücklich benennen. Wenn der Arzt seine Hoffnung ausdrückt, dass sich der Patient noch einmal erholt, „... um genügend Zeit und Ruhe zu haben für die Dinge, die ihm in der ihm verbleibenden Lebenszeit noch wichtig sind...“, wird sich der Patient erstaunlicherweise oft sehr entlastet fühlen.

Wenn ein solches gutes Gespräch gelungen ist, haben Patienten oft das Bedürfnis, auch den Pflegenden mitzuteilen, was sie sich noch alles vorgenommen haben. Viele begeben sich in eine ganz neue Dimension von Hoffnung, die gehört, aufgenommen und den Patienten gespiegelt werden kann, auch wenn manche Pläne von einem Außenstandpunkt zunächst ganz unrealistisch erscheinen.

## 2.4 Begrenzte Lebenszeit

## Begrenzte Lebenszeit

### 2.4.1 Einleitung

### Einleitung

Der individuelle Sterbeprozess eines Menschen ist ein lange sich im Unterbewusstsein vollziehender Prozess. Da Tod und Sterben jedoch in unserer modernen Gesellschaft tabuisiert werden, ist auch in den Familien unserer Patienten die offene Kommunikation über den bevorstehenden Tod oft unmöglich oder auf das Notwendigste beschränkt. Für Patienten, die um ihren nahen Tod wissen, kann es sehr quälend sein, wenn sie mit niemandem darüber sprechen können, welche Ängste sie haben und was dieser Abschied für sie bedeutet. Andere Patienten wehren bis zuletzt jedes Gesprächsangebot von Ärzten ab, das in diese Richtung weist. Und oft sind starke Ängste vor dem Sterben, die nur vorsichtig erfragt und gemildert und manchmal nur zum Teil aufgelöst werden können, der Grund für die rigide Abwehr.

### 2.4.2 Die Spezifik von psychischer Problematik in der Phase der begrenzten Lebenszeit

### Die Spezifik von psychischer Problematik in der Phase der begrenzten Lebenszeit

Viele Menschen erleben in ihrer Sterbephase einen fortwährenden Wechsel zwischen kurzen Episoden und längeren Phasen intensiver Angst und Phasen der Hoffnung.

Je nachdem, ob das „innere Wissen“ der Menschen über ihr Sterben und ihren Tod mit friedvollen Bildern (Heimkehr; Hinübergleiten in eine andere Form von Existenz) oder aber mit qualvollen Bildern (Todeskampf, wahn-sinniger Schmerz, Hölle, Strafe, Rache oder etwa dunkle Grabeskälte) assoziiert ist, erleben Menschen in ihrer Sterbephase ein Mehr oder Weniger an Angst. Je größer und bedrohlicher die Angst ist, desto stärker muss sie abgewehrt werden.

Immer wieder begegnen uns aber auch Menschen, die am Ende ihres Krankheitsweges, an einem bestimmten Punkt, ihr Hoffen auf Heilung nahezu gänzlich aufgegeben und bewusst in ihr Sterben eingewilligt haben. Diese Menschen sind dann von einer gewissen Entspannung umgeben. In der Sterbephase gehen Wach- und Schlafphasen zunehmend ineinander über; und veränderte Bewusstseinszustände können die Kommunikationsfähigkeit Sterbender begrenzen.

#### Einsamkeit

Dabei kann Angst durch Gefühle von Einsamkeit und Verlassenheit aufrechterhalten und verstärkt werden. Davonlaufen oder an Zimmern sterbender Patienten vorbeizugehen verbietet sich. Als Grundhaltung hilfreicher Begleitung kann die Bereitschaft, für den Sterbenden da sein zu wollen, charakterisiert werden. Es genügt jedoch nicht, diese Grundhaltung zu empfinden; sie muss dem Sterbenden auch deutlich werden. Am Anfang eines Gespräches könnte die glaubwürdige Geste des Arztes oder Pflegenden stehen, eine Weile im Zimmer oder am Bett bleiben zu wollen, auch wenn vielleicht nicht viel gesagt wird. Je nachdem, wie der Patient sich fühlt, kann es ein gemeinsames Schweigen oder Miteinandersprechen sein. Schon am Bett zu verweilen, ohne krampfhaft nach Gesprächsthemen suchen zu müssen, ist eine Leistung. Die meisten Menschen müssen erfahrungsgemäß erst lernen, dieses Schweigen auszuhalten.

#### Schweigen aushalten

Viele Krankenhausmitarbeiter oder Angehörige können sich am Beginn der Terminalphase nicht so leicht auf die veränderte Situation des Patienten einstellen, sie verharren aus Selbstschutz in gewohnten Umgangsformen. Welche Anforderungen und Problemsituationen sind im stationären Alltag in der Phase der begrenzten Lebenszeit von Ärzten und Pflegenden zu bewältigen und welche psychologischen Überlegungen sind dabei zu berücksichtigen?

## Begrenzte Lebenszeit

### 2.4.3 Begrenzte Lebenszeit: Problemsituationen und Lösungsansätze

#### Ärztliches Gespräch am Übergang in die Terminalphase

##### 2.4.3.1 Ärztliches Gespräch am Übergang in die Terminalphase

Als sichtbares Zeichen für den Übergang in die Terminalphase nehmen Ärzte und Begleitende meist eine deutliche Verschlechterung im Allge-

meinzustand des Patienten wahr. Wenn der Arzt nicht bereits einige Zeit vorher eine Entscheidung über den Therapieabbruch getroffen hat und der Patient weiterhin stationär behandelt wird, erfolgt spätestens zu diesem Zeitpunkt eine ärztliche Entscheidung zum Therapieabbruch und zu einer ausschließlich symptomatischen Behandlung.

Was immer sonst und darüber hinausgehend als Sterbebegleitung verstanden werden mag, wir sollten uns den Fragen des Patienten, dem Dialog in der Grenzsituation des Sterbens stellen. Auch wenn Patienten nur eingeschränkt kommunikationsfähig sind, sollte der Arzt das Gespräch mit dem Patienten suchen, seine Entscheidungen mit ihm besprechen und ihn in seinen Ängsten entlasten.

#### *Lösungsansätze:*

Auch an diesem Punkt ist der schützende Rahmen eines vertraulichen Gesprächs zwischen Arzt und Patienten angebracht.

Der Arzt sollte sehr behutsam vorgehen und sich zunächst fragen:

- Was weiß der Patient?
- Welches Wissen braucht er noch zusätzlich, um entlastet zu werden?
- Welche konkreten, mit dem Sterben verbundenen Ängste beschäftigen ihn?

*Ein ehrliches Gespräch zu diesem Zeitpunkt könnte den Patienten auch längerfristig in seiner Angst entlasten. Wie kann es aufgebaut sein?*

- Der Arzt kann den Patienten zu Beginn fragen, wie es ihm jetzt, da sich sein körperlicher Zustand so verändert hat, seelisch geht. „Was empfinden Sie/was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie an die Zukunft denken?“
- Nicht immer sind Patienten bereit und in der Lage, von sich aus Ängste offen anzusprechen. Der Arzt kann den Patienten vorsichtig konfrontieren: „Ich glaube, dass Sie sich jetzt innerlich darauf einstellen müssen, dass die Ihnen noch verbleibende Zeit begrenzt ist.“
- Wie nimmt der Patient die radikal-ehrliche Botschaft auf? Wie reagiert er verbal und nonverbal? Der Arzt kann die wahrgenommene emotionale Situation spiegeln. Wenn der Patient Angst ausdrückt, kann der Arzt formulieren: „Ich spüre, dass Sie vor dem Ungewissen, das da auf Sie zukommt, Angst haben. Wovor konkret haben Sie Angst?“
- Wenn der Patient seine Angst konkretisiert hat, z. B., „Ich habe Angst, qualvoll zu ersticken.“ oder „Ich habe Angst vor einem Todeskampf mit qualvollen Schmerzen.“ kann der Arzt mit einfachen Worten darlegen, welche medizinischen Möglichkeiten es für die Milderung der vom Patienten genannten Symptome gibt.

#### Lösungsansätze

Der Arzt sollte die Unabänderlichkeit des Sterbeweges (egal, wie lang er für den Patienten werden mag) nicht zudecken. Auch wenn ein zwischen Angst und Hoffnung schwankender Patient den Arzt unbewusst veranlassen könnte, ihm bezüglich der noch verbleibenden Zeitspanne wider besseren Wissens Hoffnung zu machen. Der Arzt sollte keine genaue Zeitangabe machen. (Niemand kann individuelle Sterbeprozesse im Detail vorhersagen.) Aber der Patient hat das Recht auf eine klare Aussage des Arztes, wenn es sich nur noch um eine begrenzte Zeit handelt.

Wenn auch in der Terminalphase immer wieder unvorhergesehene Wendungen eintreten können, geht es in einem solchen Gespräch vornehmlich darum, „dem Patienten nicht Hoffnung einzureden, sondern ihm in seiner Angst nahe zu sein“ (vgl. Mahlke 2004).

Wenn Menschen von ihrer Angst sprechen, sind wir im Gespräch oft auf einen schnellen Ausgleich zwischen Angst und Hoffnung bedacht; wir werfen sofort etwas in die Waagschale der Hoffnung. Oft ist es angemessener, die Angst im Gespräch mit Patienten einfach nur zuzulassen. Gibt es außer der Angst auch Gründe zu hoffen, wird der Patient von selbst davon sprechen (vgl. ebda., S. 4).

Der Arzt sollte dem Patienten nicht Hoffnung einreden; aber er darf ihm Hoffnung lassen:

- darauf, dass dem Patienten noch genügend Zeit bleibt, alle ihm wichtigen Angelegenheiten zu regeln;
- darauf, dass sich der Patient in seiner letzten Zeit noch relativ wohlfühlen und ein Leben führen kann, dass seiner Würde und seinem Lebensideal entspricht, auch wenn er zunehmend von der Hilfe und Unterstützung anderer Menschen abhängig werden wird.

### **RehabilitationsKLINIK Märkische Schweiz GmbH**

**Eine Einrichtung der Immanuel Diakonie Group**

**Lindenstraße 68-70 • 15377 Buckow**

Tel. 03 34 33/5 50 • Fax 03 34 33/5 55 50

mail-buckow@immanuel.de • www.immanuel.de



Als Fachklinik für onkologische Erkrankungen betreut die Buckower Klinik im Rahmen der onkologischen Anschlussheil-, Rehabilitations- und Nachsorgebehandlung Patienten mit Tumoren der Verdauungsorgane, der Atmungsorgane, der weiblichen Brustdrüse, der Genitalorgane, der Harnorgane, der Schilddrüse, der Haut sowie Patienten mit bösartigen Systemerkrankungen. Eine umfassende medizinische, pflegerische und soziale Betreuung sowie physio- und psychotherapeutische Behandlungen schaffen in einer schwierigen Lebenssituation neuen Mut.

### 2.4.3.2 Patientenverfügung: Für und Wider

Viele Menschen in der heutigen Gesellschaft haben relativ vage angstbesetzte Vorstellungen von einer inhumanen Apparatedizin, die zu einer für sie unerträglichen Verlängerung von Sterbeprozessen führen könnte. Patienten, insbesondere diejenigen, die mit einer infausten Prognose konfrontiert werden, fragen bisweilen Ärzte, Pflegende oder andere medizinische Begleiter, ob eine Patientenverfügung oder Betreuungsverfügung sinnvoll sei, einige wenige stellen auch die Frage nach der Zugänglichkeit von aktiver Sterbehilfe.

Allen diesen Fragenden ist gemeinsam, dass sie sich bewusst mit den Bedingungen an ihrem Lebensende auseinandersetzen und, wenn möglich, auf diese Einfluss nehmen wollen. Wird der behandelnde Arzt nach aktiver Sterbehilfe gefragt, fordert dies eine persönliche ethische Stellungnahme heraus. Beiderlei Fragen können als indirekte Bitte verstanden werden, mit dem Arzt über den persönlichen mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Sterbeverlauf und die Behandlungsmöglichkeiten von auftretenden Schmerzen und anderen Symptomen ins Gespräch zu kommen. Auch das krankheits- und behandlungsbedingte individuelle Risiko, unvorbereitet in einen Zustand zu gelangen, der es dem Patienten nicht mehr erlaubt, seinen Willen zu äußern, kann dabei besprochen werden. Patientenverfügungen sollten ein solches Gespräch mit dem Arzt nicht ersetzen.

In der ethischen Diskussion in Deutschland gibt es eine relativ starke Tendenz, die vor einer Aushöhlung und Verrechtlichung der Arzt-Patientenbeziehung warnt (vgl. Ziegler et al. 2002).

Wenn Menschen mehrheitlich das Abfassen von Patientenverfügungen nahegelegt würde, könnte für den Einzelnen ein gesellschaftlicher Druck entstehen, am Lebensende möglichst alle Verfügungen zu treffen, um den Angehörigen und der Gesellschaft nicht lange zur Last zu fallen. Gesellschaftliche Wertvorstellungen, dass das Leben unter den Bedingungen einer zunehmenden Abhängigkeit von der Fürsorge anderer Menschen nicht mehr lebenswert sei, könnten in den Vordergrund gedrängt werden und die Fürsorgepflicht des Arztes bis zum Lebensende mehr und mehr aushöhlen.

Es komme darauf an, „...dass in einer je gegebenen Behandlungssituation stets der zu diesem Zeitpunkt gültige und individuelle Wille ermittelt wird...“ Bei Vorliegen einer Patientenverfügung könnte sich der Arzt nicht mehr aufgefordert sehen, den individuellen Patientenwillen in der jetzt gegebenen konkreten Situation zu ermitteln (vgl. ebda., S. 225).

### Patientenverfügung: Für und Wider

### ethische Diskussion

Nach Meinung des Ethikers Franco Rest lassen die „inflationäre Beängstigung und Entmutigung von Kranken gegenüber den medizinischen Möglichkeiten“ und die Verbreitung von Verfügungsformularen ohne vorausgegangene Beratung und gesicherte Begleitung vermuten, dass nicht die Idee der Selbstbestimmung das Leitmotiv ist, sondern auch Kalkulationen über mögliche Einsparungen im Gesundheitswesen. Aus seiner Sicht sollte bei Nachfragen zu Patientenverfügungen den vorhandenen Ängsten der Schwerkranken nicht fahrlässig nachgegeben werden. Wenn Schmerztherapien, Beachtung der Persönlichkeit, Entlastung des sozialen Umfelds und verbindliche Begleitung gesichert werden, gäbe es diese Nachfragen noch viel seltener (vgl. Rest 2005).

### Onkologische Behandlung am Lebensende

*Wie sieht die Realität onkologischer Behandlung am Lebensende aus?*

Nicht immer gibt es Beziehungen zwischen Patienten und Hausärzten oder onkologischen Fachärzten, die über längere Zeiträume gewachsen sind und offene Gespräche über die möglichen Bedingungen in der persönlichen terminalen Situation einschließen. Im Falle von plötzlich notwendigen intensivtherapeutischen Maßnahmen ist die Kommunikation über den mutmaßlichen Patientenwillen zwischen den behandelnden Ärzten selten gegeben, weil „Gespräche für den Extremfall“ selten vorher mit Patienten geführt worden sind. Ein Abbruch von Behandlungsmaßnahmen kommt heute in der Regel erst dann in Frage, wenn der Sterbeprozess eingesetzt hat. Der Zusammenbruch mehrerer Organfunktionen gilt als Kriterium, markiert den Beginn des Sterbeprozesses aber nicht eindeutig. Auch wenn „in der alltäglichen intensivmedizinischen Praxis ohnehin immer wieder über die Weiterführung einer Behandlungsmaßnahme oder deren Abbruch nachgedacht wird“ (vgl. Ziegler et al. (2002), S. 228), ist für den einzelnen Krebspatienten im Falle der Unfähigkeit zu einer eindeutigen Willensäußerung längeres Leiden an einem so nicht mehr gewollten Leben nicht auszuschließen.

