

---

• **Inhalt**

---

1. Editorial
2. Weniger nicht – Seelsorge ohne Heiligenschein
3. Physiotherapie in der Onkologie
4. Wann brauche ich einen Psycho-Onkologen?
5. Die neuen Vorstandsmitglieder stellen sich vor
6. Weiterbildungen und Veranstaltungen
7. Kontaktadressen

---

• **Editorial**

---

*Albéric Bréssoud*

Um die Patienten in der Onkologie optimal betreuen zu können, ist ein multidisziplinärer Ansatz unabdingbar. Die meisten Pflegenden sind auch dieser Ansicht, kennen jedoch die Arbeit und Kompetenzen anderer Berufsgruppen nicht gut genug. Auch in diesem Newsletter geben wir verschiedenen Berufsgruppen die Möglichkeit, uns die Ziele und Grenzen ihrer Spezialisierung näher zu bringen.

Als Folge einer auf evidenzbasierten medizinischen Denkweise (evidence based) neigen wir vermutlich dazu, existentielle Fragen von Patienten zu ignorieren und ihre Bedürfnisse auf spiritueller Ebene zu vergessen. Mit viel Gefühl lässt uns Marianne Briner Lavater an ihrer Rolle als Seelsorgerin teilhaben.

Suzanne Berchten und Franziska Morgenthaler berichten, wie wichtig die Physiotherapie für onkologische Patienten ist, sowohl im palliativen als auch im Rehabilitationsbereich. Einzel- oder Gruppenkurse finden statt, immer mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern.

Im letzten Artikel erläutert eine Onkologin ihren Standpunkt über die Psycho-Onkologie und über die Vorteile einer guten Zusammenarbeit, sowohl für den Patienten als auch für den Arzt selbst.

In diesem Newsletter werden ebenfalls die neuen Vorstandsmitglieder vorgestellt.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre. Bitte zögern Sie nicht, uns Ihre Kommentare und Anregungen mitzuteilen.

---

## • Weniger nicht – Seelsorge ohne Heiligenschein

---

Marianne C. Briner Lavater, Pfarrerin und ref. Seelsorgerin am HFR Tafers, Interprofessionelle Weiterbildung in Psycho-Onkologie der Krebsliga Schweiz, Altstadt 5, 3235 Erlach, m.c.briner@bluewin.ch

Im Gegensatz zu mir ist die Patientin nicht mit Namen und Beruf angeschrieben — sie kann sogleich erkennen, dass ich reformierte Pfarrerin und eine der Seelsorgenden des Spitals bin. Hinter und über meiner Person türmen sich gleichsam nebelartig sämtliche guten und schlechten Erfahrungen des Patienten und seiner Verwandten, Freunde und Bekannten mit der Kirche seit Evas Sündenfall und mit dem himmlischen Bodenpersonal bis mindestens zur Zimmerdecke.

Ja, liebe Leserin, lieber Leser, und nun klopfe ich auch noch bei Ihnen an und hoffe auf ein offenes Ohr und auf ein gespanntes Augenmerk für die Arbeit der Spitalseelsorge. Ich muss jedoch vorausschicken, dass es — wie übrigens auch in der Psychotherapie — *die* Spitalseelsorge nicht gibt, sondern, dass verschiedene Ansätze und Bewegungen nebeneinander existieren und miteinander in Diskussion sind. Die einen — hierzu sind gerade in letzter Zeit gleich mehrere Publikationen erschienen — betonen, dass Seelsorge (oder „der Glaube“) heile, und setzen gezielt religiöse Rituale ein. Andere (ich zähle mich zu ihnen) fühlen sich mehr dem liberalen theologischen Gedankengut verbunden und verzichten auf allzu viel Heiligenschein. Sie legen den Akzent mehr auf ethische Aspekte wie Würde, Integrität und Integration, auf Prozesse wie Entfaltung, Wachstum und Reifung, auf Handlungsspielräume, Lebensqualität, auf die Werte und Ressourcen der Patientinnen selber sowie auf die respektvolle Begleitung des kranken Menschen und seiner Nächsten.

Nun ist es wohl allen professionell helfenden Berufen eigen, dass sie Menschen mit einführender Anteilnahme begleiten. Wo liegt jetzt also das Proprium einer solchen patientenzentrierten Seelsorge? Welche Fachkompetenzen sind dazu nötig?

Im Folgenden versuche ich, die Hauptpunkte einer qualifizierten seelsorgerlichen Arbeit zu geben.

Meine Darstellung ist persönlich gefärbt, der Scheinwerfer ist reformiert, die Haltung ökumenisch. Ich gehe im Übrigen davon aus, dass Seelsorge stets auch den Angehörigen und den Mitarbeitenden des Spitals zur Verfügung steht.

### Raum

Als Spitalpfarrerin arbeite ich zwar **patientenzentriert**, aber nicht ergebnisorientiert. Im Unterschied zum Therapiebereich sind die Gespräche mit den Seelsorgenden nicht verordnet. Ich biete einen Raum an, der unbelastet ist von Erwartungen des Spitals, der Kirche oder von Therapiezielen. Hier darf man/frau sich aussprechen und Fragen stellen, ohne Folgen oder Vereinnahmung riskieren zu müssen. „*Wie von Worten die hin und her. Wortfetzen. Komm du komm*“, sagt die Dichterin Marie Luise Kaschnitz (1901-1974) in ihrem tief schürfenden Gedicht.

