

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Psychoonkologische Versorgung im Brustzentrum der Charité

Georgiewa P, Grimm A, Voigt B

Schneider A, Rauchfuß M

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2012; 13 (3), 138-143

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Psychoonkologische Versorgung im Brustzentrum der Charité

P. Georgiewa¹, A. Grimm¹, B. Voigt¹, A. Schneider², M. Rauchfuß¹

Kurzfassung: *Hintergrund:* Psychoonkologische Versorgung ist ein integraler Bestandteil der Behandlung in einem zertifizierten Brustzentrum. Erfolgreiche multidisziplinäre Versorgung erfordert ausgezeichnete Kommunikation zwischen den Teammitgliedern, insbesondere auch schriftliche Kommunikation.

Ziel: An einem für das Brustzentrum der Charité entwickelten computergestützten Modul wird dargestellt, wie ein patientenbezogener Austausch in einem multidisziplinären Team umgesetzt werden kann und welchen Belastungen die Patienten ausgesetzt sind.

Patienten und Methodik: Das Format und die bisher vorliegenden Eingaben im entwickelten Formular für psychoonkologische Befunde werden vorgestellt. Bisher wurden in dem neu entwickelten Modul 1080 psychoonkologische Befunde dokumentiert. Weiters werden Ergebnisse in zusätzlich eingesetzten psychologischen Tests zur Klärung psychischer Belastung beispielhaft für alle Patientenkontakte 2007 beschrieben.

Ergebnisse: Das Psychoonkologie-Modul ist in die Kategorien Therapiephase, Stimmung, Krankheitsbewältigung, psychosoziale Belastungen, psychosoziale Ressourcen und Weiterbehandlungsempfehlungen sowie gegebenenfalls Anmerkungen zu psychischen Diagnosen ge-

gliedert. Bei 27 % der Patienten wurde eine psychische Diagnose diagnostiziert. 56 % der Patienten erhielten mindestens eine Intervention.

Schlussfolgerungen: Das vorgestellte computergestützte Psychoonkologie-Modul ermöglicht eine Verbindung zwischen onkologischer und psychoonkologischer Dokumentation. Es kann strukturierte Informationen an die behandelnden Ärzte vermitteln und verbessert die psychoonkologische Arbeit.

Schlüsselwörter: Brustkrebs, Brustzentrum, psychoonkologische Befunde, stationäre psychoonkologische Behandlung, psychoonkologische Einschätzung

Abstract: Psychooncological Findings in a Breast Cancer Center. *Background:* Psychooncological interventions are an integral component of the treatment of breast cancer patients in certified breast cancer centers. Effective multidisciplinary care requires excellent communication among team members, including written communication.

Aim: The study explores how written communication can be implemented in the multidisciplinary treatment of cancer patients.

Patients and Methods: A computerized form to enter psychooncological findings into a database designed for the documentation of the diagnostics and therapy of patients with breast cancer was developed. 1080 psychooncological findings are documented in a newly designed module.

Results: The psychooncological module includes the sections "phase of therapy", "mood disturbances", "difficulties in handling the disease/treatment", "psychosocial burdens", "psychosocial resources", and "treatment recommendations" as well as "notes about a psychological diagnosis (ICD-10)" where appropriate. 27 % of the patients were diagnosed with a mental disorder. 56 % received at least one intervention.

Conclusion: The psychooncological module facilitates the combination of oncological and psychooncological documentation. It could give structured psychooncological information to the physicians. However, the creation of the module has to be proceeded. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2012; 13 (3): 138–43.**

Key words: breast cancer, breast cancer center, psychooncological findings, psychooncological inpatient treatment, psychooncological evaluation

■ Einleitung

Die Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik bietet für die Patientinnen des Brustzentrums der Charité eine umfassende psychoonkologische Versorgung als integrales Versorgungsmodul an (Abb. 1). Ziel ist die Gewährleistung einer fachkompetenten psychoonkologischen Betreuung aller Patientinnen im gesamten Behandlungsverlauf. Die professionelle psychoonkologische Beratung und Diagnostik aller Patientinnen zu Beginn der Behandlung und die lückenlose Weitergabe der Informationen an das gesamte Behandlungsteam einschließlich der externen Weiterbehandler ermöglicht eine Optimierung der somatischen Behandlung unter Einbeziehung psychoonkologischer Aspekte. Ziele psychoonkologischer Versorgung sind dabei nicht nur die Diagnostik und Therapie psychischer Störungen, sondern schwerpunktmäßig vor allem die Förderung externer und interner Ressourcen zur Krankheitsbewältigung.