Auch wenn es bei den meisten onkologischen Patienten eher allmählich verlaufende Sterbeprozesse ohne Intensivmedizin sind, entstehen bei vielen Patienten Ängste aus der Realität weniger Extremfälle. Auch frühere Erfahrungen im eigenen Familienkreis mit „qualvollem Sterben“ ohne Begleitung und ausreichende Symptomlinderung können Ängste vor einem Sterben „ohne Würde“ nähren.

Informationen zur Patientenverfügung vgl. Anhang S. 96

Patientenverfügungen über die Ablehnung von Maßnahmen, die den Sterbeprozess verlängern könnten, und Betreuungsverfügungen über die Bestimmung einer Vertrauensperson, die im Falle von Entscheidungsunfähigkeit des Patienten für diesen entscheidet, können deshalb aus unserer Sicht das Gespräch mit dem behandelnden Arzt sinnvoll ergänzen. Das

Formular einer Patientenverfügung der Landesärztekammer Brandenburg wird im Glossar vorgestellt.

### 2.4.3.3 Besprechen von Perspektiven hinsichtlich des Sterbeortes

Die Perspektiven hinsichtlich des Sterbeortes werden von Patienten und Angehörigen oft rechtzeitig und einvernehmlich besprochen und geplant. Häufig ist es aber der Fall, dass die Klärung dieser Frage mit unüberwindlich empfundenen Ängsten und Blockaden verbunden ist und dadurch vor sich her geschoben wird. Nicht selten steht dahinter eine Diskrepanz zwischen dem Wunsch des Patienten und den Angehörigen. Hat der Patient den Wunsch seine letzte Zeit zu Hause zu verbringen, oder möchte er gerade nicht zu Hause, sondern lieber im Krankenhaus bleiben oder in einem Hospiz betreut werden. In jedem Fall kann es zu unterschiedlichen Vorstellungen kommen, die die vorhandenen Belastungen noch verschärfen können.

#### Fallbeispiel:

*Eine 52-jährige Patientin hat vor dem aktuellen stationären Aufenthalt nach Auskunft Dritter zu Hause viele persönliche Dinge geregelt. Sie äußert den Wunsch nach Hause zu wollen, wo sie gemeinsam mit ihrem berufstätigen Ehemann lebt. Ihr Sohn wohnt am Ort, ihre Tochter studiert auswärts. In einem Gespräch werden Diskrepanzen zwischen der Patientin und ihrem Ehemann bezüglich des Sterbeortes spürbar. Die Frage nach der Entscheidung für das Hospiz wird gestellt. Die Patientin meint zunächst, sie wisse nicht was und wo das sei. Sie äußert später aber auch dazu eine Bereitschaft, nachdem versichert wurde, dass dieser Weg nicht kurzfristig innerhalb weniger Tage zu beschreiten sei, weil „ihr braucht ja die Betten“. Der Ehemann äußert, aus seiner Sicht sei das Hospiz die bessere Lösung. Das Gespräch endet mit der Bereitschaft des Ehemannes im Betrieb zu erkunden, ob eine Beurlaubung oder Freistellung möglich ist. Die Patientin wendet sich ab und signalisiert Müdigkeit und Erschöpfung. Es kommt kein Gespräch mehr zustande, weder mit dem Mann, noch mit dem Pflegepersonal noch mit dem Arzt. Die Patientin reagiert bis zuletzt nur mit dem Öffnen der Augen, wenn man an das Bett tritt oder sie anspricht. Die Patientin verstirbt innerhalb der nächsten 14 Stunden.*

#### Lösungsansätze:

Sind sich Patient und Angehörige nicht einig oder hat man wie in diesem Beispiel das Gefühl, dass jemand seinen Wunsch nicht direkt äußert, können von Außenstehenden vorsichtige Vermittlungsversuche angestrengt werden. Für eine Klärung ist es notwendig, die Wünsche und Erwartungen jedes Beteiligten zu erfragen. Oft sind die Befürchtungen diffus und verständlicherweise emotional überlagert, so dass die Befragung beider Seiten getrennt und somit in einer wertfreien Gesprächsatmosphäre erfolgen

### Besprechen von Perspektiven hinsichtlich des Sterbeortes

#### Fallbeispiel

#### Lösungsansätze

kann. Das klare Äußern der Vorstellungen, Ängste oder auch konkreter Konfliktthemen ohne eine emotionale Reaktion des Gegenübers fürchten zu müssen, kann unter Umständen schon zu einer inneren Klärung beim Sprecher führen. Oft tritt in einer wertneutralen Gesprächssituation auch zutage, dass die Betroffenen falsche Vorstellungen von z. B. einer häuslichen Pflege oder einem Hospiz haben. Hier können dann wichtige Informationen vermittelt werden, für die die Angehörigen oder der Patient zuvor gar nicht bereit waren diese aufzunehmen. In einem darauf folgenden gemeinsamen Gespräch können die einzeln ermittelten Positionen im Sinne einer möglichen Lösung zusammen gebracht werden. Hierzu gehört das Begründen der eigenen Vorstellungen in der Hoffnung, der andere könne für diese oder jene Argumente Verständnis aufbringen. Zum Beispiel kann sich eine Tochter perspektivisch mit der häuslichen Pflege des Vaters überfordert fühlen, da der Vater seine Wünsche schon immer befehlsartig geäußert hat und sie sich nie so recht dagegen zur Wehr setzen konnte. Diese Begründung kann den Vater zu einer Einsicht bringen, so dass im gemeinsamen Gespräch Vereinbarungen getroffen werden können, welche Kommunikationsform zu einem besseren Miteinander führe, sollte es zu einer Entlassung ins Haus der Tochter kommen.

Sollte sich auf diese Weise keine Einigung erreichen lassen, kann auf weitere Kompromisse hingearbeitet werden. Wenn es z. B. der Wunsch des Patienten ist, zu Hause sterben zu wollen, weil er Angst habe, allein zu sein, kann versucht werden, diesen Wunsch auch im Krankenhaus oder in einem Hospiz zu erfüllen. Oft bieten Krankenhäuser 24h Besuchszeiten an, oder die Möglichkeit, im Krankenhaus oder der Nähe ein Zimmer zu mieten. Wichtig ist, dass es bei der Vermittlung der unterschiedlichen Wünsche zu keiner moralischen Bewertung und zu keiner Koalitionsbildung kommt. Auch wenn unter bestimmten Bedingungen eine getrennte Befragung erfolgt, muss dies vorher angekündigt werden und hinterher offen dargelegt werden, damit sich niemand benachteiligt fühlt. Diejenigen, die bei diskrepanten Wünschen vermitteln, sollten generell eine wertneutrale und verständnisvolle Haltung einnehmen. Die Betroffenen sollten durch diese Haltung spüren, dass gemeinsam nach einer Lösung und nicht nach einem Schuldigen gesucht werden soll.

Definition „Koalition“

vgl. Glossar S. 77

Wertneutralität

Verständnis

### **Sterbenden Geborgenheit im Krankenhaus vermitteln**

#### **2.4.3.4 Sterbenden Geborgenheit im Krankenhaus vermitteln**

Wie können Ärzte und Pflegende gute Rahmenbedingungen für den Sterbeprozess von Patienten schaffen, wenn die Entscheidung getroffen ist, dass der sterbende Patient/die sterbende Patientin im Krankenhaus bleiben kann?

*Lösungsansätze:*

Sterbende Menschen haben ein besonders starkes Bedürfnis nach Ruhe, Sicherheit und Geborgenheit. Es ist gut, wenn der Arzt und die anderen Begleiter sterbenden Patienten gegenüber nach getroffener Entscheidung über das Krankenhaus als Ort des Sterbens ihr Angebot noch einmal ausdrücklich verbalisieren:

- „Sie können hier bei uns bleiben.“
- „Ich werde/wir werden uns bis zuletzt um Sie sorgen und alles dafür tun, Ihnen Ihre Schmerzen (bzw. andere Symptome) zu nehmen/weitgehend zu mildern.“

Um dem Sterbenden und seinen Angehörigen einen angemessenen Ort für die intime Situation des nahen Abschieds zu geben, aber auch um Mitpatienten im Mehrbettzimmer zu schützen, sollte die Möglichkeit des Einzelzimmers, sobald es die Bettensituation auf Station zulässt, geschaffen werden. Wenn diese Entscheidung jedoch nicht weiter begründet wird, könnte sich der Patient allein gelassen und „abgeschoben“ fühlen.

„Es soll möglich sein, dass Ihre Angehörigen, wann immer es ihnen möglich ist, Sie besuchen können und Sie ungestört miteinander sprechen und Zeit verbringen können.“, könnte eine angemessene Erklärung sein.

Gleichrangig daneben steht die Begründung der Pflegenden, dass es jetzt wichtig ist, dass die Schwestern und Pflegenden auch nachts regelmäßig nach dem Patienten schauen und, wenn nötig, helfend eingreifen, ohne die anderen Patienten zu stören.

An dieser Stelle noch ein wichtiger Hinweis: Wenn die Tatsache des unvermeidlichen baldigen Sterbens einmal zwischen dem Patienten und einem ihm nahestehenden (!) Begleiter (Arzt, Schwester, Pflegenden oder Therapeuten) ausgesprochen ist, kann sie im weiteren Begleitungsverlauf zugeeckt bleiben und sollte nicht ständig aufs Neue ans Tageslicht gezerrt werden! Es sei denn, der Patient selbst spricht bestimmte, mit seinem Sterben in Zusammenhang stehende Themen an.

**Lösungsansätze**

Definition „Therapeut“  
vgl. Glossar S. 79

**2.4.3.5 Besonderheiten der Pflege bei Sterbenden**

Wenn der Allgemeinzustand des Patienten schlechter wird und ihm verschiedene Dinge zunehmend schwer fallen, dann treten pflegerische Maßnahmen mehr in den Vordergrund. In welcher Form auf den Patienten über pflegerische Tätigkeiten eingegangen werden sollte, richtet sich vor allem auch nach dem Grad seiner Wachheit. So sind die Patienten oft schläfrig und ihr Bewusstsein ist unterschiedlich stark eingetrübt. Entsprechend kann das Interesse an der Außenwelt reduziert sein. In diesem inaktiven Zustand, fällt auch das Sprechen und so auch das Widerspre-

**Besonderheiten der Pflege bei Sterbenden**

chen schwer, so dass Wünsche und Einwände nur noch beschränkt ausgesprochen werden können. Umso wichtiger ist es deshalb, auf die non-verbale Zeichen zu achten. Ist das Gesicht schmerzverzerrt, ist der Blick leer oder ängstlich, will der Patient seine Ruhe oder ist er innerlich getrieben?

#### Einschätzung des psychischen Zustandes

Alle pflegerischen Maßnahmen sollten mit einer Einschätzung des psychischen Zustands des Patienten beginnen, um sich in seinen Handlungen behutsam darauf einzustellen. Auch wenn der Patient sich kaum äußert, ist es gut, alle Tätigkeiten zu kommentiert: „Ich möchte Sie waschen. Ich mache jetzt das Licht an...“. Wünschenswert ist es, wenn sich die Pflegenden hier Zeit lassen und im Einklang mit dem Zustand des Patienten arbeiten. Deutlich wird bei den meisten Patienten auch das Bedürfnis nach Körperkontakt, das gerade durch pflegerische Maßnahmen gut erfüllt werden kann. In diesem Sinne sollten alle Berührungen bewusst ausgeführt werden. Auch zusätzliche kleine Massagen, Eincremen und alle umsorgenden Handlungen können einen besseren Zugang zum Patienten schaffen, als die sonst in der Pflege von Genesenden üblichen.

Erleben Angehörige den Patienten in diesem Zustand, stehen sie der Situation vielleicht hilflos gegenüber und möchten ihn eher motivieren und aktivieren, um einen früheren Zustand herbeizuführen. Ist das der Fall, gilt es, den Betreffenden den Zustand des Patienten näher zu bringen. Dabei hilft vielleicht der Bezug auf eigenen Erfahrungen: Die meisten werden schon einmal mit einer schweren Grippe und hohem Fieber im Bett gelegen haben. Auch hier sind die Bedürfnisse nach Ruhe und Abschirmung stärker und die Einstellung auf die Welt der Gesunden fällt schwer. Ebenso ist es im Sinne des Patienten, wenn Krankenhausmitarbeiter und Angehörige Hand in Hand arbeiten und ihre Erfahrungen und Erkenntnisse in Bezug auf den Patienten austauschen. So kann z.B. eine Krankenschwester ein persönlicheres Bild vom Patienten erhalten, wenn sie von der Familie des Patienten über seine prägenden Lebensereignisse erfährt. Umgekehrt können die Angehörigen über Erfahrungen der Pflegenden über Vorlieben des Patienten in seinem jetzigen Zustand informiert und darin angeleitet werden.

#### Hand in Hand arbeiten

#### Besonderheiten der Gesprächsführung bei Sterbenden

##### 2.4.3.6 Besonderheiten der Gesprächsführung bei Sterbenden

Die besondere psychische Situation sterbender Menschen zwischen Angst und Hoffnung kann sich auf die Begleiter übertragen. Wie können wir mit unserer eigenen Befangenheit umgehen, auf welche Weise Sicherheit und Ruhe im Gespräch mit Sterbenden finden?

Wie können wir der psychischen Situation Sterbender zwischen Angst

und Hoffnung Rechnung tragen und in Gesprächen auf ihre zunehmende Schwäche und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit Rücksicht nehmen, ohne sie zu überfordern?

Definition „Gesprächsführung“

vgl. Glossar S. 76

#### *Lösungsansätze:*

Wenn wir in der Sterbebegleitung die Grundhaltung, für den Sterbenden da sein zu wollen, verinnerlicht haben, ergibt sich daraus die Gesprächshaltung, dass die Wünsche, Sorgen, Ängste oder Klagen des Sterbenden nicht ungehört bleiben sollen (vgl. Mahlke 1994, S. 3). Wie schon in der Einleitung zu diesem Kapitel angedeutet, kann der Arzt oder Pflegende nach Betreten des Zimmers zunächst verbal und nonverbal zum Ausdruck bringen, dass er bereit ist, eine Weile am Bett des Patienten sitzen zu bleiben und ihm zuzuhören. Nonverbal geschieht dies z. B. durch Hinsetzen, Herstellen von Blickkontakt oder Berühren der Hände.

#### **Lösungsansätze**

#### *Für Gespräche mit Sterbenden gelten zwei wichtige Prinzipien:*

1. das aufgreifen, was der Sterbende zum Thema macht;
2. die Regie dem Sterbenden überlassen (vgl. ebda., S. 5).

Der sterbende Patient soll bestimmen können, worüber gesprochen wird; und er soll auch bestimmen können, wie tief das Gespräch geht und wie lange es dauert. Besonders für Pflegende ist die Abgabe der Regie ungewohnt; die Pflegepraxis verlangt von ihnen meist eher rasches Handeln als beobachtendes Abwarten. Auch außerhalb typischer Pflegesituationen ist uns eher das Gegenteil vertraut: Der Gesündere, Starke übernimmt in der Regel die Führung; der Kranke, Behinderte oder Schwache wird an die Hand genommen und bleibt in der passiveren Rolle (vgl. ebda., S. 5).

Wenn nun der Sterbende die Regie für das Gespräch nicht mehr übernehmen kann oder schwerwiegende Beeinträchtigungen seinerseits verhindern, dass wir ihn verstehen, bleibt uns nur, seine Wünsche zu erschließen. Was ist dabei zu beachten?