*Glauben Sie fragte man mich  
An ein Leben nach dem Tode  
Und ich antwortete: ja  
Aber dann wusste ich  
Keine Auskunft zu geben  
Wie das aussehen sollte  
Wie ich selber  
Aussehen sollte  
Dort  
  
Ich wusste nur eines  
Keine Hierarchie  
Von Heiligen  
auf goldenen Stühlen sitzend  
Kein Niedersturz  
Verdamnter Seelen  
Nur  
Nur Liebe frei geworden  
Niemals aufgezehrt  
Mich überflutend  
  
Kein Schutzmantel starr aus Gold  
Mit Edelsteinen besetzt  
Ein spinnwebenleichtes Gewand  
Ein Hauch  
Mir um die Schultern  
Liebkosung schöne Bewegung  
Wie einst von tyrrhenischen  
Wellen  
  
Wie von Worten die hin und her  
Wortfetzen  
Komm du komm  
  
Schmerzweb mit Tränen besetzt  
Berg- und Talfahrt  
Und deine Hand  
Wieder in meiner  
So lagen wir  
Lasest du vor  
Schliefe ich ein  
Wachte auf  
Schliefe ein  
Wache auf  
Deine Stimme empfängt mich  
Entläßt mich und immer  
So fort  
  
Mehr also, fragen die Frager  
Erwarten Sie nicht nach dem  
Tode?  
Und ich antworte  
weniger nicht.“  
(Marie Luise Kaschnitz)*

Obwohl reformierte Pfarrerin, stehe ich nicht nur den kirchlich gebundenen, sondern gerne allen Menschen zur Verfügung, die mein Angebot wahrnehmen möchten. Ich respektiere an jedem Menschen seinen innersten, unberührbaren Kern, sein Geheimnis: So versuche ich auch, offen zu sein für eine Vielfalt von Spiritualitäten und Lebensentwürfen. Der Patient hat auch jederzeit die Möglichkeit, den Kontakt mit mir zu beenden. Menschen anderer Kulturen und Religionen begegnen Seelsorgerinnen mit Offenheit, Empathie, Interesse und Respekt.

## Beziehung

Zusammen mit den Patientinnen erlebe ich die „*Berg- und Talfahrt*“ ihrer Krankheit, ihres Lebens, halte schwierige Fragen und Hoffnungslosigkeit aus, begleite sie an den Grenzen des Lebens. Ich versuche, sie möglichst umfassend wahr zu nehmen, zu verstehen, ihre gesunden Anteile und Kompetenzen zu stärken gewissermassen **Resonanzkörper** für sie zu sein, damit zwischen uns eine Schwingung entstehen möge, in der sowohl Fragwürdiges, Leidvolles und Schweres aufgefangen, als auch der Hoffnung und allem, was weiterhilft, Raum gegeben werden kann. Professionelle Seelsorge masst sich nicht an, fertige Antworten für die Patienten oder ihre Nächsten zu servieren, sondern ist zusammen mit den Patienten unterwegs, stellt sich in ihren Dienst, so dass sie ihre ganz persönlichen Antworten entdecken können: „*Deine Hand wieder in meiner*“. Seelsorgerlich begleiten heisst für mich, die Kraft von Beziehung erfahren, in Beziehung kommen mit sich selber, mit dem andern, mit seiner eigenen Lebensgeschichte, mit der Quelle der Lebenskraft, die uns speist und uns mit der Geschichte der Menschheit, der ganzen Schöpfung, verbindet. Diese Haltung erlaubt Transzendenz- und Kohärenzerfahrung: „*Ein Hauch. Mir um die Schultern. Liebkosung. Schöne Bewegung.*“

## Ressourcen

Den eingangs erwähnten Nebel der Erfahrungen und Erinnerungen mit Religion, Kirche und ihrer Geschichte kann und will ich nicht durchdringen. Das ist auch nicht nötig, denn darin liegen nicht nur Vorurteile, Zorn und Schmerz verborgen, sondern wie einzelne Wassertröpfchen auch die kleinen und grossen Fragen des Menschen und jene letzte, umfassende nach dem Sinn des Lebens. Der Nebel der Erinnerungen gehört zu den Ressourcen des Patienten. Er entscheidet selber, welche Inhalte er davon innerhalb der seelsorgerlichen Begegnung zur Sprache bringt. Ich spüre und staune immer wieder: Auf dem Grund unserer Seelen liegt ein grosser Schatz von Melodien und tragenden Lebensweisheiten. Wenn wir **der Seele Sorge tragen**, — der eigenen und jener unserer Mitmenschen — können wir viel davon entdecken und ans Licht heben. Gerade angesichts ihres verletzten und bedrohten Lebens begreifen Patienten die Kostbarkeit des Lebens überhaupt. Wer den Mut hat, die eigenen Gefühle und Bedürfnisse ernst zu nehmen, wer immer besser spürt, was einem Kraft gibt und Kraft nimmt, der kann als Patient erfahren, dass Wachstum auch in der Gefährdung des Lebens noch möglich ist, und dass die eigene **Verletzlichkeit** eine Quelle der Reifung sein kann.

## Transzendenz

Mich macht die Frage „*Glauben Sie an ein Leben nach dem Tode*“ immer wieder betroffen. Ich kann diese Frage für die Patienten nicht beantworten, aber wir können miteinander darüber ins Gespräch kommen, herauszufinden versuchen, welche Vorstellungen auf dem Seelengrund des Patienten wohnen. Die meisten Menschen verfügen über eigene Zeichen und Symbole, um eine Leidenssituation zu be- und verarbeiten. Es liegt mir daran, sie in ihrer eigenen spirituellen Entwicklung zu unterstützen, indem ich auf diese Zeichen eingehe, verschlüsselte Botschaften, beispielsweise in Bezug auf Ängste und Hoffnungen oder Groll wahrnehme, ihnen behutsam Sprache leihe und im Umgang mit der religiösen Symbolsprache auf meinem Hintergrund als reformierte Pfarrerin Unterstützung anbiete.

