**Dr.in Miriam Strauss**

Präsidentin Europa Donna Österreich, Betroffene, Sozialpsychiaterin, Unternehmensentwicklerin

**Was PatientInnen brauchen**

# Worum geht es in der Psychoonkologie?

*„Belastungen, soziales Umfeld, Lebensstil, Strategien der Krankheitsverarbeitung etc. bei Entstehung, Auslösung und Verlauf von Krebserkrankungen zu erkennen und diese Erkenntnisse für den Betroffenen nutzbar zu machen. Ziel ist es, Menschen in der schweren Situation einer Krebserkrankung zu unterstützen, zu begleiten und aktive Lebenshilfe zu bieten.“* (Zitat Krebshilfe)

# Aus meiner ganz persönlichen Sicht

Lassen wir das Thema Entstehung beiseite, ist es doch für die „Bereits-Patientin“ für diesen Part „zu spät“, wie wohl sich für viele die brennende Frage „Warum gerade ich?“ aufdrängt.

Betrachten wir, lösungsorientiert, die Situation der Krebspatientin von der Verdachtsdiagnose über Diagnose, Therapie und Nachbehandlung.

**Der Verdacht**

Gerade die Zeit zwischen dem Verdacht auf ein Mammakarzinom und Verifizierung der Diagnose stellt für die Patientinnen eine besondere Belastung dar.

Hier, meist allein gelassen und oft nicht in der Lage, ihre Angst zu artikulieren, ist sie dem Routinebetrieb eines Krankenhauses ausgeliefert: Termine, die nicht pünktlich eingehalten werden, stundenlanges Warten, das Gefühl, eine Nummer und nicht Patientin zu sein.

**Die Gewissheit**

Dann das Ergebnis der Biopsie – wieder nach langer, banger Wartezeit.

Hier scheint es eine Frage des Glücks zu sein, wo und bei wem man „gelandet“ ist. Wie wird einem die Diagnose mitgeteilt? Und – steht jemand für ein akutes Entlastungsgespräch zur Verfügung, wie dies standardmäßig bei den Gesprächen bezüglich genetischer Testung der Fall ist? Leider nur sehr selten – wie merkwürdig; wir lassen Patientinnen bei der Mitteilung einer manifesten Krebserkrankung eher allein als bei der Mitteilung eines genetisch bedingten erhöhten Krebsrisikos.

**Nun geht’s los mit High Tech-Medizin**

Eine Patientin aus dem Raum Frankfurt schildert das so: „Das medizinische Konsortium stand bereit, alle Fragen zur Organentfernung, Wirkung der Chemotherapie und Zielrichtung der Bestrahlung zu beantworten. Gespräche über diese Themen sind ihrem Gegenstand gemäß meist technisch ausgerichtet, und so sah ich mich plötzlich als Besitzerin eines Körpers, über dessen weiteren Verbleib nun wie über ein von mir getrenntes Objekt verhandelt wurde, etwa so, als bespreche man mein Auto vor einer umfassenden Reparatur. (Natürlich wissen alle, dass dieses Auto nicht eintauschbar, unikal ist, ein schon während seiner Benutzung historisch gewordenes Modell, das möglichst lange erhalten werden soll – aber das ändert nichts an den praktischen Prioritäten des Therapiegeschäfts, für deren ausgefeilte Methodik wir ja im Übrigen sehr dankbar sind!) Dem Reparaturziel entsprechend wurde eine gewaltige Maschinerie in Gang gesetzt, von deren Einsatz man mir lakonisch sagte: ‚Sie bekommen die volle Ladung.‘“

Doch bevor man sich dieser „Reparatur“ unterziehen kann (egal ob unter Schock, gefasst oder voll Angst), muss das ganz normale Leben geregelt werden.

Sag ich´s?

Wem sage ich´s?

Wie sage ich´s?

Wie sage ich´s meinen Kindern?

Was sage ich´s im Job?

Wie organisiere ich meine Familie?

Wie reagiere ich auf die Angst meiner Kinder, meines Mannes?

Was mach‘ ich mit meiner Angst?

Dann Krankenhaus, Chemo, Op, Bestrahlungen, Umgehen mit den Folgen der Chemo, Fatigue, Umgang mit Schmerzen, körperlicher Schwäche, Umgang mit der Verstümmelung – das alles kommt jetzt auf einen zu.

Und schließlich peu à peu die Wiederaufnahme des ganz normalen Lebens, begleitet von der Unsicherheit der Nachsorge: Fünf Jahre und was dann?

**Unterschiedliche Hilfe in unterschiedlichen Phasen notwendig**

Wenn wir uns den gesamten Weg einer Patientin oder eines Patienten mit all den dazukommenden individuellen Problemen und persönlichen Ressourcen anschauen, sehen wir, dass wir zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche psychoonkologische Hilfe benötigen.