Sterbender bestimmt das Thema

und übernimmt die Regie

Eine offene Frage, in aller Ruhe gestellt, so dass der Sterbende in Ruhe und kurz darauf antworten kann, signalisiert in jedem Fall Interesse. Vielleicht fällt es dem Patienten schwer zu sprechen, vielleicht stehen Ängste oder Schmerzen im Vordergrund; ein klare Frage eröffnet ihm auf jeden Fall die Möglichkeit des Reagierens – ganz kurz oder, wenn es ihm möglich ist, ausführlicher und mit ergänzenden eigenen Gedanken (vgl. ebda., S. 6).

„Sie haben sicher Angst/Hunger/Durst?“ ist eine Feststellung. Als Frage formuliert lautet diese: „Haben Sie vielleicht Durst?“ „Soll ich Ihnen etwas zu trinken geben?“

Bei einer Feststellung oder Behauptung „Sie haben sicher Angst/Sie machen sich sicher Sorgen.“ kostet es den Patienten meist viel mehr Kraft und viel mehr Worte, es richtig zustellen, wenn die Behauptung nicht zutrifft. Hypothetische Behauptungen, auch wenn diese von Begleitern vorsichtig formuliert werden, beinhalten außerdem immer die Gefahr, von den Gesprächspartnern als Anmaßung empfunden zu werden. Wir selbst wären auch irritiert, wenn uns ein anderer ständig sagen würde, wie es vermutlich in uns aussieht (vgl. ebda., S. 6).

Bei „offenen Fragen“ ist die Antwort völlig offen; damit sind auch Alternativfragen mit dem Wörtchen „oder“ ausgeschlossen, da sie vom schwerstkranken Patienten nicht einfach mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden könnten. Gute Gespräche mit Sterbenden beinhalten sowohl die Kunst, eine wesentliche offene Frage zu stellen, als auch die Kunst der Schweigepause nach erhaltener Antwort (vgl. ebda., S. 6).

Wenn der Begleiter ganz entspannt bei sich selbst und dem Sterbenden ist, werden ihm vielleicht eigene Bilder und Phantasien kommen, die mit der Situation des Sterbenden zu tun haben und als Frage in das Gespräch eingebracht werden könnten.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Gesprächsführung mit Sterbenden ist der Umgang mit einigen Fragen Sterbender, die durch die Art, wie sie vom Sterbenden gestellt werden, scheinbar in erster Linie sachliche Antworten durch den Begleiter einfordern:

- „Warum gerade ich?“;
- „Warum muss ich so leiden?“
- „Wie lange habe ich noch?“
- „Wann ist es soweit?“

### **Botschaften auf mehreren Ebenen**

Wenn wir das Sender-Empfänger-Modell der Kommunikation nach Schulz von Thun in unser Verständnis dieser von Sterbenden vorgebrachten Fragen einbeziehen, dann beinhaltet z. B. die Frage: „Warum gerade ich?“ für den empfangenden Gesprächspartner gleichzeitig Botschaften auf mehreren Ebenen:

1. den Sachinhalt der Frage: Ich will wissen, was mich von anderen unterscheidet, dass der Tod gerade mich trifft;
2. eine Selbstoffenbarung: ich leide darunter und finde es ungerecht, dass es gerade mich trifft;
3. eine Aussage zu der Beziehung, die der Sterbende zu seinem Gesprächspartner hat: „Du kannst mir die Frage vielleicht beantworten.“ Oder: „Bei dir findet meine Klage vielleicht ein offenes Ohr.“;

4. einen Appell an den Gesprächspartner: Die Tatsache, dass der Sterbende gerade ihn fragt, kann bedeuten, dass der Wunsch mitschwingt, er möge verstehen, darauf eingehen, Mitleid haben oder sogar handeln (vgl. ebda., S. 7).

Wenn wir dem Sterbenden ausschließlich auf der Sachebene auf die Frage „Warum gerade ich?“ antworten, dass die medizinische Wissenschaft die besonderen Risiken für seine Krankheit noch nicht kennt, würde er sich nicht verstanden fühlen. In der Sterbebegleitung geht es immer auch darum, auf das mitgeäußerte Gefühl einzugehen, auf den Wunsch des Sterbenden, in seinem Innersten verstanden zu werden. Die Frage „Warum gerade ich?“ offenbart in viel stärkerem Maße eine Klage, einen inneren Aufschrei. Der Sterbende braucht ein offenes Ohr, er möchte emotional verstanden werden.

Wenn der Gesprächspartner des sterbenden Patienten auf dessen non-verbale Signale (Mimik, Gestik, Tonfall der Stimme, Lautstärke, u. a.) achtet, dann lassen sich die oben genannten Fragen neben ihrem Sachinhalt in ihrer emotionalen Botschaft und möglichen anderen mitschwingenden Botschaften erfassen und spiegeln, z. B.:

- „Warum muss ich so leiden?“: „Sie finden es ungerecht, dass ausge-rechnet Sie so leiden müssen.“ ...und vielleicht viel später im Gespräch: „Kann ich irgendetwas für Sie tun, um Ihnen Ihre Situation etwas erträglicher zu machen?“
- „Wie lange noch?“: „Sie empfinden Ihre Situation momentan als uner-träglich.“ Oder: „Sie fragen sich, wie lange Ihre Kraft noch reichen wird.“ ... u. a.

*Was unterscheidet die Gesprächsführung in der Sterbebegleitung von anderen Phasen im Behandlungsverlauf krebskranker Patienten?*

Während im Zusammenhang mit der Orientierung auf Behandlung und Nachsorge viele verschiedene Techniken aus der Psychotherapie sinnvoll sind, auch aufdeckende und konfrontative Techniken, die auf die Aktualisierung von Ressourcen und Lösung von Problemen zielen, geht es bei der Sterbebegleitung um eine Wegbegleitung, bei der in noch stärkerem Maße akzeptiert wird, wenn der andere verdrängt oder Be-ängstigendes abwehrt. Wie ausgeführt, geht es in Gesprächen mit Sterbenden nicht nur für den Arzt, sondern für die verschiedenen anderen begleitenden Berufsgruppen darum, Ängste, wenn sie von Sterbenden geäußert werden, nicht mit Beschwichtigungen zuzudecken, Sterbenden ihre Angst nicht auszureden, sondern Angst mit ihnen auszuhalten und ihnen in ihrer Angst nahe zu sein.

Gesprächsführung in der  
Sterbebegleitung

vgl. Kap. 2.4.3.1:  
Ärztliches Gespräch am  
Übergang in die Terminalphase

## Die „letzten wichtigen Dinge“ regeln

### 2.4.3.7 Die „letzten wichtigen Dinge“ regeln

Vielfältige Erfahrungen in der Hospizarbeit und Sterbebegleitung weisen in die Richtung, dass Patienten in der terminalen Situation sich dann vom Leben lösen und sterben können, wenn sie „die letzten ihnen wichtigen Dinge erledigt haben“.

Aus der Sicht einer Psychotherapeutin und Theologin beschreibt Monika Renz Beispiele der letzten Reifung und Nachreifung von Sterbenden, die sie begleitet hat.

#### *Was ist damit gemeint?*

Dem Lebensentwurf vieler Menschen entsprechend, sind die letzten wichtigen Dinge mehr noch als formale Nachlassregelungen oder andere Verfügungen. Viele Patienten und Angehörige haben im Angesicht der Endgültigkeit des Sterbens ein tiefes Bedürfnis nach Abschied, Frieden, vielleicht auch Versöhnung, das ihnen nicht immer bewusst ist (vgl. Renz 2005).

Die letzten wichtigen Dinge sind von Mensch zu Mensch verschieden. So kann es z. B. für eine sorgende Mutter ein Gespräch mit dem Ehepartner sein, indem die Sterbende entlastet wird und das Versprechen erhält, dass der Partner die Fürsorge für die Kinder bewältigen kann, dass bezüglich der Kinder alles so geschieht, wie es zwischen den Ehepartnern besprochen wurde und zum Guten der Kinder ist.

Einen anderen Menschen kann vor dem Tod ein Zerwürfnis oder eine jahrelange emotionale Entfernung von einem bedeutungsvollen Familienmitglied so sehr bedrücken, dass es ihn am Sterben hindert.

Botschaften auf mehreren Ebenen

Wenn Ärzte oder andere medizinische Begleiter erleben, dass Sterbende sehr unruhig sind, stellt sich zunächst die Frage: Weiß der Patient um seine Situation? Viele Menschen haben zeitweilig ein inneres Wissen um ihr Sterben, dann wieder ist es für sie so bedrohlich, dass sie es verdrängen müssen. Unterschwellige Ängste können eine starke innere Unruhe bewirken.

Wenn es schon ein offenes Gespräch mit dem Patienten gegeben hat, können Begleiter den Sterbenden, wenn er innere Unruhe oder Bedrückung zum Ausdruck bringt, direkt fragen:

- „Gibt es wichtige Dinge, über die Sie noch mit Ihren Angehörigen sprechen möchten/Dinge, die Ihnen im Moment keine Ruhe lassen/Sie so bedrücken, dass Sie keine Ruhe finden können?“
- „Haben Sie vielleicht Sorgen oder Probleme, die Sie Ihren Familienangehörigen gegenüber nicht so leicht aussprechen können?“

Ärzte und andere Begleiter können Unterstützung anbieten, z. B. bei der Vermittlung von Begegnungen und Gesprächen mit Angehörigen. Sie sollten in jedem Fall darauf bedacht sein, dass die Prozesse, die zwi-

schen nahestehenden Menschen am Lebensende geschehen, nicht gestört werden.

Wenn Begleiter Kontaktblockaden mit Familienangehörigen wahrnehmen, kann der sterbende Patient gefragt werden, was er sich von den Angehörigen wünscht. Begleiter können anbieten, mit Angehörigen allein zu sprechen und das Erleben des Sterbenden anzusprechen. Der Sterbende sollte zu jeder Zeit entscheiden können, wie weit sich „ein es gut meinender Helfer“ in die intime Familiensituation hineinbegeben darf!

Vorsicht mit schnellen moralischen Urteilen! Wir wissen meist zu wenig von den in der langen Lebensgeschichte von Patienten gewachsenen Beziehungen, um das Recht zu haben, vermeintlich negatives Verhalten von Angehörigen zu verurteilen.

Keine vorschnellen Urteile!

### 2.4.3.8 Die Symbolsprache Sterbender

Die Symbolsprache, derer sich Sterbende oft bedienen, um von ihrem nahen Tod zu sprechen, ist eine geheimnisvolle Sprache szenischer Bilder: Oft tauchen Elemente von Bahnhof und Reise, von gepackten Koffern oder Koffern, die noch gepackt werden müssen, auf. Aber auch beunruhigendere Bilder können es sein: vom Geld, das nicht reiche; von Fahrkarten, deren Ausdruck irgendwie problematisch ist, vom Schreibtisch, der noch zu ordnen ist. Andere charakteristische Motive sind das Haus oder der Kahn, der Vogel, der Weg oder das Tor (vgl. Mahlke a. a. O., S. 8).

### Die Symbolsprache Sterbender

Wenn Sterbende plötzlich in solchen Bildern sprechen, fühlen wir uns eigenartig berührt; da ist die Ahnung von archetypischen psychischen Prozessen im Übergang vom Leben zum Sterben, die noch Geheimnis sind. Manchmal sind die mit solchen Symbolen zum Ausdruck gebrachten Botschaften eindeutig; manchmal müssen wir sie jedoch für uns erst entschlüsseln, um Sterbende zu verstehen.

Jede Symbolik an sich ist uneindeutig. Wie bei der Deutung von Träumen gilt auch für die Symbolsprache Sterbender: Nur der Träumende selbst oder der von solchen Bildern Sprechende selbst weiß, ob die erlebte Szene oder das Bild von positiven oder negativen Gefühlen begleitet war. Um zu erschließen, was ein bestimmtes Bild für den Sterbenden, der darüber spricht, bedeutet, insbesondere dann, wenn sein emotionaler Ausdruck dabei nicht eindeutig ist, können wir behutsam fragen:

uneindeutige Symbolik

- „Löst das Bild ein gutes Gefühl aus?“ Wenn ja,
- „Welches Gefühl?“ oder:
- „Macht das Bild Angst?“

So kann z. B. das Bild des Vogels für den Sterbenden Befreiung der Seele, Loslösung von Schwere und Leiden sein, aber auch, angstbesetzt, der Todesvogel.

#### Umgang mit Symbolik

*Wie kann der Gesprächspartner mit einer Symbolik, deren tiefere Bedeutung er ahnt, angemessen umgehen?*

Falsch wäre es, das Symbol direkt zu deuten oder zu entlarven: Die Antwort: „Sie meinen damit in Wirklichkeit...“, verbietet sich. So würde „etwas ans Tageslicht gezerrt, was der Sterbende aus gutem Grund nur diffus und verschlüsselt äußert.“

Wir können die symbolische Aussage aufgreifen und das mitgeäußerte Gefühl des Sterbenden ansprechen. Manchmal genügt es auch, als Vermutung zu äußern, dass damit wohl zusätzlich noch etwas mehr angesprochen wird.

Wenn das Bildsymbol, das der Sterbende gebraucht, von starken positiven Gefühlen begleitet ist, (z. B. tiefem Glück, Freude, Geborgenheit), dann können diese Gefühle noch einmal angesprochen und damit verstärkt werden (vgl. ebda.).

#### Fallbeispiel

*Fallbeispiel:*

*Eine 51-jährige Patientin mit zerebral metastasiertem kleinzelligem Bronchial-Ca. wird nach Zweitlinientherapie mit dem Befund konfrontiert, dass ihr Lungentumor trotz Behandlung weiter gewachsen ist. Sie versteht, dass sie nur noch kurze Zeit zu leben hat, schwankt aber in den folgenden Wochen zwischen Kämpfen und auf-weitere Lebensverlängerung-hoffen und Einwilligung in das für sie Unvermeidliche. Als sie danach, es war Anfang Mai, mit einer drastischen Verschlechterung ihrer Atemnot wieder stationär aufgenommen wird, sagt sie zu der sie begleitenden Psychologin: „Ich freue mich schon so auf den Winter“. „Der Winter hat etwas sehr Beruhigendes für Sie“, vermutet die Psychologin. Die Patientin nickt zustimmend. Zehn Tage später verstirbt sie im Krankenhaus, umgeben von den Menschen, die ihr am wichtigsten sind.*

#### Die Begleitung von Angehörigen Sterbender

vgl. Kap. 2.4.3.3:  
Besprechen von Perspektiven  
hinsichtlich des Sterbens

#### 2.4.3.9 Die Begleitung von Angehörigen Sterbender

Auf das Perspektivgespräch hinsichtlich des Sterbeortes und der für eine optimale häusliche Betreuung zu ergreifenden Maßnahmen, das der Arzt in enger Abstimmung mit den nächsten Angehörigen führt, ist bereits unter Kapitel 2.4.3.3. eingegangen worden.

Bei enger Bindung durchleben Angehörige von Sterbenden dieselben Phasen der inneren Verarbeitung und Bewältigung wie die Patienten (vgl. Kübler-Ross 1990).

An den Reaktionen von Angehörigen lässt sich feststellen, wie weitgehend sich diese bereits mit dem Sterben des Patienten/der Patientin aus-

einandergesetzt haben und in welcher Phase der Bewältigung sie sich befinden. Davon ist abhängig, wie Ärzte und Pflegende auf Angehörige, die den Sterbenden besuchen, eingehen können.

#### *Lösungsansätze:*

Wenn Angehörige sich in der Phase der **Abwehr** befinden, vermeiden sie das Sterbethema; das Sprechen darüber ist Tabu; oft beschwichtigen sie den Sterbenden, wenn er Ängste äußert. Dahinter kann die Angst stehen, den Verlust des Patienten nicht bewältigen zu können, es allein nicht zu schaffen oder die Todesangst des anderen nicht aushalten zu können.

