



Medinfo/Infoméd

Nº 2021/2

Seelische Belastungen und Symptome im Rahmen von Tumorerkrankungen – versicherungsrelevant?

KD Dr. med. Christel Nigg

Zusammenfassung

Die Diagnose Krebs ist auch heute noch eine der vernichtendsten, die Patientinnen und Patienten erhalten können. Viele andere Erkrankungen wie zum Beispiel eine Herzinsuffizienz oder eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung weisen eine ähnlich schlechte Prognose auf und gehen mit einer beträchtlichen Einbusse an Lebensqualität einher. Der Begriff «Krebs» ist jedoch immer mit dem Bewusstsein um eine tödliche Bedrohung verbunden, obwohl bestimmte Tumorerkrankungen heute mit einem längeren Überleben bei akzeptabler Lebensqualität assoziiert sind.

Es erstaunt nicht, dass eine solche Diagnose zu einer akuten seelischen Belastung führt. Der Prozentsatz der Patientinnen und Patienten, die eine relevante seelische Erkrankung entwickeln, ist hoch. Dass auch die Angehörigen und das Bezugssystem in hohem Masse von der Entwicklung einer klinisch relevanten psychiatrischen Erkrankung betroffen sind, tritt oft in den Hintergrund.

Für den Versicherungsmediziner sind die psychiatrischen konkomitierenden Faktoren selten das Problem, da meist die somatische Diagnose die anstehenden versicherungsrelevanten Beurteilungen triggert.

Eine Ausnahme stellt die tumorassoziierte Fatigue dar, die die Arbeitsfähigkeit auch bei geheilten Patientinnen und Patienten beeinträchtigen kann. Die Sicherung der Diagnose ist schwierig und kann unscharf bleiben.

Résumé

Le diagnostic du cancer est aujourd'hui encore l'une des annonces les plus destructrices que les patientes et les patients puissent recevoir. Nombre d'autres pathologies comme une insuffisance cardiaque ou une broncho-pneumopathie chronique donnent un pronostic tout aussi mauvais et s'accompagnent d'une nette dégradation de la qualité de vie. Néanmoins, le terme de « cancer » demeure lié à la prise de conscience d'un risque mortel, bien que certaines maladies tumorales soient désormais associées à une survie plus longue avec une qualité de vie acceptable.

Il n'y a rien de surprenant à ce qu'un tel diagnostic se traduise par une charge mentale très lourde. Le pourcentage de patientes et de patients qui développent une maladie psychologique devant aussi être prise en considération est élevé. Le fait que les proches et le système de référence soient également affectés dans une large mesure par le développement d'une maladie psychiatrique relevant d'un traitement clinique passe souvent au second plan.

Pour les médecins des assurances, les facteurs psychiatriques concomitants sont rarement le problème, car c'est généralement le diagnostic somatique qui déclenche les évaluations au regard de l'assurance.

La fatigue associée aux tumeurs constitue une exception, puisqu'elle peut nuire à la capacité de travail des patients, même après leur guérison. La confirmation du diagnostic est difficile et peut rester floue.

1. Einleitung

Maligne Erkrankungen bilden in der Schweiz die zweithäufigste Erkrankungsgruppe nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das Lebenszeitrisko für Männer beträgt 50 %, für Frauen liegt es immerhin noch bei 32 %. Heute haben die Tumorerkrankungen durch verbesserte Therapien häufig den Charakter chronischer Erkrankungen. Es gibt nur wenige Ausnahmen, bei denen die Prognose meist schon bei Diagnosestellung katastrophal ist. Hierzu zählen die Pankreaskarzinome und die Glioblastome.

Aber auch das chronische Kranksein belastet die Patientinnen und Patienten. Subjektiv wird Krebs als die höchste Bedrohung bei gleichzeitig schlechtesten Schutzmöglichkeiten wahrgenommen. Eine sehr anschauliche Beschreibung der emotionalen Achterbahnfahrt findet sich in Christoph Schlingensiefs Buch «So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein!» [1]. Obwohl wir als Gesunde permanent dem Damoklesschwert von Erkrankung und Tod ausgesetzt sind, ist unsere Psyche meist hervorragend in der Lage, diese Bedrohung auszublenden.

In einem viel beachteten Essay beschreibt der Medizinsoziologe Niklaus Gerdes die Eröffnung einer Krebsdiagnose als «den Sturz aus der normalen Wirklichkeit» [2].

Neben der Frage des «Warum» und des «Warum ich» beschäftigt die meisten Patientinnen und Patienten eine Schuldfrage. Psychogenetische Theorien, die vor allem in den 1970er-Jahren en vogue waren, sind unbewusst immer noch vorhanden. Fritz Zorn hat mit «Mars» ein epochales Werk dazu geschrieben [3]. Missverstanden wurde häufig auch der Titel eines Werks von Susan Sontag: «Krankheit als Metapher» [4].