**Transzendenz ereignet sich**, wo es sein darf, in der existentiellen Begegnung zwischen Menschen. Sie ist subjektiv und personal (von Du zu Du) erfahrbar als Kraft, als Elan vital, als Sympathie (griech.: sympatheia = Mit-Leiden, Miterleben von Gefühlen und Affekten anderer und durch Einfühlung in den Gemütszustand anderer; Zuneigung, Anziehungskraft). Und: sie ist letztlich interreligiös und interkulturell, ohne jedoch die Unterschiede aufzuheben. „*Nur Liebe frei geworden*“.

## Unterschiede

Auch wenn ich selber in ökumenischer Offenheit arbeite, so werde ich doch vor allem von Pflegefachkräften immer wieder gefragt, wo denn Unterschiede zwischen reformiert und katholisch liegen, die zu kennen für sie und die Patienten wichtig sein könnten. Einige Merkmale:

1. Anders als nach römisch-katholischem Amtsverständnis sind die reformierten Spitalpfarrerinnen keine Priester und somit nicht Überbringer des Göttlichen, des Letztgültigen, des Transzendenten. Nach reformierter Auffassung ist dies alles unverfügbar, freies Geschenk Gottes. Wohl aber werden die Seelsorgenden beider Konfessionen aufgrund ihrer **Rolle** von den Patientinnen und ihren Nächsten als **Symbole** des Transzendenten wahrgenommen, was allerdings auch zur Last werden kann, wenn diese Projektion in Begegnung und Begleitung (und auch im Kontakt mit dem Spitalpersonal!) allzu sehr im Vordergrund steht.

2. Die Reformierte Kirche kennt keine Krankensalbung als Sakrament; hingegen liegt es derzeit im Trend, dass einige reformierte Spitalpfarrerinnen das **Ritual** der Krankensegnung verbunden mit einer Salbung praktizieren — davon ausgehend, dass Seelsorge in den Bereich des spirituellen Heilens gehöre. Die Frage nach Zusammenhängen von **Heilen und Schulmedizin** bewegt derzeit viele Gemüter. Ich selber biete kein Salbungsritual an (wohl aber Gebet, Segen und Krankenabendmahl als Symbolhandlungen). Sie bilden für die Patienten den rituellen Rahmen, ihr Leben, ihre Geschichte, ihr Leiden auszudrücken und zu deuten. Zudem finde ich es wichtig, konfessionelle Unterschiede nicht zu verwischen, sondern als Orte der ökumenischen Begegnung und des Voneinanderlernens offen zu halten.

3. Die Reformierte Kirche kennt nur die beiden Sakramente Abendmahl und Taufe. Das **Krankenabendmahl** wird in der Regel auf Verlangen der Patientin gebracht und gefeiert. Es bedeutet, dass nicht Krankheit, Leiden und Tod ihr Leben bestimmen, sondern dass trotz aller Gefährdung und/oder Todesnähe die Hoffnung und die Gewissheit, als einzigartige Persönlichkeit in eine Gemeinschaft von Menschen und in den umfassenden Lebenskreislauf als Ebenbild Gottes eingebunden zu sein, ihre Würde ausmachen.

## Damals und heute

Das Verständnis der reformierten Spitalseelsorge war ursprünglich darauf ausgerichtet, dem Kranken das Evangelium zu bringen, d.h. ihn zu unterweisen und „Seelen zu Gott zu führen“. Bei der katholischen Seelsorge war es die Funktion der Priester, Patienten zu segnen und, besonders den Sterbenden, die Sakramente zu spenden. In den 60er Jahren kam die um 1925 in den USA entstandene Seelsorgebewegung CPT (Clinical Pastoral Training) und damit der patientenzentrierte Ansatz nach Europa. Seit den Anfängen hat sich CPT mit theologischen und psychologischen Schulen (v.a. Carl Rogers, Ruth Cohn mit der Themenzentrierten Interaktion) auseinander gesetzt und der Theologie dazu verholfen, einen Dialog mit Psychologie und Medizin führen zu können.

Der Einzug des CPT bedeutete einen Paradigmenwechsel: Grundlegend für die Seelsorge ist die menschliche Begegnung, das sorgfältige Zuhören, die Anteilnahme an Leiden und Hoffnungen und selbstverständlich die Schweigepflicht. Der Persönlichkeit des Seelsorgers wird im CPT grosse Aufmerksamkeit entgegen gebracht. Die Zusammenarbeit mit Pflegenden und Ärzten ist in diesem Modell unabdingbar: Die Seelsorgerinnen sind zwar von der Kirche beauftragt, doch ihre Aufgabe ist Teil eines ganzheitlich verstandenen „Heilungsauftrages“ des Spitals. Einer der Grundpfeiler des CPT ist zudem der interdisziplinäre Rahmen und die ökumenische Offenheit.