### Lösungsansätze Abwehr

#### *Mögliche Reaktionen:*

- Wenn der Patient mit nahen Angehörigen über den Tod sprechen möchte und die Angehörigen das Thema krampfhaft vermeiden, können Sie versuchen, mit den Angehörigen allein in Kontakt zu treten und ihnen deutlich zu machen, wie existenziell ein solches Gespräch für alle sein könnte, wie schwer es unter Umständen für den Patienten ist, darüber sprechen zu wollen, was dieser Abschied für ihn bedeutet, und es nicht zu dürfen.

Wenn Sie **Angst** bei den Angehörigen wahrnehmen:

#### *Mögliche Reaktionen:*

- „Ich spüre, Sie haben Angst. Wovor genau haben Sie Angst?“

Angst

*Auch wenn Angehörige keine Angst äußern, ist es entlastend für sie, wenn Sie sie über die möglichen Prozesse, die im Finalstadium zu erwarten sind, aufklären:*

- Essen und Trinken wird oft zurückgewiesen
- innere Unruhe
- noch einmal aufstehen wollen
- Blutdruck kann sinken
- Puls verändert sich
- übermäßiges Schwitzen und/oder Erkalten der Arme und Beine
- Verfärbung
- Atmung viel schneller oder viel langsamer, mit langen Pausen
- Atemgeräusche durch Schleim, der nicht mehr abgehustet werden kann („Rasseln“)
- Koma

Reaktionen im Finalstadium

Eine anschauliche Beschreibung der im Finalstadium zu erwartenden Reaktionen, die auch für Angehörige hilfreich ist, finden Sie in der Broschüre von Husebo & Husebo (2001).

## Wut

*Wenn Angehörige sich in der Phase der **Wut** befinden, richten sie ihre Aggressivität manchmal auch auf Ärzte und Pflegende.*

*Mögliche Reaktionen:*

- „Ich kann mir vorstellen, dass es schwer für Sie ist, diese Situation auszuhalten.“
- Durch innere Konzentration darauf, den Angehörigen ruhig entgegenzutreten, kann es gelingen, ihrer Aggressivität standzuhalten und aggressive Gegenreaktionen zu vermeiden.

## mit dem Schicksal verhandeln

*Wenn Angehörige in Gesprächen mit Dritten **mit dem Schicksal verhandeln**, z.B., „Wir möchten unsere Goldene Hochzeit im nächsten Jahr unbedingt gemeinsam feiern.“:*

*Mögliche Reaktionen:*

- Das Gespräch könnte mit einer emotionalen Spiegelung beginnen: „Das ist ein sehnlicher Wunsch von Ihnen, den Sie sich die ganze Zeit bewahrt haben...“ Daraus kann sich ein Gespräch entwickeln, in dem deutlich gemacht wird, dass der Patient nur noch sehr kurze Zeit zu leben hat.

## Definition

„emotionales Spiegeln“

vgl. Glosar S. 80

## Depression

*Wenn Angehörige **depressiv** sind, sind hilfreiche Gespräche ebenfalls möglich.*

*Mögliche Reaktionen:*

- „Ich spüre, dass die Situation sehr bedrückend für Sie ist... Sie sind sicher sehr traurig?“
- Wenn Gefühle bewusst gemacht und von den Betroffenen ausgedrückt werden können, können depressive Zustände aufgebrochen oder sogar aufgelöst werden.

Wenn Angehörige das Sterben des Patienten bewusst für sich angenommen haben, wird dies gemäß dem heute noch geltenden Zeitgeist in vielen Fällen dem Patienten gegenüber zu keinem Zeitpunkt kommuniziert. Viele Angehörige glauben, den Sterbenden schonen und seine Ängste vor dem Sterben zudecken zu müssen, auch dann, wenn der Sterbende selbst darüber sprechen möchte. Die Erfahrungen der Psychologin Marie de Henezel, die auf einer Pariser Palliativstation arbeitet, und anderer Begleiter von Sterbenden, die auf Palliativstationen und in Hospizen arbeiten, legen nahe, dass es für Sterbende, die ihren Tod ahnen, sehr quälend sein kann, wenn sie mit niemandem darüber sprechen können, weil das Thema ein Tabu darstellt. Ein Mensch, der sich dem Tod nahe weiß und mit niemandem darüber sprechen kann, was das für ihn bedeutet, sieht oft keinen anderen Ausweg als Schmerzen zu äußern, um wenigstens über etwas reden zu können, oder in geistige Verwirrung zu fliehen.

Wird nur lange genug durch den Begleiter Gesprächsbereitschaft signalisiert, kommt es auch bei präfinalem Delir in den meisten Fällen noch einmal zu Phasen von Bewusstseinsklarheit; und ehrliche Gespräche können dann zu einer grundlegenden Beruhigung führen (vgl. de Henezel 1995).

Wichtige Gesprächsbereitschaft

*Mögliche Hilfestellungen bei der Begleitung:*

- „Vielleicht können Sie in den nächsten Tagen (oder Wochen) den richtigen Zeitpunkt erspüren, zu dem es möglich sein könnte, bewusst voneinander Abschied zu nehmen.“
- Angehörige können auch dazu ermutigt werden, auf Äußerungen des Sterbenden zu achten, die darauf hindeuten, dass er ein Bewusstsein von seinem Sterben hat und das Gespräch darüber zu suchen.

Hilfestellung bei der Begleitung

So sehen manche Sterbende verstorbene Angehörige oder Freunde im Raum; manche werden gerufen; andere sprechen mit den Verstorbenen. Manchmal sehen Patienten etwas in weiter Ferne. Die Äußerungen von Sterbenden verweisen manchmal auf psychisches Erleben hin, das Elemente von Nahtoderfahrungen beinhaltet. Andere Patienten äußern sich in der Symbolsprache Sterbender, sie sprechen z. B. von konkreten Reisevorbereitungen und Details einer Reise. Oder mit anderen Symbolen, deren Entschlüsselung ohne die Kenntnis der Beziehungen und der Lebensgeschichte des Sterbenden nicht so einfach möglich ist. Dies sollte nicht als Ausdruck von Verwirrung abgetan werden, sondern kann vergleichbar mit unterbewussten Bildern beim Träumen, als Ausdruck des Todesbewusstseins, gedeutet werden. Begleiter können symbolische Aussagen Sterbender, die manchmal auf unerledigte letzte Dinge hinweisen, oft nur unter Hinzuziehung der nächsten Angehörigen entschlüsseln. Zahlreiche Fallbeispiele für solche Äußerungen Sterbender enthält das Buch von Callanan & Kelley (1993).

Wünsche und Träume  
Sterbender

- Manchmal bitten Sterbende mit Nachdruck um etwas, was sie zu brauchen scheinen, um in Ruhe sterben zu können; aus dem Zusammenhang gerissen, ist es für Außenstehende oft nicht verstehbar. Wenn der Sterbende sich nicht mehr verständlich äußern kann, macht es Sinn, Angehörige zu fragen, die die Lebenszusammenhänge des Sterbenden kennen, um seine Wünsche zu deuten.
- Ein guter Hinweis für Angehörige ist auch, dass es hilfreich sein kann, die Träume Sterbender ernst zu nehmen und mit ihnen darüber zu sprechen, wenn Träume berichtet werden. Träume können Ausdruck unbewussten Wissens sein, das im Realitätsbewusstsein noch nicht zugelassen werden kann. Angehörige können den Sterbenden nach dem Gefühl fragen, das ein Traum in ihm ausgelöst hat und ihm die Frage stellen: „Was brauchst du, um Ruhe zu finden?“

vgl. Kap. 2.4.3.8:  
Die Symbolsprache Sterbender

- Eine besonders schwierige Situation bei der Begleitung von Angehörigen ist der Umgang mit plötzlichen Sterbefällen. Bei Angehörigen, die unerwartet mit dem Tod von Nahestehenden konfrontiert werden, sind extreme Reaktionen möglich. Akute Belastungsreaktionen können sich in Betäubungszuständen, Desorientiertheit, Übererregtheit, unkontrollierter Aggressivität oder Erstarrungszuständen äußern.
- Die Angehörigen sollten von einem Arzt möglichst in einem separaten Raum von den Umständen des Todes unterrichtet werden; bei Anwesenheit von Pflegenden, die zuletzt mit dem Patienten gesprochen haben, können diese in das Gespräch einbezogen werden. Oder es könnte ein Gespräch zwischen diesen Pflegenden und den Angehörigen angeregt werden. Ein mit solchen Situationen erfahreneres Mitglied des Stationspersonals sollte die Begleitung der Angehörigen übernehmen; dies kann eine schweigende Begleitung beim Einpacken der Sachen des Verstorbenen sein; es sollte signalisiert werden: „Ich nehme mir Zeit und bin, wenn es gebraucht wird, zu einem Gespräch bereit!“
- Da, wo Kliniken die Möglichkeit zu einer Aufbahrung im Abschiedsraum bieten, sollte diese Form des Abschiednehmens immer vorgeschlagen werden.

### Überforderungserleben von Ärzten und Krankenhausmitarbeitern bei der Begleitung Sterbender

Definition „Supervision“  
vgl. Glossar S. 79

#### 2.4.3.10 Überforderungserleben von Ärzten und Krankenhausmitarbeitern bei der Begleitung Sterbender

Die Aufgabe, Menschen in Grenzsituationen zu begleiten, kann auch die Begleiter an ihre Grenzen bringen. Es ist oft nicht möglich, sowohl den Bedürfnissen der Sterbenden als auch den Bedürfnissen und Erwartungen der Angehörigen zu entsprechen. Die Achtung vor der Intimität des Abschiedes in einer Familie kann es manchmal verlangen, als Begleiter zurückzutreten, auch wenn die Situation nicht „gelöst“ erscheint. Auf die Notwendigkeit und entlastende Funktion von Supervision und Besprechung von schwierigen Situationen im Team sei im Zusammenhang mit Sterbebegleitung besonders eindringlich verwiesen (vgl. LAGO 2000, S. 317–322).

## 3 Glossar

Glossar

### 3.1 Begriffe

Begriffe

**akut:** lat. acutus = plötzlich einsetzend, heftig und meist von kürzerer Dauer.

akut

**Akzeptanz:** lat. accepta: „angenehm“ oft missverstanden als Haltung, die Realität-Annehmen mit kritiklosem Gutheißen, Eigenverantwortung abnehmen oder beschwichtigen verwechselt („Mag sein, dass ich... falsch gemacht habe, aber ich kann doch nichts dafür, Sie müssen das doch verstehen, Sie sind doch Therapeut!“). Therapeutische Akzeptanz ist dann hilfreich, wenn sie in guter Balance zu Veränderungsstrategien steht

Akzeptanz

vgl. 3.3 Therapeutenmerkmale  
und 3.4 Orientierungshilfen

**Ambivalenz:** lat. ambigo: „schwanken – unschlüssig – bezweifeln“ ein Hin-und-Her-gerissen-sein zwischen unterschiedlichen Strebungen, Gefühlen oder Impulsen. Oft mit mehr Leid behaftet als eine (wie auch immer) getroffene Entscheidung. Ein Leitsymptom bei depressiven Störungen, die häufig organische Erkrankungen begleiten können.

Ambivalenz

**Basisvariablen:** n. Ch. Rogers: Therapeuten sollten zumindest über folgende drei Eigenschaften/Fertigkeiten verfügen:

- mitfühlendes Verstehen
- Echtheit
- wertschätzender Umgang mit sich und anderen.

Basisvariablen

vgl. 3.3 Therapeutenmerkmale

**chronisch:** griech. chronos „die Zeit“. oft verwechselt mit „unheilbar“ oder „unbeeinflussbar“. Benennt lediglich den Umstand, dass etwas (ein Symptom, eine Erkrankung, ein Verhalten) „lang anhält“ bzw. bisher lang angehalten hat.

chronisch

**Commitment:** engl.: „Verbindlichkeit, Verpflichtung“ „der gemeinsame Nenner“ in der Behandlung, der eine wesentliche Grundlage für lösungsorientiertes Arbeiten darstellt. (Fachbegriff aus der DBT)

Commitment

**Compliance:** frz.: .Zusammenarbeit, Mitarbeit. Positive oder negative Haltung des Patienten beim Befolgen therapeutischer Anweisungen. (nach: Peters U.H. *Wörterbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban & Schwarzenberg 1990)

Compliance

## Coping

**Coping:** engl.: „to cope with“ – einer Sache Herr werden, gewachsen sein. Eigentlich Beschreibung von Selbsthilfeverhalten.

Nach Lazarus in zwei Dimensionen verstehbar: Problemorientierte Copingstrategien und emotionsorientierte Copingstrategien.

Bei unkontrollierbaren Ereignissen wie chronischen Erkrankungen scheint emotionsfokussiertes Coping angemessener, bei „lösbaren“ Problemen problemorientiertes Coping. Ineffektives Coping kann bestehende Probleme noch verstärken (z.B. nach Erkrankung mit unveränderbaren Leistungseinschränkungen unbedingt das „alte“ Leistungsniveau ohne Hilfsmittel wiedererlangen zu wollen). Die dabei entstehende Frustration kann emotional stark belastend sein, wenn ausschließlich „Mehr-des-selben-Lösungsversuche“ in Frage kommen (nach Watzlawick P. *Anleitung zum Unglücklichsein*. München: Piper 1992, nach R. S. Lazarus und S. Folkman (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer und nach: Peters U.H. *Wörterbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban & Schwarzenberg (1990)).

## DBT

**DBT:** (dialektisch-behaviorale Therapie n. M. Linehan): Ursprünglich störungsspezifisches verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung von chronisch suizidalen PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die DBT berücksichtigt ebenfalls psychodynamische Elemente, Erkenntnisse aus der biologischen Psychiatrie, der Zen-Philosophie, dem HEGEL'schen Dialektikbegriff und integriert körper- und bewegungs-therapeutische Methoden. DBT ist ein Therapiekonzept, das eine Störung der Emotionsregulation und der Spannungstoleranz als Grundlage für das Ausbilden pathologischen Wahrnehmens und Verhaltens versteht. Mittlerweile verdichten sich die Hinweise für die Anwendbarkeit der DBT auch für andere Krankheitsbilder, die mit einer Störung der Emotionsregulation verbunden sind. Die DBT zeichnet sich durch ihre klare Struktur, ihre hohe Anwendungspraktikabilität und ihre schulenübergreifende Haltung aus und beinhaltet strukturierte Techniken zum Umgang mit Gefühlen, zur Stresstoleranz, zur Achtsamkeit und zum Aufbau besserer zwischenmenschlicher Fertigkeiten. (zusammenfassend: Linehan M.M. *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung*. CIP München 1996 und Bohus M. & Berger M. (1996) *Die dialektisch-behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. Nervenarzt 67, S. 911–923)

## Eigenverantwortung

**Eigenverantwortung:** Die Fähigkeit und die Bereitschaft, für das eigene Handeln, Reden und Unterlassen Verantwortung zu tragen. Das bedeutet, für eigene Taten einzustehen und die Konsequenzen dafür zu tragen,

unabhängig davon, wer oder was die Situation, in der ich handle, bestimmt hat. Beispiel: „... so ist der Mensch verantwortlich für das, was er ist.“ (J.-P. Sartre)

**Emotionen/Gefühle:** Emotionen sind primäre Motivatoren sozialen Verhaltens und starten Verhaltensprogramme, ohne dass sie zunächst bewusst gesteuert werden. Gefühle entsprechen der Körperwahrnehmung und ihrer wissentlichen („bewussten“) Verknüpfung von Körperwahrnehmung und Erfahrung.