Aufgrund von vorliegenden Forschungsergebnissen lässt sich jedoch zusammenfassend beschreiben, dass es sich bei Krebs um eine Entartung von Gewebe handelt und nicht um eine psychosomatische oder eine persönlichkeitsassoziierte Störung [5].

Scham wegen Gewichtsverlusts, Haarausfalls oder Installationen wie eines Stomas, eines Port-a-Cath oder einer Prothese nach Amputation, die das Körperbild verändern, ist häufig. Anpassungsstörungen, Selbstwertverlust, Unsicherheit und Angst betreffend die Zukunft sowie sozialer Rückzug sind Reaktionen auf die Diagnoseeröffnung und den Behandlungsbeginn. Relevante psychiatrische Diagnosen mit

2. Physische Auswirkungen und Symptompräsentation

Behandlungsindikation wie Depressionen, Angststörungen und die Posttraumatische Belastungsstörung kommen in bis zu 30 % bei den Betroffenen vor, häufig ohne diagnostiziert zu werden. In den letzten Jahren stellte die Forschung zunehmend auch die Belastungen der Angehörigen in den Fokus. So zeigt eine Studie aus dem Kantonsspital Aarau, dass die am meisten vulnerable Angehörigengruppe die Partnerinnen von Krebspatienten darstellt. Diese Gruppe entwickelt zu 30 % eine klinisch relevante Depression oder Angst und immerhin noch zu 17 % eine Posttraumatische Belastungsstörung [6].

3. Coping-Strategien

Eine Krebserkrankung und das damit assoziierte Thema Sterben sind nach wie vor ein gesellschaftliches Tabu. Oft ziehen sich die Betroffenen und ihre Partnerinnen und Partner von sozialen Aktivitäten zurück, um Fragen auszuweichen. Häufig werden sie von der Umwelt aufgefordert, positiv zu denken und zu kämpfen. Studienergebnisse zeigen jedoch uneinheitliche Resultate. Zusammenfassend ist zu bemerken, dass positives Denken Krebs nicht besiegen kann. Diese Erkenntnis ist insofern relevant, als sie manche Patientinnen und Patienten, deren Fähigkeiten zum positiven Denken nicht sehr ausgeprägt sind, von Schuld- und Versagensgefühlen entlastet.

4. Tumor-Fatigue

Die Tumor-Fatigue ist als eine für Krebspatientinnen und -patienten belastende, anhaltende, subjektiv empfundene, aussergewöhnliche Art von Müdigkeit und Erschöpfung definiert. Während des Erkrankungsverlaufs und im Zuge eingreifender Behandlungsmassnahmen ist das Vorhandensein einer ausserordentlichen Erschöpfung sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Behandler nachvollziehbar. Die Schwierigkeit besteht darin, dass diese Fatigue ebenfalls bei als geheilt geltenden Patientinnen und Patienten auftreten und versicherungsrelevant werden kann. Auch ohne Depression und andere psychiatrische Komorbiditäten kann die Fatigue dazu führen, dass eine als geheilt geltende Person nicht

mehr in den Arbeitsprozess reintegriert werden kann. Zudem ist die Abgrenzung von einer Fatigue gegenüber einer Depression nicht ganz trivial, zumal kognitive Einschränkungen wie Konzentrationsstörungen und Störungen des Kurzzeitgedächtnisses ein Problem darstellen können. Hier besteht eine deutliche Versicherungsrelevanz, da unter Umständen jüngere Patientinnen und Patienten langfristig aus dem Arbeitsprozess herausfallen.

Die Fatigue ist ein verbreitetes Phänomen, teilweise sollen bis 90 % aller Patientinnen und Patienten betroffen sein. Von den Tumorentitäten werden Lungenkrebs, Mammakarzinom und Morbus Hodgkin häufiger im Zusammenhang mit Tumor-Fatigue erwähnt. Die Diagnose kann anhand eines Anamnesegesprächs vermutet werden, Assessment-Instrumente werden eher für Forschungszwecke eingesetzt. Die Ursache für dieses Leiden ist bislang trotz intensiver Forschung unklar. Es soll nicht verschwiegen werden, dass eine Tumor-Fatigue eine Neigung zur Chronifizierung aufweist; denn es scheint so, dass dieses Symptom auch mit zumutbarer Willensanstrengung nicht überwunden werden kann [7].

Betreffend die Versicherungsrelevanz sollte ein zweiter Aspekt erwähnt werden.