Eingelangt am 11. August 2010; angenommen nach Revision am 7. April 2011; Pre-Publishing Online am 28. September 2011

Aus der ¹Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik und der ²Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie, Charité – Universitätsmedizin, Berlin, Deutschland

Korrespondenzadresse: Dr. phil. Dipl.-Psych. Petra Georgiewa, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité – Universitätsmedizin Berlin, D-10117 Berlin, Luisenstraße 13a; E-Mail: petra.georgiewa@charite.de

Durch das Angebot niedrigschwelliger Versorgungsangebote während des gesamten Behandlungsverlaufs von der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik kann zeitnah auf die Bedürfnisse der Patientin reagiert werden. Bei Bedarf sind die psychoonkologisch tätigen Mitarbeiter in Absprache mit behandelnden Ärzten und Pflegepersonal des Brustzentrums schon bei der Diagnosemitteilung im Sinne einer Krisenintervention in die Behandlung integriert. In diesem Fall ist es möglich, bereits in der präoperativen Fallkonferenz

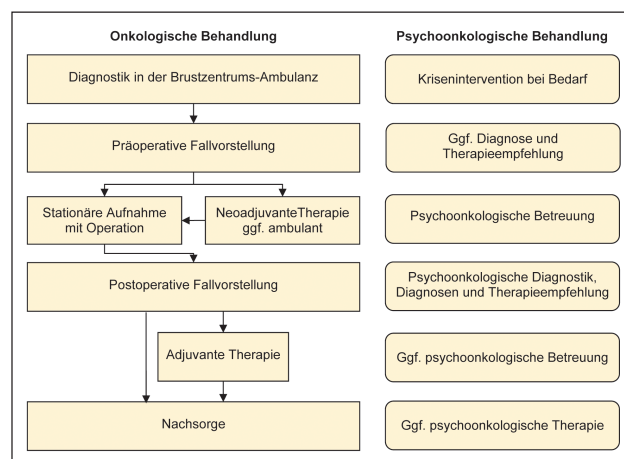


Abbildung 1: Schema des onkologischen und psychoonkologischen Behandlungsmodells des Brustzentrums Charité.

psychoonkologische Diagnosen, Auffälligkeiten in der Krankheitsverarbeitung und psychoonkologische Therapievor schläge in die Planung der weiteren Behandlung einzubeziehen. Auch während einer neoadjuvanten Therapie sind therapeutische Interventionen möglich. Alle anderen Patientinnen werden am Tag der stationären Aufnahme kontaktiert. Beim Erstkontakt werden die Patientinnen von psychoonkologisch tätigen Mitarbeitern der psychosomatischen Poliklinik über die psychosozialen Aspekte der Erkrankung sowie die psychoonkologischen Versorgungsmöglichkeiten informiert. In Abbildung 2 ist die Kommunikationsstruktur zur psychosozialen Einschätzung der Patientinnen im Brustzentrum Charité während des stationären Aufenthaltes dargestellt.

Methoden

Patientengruppe

Dargestellt sind die Ergebnisse der Selbstbeurteilungen der Patientinnen über psychologische Testdiagnostik für den Erhebungszeitraum 2007, wo alle Kontakte zu Patientinnen des Brustkrebszentrums (457 Patientinnen mit 530 Aufenthalten) einbezogen wurden. Auf der Grundlage von Testdiagnostik, Gesprächen mit den Patientinnen (manchmal auch mit Angehörigen) und der von psychoonkologisch tätigen Mitarbeitern ausgefüllten PO-BaDo- (Basic Documentation for Psycho-Oncology-) Bögen [1] erfolgt eine psychoonkologische Fremdeinschätzung der Patientinnen hinsichtlich Stimmungslage, Krankheitsverarbeitung, psychosozialer Belastungsfaktoren, gegebenenfalls psychischer Diagnosen und Betreuungswunsch bzw. -bedarf. Zwei Drittel der psychoonkologischen Befunde basieren allein auf klinischen Gesprächen und der entsprechenden Einschätzung durch die Psychoonkologen.

Die ICD-10-Diagnosestellung im psychiatrischen Bereich beruht dabei auf der klinischen Anamnese durch einen erfahrenen Behandler/Psychoonkologen. In diesem Gespräch werden in einer Kurzanamnese sowohl depressive Symptome, krankheitsbezogene Ängste, Medikation, Vorerkrankungen als auch Substanzgebrauch erfasst.

Die psychoonkologische Diagnostik und Festlegung einer möglichen psychiatrischen Diagnose kann durch psychometrische Verfahren (Selbsteinschätzungen) unterstützt werden, insbesondere wenn Patientinnen Schwierigkeiten haben, über ihr psychisches Befinden zu sprechen. Etwa $\frac{1}{3}$ der Patientinnen füllte zusätzlich eine computerbasierte Testdiagnostik aus ($n = 164$; 36 %), sodass auch deren Selbsteinschätzungen in die Bewertung der Belastung eingehen konnten. Dieser eher mäßige Anteil resultiert einerseits aus organisatorischen Gründen, wie kurzen Liegezeiten der Patientinnen, fehlender Erfahrung im Umgang mit einem Computer (häufiger bei älteren Patientinnen), Wahrnehmungsschwierigkeiten bei kleiner Schrift und Tasten, aber auch Erschöpfung und Vermeidung der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und psychischen Situation.