Die Seelsorgenden sind gleichwertige Mitglieder des therapeutischen Teams im Krankenhaus. Diese Gleichwertigkeit konnte sich nicht immer und überall durchsetzen. Je einschneidender die Veränderungen in der Spitallandschaft mit Kostendämpfung, Leistungsnachweisen, Qualitätsmanagement, Einsatz modernster Technologie und kürzeren Verweildauern von Patienten sich auswirken, desto wichtiger wird die Stärkung der personalen und zwischenmenschlichen Dimension, die interprofessionelle und die ökumenische Zusammenarbeit. Die meisten Spitalseelsorgerinnen haben Teilzeitstellen inne — ohne ökumenische Zusammenarbeit wäre z.B. die Gewährleistung von Pikettdiensten gar nicht zu realisieren.

### **Ausbildungsstandards**

Reformierte Spitalseelsorger bringen als Grundausbildung ein abgeschlossenes universitäres Studium in evangelischer Theologie mit Lizentiat, einen berufspraktischen Abschluss als Pfarrerin, mehrere Jahre Gemeindeerfahrung und eine anerkannte Weiterbildung in Spitalseelsorge (CPT oder eine andere, psychotherapeutische Weiterbildung) mit, bevor sie von einer Kantonalkirche oder einem Spital als Spitalpfarrer angestellt werden (neben den sprachlich-historischen und den klassischen theologischen Fächern gehören auch Philosophie, Religionswissenschaften, Ethik und Pastoral-Psychologie zum Studieninhalt). Sie sind zu dauernder Weiterbildung und zu Supervision verpflichtet. Während sich reformierte Pfarrer und katholische Priester in ihrer Grundausbildung und Berufsausübung noch heute in manchem unterscheiden, erfolgt die Seelsorge-Weiterbildung im CPT ökumenisch.

Zwischen den Kantonen und ihren Spitälern bestehen in der Regel Leistungsvereinbarungen mit den jeweiligen Landeskirchen und damit auch die Pflicht, die Ausbildungsstandards für ihre Seelsorgerinnen einzuhalten. Ferner fördert meistens eine Begleitkommission (paritätisch besetzt mit Mitarbeitenden des Spitals und der Kirche) die Arbeit der Seelsorgenden, gestützt auf ein sorgfältig ausgearbeitetes Leitbild. Die Verbindung mit den Landeskirchen garantiert für die Spitäler und ihre Patientinnen eine klare Erkennbarkeit und eine hohe Qualität des Angebots innerhalb der Spitalseelsorge.

### **Vernetzung**

Die Spitalseelsorgenden sind in der Vereinigung der deutschschweizerischen evangelischen und katholischen Spitalseelsorgerinnen und Spitalseelsorger zusammengeschlossen ([www.spitalseelsorge.ch](http://www.spitalseelsorge.ch)). Dieser Verband besteht aus einer reformierten und einer katholischen Sektion. Regelmässige Tagungen schaffen Kontakte, ermöglichen einen Erfahrungsaustausch und geben gemeinsamen Anliegen Gewicht. In Abständen werden die Tagungen ökumenisch gestaltet. Die Vereinigung stützt und fördert die aktive Auseinandersetzung mit den beruflichen und gesellschaftlichen Herausforderungen der Spital-, Heim- und Klinikseelsorge, wahrt und vertritt die Berufsinteressen gegenüber Institutionen des Gesundheitswesens sowie kirchlichen und staatlichen Behörden, pflegt die Zusammenarbeit im überkonfessionellen, gesamtschweizerischen und internationalen Bereich, betreibt Öffentlichkeitsarbeit und sorgt für den Austausch von Informationen, Wissen und Materialien.

### **Fazit**

In der palliativen Betreuung, der Rehabilitation und Langzeitpflege von unheilbar oder chronisch kranken Menschen wird die Bedeutung der Spiritualität und Religiosität als seelische Ressource derzeit neu erkannt. Gelingt es, die religiösen und spirituellen Dimensionen ebenso in die Begleitung und Pflege einzubeziehen wie die emotionale Befindlichkeit der Patientinnen und der Angehörigen, so werden Ressourcen zum Umgang mit der durch Krankheit immer wieder veränderten Lebenssituation genutzt, wichtige Zugänge zur Verarbeitungsfähigkeit (Coping) geöffnet, neue Perspektiven ermöglicht und nicht selten die Lebensqualität verbessert. „*Mehr nicht?*“ — „*Weniger nicht.*“

---

## • Physiotherapie in der Onkologie

---

Am Beispiel der Physiotherapie Klinik Engeried , Bern

Susanne Berchten, Dipl. Physiotherapeutin HF, Leiterin Physiotherapie Klinik Engeried, Bern, Krebssportgruppenleiterin, Lymphologische Physiotherapie. Medical Nordic Walking Instructor

Franziska Morgenthaler, Dipl. Physiotherapeutin HF; STv. Leiterin Physiotherapie, Klinik Engeried, Bern; Krebssportgruppenleiterin, Lymphologische Physiotherapie.

„ Zentral geht es um Wohlbefinden und Lebensqualität“

Die Physiotherapie hat bei onkologischen PatientInnen eine breitgefächerte Aufgabe. Das Ziel besteht darin, während und nach den Therapien (z.B. OP, Chemotherapien, Bestrahlung), oder im palliativen Zustand Bewegungseinschränkungen und Verringerungen der Muskelkraft zu verbessern und / oder Selbstständigkeit wieder zu erlangen. Ausserdem können vorhandene Ödeme reduziert werden (Lymphologische Physiotherapie, inkl. Kompressionstherapie) und die PatientInnen bezüglich dem Entstehen von Ödemen informiert und beraten werden.