#### *Gefühle/Emotionen*

- geben Bedeutung in sozialen Beziehungen
- regeln das Selbstwelterleben
- regeln Beziehungen.

Das aktive Emotionsrepertoire eines Menschen wird eingeschränkt, wenn bestimmte Emotionen mit nicht zu bewältigende Situationen verknüpft werden (n. Sulz (2003)).

Es erweist sich als hilfreich, Gefühle vom Umgang mit Gefühlen zu unterscheiden: „Ich habe ein Gefühl, ich bin nicht das Gefühl!“

#### **Emotionen/Gefühle**

(vgl. DBT n. Linehan, S. 74)  
und weiteres s. Wegweiser  
Onkologie Brandenburg Band II  
S. 287–288 ff. 10.1.1



## *Perückenstudio*

Wir bieten für jeden Geschmack das richtige Modell!! Sie können zwischen klassischen und modischen Frisurenstilen, in allerbesten Qualität und in allen Preisklassen, wählen.

**Vertragspartner der Krankenkassen!  
Kostenlose Beratung!**

<p><b>Shop</b> Alexanderplatz 2 10178 Berlin Tel: 030/24 63 18 01</p>	<p><b>im Karstadt</b> Müllerstr. 25 13353 Berlin Tel: 030/46 50 24 66</p>	<p><b>im Karstadt</b> Schloßstr. 11-16 12163 Berlin-Steglitz Tel: 030/79 78 64 39</p>
<p><b>im KaDeWe</b> Tauentzienstr. 21-24 10772 Berlin Tel: 030/21 10 783</p>	<p><b>im Karstadt</b> Carl-Schurz-Str. 24 13597 Berlin-Spandau Tel: 030/33 09 24 66</p>	

## Entscheidungsteilhabe:

Bereiche medizinischen Handelns und von Patienten gewünschte Entscheidungsteilhabe					
Bereiche medizinischen Handelns	Wer soll die Entscheidung in den folgenden medizinischen Bereichen treffen?				
	Eher der Arzt (1,2) [%]	Arzt und Patient (3)	Eher der Patient (4,5)	Mittelwert (1...5)	k.A./ weiß nicht [%]
Welche Medikamente verabreicht werden	69,2	16,3	4,7	1,8	9,8
Entlassung von Station	67,7	17,3	4,5	1,9	10,5
Beendigung der Behandlung	64,7	18,7	5,7	1,9	10,9
Ob Medikamente verabreicht werden	63,0	22,0	5,6	2,0	9,4
Krankschreibung	61,2	18,9	4,3	1,9	15,6
Welche diagnostischen Tests	59,3	23,8	5,6	2,0	11,3
Konsultation anderer Ärzte	50,8	28,6	9,6	2,3	11,0
Zeitpunkt der Behandlung	50,1	29,5	9,7	2,3	10,7
Ort der Behandlung	35,8	32,8	20,5	2,7	10,9
Therapiewahl	28,2	50,2	16,3	2,8	5,3
Einbeziehung der Familie	22,5	31,9	33,4	3,3	12,2

*Datenbasis: PA 2002–05, eigene Berechnungen; n=533, vgl. Ernst et al. 2006*

## Fatigue

**Fatigue:** frz. Abspannung, Angegriffenheit, Anstrengung, Beschwernis, Ermattung, Ermüdung, Müdigkeit, Strapaze. Als Fachbegriff beschreibt fatigue ein Gefühl von körperlicher und geistiger Müdigkeit, das mit reduzierten Energiereserven und Muskelkraft einhergeht. Fatigue kann unter verschiedenen Bedingungen auftreten. Im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen wird die pathologische Ermüdbarkeit in letzter Zeit durch Ärzte stärker berücksichtigt. (Rüffer et al. (2003))

## Gesprächsführung

**Gesprächsführung:** Die Gesprächspsychotherapie (auch GT oder klientenzentrierte Therapie oder personenzentrierte Psychotherapie) und Klientenzentrierte Gesprächsführung sind eng mit der Person ihres Begründers Carl R. Rogers verbunden. Die Wirkung der auch als „klientenzentriert“ bezeichneten Gesprächsführung wird realisiert, indem der Berater eine entspannte Atmosphäre schafft, in der er weder Ratschläge erteilt, noch urteilt oder bewertet und es dadurch dem Klienten ermöglicht, dass dieser ehrlich mit sich umgeht und sich trotz seiner negativen Seiten akzeptieren kann. Der Klient wird durch das Verbalisieren von Gefühlen über den Therapeuten ermutigt, von seinen Belastungen zu sprechen.

Die Nondirektive Gesprächsführung geht von der Tatsache aus, dass die Handlungen eines Menschen von dem Bild bestimmt werden, das dieser von sich entwickelt hat. Werden wesentliche Aspekte seiner sozialen Realität übergangen oder vernachlässigt, wird der Betroffene oft anecken bzw. das Gefühl entwickeln, sich nicht mehr auszukennen. Daher versucht die Methode, die eigenen Wachstumskräfte des Menschen zu fördern und jenes Umfeld zu schaffen, das es ihm ermöglicht, sich selbst zu helfen. Dabei sind von Seiten der Therapeuten die Basisvariablen zu verwirklichen.

vgl. Wegweiser Onkologie  
Brandenburg Band II, 10 (S. 287 ff.)

**Koalition:** lat. coalitio Vereinigung, Zusammenschluss, Zusammenkunft. In der Psychologie (speziell in der systemischen Familientherapie) bezeichnet der Begriff in der Psychologie ein Notbündnis von Personen eines Beziehungssystems gegen eine als „Außenfeind“ wahrgenommene dritte Beziehungsperson oder Institution, die als gefährlich für die gemeinsamen Interessen der Koalitionäre (also für das Beziehungssystem) empfunden wird (z. B. Koalition zwischen Mutter/Kind gegen den Vater, Therapeut/Patient gegen die Angehörigen oder Angehörige/Patient gegen die Behandler etc.).

## Koalition

**Kontrollverlustangst:** Vermeidungsmotiv in der Psychotherapie. Nach SULZ (1995) neben Vernichtungsangst, Trennungsangst, Angst vor Verlust der Zuneigung und vor Ablehnung, Angst vor Gegenaggression und Angst vor Hingabe eine der zentralen Ängste, die in konflikthaften Beziehungen Selbsthilfe über Symptombildung auslöst. (Literatur vgl. Sulz (2001, S. 19))

## Kontrollverlustangst

**Lebensqualität:** Was Lebensqualität ausmacht, empfinden Menschen in Abhängigkeit von ihrer Lerngeschichte und ihrem kulturellen Kontext höchst unterschiedlich. Die meisten Definitionen stellen die persönliche Zufriedenheit ins Zentrum. Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die versuchen, die Lebensqualität von Menschen zu messen.

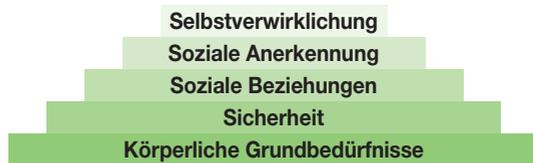
## Lebensqualität

*In der wissenschaftlichen Literatur existieren verschiedene Definitionen:*  
Höhe persönlicher Zufriedenheit, die mit der Erfüllung von Wünschen und Bedürfnissen im körperlichen, geistigen, seelischen und materiellen Bereich wächst, ausgehend von der aktuellen Lebenssituation (Stiftung Lebensqualität).

Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität ist ein psychologisches Konstrukt zu verstehen, das die körperlichen, psychischen, mentalen, sozialen und funktionalen Aspekte des Befindens und der Funktionsfähigkeit der Patienten aus ihrer Sicht beschreibt.

Soziales, physiologisches, neutrales, intellektuelles und allgemeines Befinden eines Individuums. Index für die Qualität eines Lebensjahres, der in der Regel einen Nutzwert angibt, der sich zusammensetzt aus der Bewertung mehrerer einzelner, konkreter Fragen zur Lebensqualität. Lebensqualität wird häufig als höchste Form der Darstellung von Risiken angesehen, da die Lebensqualität durch objektive oder subjektiv empfundene Nachteile beeinträchtigt wird. Diese Annahme ergibt sich weiterhin daraus, dass klassische Risikodefinitionen immer nur einen Teil von Nachteilen oder Verlusten beschreiben können, während Lebensqualitätsparameter die Gesamtheit aller Einflüsse, zumindest theoretisch, erfassen können.

#### Bedürfnispyramide nach Maslow (1970):



#### Schmerz, akut

**Schmerz, akut:** Akuter Schmerz ist lebenswichtig und sinnvoll. Wir werden durch ihn vor gefährlichen Situationen, z. B. durch äußere Einflüsse wie Prellungen, Entzündungen, Berühren einer heißen Herdplatte, Messerschnitt usw. gewarnt. Dadurch wird eine unwillkürliche Reaktion aus, z. B. schnelles Zurückziehen der Hand, ausgelöst. Akute Schmerzen sind in der Regel vorübergehender Natur. Sie können normalerweise durch die Behandlung der ursprünglichen Ursache (z. B. Blinddarmoperation) relativ eindeutig, leicht und vollständig identifiziert, behandelt und behoben werden. Akuter Schmerz, der im Körper entsteht, hat ebenfalls diese wichtige und oft lebenserhaltende Warnfunktion (Nierenkoliken, Bauchschmerz bei Blinddarmentzündung, Magenschmerzen usw.). Jeder kennt akuten Schmerz und hat ihn in der Regel selbst schon erlebt, daher ist die gesellschaftliche Akzeptanz des akuten Schmerzes sehr groß.

#### Schmerz, chronisch

**Schmerz, chronisch:** eigenständige Schmerzkrankheit. Besteht ein Schmerz länger als 6 Monate, wird von einem „chronischen Schmerz“ gesprochen. Dabei ist der Schmerz zu einem eigenen Krankheitsbild geworden, bei dem sich aber keine konkreten Ursachen im Körper mehr nachweisen lassen, die die Schmerzen erklären könnten. Der Schmerz hat dann nicht mehr die ursprüngliche nützliche Warnfunktion, sondern führt oft zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität: Die normalen körperlichen Aktivitäten werden eingeschränkt, soziale Kontakte redu-

ziert, und mangelnder Schlaf verstärkt die Problematik noch. Im Laufe der Schmerzkrankheit tretend u. a. psychische Symptome, wie Verstimmtheit, Energielosigkeit, erhöhte Reizbarkeit auf, was oft zu einer Fehldeutung führt, indem diese Symptome als psychische Ursache des Schmerzes interpretiert werden und natürlich auch die sozialen Kontakte beeinflusst. Allerdings wirken Sorgen, Angst, Traurigkeit und Schlaflosigkeit häufig auch als Schmerzverstärker, „Seelischer Schmerz“ der z. B. durch den plötzlichen Verlust einer geliebten Person, oder andere belastende Erlebnisse entstanden ist, kann chronische Schmerzen weiter negativ beeinflussen bzw. mit als auslösender Faktor fungieren. Darauf lässt sich durch soziale (Verständnis, Zuwendung), medizinische (schmerzreduzierende/-dämpfende, und/oder schlaffördernde Medikamente, Akupunktur...) und psychologische Hilfestellung (Selbsthilfegruppen, Gesprächstherapie, Entspannungsmethoden) jedoch oft häufig Einfluss nehmen. Weiterhin wird dem chronischen Schmerz kaum gesellschaftliche Akzeptanz entgegengebracht. (Dr. med. Thomas Nolte, Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden, Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie in: [www.schmerztherapeuten.de/vergleich/vergleich/html](http://www.schmerztherapeuten.de/vergleich/vergleich/html)).

vgl. Wegweiser Onkologie  
Brandenburg Band II, 6.2  
(S. 209–212)

**Supervision:** lat.: super = auf, darüber, über hinaus, vorbei an, darüber hinaus und viso = genau ansehen. Über Definition und/oder Nicht-Definition wird wissenschaftlich gestritten.

**Supervision**  
vgl. Wegweiser Onkologie Brandenburg  
Band II, 10.2 (S. 317–323)

**systemische Therapie:** Form der Psychotherapie, die versucht, die Regeln sozialer Systeme zu verstehen und auf diese verändernd einzuwirken. Dabei werden Symptome, die ein Mensch ausbildet, als der Versuch verstanden, gleichzeitig den Regeln von zwei oder mehr Systemen zu folgen, wodurch er Konflikte vermeidet und gleichzeitig den Zusammenhalt innerhalb der Systeme fördert. Der Vorgang wird jedoch von keinem Angehörigen des jeweiligen Systems durchschaut. Die systemische Therapie vereint in sich Auffassungen der allgemeinen Systemtheorie, der Familientherapie, der Kommunikationstherapie und der Hypnotherapie n. Milton Erickson.

**systemische Therapie**

vgl. Peters (1990)

**Therapeut(in):** Therapeuten sind Menschen, die sich zum Beruf gemacht haben, andere Menschen anzuleiten, mit ihren Fähigkeiten und auch Defiziten so umzugehen, dass sie sich selbst besser managen können. Sie sind verantwortlich dafür, nach bestem Wissen und Gewissen Veränderungen anzuregen, die der Patient/Klient dann mit angemessener Hilfe eigenverantwortlich umsetzen kann.

**Therapeut**

Sie sind verantwortlich dafür, nach bestem Wissen und Gewissen Veränderungen anzuregen, die der Patient/Klient dann mit angemessener Hilfe eigenverantwortlich umsetzen kann.

## 3.2 Techniken

### Emotionales Spiegeln

**Emotionales Spiegeln:** Technik aus der Gesprächstherapie. Ich mache meinem Gesprächspartner deutlich, wie ich ihn erlebe und was er ausstrahlt. Dazu stelle ich mich mit ihm auf eine Stufe. Ich zeige Verständnis für die Situation des meines Gegenübers. s. auch Gesprächsführung

**Respektlose Kommunikation:** Technik aus der DBT: Strategie bzw. Einstellung des Therapeuten, bei der die Auffassungsweise des Patienten zunächst für bare Münze genommen wird und die beim Patienten zugrunde liegenden Annahmen oder Folgeschlüsse über- oder untertrieben werden. Hilft oft, wenn Patienten in bestimmten Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensmustern stecken bleiben. RK geschieht entweder auf betont nüchterne oder übermäßig emotionale Art und Weise, um Gesichtspunkte zu vermitteln, die der Patient zuvor nicht beachtet hat. Daraus kann sich ein „überraschender Sprung“ weg von gegenwärtigen Reaktionsmustern, Gedanken und Gefühlen hin zu einem anderen Standpunkt ergeben. *Zwei Komponenten sind zwingende Bedingung:*

1. Die Strategie muss echt sein.
2. Der Therapeut muss gleichzeitig mitfühlende Sorge und Wärme vermitteln können.

### Hypothetisieren

**Hypothetisieren:** Technik aus der Systemischen Therapie. Das Behandler-Team bildet eine Hypothese, um deren Überprüfung es im weiteren Verlauf der Therapie geht. Stellt sich eine Hypothese als falsch heraus, wird eine neue Hypothese gebildet, die wieder zu überprüfen ist.

Beispiel: Die Angehörigen sorgen sich um die genesende Patientin, die nach Behandlung wieder bei den Eltern wohnt. Sie lasse sich zu viel umsorgen und müsse selbständiger werden. Sie befürchten, dass sie nicht wieder eigenständig leben könne. Die Mutter ist sehr auf die Einhaltung ihrer Hausregeln bedacht. Sie beklagt, ihre Tochter (die Patientin) gebe sich keine Mühe mehr, Fragen zu beantworten und Aufgaben selbstständig zu lösen, die von außen an sie herangetragen werden. Die Mutter hat den Eindruck, ihre Tochter gehe davon aus, die Menschen in ihrer Umgebung würden ihr sowieso helfen.