Testpsychologische Diagnostik

In Tabelle 1 sind die psychometrischen Selbsteinschätzungsinstrumente aufgeführt, die zur Erstellung des psychoonkologischen Befundes neben der klinischen Exploration genutzt

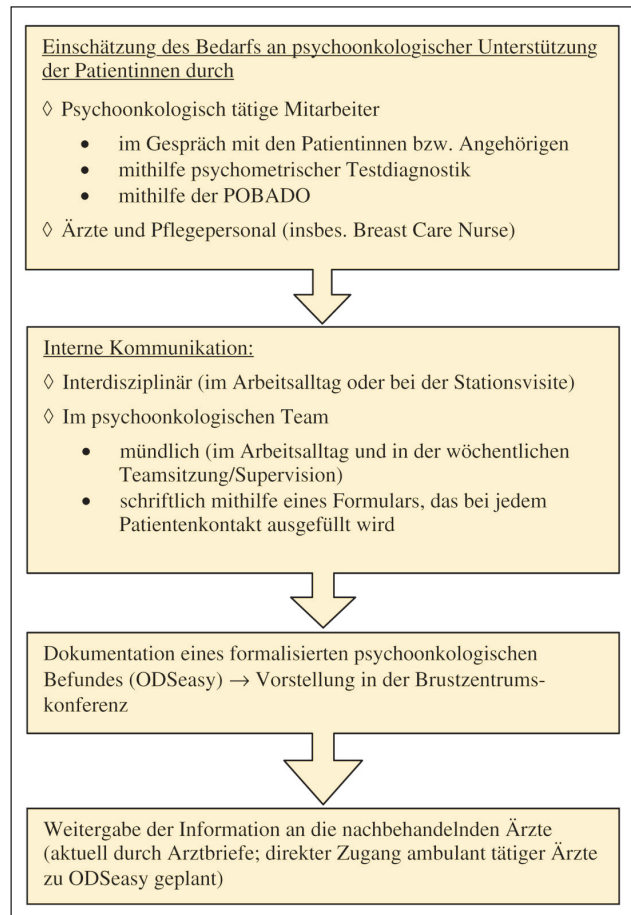


Abbildung 2: Kommunikationsstruktur zur psychosozialen Einschätzung der Patientinnen im Brustzentrum Charité während des stationären Aufenthaltes.

werden. Die Auswahl orientierte sich an den klinischen Erfahrungen und vorliegenden Vergleichsdaten der Klinik für Psychosomatik der Charité, Universitätsmedizin Berlin (Vergleich mit Belastungen von Patienten in psychosomatischen Behandlungskontexten siehe [2, 3]).

Dabei gehen neben Fragen zu psychopathologischen Veränderungen der Stimmung auch positive Stimmungsdimensionen, neben Lebensqualität auch Stresserleben und Bewältigungsstrategien bei Belastungserleben in die Erhebung ein. Die Stimmungslage der Patientinnen wird durch die Skala „Ängstliche Depressivität“ sowie die positiven Stimmungsdimensionen „Gehobene Stimmung“ des Berliner Stimmungsfragebogens (BSF) und „Freude“ des „Perceived Stress Questionnaire“ (PSQ) ermittelt. Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ bzw. GAD) kann ergänzend Hinweise auf klinisch relevante depressive Symptome und Angstsymptome liefern. PHQ und GAD sind dabei eng an die ICD-10-Diagnostik angelehnte Instrumente. Auf der Skala „Ärger“ des BSF spiegelt sich häufig die Frustration erkrankt zu sein wider. Die Erkrankung und medizinische Behandlung stellen für Brustkrebspatientinnen eine Herausforderung dar. In der postoperativen Phase fühlen sich viele Patientinnen angespannt und wenig stressresistent. Inwieweit eine Patientin äußere Stressoren wahrnimmt und Anspannung und Sorgen erlebt sowie Freude erleben kann, wird durch den PSQ erfragt. Wichtige Skalen bei der Einschätzung der Krankheits-

Tabelle 1: Psychometrische Instrumente zur Erstellung eines psychoonkologischen Befundes.

Fragebogen	Itembeispiel	Konstrukt
Berliner Stimmungsfragebogen (BSF; 30 Items)	<u>Ängstliche Depressivität:</u> Ich fühle mich besorgt. <u>Ärger:</u> Ich fühle mich angriffslustig <u>Gehobene Stimmung:</u> Ich fühle mich gelöst.	Stimmung
Patient Health Questionnaire Kurzform (PHQ_K; 9 Items)	<u>PHQ:</u> Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen.	Depression
Generalized Anxiety Disorder (GAD; 8 Items)	<u>GAD:</u> Nicht in der Lage zu sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren. <u>Allgemeine Anforderungen:</u> Sie fühlen sich unter Termindruck.	Angst Stressoren
Perceived Stress Questionnaire (PSQ; 20 Items)	<u>Anspannung:</u> Sie fühlen sich angespannt. <u>Sorgen:</u> Ihre Probleme scheinen sich vor Ihnen aufzutürmen. <u>Freude:</u> Sie sind leichten Herzens.	Stresserleben
Fragebogen zu Selbstwirksamkeit-Optimismus-Pessimismus Kurzform (SWOP-K9; 9 Items)	<u>Selbstwirksamkeit:</u> Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. <u>Optimismus:</u> Ich sehe stets die guten Seiten der Dinge. <u>Pessimismus:</u> Ich erwarte fast nie, dass die Dinge in meinem Sinn verlaufen.	Interne Ressourcen
COPE (28 Items)	<u>Verleugnung:</u> Ich habe mir eingeredet, dass das alles nicht wahr ist.	Coping
Short Form – 8 Health Survey (SF8; 8 Items)	Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?	Lebensqualität
Gesamt: 112 Items		