Da die körperlichen Symptome durch die psychische Belastung (Angst, Trauer, Verunsicherung) oft gravierend verstärkt werden, nimmt die psychische Begleitung der Patient/Innen auch in der Physiotherapie- Behandlung (vor allem in den Einzeltherapien) einen wesentlichen Raum ein.

In unserer Physiotherapie bieten wir sowohl Einzelbehandlungen wie auch Gruppenkurse für onkologische PatientInnen an. In den Einzelbehandlungen arbeiten wir im stationären und ambulanten Bereich, wobei wir die PatientInnen auf den Stationen post-operativ, während Chemotherapien und im palliativen Zustand betreuen.

Hierbei geht es in postoperativen Behandlungen vor allem um die Verbesserung der Beweglichkeit (nach definierten Richtlinien zur bestmöglichen Wundheilung und Ödemprophylaxe), postoperative prophylaktische Atemtherapie, Schmerzlinderung, ADL (Activities of daily- living) und Beratungen bezüglich Ödemen und Ödemprophylaxe bei Operationen der betroffenen Lymphknoten ( u.a. Broschüre der Krebsliga).

Im palliativen Zustand liegt das Schwergewicht der Behandlung im Erhalt und der Verbesserung der Atem- und Kreislaufsituation, dem Erhalt der Selbstständigkeit, Entspannungstechniken (Massagen, Atemtechniken, Fussreflexzonen-therapie), Hilfsmittelabklärungen (Rollstuhl, Rollator, Gehstöcke, Treppenlift ect.) und lymphologischer Physiotherapie zur Behandlung von Ödemen.

Gerade im palliativen Bereich ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen beteiligten Bereichen von grosser Wichtigkeit (Pflege, Sozialdienst, Ergotherapie, Angehörige, Spitex).

Im ambulanten Bereich arbeiten wir mit den PatientInnen anschliessend an einen Spitalaufenthalt weiter, an der Verbesserung der Beweglichkeit, der Schmerzlinderung oder der Entspannung. Ein Schwergewicht der Therapie bei uns liegt in der Behandlung von entstandenen Ödemen, die wir mit lymphologischer Physiotherapie behandeln. Hier ist eine Intensivphase mit Manueller Lymphdrainage und anschliessender Bandagierung oft zwingend notwendig. Anschliessend an diese ca. dreiwöchige Periode folgt die Anpassung eines Kompressionsstrumpfes durch einen Experten.

Hierbei arbeiten wir eng mit einem Orthopäden (Ortea Ag Bern) zusammen.

Unsere Gruppenkurse bieten wir in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Krebsliga und dem Projekt „ Bewegung und Sport bei Krebs“ an. Diese Kurse sind einerseits zur Entspannung (z.B. Vini -Yoga) oder andererseits zur Förderung der körperlichen Leistungsfähigkeit (z.B. Nordic - Walking). Teilnehmen können PatientInnen, die diese Chance nutzen möchten, sanft wieder in den Sport einzusteigen, oder Anfängerinnen , die den Sport für sich entdecken möchten.

In jedem Fall ist der Austausch unter „Gleichgesinnten“ ein grosser Vorteil und es entwickeln sich nicht selten eigenständige Gruppen und Freundschaften, auch über den eigentlichen Kurs hinaus. Durch vielseitige körperliche Betätigung und ein angepasstes Training kann die Leistungsfähigkeit und das Körpergefühl positiv beeinflusst werden, und das Vertrauen in den Körper langsam gesteigert werden.

Ein Schwergewicht unserer Behandlungen liegt darin, neben der eigentlichen physiotherapeutischen Behandlung, unseren onkologischen PatientInnen eine vertraute und persönliche Begleitung während und nach der Krankheit zu bieten. Und dies in einer möglichst ruhigen und entspannten Atmosphäre.

Da wir die PatientInnen oft über längere Zeit (zum Teil Jahre) begleiten, entwickelt sich ein grosses gegenseitiges Vertrauen, sodass sie uns nicht selten Ihre Gedanken und Sorgen mitteilen. Gerade dieses Vertrauen macht für uns das Schöne und Interessante an unserer Tätigkeit und unserem Fachgebiet aus.

---

### • Wann brauche ich einen Psycho-Onkologen?

---

Dr. med. Catherine Mengis Bay, Onkologin in leitender Position

#### „Wann brauche ich einen Psycho-Onkologen?“

- „wenn ich traurig bin...“
- „wenn mich die Schwestern stressen...“
- „hätte ich doch nur jemanden, den ich anrufen kann!“

Dies drei spontane Antworten von Kollegen, die alle in der Onkologie praktizieren. Und die dritte Aussage zeigt, dass das Angebot einer spezialisierten psycho-onkologischen Betreuung von Krebspatienten auch in der Schweiz noch nicht überall vorhanden ist.

Doch zurück zur Frage, wann ich einen Psycho-Onkologen beiziehe: Grundsätzlich informiere ich jeden neuen Patienten beim Erstgespräch über die Möglichkeit einer psycho-onkologischen Behandlung bzw. Beratung für den Patienten selber und seine Angehörigen. Im Verlauf der Behandlung frage ich regelmäßig auch gezielt nach der psychischen Verfassung, wie sie vom Patienten selber eingeschätzt wird, und ob er oder nahestehende Personen professionelle Hilfe wünschen. Ich versuche, dem Patienten die Wichtigkeit einer über die rein onkologische Therapie hinausgehenden Behandlung darzulegen und dass es dafür qualifiziertere Personen gibt als mich. Auch spreche ich den Zeitfaktor an, d.h. die Möglichkeit beim Psycho-Onkologen längere Gespräche führen zu können (was im Alltag einer onkologischen Sprechstunde praktisch unmöglich ist).