Die stationäre onkologische Rehabilitation ist in der Schweiz wenig verbreitet. Insbesondere jüngere Patientinnen und Patienten ohne Einschränkung ihrer Selbstversorgung werden nach dem Spitalaufenthalt nach Hause entlassen, und nach Beendigung der Chemo- oder der Strahlentherapie werden keine rehabilitativen Massnahmen eingeleitet. Möglicherweise wäre es lohnenswert, bei Patientinnen und Patienten, die im Arbeitsleben stehen respektive dort wieder eingegliedert werden sollen, über eine mögliche stationäre Massnahme nachzudenken. Häufig stellt ein multimodales strukturiertes Trainingsprogramm im stationären Setting inklusive psychoonkologischer Unterstützung das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit und den eigenen Körper wieder her, ausserdem sind Bewegung und körperliches Training die bislang einzige nachgewiesenermassen effiziente Therapie gegen die Fatigue. Für die stationäre Durchführung trotz erhaltener Selbstversorgung spricht ebenso die Tatsache, dass alles in einem Hause organisiert wird und die Patientin oder der Patient bei oft ohnehin fehlendem Antrieb letztlich ohne Therapie bleibt. Hier wäre das Management der Krankenkasse betreffend Kostenübernahme zu überdenken.

Wie immer bei der Abklärung und Förderung der Arbeitsfähigkeit müssen das Arbeitsprofil und die spezifischen Anforderungen bekannt sein. Auch Medikamentennebenwirkungen oder organische Veränderungen wie Anämie, Hypogonadismus oder Kachexie können eine Fatigue begünstigen oder im schlechten Falle unterhalten.

Wichtig ist, bereits zum Zeitpunkt der Diagnosestellung die Arbeitswelt und den Arbeitsplatz anzusprechen. Die Therapien dienen nicht zuletzt zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Und Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung unterliegen der Mitwirkungspflicht. Bislang gibt es keine sicheren diagnostischen Möglichkeiten, die Fatigue von der Depression zu unterscheiden. Ein Therapieversuch mit Antidepressiva kann zumindest einen Versuch wert sein.

5. Schlussfolgerung

Seelische Belastungen durch Krebserkrankungen sind bei Patientinnen und Patienten, aber auch bei Angehörigen in jeder Phase der Erkrankung vorhanden. Sie treten jedoch vor allem anfangs nach der Diagnosestellung und den somatischen therapeutischen Abklärungen und Interventionen in den Hintergrund. Anhand des biopsychosozialen Kontexts kann durch das Optimieren des Patientenpfads eine Hilfestellung gegeben werden. Zusätzlich zur somatischen Behandlung durch den Onkologen sollte die psychoonkologische Unterstützung für die Patientin oder den Patienten und die Angehörigen sichergestellt werden. Neben einer Haltung, die Hoffnung erhält, aber Illusionen vermeidet, sollten die Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität durch Massnahmen der Palliative Care auch in frühen Stadien von nicht heilbaren Tumoren besprochen werden und nicht erst im Sinne einer End-of-Life-Massnahme.

Ein frühzeitiger interdisziplinärer Behandlungsansatz mit Integration des Hausarztes bietet die Möglichkeit, angemessen mit der psychischen Belastung durch Krebs umzugehen.

Literatur

1. Schlingensief, Christoph: So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein! Tagebuch einer Krebserkrankung. ISBN: 9783442740703
2. Gerdes, Niklaus: Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. In: Schmidt, Werner (Hrsg.): Jenseits der Normalität. München: Kaiser, 1986, S. 10–34.
3. Zorn, Fritz: Mars. ISBN: 9783596222025
4. Sontag, Susan: Krankheit als Metapher. ISBN: 9783596238231
5. Pestalozzi, Bernhard: Krebs ist keine Metapher. NZZ, 04.08.2005
6. Künzler, Alfred; Zindel, Angela; Znoj, Hansjörg; Bargetzi, Mario: Psychische Belastungen bei Krebspatienten und ihren Partnern im ersten Jahr nach Diagnosestellung. Praxis: Schweiz Rundschau Medizin 2010
7. Gresch, Belinda ; Mazzocato, Claudia ; Gremaux-Bader, Vincent ; Rodondi, Pierre-Yves : Behandlung Fatigue in der Onkologie. Swiss Med Forum. 2018; 18(39): 790-795

Korrespondenzadresse:

KD Dr. med. Christel Nigg
FMH Innere Medizin
Schwerpunkt Palliativmedizin
Schwerpunkt Psychosomatische und
Psychosoziale Medizin
Fähigkeitsausweis Vertrauensarztmedizin SGV
Zertifizierte Gutachterin SIM
Chefärztin Klinik Susenberg

ISSN 2504-2203

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband SVV

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

Postfach

CH-8022 Zürich

Tel.+41 44 208 28 28

info@svv.ch

svv.ch