verarbeitung sind „Selbstbeschuldigung“ und „Verleugnung“ des COPE, der in der gegenwärtigen Fassung 14 Copingstile einschätzt. Es kann nicht von generell situationsübergreifend adaptiven oder maladaptiven Copingmechanismen ausgegangen werden. Eine Bewältigungsstrategie, die in einer Situation adäquat ist, kann in einer anderen Situation unangemessen sein. Es ist entscheidend, sich einen Eindruck zu verschaffen, wie eine Person mit der gegenwärtigen Situation umgeht und die Testergebnisse mit der Patientin zu besprechen. Gerade zu Beginn der Behandlung der Patientinnen können „Verleugnung“ und „Ablenkung“ adaptive Bewältigungsmechanismen sein. Zur Einschätzung der internen Ressourcen, auf die eine Patientin im Umgang mit den an sie gestellten Anforderungen zurückgreifen kann, wird der Fragebogen zur „Selbstwirksamkeit-Optimismus-Pessimismus“ (SWOP) genutzt.

Durch die computerunterstützte Erhebung der Testdiagnostik per PDA sowie die automatisierte Darstellung der Ergebnisse in Grafiken nach Einlesen der Daten wird eine umgehende Interpretation und Besprechung der Ergebnisse mit den Patientinnen ermöglicht [4].

Interdisziplinäre Kommunikation – Befunddarstellung im ODSeasy

In die psychoonkologischen Gespräche und Einschätzungen werden auch Informationen von Ärzten und Pflegepersonal (insbesondere der Breast Care Nurse) einbezogen. Ein interdisziplinärer Austausch über die psychosoziale Situation der Patientinnen findet im Arbeitsalltag sowie während der Stationsvisite statt, an der eine Oberärztin der psychosomatischen Poliklinik 1× wöchentlich teilnimmt.

Der psychoonkologische Befund als Zusammenfassung aus Gespräch, Informationen der Mitbehandler und Fragebogenergebnissen, wenn vorhanden, sowie die aus diesen Daten

abgeleiteten Weiterbehandlungsempfehlungen werden in das Programm zur Erfassung von Daten zur Diagnostik und Behandlung von Brustkrebspatientinnen (ODSeasy) eingegeben, sodass ein umfassendes psychoonkologisches Profil der Patientinnen entsteht. ODSeasy ist ein national anerkanntes, weit verbreitetes Programm. Das Modul zur Erfassung psychoonkologischer Einschätzungen in ODSeasy wurde von unserem Psychoonkologieteam in Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitern des Brustzentrums (führend OA Dr. K.-J. Winzer) erarbeitet und von der Firma Asthenis technisch für unser Zentrum umgesetzt (Abb. 3). In den nachfolgenden Ergebnisteil gehen alle zwischen September 2007 und Ende 2009 dokumentierten 1080 psychoonkologischen Befunde ein.

Die psychoonkologische Kurzeinschätzung und Behandlungsempfehlung in ODSeasy sind an allen Arbeitsplätzen aller Fachrichtungen einsehbar und werden zudem auf der wöchentlichen interdisziplinären Tumorkonferenz des Brustzentrums vorgestellt. Damit geht die psychoonkologische Einschätzung unmittelbar in die auf der Tumorkonferenz gefassten Beschlüsse zu Weiterbehandlungsmaßnahmen ein und wird in den Arztbriefen an die weiterbehandelnden Ärzte festgehalten.

Die psychoonkologischen Einschätzungen sind somit nicht nur innerhalb der Vernetzung verschiedener Brustzentren einsehbar, sondern auch (unter Berücksichtigung von Datenschutzgesichtspunkten) niedergelassenen Weiterbehandlern zugänglich. Dies schließt auch psychosoziale Weiterbehandlungsmaßnahmen (psychosomatische Grundversorgung, Sozialtherapie, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen usw.) ein und eröffnet dem gesamten nachsorgenden Netzwerk eine professionelle und einheitliche Grundlage psychoonkologischer Bewertungen. So werden eventuell notwendige zusätzliche Behandlungen oder eine Verlagerung in den Behandlungsschwerpunkten realisierbar.