Damit komme ich zu den für mich grundsätzlichen Beweggründen für den Einbezug eines Psycho-Onkologen im praktischen Alltag: Es sind dies in erster Linie die psychologische Fachkompetenz, die mir als Medizinerin fehlen, und die mangelnde Zeit für eine dem Patienten gerecht werdende psychologische Betreuung.

Nicht zu vergessen ist die psychische Entlastung von mir selber als behandelnde Ärztin. Dies war in meiner bisherigen Tätigkeit als Onkologin als bewusst gestellte Indikation nur selten der Fall, mag aber unbewusst häufiger eine Rolle spielen. Wenn mein Patient von einem Psycho-Onkologen mitbehandelt wird, bin ich nicht mehr alleinige Ansprechperson im ärztlichen therapeutischen Bereich; ich bin nicht alleine gefordert, den Patienten psychologisch korrekt zu erfassen und zu behandeln. Der regelmäßige fachliche Austausch mit dem Psycho-Onkologen hilft mir im direkten Kontakt mit dem Patienten, hilft aber auch mir für mein eigene „Psycho-Hygiene“.

Wann übe ich Druck auf den Patienten aus, um einen Psycho-Onkologen beiziehen zu dürfen?

Im ambulanten Bereich kommt dies vor bei Patienten, die nicht führbar sind, respektive die ich zusammen mit dem Team nicht führen kann (Patienten, die Vereinbarungen regelmäßig nicht einhalten, die bei der Therapie nicht mitmachen wie beispielsweise Patienten unter intensiver Chemotherapie, die sich bei Fieber regelmäßig nicht melden); Patienten, deren psychische Vorgänge ich überhaupt nicht verstehe und mich deswegen inkompetent fühle, ihnen zu helfen; außerdem Patienten, die ich als psychotisch, depressiv oder phobisch beurteile. Hier ist klar die fachärztliche Therapie gefragt. Selten erlebe ich auch Angehörige meiner Patienten so, dass ich „notfallmässig“ einen Psycho-Onkologen rufe.

Bei stationären Patienten ist eine zusätzliche Indikation Probleme auf der Abteilung, verursacht durch den Patienten und/oder Angehörige (z.B. „Spalten des Teams“, ständiges Besserwissen durch Angehörige, etc.). Ideal wäre hier natürlich, auch das betreuende Team auf der Station „mitzubehandeln“ – dies ist im kleineren Spital leider selten möglich.

Natürlich gibt es auch Extremsituationen: als Beispiel genannt sei hier der Wunsch nach Therapieabbruch durch die Familie bei einem jungen Patienten, der mit schweren Infekt-Komplikationen nach Hochdosis-Chemotherapie in kurativer Intention auf der Intensivstation lag und zu diesem Zeitpunkt seinen Willen nicht äußern konnte. Da war ich als diensthabende Onkologin sehr froh, unsere Psycho-Onkologin auch am Sonntagabend ins Spital rufen zu können!

Eine andere Extremsituation, die ich glücklicherweise selber noch nie erlebt habe, ist der Suizid eines Patienten im Spital. Hier bedürfen sicher die Familie des Patienten und auch das Behandlungsteam einer raschen und kompetenten psychologischen Betreuung.

Zusammenfassend sind Situationen im klinischen Alltag, in denen die Mitarbeit eines Psycho-Onkologen hilft, sehr vielfältig. Die Psycho-Onkologie hat meiner Meinung nach einen festen Stellenwert in der Behandlung von Tumorpatienten.

---

## • Die neuen Vorstandsmitglieder stellen sich vor

---



### **Fabienne Mathier**

UniversitätsSpital Zürich, Psychiatrische Poliklinik,  
Konsiliarpsychiatrie, Rämistrasse 100 / Postfach 130,  
8091 Zürich

### **Funktion im Vorstand:**

Organisation der Schweizerischen Fachtagung  
Psycho-Onkologie vom 24.03.2009

### **Ausbildung:**

Dr. phil. Fachpsychologin für Psychotherapie FSP,  
kognitiv-verhaltenstherapeutische und systemische  
Psychotherapie Weiterbildung nach Prof. Dr. K. Grawe

### **Berufliche Funktion:**

Leiterin Psychosozialer Bereich Palliative Care und  
Psychotherapeutin, Klinik für Radioonkologie des  
UniversitätsSpitals Zürich

Als Fachpsychologin für Psychotherapie FSP möchte ich bei der Betreuung der KrebspatientInnen und palliativen PatientInnen sowie deren Angehörigen am USZ einerseits meine psychotherapeutische Erfahrung einbringen und andererseits meine jahrelange Beschäftigung mit philosophischen und spirituellen Themen und Fragen. Vor allem die Achtsamkeit und Meditation, welche ursprünglich aus den östlichen Lehren stammt und nun auch in der Psychotherapie aufgegriffen wird, empfinde ich in der Psycho-Onkologie als grosse Bereicherung und Kraftquelle, einerseits für mich selber und auch für PatientInnen, die oft selber schon auf der Suche nach ganzheitlichen Ansätzen sind. Es geht dabei darum, dass PatientInnen heil / ganz sind, auch wenn sie körperlich erkrankt sind und dass man ihnen aus dieser Sichtweise heraus begegnet und ihnen hilft, dass sie als Mensch ihr Ganz-sein wiederentdecken können. Ich gehe davon aus, dass jeder Mensch unglaubliche Ressourcen und Kräfte in sich trägt und ich entdecke diese auch immer wieder in meinen Begegnungen mit den PatientInnen. Es ist mir wichtig, diese ressourcenorientierte und lebensbejahende Perspektive einzubringen, wo immer ich tätig bin. Als Ausgleich zur herausfordernden Tätigkeit in der Psycho-Onkologie und Palliative Care geniesse ich das Unterwegssein in der Natur, die Schönheit des Ausblicks von einem Berggipfel und spiele auch Theater.