Hypothese: Mutter fordert im Rahmen einer „Doppelbindung“, dass ihre Tochter sich an Regeln hält, aber auf der anderen Seite fordert sie Selbstständigkeit.

### Respektlose Kommunikation

vgl. DTB S. 74

**Respektlose Kommunikation:** Technik aus der DTB: Strategie bzw. Einstellung des Therapeuten, bei der die Auffassungsweise des Patienten zunächst für bare Münze genommen wird und die beim Patienten zugrunde liegenden Annahmen oder Folgeschlüsse über- oder untertrieben werden. Hilft oft, wenn Patienten in bestimmten Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensmustern stecken bleiben. RK geschieht entweder auf betont nüchterne oder übermäßig emotionale Art und Weise, um Gesichtspunkte zu vermitteln, die der Patient vorher

nicht beachtet hat. Daraus kann sich ein „überraschender Sprung“ weg von gegenwärtigen Reaktionsmustern, Gedanken und Gefühlen hin zu einem anderen Standpunkt ergeben. *Zwei Komponenten sind zwingende Bedingung:*

1. Die Strategie muss echt sein.
2. Der Therapeut muss gleichzeitig mitfühlende Wärme und Sorge vermitteln können.

**Validierung:** Validierungsstrategien sind Techniken aus der DBT, mit der ich die subjektive Wahrnehmung meines Gegenübers als solche wertschätze und verstärke. Viele Menschen haben (nicht selten auch im Arztkontakt) die Erfahrung machen müssen, dass die Wahrnehmung ihrer eigenen Gefühle, Impulse oder auch ihres Verhaltens nicht verstärkt, sondern kritisiert, entwertet oder als grundsätzlich falsch bewertet wurde.

*Validiere ich meinen Gesprächspartner,*

- gestehe ich ihm das Recht auf seine individuelle Wahrnehmung zu,
- akzeptiere, dass mein Gegenüber u. U. eine andere Wahrnehmung als ich selbst von der gleichen Sache haben darf,
- ermuntere ihn zu offenem Dialog auf Augenhöhe.

## Validierung

vgl. DTB S. 74

Validieren kann ich auf unterschiedlichen Stufen:		
Stufe 1	<b>Aufmerksamkeit, Interessiertes Zuhören</b>	Erinnern von früher Gesagtem, nachfragen, nicht bewertend
Stufe 2	<b>Genauere Reflexion</b>	vermitteln, dass das Gesagte verstanden worden ist, Patientenperspektive wird als „Ist-Zustand“ verstanden, auch wenn sie nicht die einzig mögliche Perspektive ist
Stufe 3	<b>Artikulation von Nichtverbalisiertem</b>	Ansprechen von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensmustern, die der Patient erlebt, aber nicht anspricht
Stufe 4	<b>Validierung in Termini vorangegangener Lernerfahrungen oder biologischer Dysfunktionen</b>	Das Erleben und Verhalten wird nicht „gutgeheißen“, ist aber vor dem Hintergrund der Biographie oder von biologischen Parametern verständlich
Stufe 5	<b>Validierung in Termini von gegenwärtigen Umständen</b>	Das Erleben und Verhalten des Patienten ist aufgrund eines aktuellen Auslösers nachvollziehbar, unterschiedliche Wertmaßstäbe werden respektiert
Stufe 6	<b>Patient als Person wird in radikaler Echtheit als valide behandelt; Entpathologisierung von Problemen und Symptomen</b>	Patient wird als Person mit gleichem Status behandelt; Probleme werden als normal und nicht als pathologisch angesprochen (z. B. „es ist normal, traurig zu sein, wenn der Partner zu einer Reise aufbricht, das geht mir auch so“); Therapeut glaubt an die Fähigkeit des Patienten zur Veränderung

**Zirkuläres Fragen:** Technik aus der Systemischen Therapie. z. B. (an die Mutter): Wie viel Regeln braucht Ihre Tochter noch, um selbstständig zu werden?

## Zirkuläres Fragen

### 3.3 Therapeutenmerkmale

Therapeuteneigenschaften (s. auch Begriffe) werden schulenbezogen unterschiedlich definiert. Der gemeinsame Nenner bei allen Differenzen könnte wie folgt beschrieben werden: Therapeuten sollten über die Basisvariablen n. Rogers verfügen, sie sollten ihre professionelle Distanz und ihre ethisch/beruflichen Grundsätze wahren und gleichzeitig in der Lage sein, sich auf eine lösungsorientierte therapeutische Beziehung einzulassen.

**In der dialektisch-behavioralen Therapie n. Linehan (DBT) wird z.B. von Therapeuten gefordert, in ihrer Arbeit für Balance zu sorgen zwischen:**

- Akzeptanz und Veränderung
- Standfestigkeit und mitfühlender Flexibilität und
- Wohlwollendem Fordern.

**Therapeuten helfen bei:**

- dem Erkennen, Sortieren und Differenzieren von Lebensumständen, die belasten
- dem Anerkennen der realen Situation
- der Einschätzung, was meine Probleme und was Tatsachen sind.
- dem (Wieder-) Finden eigener Fähigkeiten und Erfahrungen,
- dem eigenverantwortlichen Umsetzen neuer Ziele und
- der realistischen Einschätzung erreichter Fortschritte.

**Therapeuten sind:**

- Helfer beim Selbstmanagement
- Unterstützer beim Finden hilfreicher neuer (oder alter) Lebensziele
- Berater, Dialogpartner und auch wohlwollende Kritiker
- auch Menschen und machen Fehler.

**Therapeuten sollten für Patienten/Klienten keine:**

- |                          |                 |                  |                       |
|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| • Mütter/Väter           | • Lebenspartner | • Mittäter       | • Täter               |
| • Lehrer                 | • Polizisten    | • Geliebte       | • Sündenböcke         |
| • Seelsorger/Beichtväter | • Komplizen     | • Chefs          | • Mülleimer oder auch |
| • Anwälte                | • Richter       | • Freund(-innen) | • Idole sein.         |

**Therapeuten**

- tragen Verantwortung für ihr eigenes Handeln gegenüber sich selbst, gegenüber ihren Patienten/ Klienten und gegenüber der Allgemeinheit
- sollten zu ihren Grenzen offen stehen
- haben eine berufliche Schweigepflicht, die gem. § 203 StGB bei Gefahr im Verzuge gebrochen werden muss
- haben wie jeder andere erwachsene Mensch auch die Verpflichtung, erkennbare Eigen- oder Fremdgefährdung anzusprechen und ggf. legale Schritte einzuleiten, um akute Gefahr abzuwenden

## 3.4 Orientierungshilfen

### Orientierungshilfen

### 3.4.1 Grundannahmen für Therapeuten (n. Linehan, vgl. DBT)

#### Grundannahmen für Therapeuten

1. Patienten versuchen, das Beste aus ihrer gegenwärtigen Situation zu machen.
2. Patienten müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern, und das ist ungerecht.
3. Patienten haben ihre Probleme in aller Regel nicht selber verursacht, müssen sie aber selbst lösen.
4. Patienten können in der Therapie nicht versagen. Behandle den Patient so, wie du möchtest, dass dein nächster Angehöriger oder bester Freund behandelt wird. Jede Verhaltensweise der Patienten macht im subjektiven Kontext Sinn.
7. Therapieziele sind primär an der Befähigung zur ambulanten Therapie zu orientieren.
8. Nicht jedes Verhalten, das der Patientin kurzfristig hilft, hilft ihr auch langfristig.
9. Wir haben mindestens soviel von den Patienten zu lernen wie diese von uns.
10. Jede Besprechung über Patienten ist eine Besprechung mit Patienten.
11. Jeder Therapeut macht Fehler.

### 3.4.2 Elf Gesetze für die Psychotherapie (n. Fred H. Kanfer)

#### Elf Gesetze für die Psychotherapie

1. Verlange niemals von Klienten, gegen ihre eigenen Interessen zu handeln.
2. Arbeite zukunftsorientiert, lösungsorientiert, ressourcenorientiert.
3. Spiele nicht Gott (indem du Verantwortung für das Leben von Klienten übernimmst).
4. Säge nicht den Ast ab, auf dem der Klient sitzt, bevor du ihm geholfen hast, eine Leiter zu bauen.
5. Klienten haben immer Recht.
6. Ohne das Problemverhalten zu sehen, weiß ich nicht, worum es geht.
7. Arbeite nur mit Klienten, die anwesend sind.
8. Plane in kleinen, überschaubaren Schritten, hüte dich vor utopischen Fernzielen.
9. Die Informationsverarbeitungskapazität des Menschen ist begrenzt.
10. Wenn du in der Therapie härter arbeitest als dein Klient, machst du etwas falsch.
11. Gib großzügig Anerkennung für Fortschritte.

modifiziert nach:  
Kanfer (1996)

## 4 Anhang

### 4.1 Autoren

**Der vorliegende Wegweiser Onkologie Land Brandenburg – Band IV „Psychoonkologie“ ist von den beteiligten Expertinnen und Experten ehrenamtlich und für die LAGO kostenfrei erarbeitet worden. Ihnen allen sei an dieser Stelle unser herzlicher Dank ausgesprochen.**

**In Person waren dies:**

**Dipl.-Med. Eberhard Böhme, Oberarzt**

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
 Asklepios Fachklinikum Lübben  
 Luckauer Straße 17, 15907 Lübben  
 Mail: e.boehme@asklepios.com

**Dipl.-Med. Kathrin Grießmann, Oberärztin**

Fachklinik Pneumologie –  
 Schwerpunkt Onkologie  
 Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH  
 Johanniterstraße 1, 14929 Treuenbrietzen  
 griessmann@johanniter-treuenbrietzen.de

**Dipl.-Psych. Antje Hahnheiser**

**Psychoonkologin**

Fachklinik Pneumologie –  
 Schwerpunkt Onkologie  
 Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH  
 Johanniterstraße 1, 14929 Treuenbrietzen  
 hahnheiser@johanniter-treuenbrietzen.de

**Dipl.-Psych. Petra Müller**

**Psychoonkologin**

Klinikum Frankfurt (Oder)  
 Müllroser Chaussee 7  
 15236 Frankfurt (Oder)  
 p.mueller.osp@klinikumffo.de

**Zudem war die Geschäftsführerin der LAGO, Dr. Thielking-Wagner, Soziologin und Gesundheitswissenschaftlerin, als Autorin beteiligt.**

thielking-wagner@lago-brandenburg.de

**Weiterhin fühlt sich die LAGO den Personen verbunden, die sich die Zeit genommen haben, den Wegweiser IV vor der Veröffentlichung kritisch zu lesen. Unser Dank für die vielen wertvollen Hinweise, Änderungsvorschläge wie auch positiven Rückmeldungen geht an:**

**Marion Peterson, Stationsleitung C1**

Klinik für Allgemein- u. Viszeralchirurgie  
 Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH  
 Hochstraße 29  
 14770 Brandenburg

**Klinikum Frankfurt (Oder)**

**Mitarbeiter/innen von Stationen mit onkologischem Schwerpunkt und der Krankenhauseesorge**

Müllroser Chaussee 7  
 15236 Frankfurt (Oder)

**Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH**

**Mitarbeiter/innen der onkologisch-pneumologischen Station**

Johanniterstraße 1  
 14929 Treuenbrietzen

## 4.2 Literaturverzeichnis

- Aulbert E (1997): Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. **Aulbert**  
 In: Aulbert E & Zech D (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin.  
 Stuttgart New York. Schattauer: 731–749.
- Bohus M & Berger M (1996): **Die dialektisch-behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan**. Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Nervenarzt 67, S. 911–923. **Bohus, Berger**
- Bucka-Lassen E (2005): **Das schwere Gespräch**. Deutscher Ärzteverlag, Köln. **Bucka-Lassen**
- Callanan M & Kelley P (1993): **Mit Würde aus dem Leben gehen**. Ein Ratgeber für die Begleitung Sterbender, Knauer, München. **Callanan, Kelley**
- de Henezel M (1995): **Den Tod erleben**. Bastei Lübbe Taschenbuch, Orig. Editions Robert Laffont, Paris. **de Henezel**
- Die Schwester Der Pfleger, 45. Jahrg., 7, 2006 **Die Schwester Der Pfleger**
- Dimeo FC (2001): **Effect of exercise on cancer-related fatigue**. In: Cancer 92 (6. Suppl.), S. 1689. **Dimeo**
- Ernst J, Krauß O, Schwarz R (2006): **Die Einbeziehung von Tumorpatienten in medizinische Entscheidungsprozesse**. In: Onkologe, S. 48–56. **Ernst, Krauß, Schwarz**
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R (2002): **Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial**. Lancet 359: S. 650–656. **Fallowfield, Jenkins, Farewell, Saul, Duffy, Eves**
- Herschbach P & Brandt U (1998): **Belastungen des medizinischen Personals und Bedarf für psychosoziale Fortbildung**. In: Koch U & Weis J (Hrsg.): Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Stuttgart New York. Schattauer: S. 253–260. **Herschbach, Brandt**
- Husebo S & Husebo B (2001): **Die letzten Tage und Stunden**. Palliative Care für Schwerkranke und Sterbende. Medlex Norwegische Gesundheitsinformation. **Husebo, Husebo**
- Kanfer FH (1996): **Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis**. Springer Verlag, New York. **Kanfer**

- Keller** Keller M (2001): Effekte psychosozialer Interventionen auf Lebensqualität und Krankheitsverlauf von Krebspatienten. *Der Onkologe* 7 (2): 133-142.
- Keller, Kappauf** Keller M & Kappauf H (2002): **Kommunikationskompetenz von Ärzten.** *Forum DKG* 5: S. 23–26.
- Keller, Mussell** Keller M & Mussell M (2005): **Psychoonkologische Basisdokumentation.** In: *Forum Deutsche Krebsgesellschaft* 6, S. 58–61.
- Kriz** Kriz J (1989): **Grundkonzepte der Psychotherapie.** Psychologie Verlags Union, München, S. 290–287.
- Kübler-Ross** Kübler-Ross E (1990): **Interviews mit Sterbenden.** Dt. Übersetzung. 15. Auflage. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh.
- LAGO Brandenburg e. V.** LAGO Brandenburg e. V. (Hrsg.) (2000): **Wegweiser Onkologie Brandenburg Band II**, Kap. 10.2 Supervision. S. 317–324
- Lazarus, Folkman** Lazarus RS & Folkman S (1984): **Stress, appraisal and coping.** Springer Verlag, New York.
- Linehan** Linehan M (1996): **Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung.** CIP München.
- Mahlke** Mahlke G (1994): **Begleiten bis zum Ende des Weges. Gespräche mit Sterbenden.** Videofilm. Vincentz Verlag, Hannover.
- Maslow** Maslow AH (2002): *Motivation und Persönlichkeit.* Rowohlt
- Nolte** Nolte T (2007): **Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden.** Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie. In: [www.schmerztherapeuten.de](http://www.schmerztherapeuten.de)
- Peters** Peters UH (1990): **Wörterbuch der Psychiatrie und Psychotherapie.** Urban & Schwarzenberg.
- Reiners** Reiners H (2006) (Hrsg.): **Onkologie im Zwiespalt zwischen Möglichkeiten und Anforderungen.** LIT Verlag, Berlin.
- Renz** Renz M (2005): **Zeugnisse Sterbender.** Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 147–166.