Das kann ein Entlastungsgespräch oder eine Begleitung bei der Diagnosestellung sein, Hilfestellung mit der Kommunikation zu Hause, Begleitung am Krankenbett und während der Chemo, Entspannungstechnik, systemische und/oder Familientherapie, wenn/weil das ganze Umfeld betroffen ist, psychiatrische Intervention im Falle von manifesten psychiatrischen Begleiterkrankungen bis hin zur begleitenden regelmäßigen Psychotherapie, meist erst im Anschluss an die „Reparaturphase“ der ersten Wochen und/oder Monate.

All dies sollte möglichst zeitnah, niederschwellig, kostengünstig und vor allem selbstverständlich sein!

Es ist in unserem psychiatriefeindlichen Land sehr wichtig, den Patientinnen die psychoonkologische Hilfestellung, welche auch immer es ist, selbstverständlich anzubieten, so selbstverständlich wie eine Chemo- oder Physiotherapie. Sie gehört einfach dazu.

**Kommunikation im Krankenhaus – oft ein „Erlebnis der anderen Art“**

Ich möchte aus PatientInnensicht aber noch einen ganz anderen Blickwinkel öffnen.

Wenn wir davon ausgehen, dass jede Kommunikation rund um das Thema der Krebserkrankung im weitesten Sinne „psychoonkologische“ Auswirkungen hat, müssen wir jede Kommunikation im Krankenhaus unter die Lupe nehmen.

Wie fühlt man sich als PatientIn, wenn man (noch berufstätig) einen Biopsietermin um 08.00 Uhr morgens (den ersten) hat, um 09.00 Uhr nachfragt, wie lange es noch dauern würde, und man dann erfährt, dass die ÄrztInnen noch gar nicht da wären, Morgenbesprechung, „Die kommen nie vor 09.15 Uhr“.

„Warum dann der Termin um 08.00 Uhr?“

„Das muss so sein.“

Wie fühlt man sich, wenn man sein Biopsieergebnis abholen soll und einen Termin um 08.00Uhr bekommt, nach einer halben Stunde Wartezeit nicht einmal bis zur Anmeldung vordringt und dann merkt, dass die vereinbarte Zeit ohnehin völlig unwichtig ist, da sie von niemandem (außer der alleinerziehenden Patientin mit schulpflichtigem Kind) ernst genommen wird.

Was vermitteln wir (und nun spreche ich als Ärztin) in unseren Kommunikationen zu PatientInnen, KollegInnen, Angehörigen?

Was vermitteln wir durch den Streit und die Eifersucht zwischen den einzelnen Fachgruppen, den einzelnen Institutionen. „Warum san`s denn auf die Chirurgie gegangen?“ war die erste Frage, mit der ich auf der Gynäkologie konfrontiert war, und „Gut, dass Sie bei uns sind! Ich hab‘ die Ergebnisse auf der Gyn gesehen.“ seitens der Chirurgie.

Dies in Verbindung mit endlosen Wartezeiten und gedankenloser oder schlicht unbeholfener Kommunikation führt dazu, dass sich viele PatientInnen nicht gut aufgehoben, schlecht behandelt und verunsichert fühlen, und das trotz der erstklassigen medizinischen Spitzenleistungen, zu denen wir in Österreich fähig sind und zu denen praktisch jede/r PatientIn auch Zugang hat.

**Zusammenfassung**

Wir bezahlen apparative Medizin, operative Medizin, Medikamente und dort schauen wir auch hin.

Was wir PatientInnen aber brauchen, ist auch der Blick, die Geste, das Gespräch.

Aus meiner Sicht müsste jede/r MitarbeiterIn, der/die mit onkologischen PatientInnen arbeitet, regelmäßig kommunikationsgeschult werden, die Strukturen und Prozesse der Krankenhäuser kundenorientierter gestaltet werden und „psychische“ Medizin mindestens ebenso wichtig genommen werden, wie Apparatur und Pharmazie.

Dann würden uns die PatientInnen nicht zum „Wunderheiler“, „Energetiker“ oder „Gesundbeter“ (davon)laufen und sich inmitten der hervorragenden medizinischen Betreuung wieder sicher und „versorgt“ fühlen.

**Kontakt für JournalistInnen-Rückfragen**

***Dr.in Miriam Strauss***

***Präsidentin Europa Donna Österreich, www.europadonna.at***

***Sozialpsychiaterin, Unternehmensentwicklerin***

***Castellezgasse 36-38***

***1020 Wien***

***🕿: +43/(0)664/1000736***

***E-Mail: office@miriamstrauss.at***