### **Alba Masullo**

Lega ticinese contro il cancro,  
Direzione e Sede principale,  
Piazza Nosetto 3 - 6500 Bellinzona

#### **Funktion im Vorstand:**

Verantwortlich für den Tessin.

#### **Ausbildung :**

Diplom in Psychologie Richtung Bildungs- und  
Berufsberatung (Lausanne Universität/Oktober 2000) ;  
Master universitario di secondo livello in Medical Humanities  
(Università degli studi dell'Insubria / Oktober 2005).

#### **Berufliche Funktion:**

Leiterin der Tessiner Krebsliga – seit 1. November 2005.

**Ich heisse Alba Masullo**, bin am 24. September 1964 in Saignelégier (Jura) geboren; ich habe die italienische und schweizerische Doppelbürgerschaft...wenn ich in Italien bin, fühle ich mich als Schweizerin und wenn ich in der Schweiz bin, fühle ich mich als Italienerin!

Seit dem 1. November 2005 leite ich die Tessiner Krebsliga ; unser Verband hat drei Hauptsitze (Bellinzona, Lugano et Locarno). Mein Büro befindet sich in Bellinzona, der Tessiner Hauptstadt! Ich bewege mich oft zwischen Hauptstädten: jeden Monat muss ich nach Bern gehen, die Hauptstadt der Schweiz!

Warum interessiert mich die Psycho-Onkologie? Von Anfang an habe ich hier bei der Krebsliga festgestellt, wie wichtig es ist, Patienten und ihren Angehörigen die Möglichkeit einer psychologischen Hilfe zu bieten, um mit allem fertig zu werden, was die Krebsdiagnose verursacht: Tabus, Ängste, Einbildungen, Bestürzung, Einsamkeit, Kraft, Spiritualität, Erschütterung, (...).

Seit einigen Jahren bietet unsere Liga Sekundarschülern einen Kurs « Jugendliche und Krankheit in der Familie »; dies zeigt und bestätigt uns, dass das Thema Krebs das Bedürfnis weckt, sich zu äussern und Gefühle zu teilen.

Es ist jedoch wichtig, alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens über die gleichen Themen auszubilden ...Gefühle, Kommunikation...; Die onkologische Pflege hat Priorität, jedoch sollte man andere Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen nie vergessen.

Ich habe einiges vor – vorläufig nur im Kopf – um das Unterstützungsangebot für unsere Patienten und Angehörigen zu erweitern ; ich bin von meinem Beruf begeistert in meinem Büro erwartet mich täglich viel Arbeit. Jedes Treffen animiert den Wunsch, etwas mehr zu tun, damit die Krebspatienten, ihre Kinder, ihre Eltern und ihre Angehörigen es leichter haben.

Über meine berufliche Vergangenheit und meine Ausbildung: bevor ich Leiterin bei der Tessiner Krebsliga wurde, habe ich während fast 10 Jahren bei der Invaliden-Versicherung im Bereich beruflicher Wiedereinstieg gearbeitet (die letzten zwei Jahre als Verantwortliche für die Realisierung eines Zentrums für berufliche Beobachtung im Tessin). Nach meinem Diplom als Psychologin Richtung Bildungs- und Berufsberatung an der Universität Lausanne, habe ich eine Weiterbildung im Gesundheitswesen absolviert mit Master 2. Grad in Medical Humanities (Università degli studi dell'Insubria / faculté de médecine et Chirurgie /2005).



### **Regula Ursprung**

Ostschweizer Kinderspital St.Gallen.  
Atelier für Musik und Gestaltung, St.Gallen  
Zürcher Hochschule der Künste, Departement Musik – klinische Musiktherapie

### **Ausbildung**

Lehrerin und Heilpädagogin. Ausdruckstherapeutin MA., Diplom-Musiktherapeutin SFMT, Lehrmusiktherapeutin

### **Berufliche Funktion**

35% Anstellung als Musiktherapeutin mit psychosozialer Fallführung,  
10% Pilotprojekt „Musiktherapie auf der IPS/-Neonatologie“ am Kinder-Spital St.Gallen.  
Selbständige Tätigkeit als Lehr-/Musiktherapeutin.  
Lehrauftrag an der ZHdK

Nach meiner Ausbildung zur Lehrerin führte mich die damalige akute Stellenknappheit in die Sonderpädagogik. Die Führung einer Gesamthilfsschule mit 17 SchülerInnen aller Alters- und Leistungsstufen wurde mir übertragen, eine Arbeit, die mir Spass machte und mich lehrte, dass mit Engagement und ein paar guten KollegInnen schier Unmögliches entwickelt und erreicht werden kann. Diese Erfahrung hat mich stark geprägt. Berufsbegleitend studierte ich Heilpädagogik und blieb der Sonderpädagogik als Lehrerin insgesamt 12 Jahre verpflichtet.

Mit der zweijährigen Ausbildung zur Ausdruckstherapeutin, MA in Boston wollte ich mein Interesse für Kinder/Menschen mit besonderen Lebensläufen und Verhaltensweisen auf eine professionellere Basis stellen. Im Musiktherapiestudium an der Hochschule für Musik und Theater in Hamburg vertiefte ich den kreativtherapeutischen Ansatz.