- Rest F (2006): **Patientenverfügungen – Einstieg in die Euthanasie durch die Hintertür?** In: Reiners (Hrsg.): Onkologie im Zwiespalt zwischen Möglichkeiten und Anforderungen. LIT Verlag, Berlin, S. 174–192. **Rest**
- Rogers CR (1957): **The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.** Journal of Consulting Psychology, 21, S. 95–103. **Rogers**
- Rogers CR (2005): **Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.** Fischer **Rogers**
- Rüffer JU & Flechtner H (2006): **Fatigue – Diagnostik, klinische Implikationen und Therapie.** In: Onkologe, 12, S. 38. **Rüffer, Flechtner**
- Rüffer JU et al. (2003): **Das Krebs-Fatigue-Syndrom.** In: Versicherungsmedizin 55, Heft 1. **Rüffer**
- Schulz von Thun F, Ruppel J, Stratmann R (Hrsg.) (2000/2003): **Miteinander reden: Kommunikation für Führungskräfte.** Rowohlt, Reinbek. **Schulz von Thun, Ruppel, Stratmann**
- Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E (2003): **Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung.** In: J. Schumacher, A. Klaiberg, E. Brähler (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden (Diagnostik für Klinik und Praxis, Bd. 2, S. 9–25, Göttingen, Hogrefe **Schumacher**
- Simon AM & Zitton R (1999): **Current Opinion in Oncology**, 11, S. 244–249. **Simon, Zitton**
- Strittmatter G (1997): **Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten.** Waxmann, Münster, New York. **Strittmatter**
- Strittmatter G (2006): **Screening-Instrumente zur Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit von Tumorpatienten.** In: Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (Hrsg.) (2006): Psycho-Onkologie. Perspektiven heute. Pabst Science Publishers. Lengerich Berlin Bremen Miami Riga Viernheim Wien Zagreb. S. 122–142.
- Sulz SKD (2001): **Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie.** CIP Medien. **Sulz**

- Thielking-Wagner** Thielking-Wagner G (2006): **Psychoonkologie und Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus. Ergebnisse einer Evaluationsstudie im Land Brandenburg.**  
Abrufbar über <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:kobv:83-opus-12342>.
- Watzlawick** Watzlawick P (1992): **Anleitung zum Unglücklichsein.** Piper, München.
- Zieger, Holfelder, Bavastro, Dörner** Zieger A, Holfelder HH, Bavastro P, Dörner K (2002): **Sichern „Patientenverfügungen“ ein „Sterben können in Würde“?**  
In: Intensiv; 10, S. 223–235.

## 4.3 Adressen

Sie suchen eine nahe gelegene onkologische Arztpraxis, einen Pflegedienst oder eine Beratungsstelle für Tumorkranke?

Unsere Geschäftsstelle bietet Ihnen als kostenlosen Service an, Ihnen aus unserer umfangreichen Datenbank die für Ihr Anliegen wichtigen Adressen zusammenzustellen (z. B. Psychoonkologen, onkologisch tätige Ärzte, Schmerztherapeuten, onkologische Pflegedienste, Hospize u. v. m.).

Gern vermitteln wir regionale und überregionale Adressen. Bitte nehmen Sie Kontakt zu uns auf.

**Eine kleine Auswahl von www-Adressen zum Thema „Psychoonkologie“ – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – finden Sie gleich hier:**

**Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psycho-  
soziale Onkologie e.v. (dapo)**  
[www.dapo-ev.de](http://www.dapo-ev.de)

**Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in  
der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (PSO)**  
[www.pso-ag.de](http://www.pso-ag.de)

**Psychoonkologie-Konsil (PonkK)**  
[www.psychoonkologie-konsil.de](http://www.psychoonkologie-konsil.de)

**Krebsinformationsdienst (KID) – Deutsches  
Krebsforschungszentrum Heidelberg**  
[www.krebsinformation.de](http://www.krebsinformation.de)

**Deutsche Krebshilfe**  
[www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)

**Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.**  
[www.dgsv.de](http://www.dgsv.de)

**Institut für Psychosomatik und Psychothera-  
pie, Potsdam-Babelsberg e.V. i.G. (IPP)**  
[www.ipp-potsdam.de](http://www.ipp-potsdam.de)

## Die www-Adressen der Mitglieder der LAGO Brandenburg e. V. sind die Folgenden:

**AOK Brandenburg – Die Gesundheitskasse**  
[www.aok.de](http://www.aok.de)

**Björn Schulz STIFTUNG**  
**Hilfe für Blut- und Krebskranke**  
[www.bjoern-schulz-stiftung.de](http://www.bjoern-schulz-stiftung.de)

**Brandenburg Klinik Bernau-Waldfrieden**  
**GmbH BKB & Co. KG**  
 Abteilung Kinderonkologie  
[www.brandenburgklinik.de](http://www.brandenburgklinik.de)

**Brandenburgische Krebsgesellschaft e. V.**  
[www.krebsgesellschaft-brandenburg.de](http://www.krebsgesellschaft-brandenburg.de)

**Brandenburgisches Tumorzentrum OSP**  
**Cottbus e. V.**  
 c/o Carl-Thiem-Klinikum Cottbus  
[www.ctk.de/tumor/tumorseite1.htm](http://www.ctk.de/tumor/tumorseite1.htm)

**DBFK Landesverband Berlin-Brandenburg,**  
**Mecklenburg Vorpommern e. V.**  
[www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

**Deutsche ILCO e. V.**  
 Landesverband Berlin-Brandenburg  
[www.ilco.de](http://www.ilco.de)

**Deutsche Krebsgesellschaft e. V.**  
 Konferenz Onkologischer Kranken-  
 und Kinderkrankenpflege (KOK)  
 Arbeitskreis Berlin/Brandenburg  
[www.kok-krebsgesellschaft.de](http://www.kok-krebsgesellschaft.de)

**Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V.**  
 Landesverband Brandenburg e. V.  
[www.frauenselbsthilfe.de](http://www.frauenselbsthilfe.de)

**Gesellschaft für biologische Krebsabwehr**  
 Beratungsstelle Berlin-Brandenburg  
[www.biokrebs.de](http://www.biokrebs.de)

**Hospiz- und Palliativ- Beratungsdienst**  
**Potsdam e. V. (HPP)**  
[www.hospizdienst-potsdam.de](http://www.hospizdienst-potsdam.de)

**IHKA GmbH Individuelle Häusliche**  
**Kranken-und Altenpflege**  
[www.hauskrankenpflege-IHKA.de](http://www.hauskrankenpflege-IHKA.de)

**Innungskrankenkasse**  
**Brandenburg und Berlin**  
[www.ikk.de](http://www.ikk.de)

**Institut für Psychosomatik und Psychothera-**  
**pie, Potsdam-Babelsberg e.V. i.G. (IPP)**  
[www.ipp-potsdam.de](http://www.ipp-potsdam.de)

**Interdisziplinärer Arbeitskreis Brandenburger**  
**Schmerztherapeuten e. V. (IABS)**  
[www.iabsev.de](http://www.iabsev.de)

**Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg**  
[www.kvbb.de](http://www.kvbb.de)

**Kinderhilfe**  
**Hilfe für leukämie- und tumorkranke Kinder**  
**Berlin-Brandenburg e. V.**  
[www.kinderhilfe-ev.de](http://www.kinderhilfe-ev.de)

**Klinik am See**  
 Abteilung Hämatologie/Onkologie  
[www.klinikamsee.com](http://www.klinikamsee.com)

**König & May GbR**  
 Kongress und Management  
 im Gesundheitswesen  
[www.km-potsdam.de](http://www.km-potsdam.de)

**Landesarbeitsgemeinschaft**  
**Hospiz Brandenburg e. V.**  
[www.lag-hospiz-brb.de](http://www.lag-hospiz-brb.de)

**Landesärztekammer Brandenburg**

[www.laekb.de](http://www.laekb.de)

**Landeskrankenhausgesellschaft  
Brandenburg**

[www.LKB-Online.de](http://www.LKB-Online.de)

**Landes Zahnärztekammer Brandenburg**

[www.lzkb.de](http://www.lzkb.de)

**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit  
und Familie Land Brandenburg**

Abteilung Gesundheit

[www.brandenburg.de](http://www.brandenburg.de)

**Nordbrandenburgischer  
Onkologischer Schwerpunkt e. V.**

ASKLEPIOS Klinikum Uckermark

[www.asklepios.com](http://www.asklepios.com)

**Onkologischer Schwerpunkt  
Brandenburg/Nordwest e. V.**

c/o Ruppiner Kliniken GmbH

[www.osp-neuruppin.de](http://www.osp-neuruppin.de)

**Onkologischer Schwerpunkt  
Frankfurt (Oder) e. V.**

c/o Klinikum Frankfurt (Oder)

[www.klinikumffo.de](http://www.klinikumffo.de)

**Ost-Brandenburgisches Tumorzentrum Bad  
Saarow e. V.**

c/o HUMAINE Klinikum

[www.tz-badsaarow.de](http://www.tz-badsaarow.de)

**Rehabilitationsklinik „Märkische Schweiz“**

[www.rehaklinik-buckow.de](http://www.rehaklinik-buckow.de)

**Reha-Zentrum Lübben**

Fachklinik für Orthopädie und Onkologie

Kliniken Prof. Dr. Franz Schedel

[www.rehazentrum.com](http://www.rehazentrum.com)

**Seeklinik Zechlin GmbH**

Fachklinik für Lymphologie

und Ödemkrankheiten

[www.seeklinik.de](http://www.seeklinik.de)

**Sozialstation E. Müller GmbH**

Häusliche Krankenpflege

Große Straße 77, 14913 Jüterbog

**St. Josefs-Krankenhaus Potsdam**

[www.alexius.de](http://www.alexius.de)

**Tumorzentrum Potsdam e. V.**

c/o Klinikum Ernst von Bergmann

Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam

Mit freundlicher Unterstützung der

**Tulpen Apotheke**  
AM HOLLÄNDISCHEN VIERTEL



## 4.4 Entlastungsmöglichkeiten für das Betreuungspersonal

**Möglichkeiten zur berufsbezogenen Selbsterfahrung und Selbstreflexion bieten z. B. folgende Methoden:**

- Autogenes Training
- Progressive Muskelentspannung
- Konzentrierte Bewegungstherapie
- Danse Vita (Tanz und Bewegung)
- Konzentrierte Entspannung

**Qualitätssichernde und psychisch entlastende Strukturen für das Betreuungspersonal:**

- Balintarbeit
- Fallbesprechungen in Kleingruppen
- Supervision
- themenbezogene Kleingruppenarbeit

**In den genannten Bereichen werden vielfältige Kurse von verschiedenen Institutionen angeboten. Eine Auswahl uns bekannter Anbieter:**

- Krankenkassen
- Volkshochschulen
- Institut für Psychosomatik und Psychotherapie, Potsdam-Babelsberg e.V. i.G. (IPP); [www.ipp-potsdam.de](http://www.ipp-potsdam.de)
- Danse Vita Institut ([www.dansevita.de](http://www.dansevita.de))
- Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie ([www.dakbt.de](http://www.dakbt.de))
- Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. ([www.dgsv.de](http://www.dgsv.de))
- Deutsche Balint-Gesellschaft e.V. ([www.michaelbalint.de](http://www.michaelbalint.de))



**KLINIK AM SEE**

Rehabilitationszentrum für Innere Medizin

Seebad 84, 15562 Rüdersdorf  
Telefon 033638 78-0, Fax 033638 78-609

Dr. Dorothea Krahl, Chefarztin Hämatologie, Onkologie

Rehabilitation nach Tumorerkrankungen für die Indikationsbereiche: Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes, der Brustdrüse (Mammakarzinom) sowie bösartige Erkrankungen des Blutes und der Lymphdrüsen (Leukämie, Lymphome, Plasmozytom).

Wir behandeln im Rahmen von stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen die Krankheits- und Therapiefolgen bei Tumorerkrankungen. Ziele sind die Linderung individueller therapiebedingter Störungen, das Erlernen von Bewältigungsstrategien und die Steigerung der Lebensqualität. Insbesondere bei jüngeren Patienten steht die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund. Ein weiteres wichtiges Therapieziel ist die Verhinderung der Pflegebedürftigkeit. Sie werden von einem interdisziplinären Team ganzheitlich betreut.

Die Klinik am See liegt am Stadtrand von Berlin, direkt am Kalksee mit eigenem Bootssteg, nur 800 Meter vom Ausflugsziel Woltersdorfer Schleuse entfernt.

**Informationsmaterial unserer Einrichtung fordern Sie bitte unter Telefon 033638 78-604 an oder über [www.klinikamsee.com](http://www.klinikamsee.com).**

## 4.5 Ausgewählte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten

### 4.5.1 Einleitung

Die Auseinandersetzung mit einer Krebserkrankung stellt für die Betroffenen eine hohe Beanspruchung dar. Zur Bewältigung der mit der Krankheit verbundenen vielschichtigen Belastungen benötigen sie individuell gut abgestimmte Hilfen. Diese erhalten sie in erster Linie von den vielen unterschiedlichen beteiligten onkologischen Berufsgruppen. Um den in der Onkologie erforderlichen hohen therapeutischen Standard zum Wohl der Patienten sicherzustellen und zudem einem Burn-Out des Personals vorzubeugen, benötigen alle Berufsgruppen regelmäßige Qualifizierungsmaßnahmen. Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen ist ein wichtiges Element, wie die nach wie vor aktuelle Diskussion um Anforderungen an die Qualitätssicherung immer wieder zeigt.

Unser Anliegen ist es, Ihnen unsere eigenen Fortbildungsangebote und darüber hinaus einige wichtige regionale und überregionale Fort- und Weiterbildungseinrichtungen vorzustellen. Auf Grund des umfangreichen Angebotes haben wir uns auf die größten regionalen Einrichtungen konzentriert und einige überregionale Bildungsträger ausgewählt, die sich vor allem durch Größe, Bedeutung und langjährige Erfahrung auszeichnen:

- Zu den größten regionalen Fortbildungseinrichtungen im Land Brandenburg gehören die **Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Brandenburg**, das **Brandenburgische Bildungswerk für Medizin und Soziales e.V.** sowie das **Institut für Weiterbildung in der Kranken- & Altenpflege gGmbH (IWK)**.
- **Wannsee-Akademie:** Sie zählt zu den größten Fort- und Weiterbildungsstätten für Gesundheitsberufe in der unmittelbaren Nähe zum Land Brandenburg. Ihre Träger sind die 1967 gegründete Wannsee-Schule e.V. und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Landesverband Berlin-Brandenburg e.V..
- **Dr. Mildred Scheel Akademie:** Sie existiert seit über 10 Jahren als Fortbildungseinrichtung der 1974 gegründeten bundesweiten Organisation „Deutsche Krebshilfe“. Ihr breites Angebot an Fortbildungsthemen richtet sich an alle Betroffenen, Berufsgruppen, Ehrenamtliche und Interessierte.
- **Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V./ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. (dapo):** Seit 1994 bieten sie die „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“ an, eines der wichtigsten Angebote zur Qualitätssicherung in der Psychoonkologie in Deutschland.

Die Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## 4.5.2 Fortbildungsangebote der LAGO Brandenburg e.V.

Hier möchten wir Ihnen kurz die Fortbildungsangebote der LAGO Brandenburg e.V. vorstellen:

### 4.5.2.1 Basisseminar psychosoziale onkologische Versorgung/BPO

**Das BPO will:**

- psychoonkologisches Grundwissen vermitteln
- die Aufgaben der einzelnen Fachgebiete transparent machen
- ein gegenseitiges Verstehen der Berufsgruppen untereinander unterstützen
- die regionale Vernetzung durch gemeinsame Fortbildung fördern und
- dadurch auf das Bedürfnis der Patienten nach einer umfassenden Betreuung orientieren.

Angesprochen sind alle in der onkologischen Versorgung tätigen Berufsgruppen wie etwa Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, psychosoziale Fachkräfte, Physiotherapeuten und mehr.

Das BPO erstreckt sich über einen Zeitraum von sieben Monaten und umfasst Unterrichtseinheiten, die sich auf sechs Wochenenden (jeweils Freitag 15–19 Uhr und Samstag 9–18 Uhr) verteilen.