Allgemein	
Datum dieser Erhebung: heute	
☐ Diagnosephase	☒ postoperative Phase
☐ primär systemische Therapie	☐ adjuvante Therapie
☐ präoperative Phase	☐ palliative Behandlung
☐ Nachsorge	
Stimmungslage	
☒ Depressiv	☐ ängstlich
☐ ängstlich	☐ angespannt
☒ Schuldgefühle	
Krankheitsverarbeitung	
☒ Angst	☐ Verleugnung
☐ resignativ, passiv	☐ Katastrophisieren
☒ hilflos	☐ Fatalismus
☐ Rationalisierung	
Psychosoziale Belastungsfaktoren	
☐ familiäre Belastung	☒ finanzielle Belastung
☒ Partnerschaftskonflikt	☐ Arbeitssituation
☒ Arbeitslosigkeit	☒ Soziale Isolation, Einsamkeit
Psychosoziale Ressourcen	
	gut befriedigend mangelhaft nicht zureichend nicht bekannt
familiäre Unterstützung	☐ ☐ ☒ ☐ ☐
Arbeitsverhältnis	☐ ☐ ☐ ☒ ☐
Partnerschaft	☐ ☐ ☐ ☒ ☐
soziale Aktivitäten	☐ ☒ ☐ ☐ ☐
Therapieempfehlung	
☐ psychosomatische Grundversorgung	☒ weitergehende Therapieempfehlungen
☒ Wiedervorstellung in der Psychoonkologie ☐ Psychopharmakotherapie ☐ Antidepressive Medikation ☐ Anxiolytische Medikation ☐ Affektstabilisierende Medikation ☐ stationäre psychosomatische Behandlung ☒ Psychotherapie: ambulant ☐ Verhaltenstherapie ☐ tiefenpsychologisch-orientierte PT ☐ Paar- und Familienberatung ☐ körperzentrierte Therapie ☐ Kreativtherapie ☐ Kunsttherapie ☐ Musiktherapie ☐ entspannungszentrierte Verfahren ☐ PMS ☐ Autogenes Training ☐ Funktionelle Entspannung ☐ Selbsthilfegruppen ☐ spezielle Sportangebote/ Physiotherapie ☐ Wassergymnastik ☐ Nordic Walking ☐ Gymnastik ☐ kosmetische Beratung ☐ Raucherentwöhnung ☐ Ernährungsberatung ☒ psychosoziale Maßnahmen ☒ Sozialdienst ☐ Breast nurse	
Abschluss	
Psychoonkologischer Betreuungswunsch: ☒ ja ☐ nein Bemerkungen: NW bei ängstlich-depressiver Verarbeitung und psychosozialer Belastung	

Abbildung 3: Psychoonkologische Befunde einer Musterpatientin im ODSeasy.

Ergebnisse

2007 wurden 457 Patientinnen mit 530 stationären Aufnahmen während ihres stationären Aufenthaltes im Brustzentrum in der psychosomatischen Klinik dokumentiert. Es erfolgten 393 Kurzinterventionen (10–20-minütige Gespräche) bei 276 Patientinnen, wobei in 95 Fällen das Angebot wiederholt wahrgenommen wurde. Der Bedarf an längeren psychotherapeutischen Gesprächen in der unmittelbar prä- oder postoperativen Phase ist hingegen sehr gering. Lediglich mit 5 Patientinnen wurde während eines stationären Aufenthaltes ein 50-minütiges therapeutisches Gespräch geführt (Abb. 4). Etwa bei $\frac{1}{4}$ der Patientinnen wurde eine Diagnose nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10-Kapitel V [F]) vergeben ($n = 151$; 27 %), wobei die akute Belastungsreaktion und Anpassungsstörungen 78 % der vergebenen Diagnosen ($n = 118$) ausmachen. Bei 3 % der vergebenen Diagnosen handelt es sich um eine depressive Episode

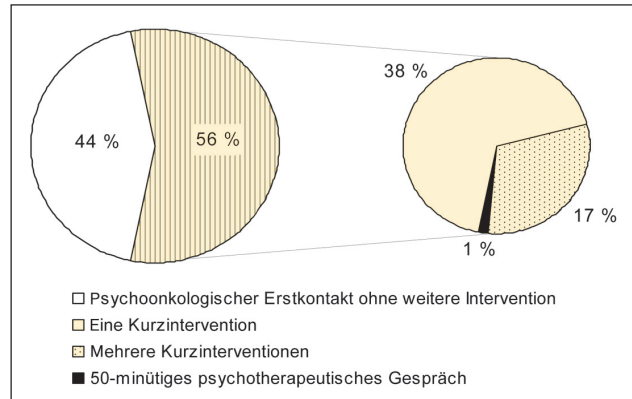


Abbildung 4: 2007 durchgeführte psychoonkologische Interventionen im Brustzentrum der Charité ($n = 530$, in %).