Als Musiktherapeutin erstmals auf Stellensuche drängte eine Nachbarin, mich auf das Inserat der Palliativstation des Kantonsspitals St.Gallen zu bewerben. Nach einigem Zögern rief ich dann doch an und fragte als erstes, ob alle sterben würden. Es kam trotzdem zum Bewerbungsgespräch und dabei merkte ich sofort: Diese Stelle muss es sein!

Als Musiktherapeutin arbeitete ich dann sieben Jahre vorwiegend auf der Onkologie und Palliativstation. Neben der erfüllenden Arbeit mit den PatientInnen wurde mir bald schon bewusst, dass Angehörige oft alleingelassen werden und auch der Betreuung bedürftig. So rief ich zusammen mit einer Kollegin des Sozialdienstes eine Angehörigengruppe ins Leben, die ich später als Musiktherapie-Angehörigengruppe weiterführte. Auch das Angebot einer ambulanten Musiktherapie-Gruppe für Frauen, vorwiegend mit Brustkrebs, wurde über einige Jahre in meiner Praxis wahrgenommen.

Ein Lehrauftrag in der berufsbegleitenden Ausbildung für Musiktherapie (heute MAS für klinische Musiktherapie der Zürcher Hochschule der Künste) liess mich als Musiktherapeutin in die Heilpädagogik zurückkehren. Schwerst mehrfach behinderte und autistische Menschen sollten neben der Onkologie zum Schwerpunkt meiner Arbeit und meines Interesses werden.

Vor 6 Jahren zog es mich zurück in die Onkologie, diesmal ins Ostschweizer Kinderspital St.Gallen. Mein Arbeitsauftrag umfasst hier psychosoziale Fallführung und Musiktherapie. Es liegt auf der Hand, dass in der pädiatrischen Onkologie die Angehörigen (Eltern, Geschwister, Freunde, ...) der erkrankten Kinder und Jugendlichen einbezogen und begleitet werden. Dieser Systemorientierte umfassende Auftrag entspricht meinen Vorstellungen und ist mir willkommene Herausforderung und Bereicherung. Zur Zeit arbeite ich auch im Rahmen des Pilotprojekts "Musiktherapie auf der Intensivpflegestation des OKS" mit Frühgeborenen und kranken Kindern und begleite deren Eltern/ Familien.

Im Atelier für Musik und Gestaltung behandle ich als selbständige Musiktherapeutin Kinder und Erwachsene mit den Schwerpunkten Autismus und geistige Behinderung.

Mein besonderes Anliegen als Vorstandsmitglied ist es, dass in der SGPO und in der Psychoonkologie den Kindern ein angemessener Platz eingeräumt wird. Des weitern möchte ich mich für die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit einsetzen.

... nicht zuletzt mach' ich gerne Kammermusik...

---

## • Weiterbildungen und Veranstaltungen

---

### **Nationale Psychoonkologie-Fachtagung 2008**

20.11.2008 Kultur- & Kongresshaus Aarau  
„Möglichkeiten und Grenzen in der Psychoonkologie“

### **Schweizerische Fachtagung Psycho-Onkologie der SGPO Mitgliederversammlung SGPO**

24. März 2009, UniversitätsSpital Zürich  
„...und die Angehörigen?“

### **11th World Congress, IPOS**

23 – 25 June 2009, Vienna, [www.ipos-society.org](http://www.ipos-society.org)

## **Kommunikationstraining**

Seminar für Ärztinnen, Ärzte und Pflegende von Krebskranken

Teilnehm

ende sind onkologisch erfahren

Daten und Veranstaltungsorte der Seminare finden sie auf unserer Homepage unter [www.krebsliga.ch](http://www.krebsliga.ch) unter der Rubrik Gesundheitsfachleute

Weitere Informationen erhalten Sie bei der Krebsliga Schweiz, Kurse –cst  
Postfach 8219  
3001 Bern  
Tel. 031 389 91 29, Fax 031 389 91 60, [Kurse-cst@krebsliga.ch](mailto:Kurse-cst@krebsliga.ch)

---

### **• Kontaktadressen**

---

Anregungen und Wünsche adressieren Sie bitte an:

#### **Deutsch:**

Ursula Zimmerli Signer  
Sozialberatung Klinik Engeried  
Riedweg 15  
3012 Bern  
[sozialdienstoncocare@sonnenhof.ch](mailto:sozialdienstoncocare@sonnenhof.ch)

#### **Français:**

Dr. med. Albéric Bréssoud  
Hôpital Pourtalès  
Rue de la Maladière 45  
2000 Neuchâtel  
[alberic.bressoud@ne.ch](mailto:alberic.bressoud@ne.ch)

#### **Sekretariat:**

Claudia Bigler  
Sekretariat SGPO  
c/o Krebsliga Schweiz  
Effingerstrasse 40  
Postfach 8219  
3001 Bern  
[claudia.bigler@krebsliga.ch](mailto:claudia.bigler@krebsliga.ch)

#### **Newsletter per Mail ?**

Um unnötige Druckkosten zu sparen und einen Beitrag an die Eindämmung der Papierflut zu leisten, versenden wir den Newsletter auch in elektronischer Form.

Um in Zukunft den Newsletter in elektronischer Form zu erhalten, senden Sie bitte ein Mail an unser Sekretariat, [claudia.bigler@krebsliga.ch](mailto:claudia.bigler@krebsliga.ch).