Weitere Informationen sind auf unserer Homepage abrufbar oder telefonisch in der Geschäftsstelle der LAGO erhältlich. Ihre Ansprechpartnerinnen in der Geschäftsstelle sind Dr. P. H. Gudrun Thielking-Wagner und Dipl. Soz. Päd. Jana Ehrlich-Repp.

### 4.5.2.2 LAGO-Tagung Onkologie Land Brandenburg

Ärzte und Ärztinnen, Pflegende und psychosoziale Fachkräfte aus dem Bereich der Niedergelassenen und der Kliniken sind das Zielpublikum unserer LAGO-Tagungen. Unser Anliegen ist es, eine ganzheitliche Sicht in der onkologischen Versorgung zu fördern. Die LAGO-Tagungen arbeiten jeweils mit einem thematischen Schwerpunkt, so widmete sich unsere jüngste Veranstaltung im Jahr 2007 der Fragestellung: „Neue Versorgungskonzepte in der Onkologie“. Erfahrungsberichte finden Sie auf unserer Homepage.

### 4.5.2.3 Potsdamer Hospiztag

Die letzte Phase im Leben eines Menschen macht uns zugleich die Endlichkeit unseres Daseins bewusst. Damit umzugehen, erfordert Einsicht bei dem Sterbenden, Einfühlsamkeit bei den begleitenden Menschen im privaten Kreis und bei den Helfenden aus der Fachwelt und die Kraft zum Abschiednehmen bei allen Beteiligten. Alle die Menschen zusammenzubringen, die von diesem zentralen Thema in der Onkologie berührt sind, das gemeinsame Gespräch über konkrete, praktische Probleme zu fördern und den Informationsstand für Betroffene und Fachwelt zu verbessern – dies sind die elementaren Ziele unserer Potsdamer Hospiztage.

Unsere Veranstaltungen richten sich ausdrücklich sowohl an Patienten, ihre Angehörigen und Freunde als auch an die Fachwelt aus Medizin und Pflege sowie an Ehrenamtliche.

Seit 2003 organisieren wir gemeinsam mit unserem Kooperationspartner Hospiz- und Palliativberatungsdienst Potsdam (ehemals Ehrenamtlicher Ambulanter Hospizdienst Potsdam), einmal im Jahr den Potsdamer Hospiztag. Erfahrungsberichte finden Sie auf unserer Homepage.

#### 4.5.2.4 Fortbildungen

Seit dem Jahr 2000 führen wir Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten, Angehörige, Interessierte sowie für onkologische Berufsgruppen durch. Die Veranstaltungen finden zu verschiedenen Themen, Zeiten und an unterschiedlichen Orten im Land Brandenburg statt. Gern nehmen wir Ihre Wünsche für Fortbildungen auf. Bitte kontaktieren Sie uns!

#### **Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg e.V. (LAGO)**

Gregor-Mendel-Straße 10/11, 14469 Potsdam

Tel.: (03 31) 2 70 71 72, Fax: (03 31) 2 70 71 71, Mail: post@lago-brandenburg.de

#### 4.5.3. Vorstellung der Bildungsträger

##### 4.5.3.1 Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Brandenburg

Das Kurs- und Seminarangebot der Landesärztekammer richtet sich an Ärztinnen und Ärzte.

#### **Landesärztekammer Brandenburg/Akademie für Ärztliche Fortbildung**

Dreifertstraße 12, 03044 Cottbus

Tel.: (03 55) 7 80 10 - 24, Fax: (03 55) 7 80 10 - 44

##### 4.5.3.2 Brandenburgisches Bildungswerk für Medizin und Soziales e.V.

Der gemeinnützige Verein widmet sich der Aus-, Fort- und Weiterbildung der im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen. Gemäß der Satzung des Vereins wird in seinen unterschiedlichen Bildungsbereichen Berufseinsteigern und -aufsteigern praxisnah der Erwerb der aktuell geforderten Handlungskompetenz für den Berufsalltag ermöglicht. Alle Lehrgänge und Ausbildungen werden berufs- und tätigkeitsbegleitend oder in Vollzeitform durchgeführt.

#### **Brandenburgisches Bildungswerk für Medizin und Soziales e.V.**

Zeppelinstraße 152, 14471 Potsdam

Tel.: (03 31) 9 67 22 - 0, Fax: (03 31) 9 67 22 - 30, Mail: mailbox@bbwev.de

##### 4.5.3.3 Institut für Weiterbildung in der Kranken- & Altenpflege gGmbH (IWK)

Das IWK hat sich ursprünglich gegründet, um den besonderen Anforderungen innerhalb der Aus- und Weiterbildung in der Kranken- und Altenpflege gerecht zu werden. Inzwischen ist das IWK in nahezu allen Bereichen der Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen aktiv. Es entfaltet seine Aktivität an 16 Standorten und ist somit einer der größten Anbieter von beruflicher Aus- und Weiterbildung im Bereich des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland.

#### **IWK Potsdam**

Fritz-Zubeil-Straße 10, 14482 Potsdam

Tel.: (03 31) 71 92 47 , Fax: (03 31) 76 13 50, Mail: potsdam@i-w-k.de

#### 4.5.3.4 Wannsee-Akademie

Die Wannsee-Akademie bietet zahlreiche Fortbildungen und auch längerfristige, überwiegend anerkannte Weiterbildungen bzw. Zusatzqualifikationen für Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialwesens an. Auf Wunsch übernehmen sie auch die Planung, Organisation und Durchführung von Inhouse-Fortbildungen in Ihrer Einrichtung.

##### **Wannsee-Akademie**

Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin

Tel.: (0 30) 80 68 60 40/41, Fax: (0 30) 80 68 64 04

#### 4.5.3.5 Dr. Mildred Scheel Akademie

Das Programmangebot der Akademie ist sehr vielseitig und richtet sich sowohl an Krebskranke und ihre Angehörigen, Leiter/innen und Mitglieder von Krebs-Selbsthilfegruppen, an hauptamtliche Mitarbeiter/innen aller Berufsgruppen und Institutionen, die in der Behandlung, Pflege und Betreuung Krebskranker tätig sind als auch an ehrenamtliche Helfer/innen, Medizinstudent/innen und interessierte Bürger/innen.

##### **Dr. Mildred Scheel Akademie für Forschung und Bildung**

Kerpener Str. 62, 50924 Köln

Tel.: (02 21) 94 40 49 - 0, Fax: (02 21) 94 40 49 44, Mail: mildred-scheel-akademie@krebshilfe.de

#### 4.5.3.6 Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V./ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. (dapo)

Die PSO und dapo bieten gemeinsam die Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO) an. Ziel der Weiterbildung ist die Vermittlung von psychologischen und medizinischen Grundlagen der Psychosozialen Onkologie, theoretischen und praktischen Kenntnissen spezifischer psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen, Forschungsergebnissen der Psychoonkologie, Theorie und Praxis von Rehabilitation und Nachsorge, Selbsterfahrung und kritische Reflexion der eigenen beruflichen Praxis sowie die Förderung der interdisziplinären Kooperation. Neben der systematischen Qualifizierung zur Unterstützung von Krebskranken und deren Angehörigen soll dieses Weiterbildungskonzept den Teilnehmern auch ermöglichen, das medizinische Personal anleiten und weiterbilden zu können. Interdisziplinarität und Kooperation unter Berücksichtigung der jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen psychosozialer Arbeit kommen eine besondere Bedeutung zu.

Teilnehmen können Diplompsychologen, Ärzte, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Klinikseelsorger und verwandte Berufsgruppen, die mit Krebskranken arbeiten, z. B. in Akutkrankenhäusern, Rehabilitations- und Nachsorgekliniken, Beratungsstellen sowie freien Praxen.

##### **Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO)**

Sektion Psychoonkologie, Klinik f. Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin

Universitätsklinikum

Silke Ludwig

Im Neuenheimer Feld 155 , 69120 Heidelberg

Tel.: (0 62 21) 56 27 19, Fax: (0 62 21) 56 33 510, Mail: silke.ludwig@med.uni-heidelberg.de

## 4.6 Informationen zur Patientenverfügung

LANDESÄRZTEKAMMER BRANDENBURG  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



### Patientenverfügung

#### Informationen zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht

Mit Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 17. März 2003 (Az: XII ZB 2/03) wurden Patientenverfügungen ausdrücklich anerkannt und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gestärkt. Trotz dessen besteht nach wie vor große Rechtsunsicherheit bei Patienten und Ärzten, da es bisher noch keine gesetzliche Regelung hierzu gibt.

Letztlich handelt es sich immer um eine Einzelfallentscheidung, was sich auch nicht beim Vorliegen einer gesetzlichen Regelung ändern wird. Daher ist es empfehlenswert, dass der Patient seinen Willen nicht nur schriftlich, sondern auch so persönlich, konkret und aktuell wie möglich bekundet.

Das Bundesjustizministerium gibt kostenlos eine Broschüre zur Erstellung von Patientenverfügungen heraus. Im Internet veröffentlicht es unter [www.bmj.de](http://www.bmj.de) „Ratgeber“ Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung sowie Hinweise zum Betreuungsrecht (Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung).

#### Die Broschüre kann schriftlich, telefonisch, per Fax oder online angefordert werden:

##### Bundesjustizministerium

Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Mohrenstraße 37, 11015 Berlin

Tel.: (0 18 88) 80 80 800

Fax: (0 18 88) 10 - 80 80 800

Weitere Informationen: [www.bmj.bund.de](http://www.bmj.bund.de) (anklicken: Service, Publikationen, Patientenverfügung)

#### Beratung zur Patientenverfügung:

##### Unabhängige Patientenberatung Brandenburg

Babelsberger Straße 16, 14473 Potsdam

[www.unabhaengige-patientenberatung.de](http://www.unabhaengige-patientenberatung.de)

Beratungstermine können unter 01805 004049 (Mo–Fr von 9–16 Uhr, 9 ct/min) vereinbart werden.

Beratungshotline: 01803 117722 (Mo–Fr von 10–18 Uhr, 9 ct/min).

Ergänzend empfiehlt sich eine persönliche Beratung durch einen Rechtsanwalt.

Entsprechend der Vielfalt der Wertvorstellungen und Glaubensüberzeugungen der Menschen sind auch die individuellen Entscheidungen des Einzelnen vielfältig, die in eine Patientenverfügung einfließen können. Daher hat die Landesärztekammer Brandenburg die bisherige Herausgabe von Formularen eingestellt und verweist auf die Möglichkeit o. g. Textbausteine individuell zu nutzen.

## 4.7 Hornheider Fragebogen

### Hornheider Screening-Instrument zur Ermittlung betreuungsbedürftiger Tumorpatienten

Interviewfragen			
1. Wie fühlten Sie sich körperlich in den letzten drei Tagen	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
2. Wie fühlten Sie sich seelisch in den letzten drei Tagen	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
3. Gibt es etwas, was Sie unabhängig von der jetzigen Krankheit stark belastet?	ja 2		nein 0
4. Haben Sie jemanden, mit dem Sie über Ihre Sorgen und Ängste sprechen können?	ja 0		nein 2
5. Ist jemand in Ihrer Familie durch den Krankenhausaufenthalt besonders belastet?	ja 2		nein 0
6. Können Sie innerlich tagsüber zur Ruhe kommen?	ja 0		nein 2
7. Wie gut fühlen Sie sich über Krankheit und Behandlung informiert?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2

Summe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

**Stationsarzt** ..... Name des Patienten: .....

Station: ..... Diagnose: .....

Gespräch geführt am: ..... von: .....

### Auswertung

Patient/in betreuungsbedürftig:  ja  nein

### Interventionen

Datum: ..... Intervention ..... Mitarbeiter/in .....

© Abteilung für Psychosoziale Onkologie, Fachklinik Hornheide  
48157 Münster, Tel.: (02 51) 32 87 - 327, Fax: (02 51) 32 87 - 6023  
Mail: psychosoz.onkologie@fachklinik-hornheide.de

## 4.8 Feedback

Bitte per Fax an: **LAGO Brandenburg e. V.**

Gregor-Mendel-Straße 10/11, 14469 Potsdam

Fax-Nr: (0331) 2 70 71 71



### Zustimmung, Anregungen und Kritik zur ersten Auflage des Wegweiser Onkologie Land Brandenburg – Band IV „Psychoonkologie“

(Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

**Angaben zu meiner Person:**

- Arzt/Ärztin
- Pflegekraft
- Psychosoziale Berufsgruppe
- Sonstige (bitte nennen) .....

**Der Wegweiser gefällt mir:**  ja  nein  teils-teils

Ich habe folgende Änderungsvorschläge:  
.....  
.....

Ich wünsche mir folgende Themen / Ergänzungen für die zweite Auflage des Wegweisers:  
.....  
.....

Ich wünsche mir einen Wegweiser zu folgendem onkologischen Thema:  
.....  
.....

## 4.9 Impressum

**Gesamtredaktion:**

Landesarbeitsgemeinschaft  
Onkologische Versorgung Brandenburg e. V. (LAGO)

**Dr. P. H. Gudrun Thielking-Wagner**  
Dipl. Soz. Päd. Jana Ehrlich-Repp

Gregor-Mendel-Straße 10/11  
14469 Potsdam  
Tel.: (0331) 2 70 71 72  
Fax : (0331) 2 70 71 71  
Mail: post@lago-brandenburg.de  
Web: www.lago-brandenburg.de

**Ausgabe: 1, November 2007**  
**Auflage: 4000 Exemplare**  
**Schutzgebühr: 5 Euro**

**Verlag und Anzeigenwerbung:**  
**Ambrosius Delphin-Werbung**  
Döppersberg 37, 42103 Wuppertal

**Druck:**  
**Druckerei Feller**  
Rheinstr. 15b, 14513 Teltow

**Spendenkonto der LAGO:**  
**Konto: 350 3000 320**  
**BLZ: 160 500 00**  
MBS Potsdam



## Reha-Zentrum Lübben

Kliniken Professor Dr. Schedel GmbH & Co. KG  
Fachklinik für Orthopädie und Onkologie

Wer zu uns in die Rehabilitation kommt, hat das Schlimmste bereits hinter sich. Die Diagnose Krebs wurde gestellt, die akutmedizinischen Maßnahmen sind zum größten Teil abgeschlossen, doch der Betroffene fühlt sich oftmals kraftloser als zuvor.

An diesem Punkt setzen wir mit der Rehabilitation an. Die therapeutische Vielfalt, die hochmodernen diagnostischen Möglichkeiten und die enge, reibungslose Zusammenarbeit mit den umliegenden Akutkrankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sind die Säulen, auf die wir bauen. Bei uns können alle Versicherten mit einer Kostenübernahme für die Anschlussheilbehandlung oder für ein Heilverfahren rechnen. Für Begleitpersonen bieten wir erstattungsfähige Präventionsleistungen oder auch Gesundheitsurlaube an.

Auch Ihre Kinder sind bei uns willkommen. Wir kümmern uns um die altersgerechte Betreuung während der Therapien. Fordern Sie jetzt unsere Broschüre an.

# Rehabilitation mit Kompetenz und Herz

Dr. med. Gabriela Rex

Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie/Onkologie  
mit Zusatzbezeichnung Sozialmedizin, Rehabilitationswesen,  
Naturheilverfahren, Physikalische Therapie  
Weiterbildungsermächtigungen auf dem Gebiet der  
Inneren Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie  
Akupunkturdiplom A



Postbautenstraße 50 · 15907 Lübben  
Telefon: 03546 238-0 · Fax: 03546 238 700  
E-mail: [info@rehazentrum.com](mailto:info@rehazentrum.com)  
[www.rehazentrum.com](http://www.rehazentrum.com)



ribosepharm



**Das  
Menschen-  
mögliche  
tun!**