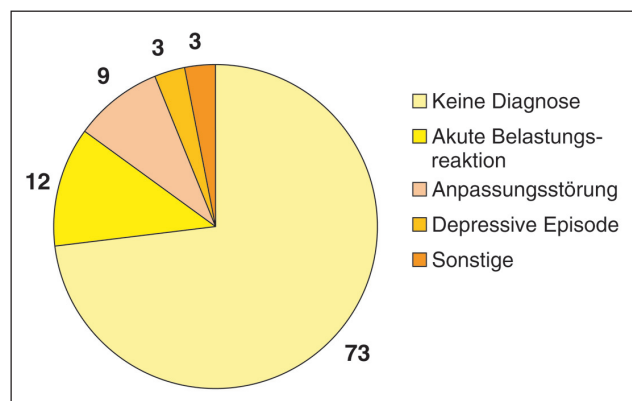


Abbildung 5: 2007 nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10-Kapitel V [F]) vergebene Diagnosen bei 530 Aufnahmen (in %).

($n = 14$). In der Kategorie „Sonstige“ sind Angststörungen, Substanzabhängigkeiten, Psychosen und eine Persönlichkeitsstörung subsumiert.

Bei den meisten Patientinnen mit Mammakarzinom besteht keine psychiatrisch-psychosomatische Diagnose (Abb. 5). Ein Teil der Patientinnen ist jedoch deutlich durch die Erkrankung und medizinische Behandlung belastet. Diese psychische Belastung der Patientinnen mit klinisch relevanter Symptomatik lässt sich auch in den testdiagnostischen Befunden zeigen. Patientinnen, bei denen eine akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörung oder depressive Episode diagnostiziert wurde, weisen höhere Werte auf den Skalen Depressivität (PHQ), Ängstlichkeit (GAD), ängstlich-depressive Stimmung (BSF), Ärger (BSF), Anspannung (PSQ), Sorgen (PSQ) und sowie niedrigere Werte auf den Skalen Freude (PSQ), Optimismus (SWOP), Selbstwirksamkeit (SWOP) und psychische Lebensqualität (SF8) auf als Patientinnen ohne klinische psychiatrisch-psychosomatische Diagnose. Getestet wurde zudem die Skala Pessimismus des SWOP. Hier ließen sich jedoch keine Unterschiede erkennen. Dabei muss beachtet werden, dass im Klinikalltag die Testergebnisse in die Diagnosestellung bereits einfließen (In die Analyse wurden 93–173 Patientinnen je Fragebogenskala eingeschlossen. Die unterschiedlichen Häufigkeiten der vorliegenden ausgefüllten Fragebogen entstehen dadurch, dass die Testinstrumente zu unterschiedlichen Zeitpunkten in das Fragebogenset aufgenommen wurden.).

Seit Erstellung des Psychoonkologiemoduls in ODSeasy Mitte September 2007 wurden bis Ende 2009 1080 psychoonkologische Befunde dokumentiert. Bei 57,1 % wurde eine auffällige Stimmung (meist angespannt oder ängstlich bei möglicher Mehrfachnennung) vermerkt, die aber nicht in jedem Fall die Diagnosekriterien der ICD-10 erfüllt. Bei 37,9 % wurde die Krankheitsverarbeitung als auffällig eingestuft, dabei am häufigsten ängstlich, aber auch hilflos oder verleugnend.

Bei 38 % der Patienten fanden sich in der Anamnese erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren, dabei wurde die familiäre Unterstützung von 62 % der Frauen als gut beschrieben. Zwei Drittel der Frauen waren nicht mehr berufstätig, etwa $\frac{1}{3}$ lebte nicht in einer Partnerschaft oder machte darüber keine Angaben. Als psychosoziale Ressource wurde ebenfalls die soziale Aktivität eingeschätzt. Bei knapp $> \frac{1}{3}$ der Patientinnen wurde diese als gut eingeschätzt.

Anhand der in ODSeasy dokumentierten fremdanamnestischen Daten wurde der Zusammenhang zwischen Krankheitsbewältigung (auffällig/unauffällig) und eingeschätzter Stimmungslage (auffällig/unauffällig) mit den 3 psychosozialen Ressourcen familiäre Unterstützung, Partnerschaft und sozialer Aktivität untersucht. Bei der statistischen Auswertung ergab sich eine unauffällige Krankheitsbewältigung signifikant häufiger bei guter familiärer Unterstützung und sozialer Aktivität. Bei guter familiärer Unterstützung war auch die Stimmung häufiger unauffällig.

26 % der Patientinnen wurde eine Wiedervorstellung in der Psychoonkologie empfohlen, ein expliziter Betreuungswunsch bestand aber nur bei 14 %, wobei sich nur eine mäßige Überlappung zu dem als bedürftig eingeschätzten Viertel der Patientinnen ergibt.

■ Diskussion

In einer 2009 in *Cancer* veröffentlichten vielbeachteten Metaanalyse [5] konnte zwar gezeigt werden, dass depressive Symptome nicht signifikant den Verlauf der Krebserkrankung beeinflussen, die Mortalitätsraten (in 25 eingeschlossenen Studien) waren bei Krebspatienten mit depressiven Symptomen allerdings bis zu 25 % höher. Bei Krebspatienten mit manifester Diagnose Depression erweisen sich Mortalitätsraten als um bis zu 39 % höher. Andere Prognosefaktoren (Behandlung, Alter, Geschlecht, Tumorstadium, Karnofsky-Index, Anzahl befallener Lymphknoten, Rauchen) führen dabei nicht zu einer Verminderung dieser Effekte. Dies unterstreicht die Bedeutung einer frühzeitigen und begleitenden Diagnose psychischer Symptome durch das gesamte Behandlungsteam inklusive erfahrener psychoonkologischer Mitarbeiter. Dabei lassen sich nicht nur mögliche Chronifizierungen und Liegezeitverlängerungen aufgrund psychischer Symptome vermeiden, sondern im gesamten Behandlungsverlauf können im Sinne einer salutogenetischen Herangehensweise interne und externe Ressourcen der Patientinnen gefördert werden.

Ausgehend von den im Brustzentrum der Charité vorliegenden Erfahrungen kann angemerkt werden, dass eine Unterscheidung zwischen manifester Diagnose (Depression bzw.

anderen ICD-10-Diagnosen) und ängstlich-depressiven Symptomen im Rahmen der erhöhten Belastung nicht immer trennscharf möglich ist. Eine klinische Diagnosestellung sollte durch erfahrene Psychiater oder psychoonkologisch Tätige im ausführlichen Anamnesegespräch erfolgen. Dies ist im psychoonkologischen Alltag nur zum Teil gegeben. Auf den Einsatz strukturierter Interviews wurde im Hinblick auf die eingeschränkte Belastbarkeit der Patientinnen unmittelbar nach der Operation verzichtet. Auch im Hinblick auf die Motivation und Compliance der Patientinnen wurden vorliegende Symptome oft als Anpassungsstörungen oder Belastungsreaktionen in Bezug auf die Krebserkrankung eingeordnet und prämorbid Auffälligkeiten dabei zunächst zurückgestellt, um die Patienten besser zur Stärkung ihrer psychologischen Ressourcen zu aktivieren. Dahingehend sind die in unserer Studie mit 9 % im Vergleich zu anderen Überblicksstudien geringeren Anteile von Patienten mit depressiver Episode einzuordnen. Krauß et al. [6] finden z. B. 19 % affektive Störungen bei Krebspatienten, wobei ca. 10 % als medikationspflichtig eingestuft wurden. Im Brustzentrum der Charité wurde in allen Fällen festgestellter psychiatrischer Diagnose eine Medikationsempfehlung gegeben bzw. während des stationären Aufenthaltes die medikamentöse Therapie begonnen. Diese Daten sind über das Dokumentationssystem an alle Mitbehandler weitergegeben worden. Während der stationären Therapie wurden sehr häufig und unabhängig von einer festgestellten psychischen Belastung Schmerzmittel oder beruhigende bzw. Schlafmedikation verabreicht, was bisher nur in der Patientenkurve, nicht aber im psychoonkologischen Modul dokumentiert ist, dort in Zukunft ebenfalls mit erfasst werden soll.

Jacobsen et al. [7] konnten in einer Studie zur Stressbewältigung während einer Chemotherapie eine deutliche Entlastung durch Kontaktaufnahme und Angebot psychosozialer Unterstützung zeigen. In mehreren Studien (u. a. [8, 9]) zeigte sich durch eine gute Informationsvermittlung eine signifikante Reduktion von Ängsten. Die Inanspruchnahme psychoonkologischer Angebote im Bedarfsfall fällt den Patientinnen deutlich leichter. Die Form der psychoonkologischen Unterstützung umfasst dabei neben der Verbesserung des Informationsniveaus auch eine Aktivierung im Bereich der physischen Aktivität und Förderung aller Ressourcen im Bereich der sozialen Unterstützung. Mehrere sehr gute und replizierte Studien zeigen zwar keinen Effekt aktiver psychoonkologischer Unterstützung auf Überlebensraten, aber Angst und Progressangst sind signifikant vermindert, insgesamt kommt es zu einer deutlichen Ressourcenstärkung [10]. Dabei sollen laut Studienlage (USA) gruppentherapeutische Angebote (kognitiv orientiert) effektiver als Individualtherapie sein.

Vorliegende Erfahrungen aus Brustzentren [3, 11] zeigen, dass bei im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung signifikant erhöhter emotionaler Belastung und Stressempfinden eine Kontaktaufnahme zu allen Patientinnen auch unabhängig von psychiatrischem/psychotherapeutischem Behandlungsbedarf von den Patientinnen positiv bewertet wird und wahrscheinlich auch den Verlauf günstig beeinflusst. Durch den persönlichen Kontakt der psychoonkologisch tätigen Mitarbeiter zu allen Patientinnen können Schwierigkeiten bei der Krankheitsverarbeitung und emotionale Krisen erkannt, im

Team sofort kommuniziert und adäquat behandelt werden. Die Testdiagnostik kann gerade bei denjenigen Patientinnen die Diagnostik und Versorgung unterstützen, die Schwierigkeiten haben, ihren Bedarf zu kommunizieren. Studienergebnisse geben Hinweise darauf, dass Screening-Instrumente psychische Symptome und Diagnosen weit besser diskriminieren als ärztliche oder pflegerische Einschätzungen [12]. Die fachlich kompetente Erstellung eines umfassenden psychoonkologischen Profils aller Patientinnen samt Weiterbehandlungsempfehlung und die Weitergabe der Befunde ermöglichen eine lückenlose interdisziplinäre Behandlung der Patientinnen, die deren Ansprüchen gerecht wird.

■ Relevanz für die Praxis

Die Ergebnisse unserer Arbeit zeigen Differenzen zwischen psychischer Belastung bei den Patientinnen und Betreuungswunsch. Patienten wünschen sich psychoonkologische Unterstützung, allerdings mit deutlich anderer Gewichtung als bisher in den meisten interdisziplinären Teams realisiert: Zuerst sind die direkt betreuenden Ärzte angesprochen, dann wird Unterstützung in der Familie, in dritter Linie beim direkt betreuenden Pflegepersonal gesucht. Erst mit einigem Abstand werden Psychoonkologen, Sozialarbeiter oder Seelsorger als Ansprechpartner benannt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer permanenten Teamkommunikation und Intervention sowie den permanenten Weiterbildungsbedarf aller Teammitglieder.

Die Umsetzung interdisziplinären Vorgehens nicht nur in den Tumorkonferenzen sondern auch bei gemeinsamen Visiten und Patientengesprächen scheint unabdingbar. Eine einfach handhabbare lückenlose Dokumentation des Verlaufes, möglichst standardisiert, erleichtert dabei Kommunikation und Behandlung. Ein Beispiel dafür haben wir mit dem psychoonkologischen Modul im ODSeasy vorgestellt.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Belastung von Familienangehörigen (Eltern, Partner) genauso hoch ist wie jene der Betroffenen, nach Möglichkeit sollten diese deshalb in den Behandlungsprozess einbezogen werden.

Laufende Studien zeigen, dass psychische Belastung nicht kurz nach der Behandlung abklingt, sondern sich eher im Verlauf zeigt, besonders, wenn keine psychoonkologische Intervention erfolgte. Wir empfehlen und realisieren deshalb ein anhaltendes (mindestens über einen 5-Jahres-Zeitraum bestehendes) Versorgungsangebot.

■ Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur:

1. Herschbach P, Book K, Brandl T, et al. The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado) – an expert rating scale for the psychosocial experience of cancer patients. *Onkologie* 2008; 31: 591–6.
2. Rauchfuß M, Blohmer JU, Neises M, et al. Psychoonkologische Versorgung in einem Brustzentrum. *Geburtsh Frauenheilk* 2004; 64: 1158–66.
3. Grimm A, Voigt B, Schneider A, et al. Psychosoziale Befunde im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung von Mammakarzinompatientinnen. *Geburtsh Frauenheilk* 2006; 66: 51–8.
4. Rose M, Hess V, Scholler G, et al. Mobile computergestützte psychometrische Diagnostik – Ökonomische Vorteile und Ergebnisse zur Teststabilität. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1999; 49: 263–9.
5. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. A meta-analysis. *Cancer* 2009; 115: 5349–61.
6. Krauß O, Hauss J, Jonas S, et al. Psychiatric comorbidities in visceral surgery patients with cancer. *Chirurg* 2011; 82: 263–70.
7. Jacobsen PB, Meade CD, Stein KD, et al. Efficacy and costs of two forms of stress management training for cancer patients undergoing chemotherapy. *J Clin Oncol* 2002; 20: 2851–62.
8. Gündel H, Hümmeler V, Lordick F. Welche Tumorpatienten profitieren von einer interdisziplinären Psychoedukation im Rahmen der Tumorthherapie? *Z Psychosom Med Psychother* 2007; 53: 324–38.
9. Hawighorst-Knapstein S, Brueckner DO, Schoenefuss G, et al. Breast cancer care: patient information and communication as a preventive educational process. *Breast Care* 2006; 1: 375–8.
10. Kissane D. Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 1–5.
11. Meyer A, Lehmann A, Schwarz R, et al. Psychoonkologische Betreuung von Brustkrebspatientinnen: Erste Erfahrungen des zertifizierten universitären Brustzentrums Leipzig. *Geburtsh Frauenheilk* 2007; 67: 1339–44.
12. Singer S, Danker H, Dietz A, et al. Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods. *Psycho-oncology* 2008; 17: 280–6.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Petra Georgiewa

Geboren 1963. Psychologiestudium in Jena. 1988–1992 Forschungsstudium am Psychologischen Institut der Universität Jena, 1992–1995 Physiologisches Institut der FSU Jena, 1995–2001 Leiterin des Neurophysiologischen Labors an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Jena, 2002–2003 Förderung im Rahmen des Theodor-Lynen-Programms der Humboldt-Stiftung, Akademie der Wissenschaften Bulgarien. Seit 2001 Psychotherapeutin und Psychoonkologin an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Forschungsschwerpunkte: Emotionsverarbeitung bei affektiven Erkrankungen (Depressionen, Tinnitus, Schmerzstörungen), EEG und fMRI bei Teilleistungsstörungen, Psychoonkologie.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)