

Mit der richtigen Dosis Empathie Fortbildung für Psychoonkologie vorgestellt

Dass Bayern durch das Mammographie-Screening eine bundesweite Vorreiterrolle in Sachen effizienter Brustkrebsfrüherkennung einnimmt, ist inzwischen bekannt. Weniger bekannt war bislang, dass auch in der Nachbehandlung der Krebserkrankung neue Wege beschritten werden. Mit dem Fortbildungscurriculum für Psychoonkologie wurde Mitte November in München ein solch innovativer Ansatz vorgestellt.

Das Interesse an der Auftaktveranstaltung zur Fortbildung Psychoonkologie in Verbindung mit dem Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs war groß. Zahlreiche Ärzte und Psychotherapeuten waren der gemeinsamen Einladung der beiden Kammern sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) gefolgt, sich in Sachen Brustkrebs-Fortbildung auf den neuesten Stand zu bringen. Ob der erstmaligen dreiseitigen Kooperation sprach die Moderatorin Ellen Bruckmayer gar von einer Veranstaltung historischen Ausmaßes. Nicht zu Unrecht, wie ihre Ko-Moderatorin Dr. Irmgard Pfaffinger ergänzte: „Das gute Verhältnis der Körperschaften untereinander ist nicht selbstverständlich. Wenn man in andere Bundesländer schaut, stellt sich die Situation anders dar.“

Bayerns Sozialministerin Christa Stewens unterstrich in ihrem schriftlichen Grußwort die große Bedeutung, die kompetenten Ansprechpartnern bei der Begleitung von Frauen mit der Diagnose Brustkrebs zukomme. Der Präsident der Bayerischen Psychotherapeutenkammer, Dr. Nikolaus Melcop, machte deutlich, dass seine Organisation den Anspruch verfolge, „eine psychotherapeutische Versorgung auf dem neuesten Stand der Erkenntnis“ zu etablieren. Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, erläuterte, dass die neue Fallpauschalenregelung in den Krankenhäusern dazu führe, dass psychoonkologische Leistungen künftig zu einem großen Teil im ambulanten Bereich und insbesondere bei den Hausärzten erbracht würden. Im Grußwort von KVB-Chef Dr. Axel Munte konstatierte Irmgard Pfaffinger, dass letztendlich nur eine funktionierende Qualitätssicherung für eine gute Versorgung der Patientinnen bürgen könne.

Wie dies im Bereich der Psychoonkologie angegangen werden soll, erklärte Professor Dr. Peter Herschbach von der TU München, der



Die Auftaktveranstaltung fand im Konferenzzentrum der Hanns-Seidel-Stiftung statt.



Dr. Nikolaus Melcop: „Wir sind stolz darauf, heute hier den Startschuss für die Fortbildung geben zu können.“

das Curriculum federführend erarbeitet hat. Die Psychoonkologie ist ein noch relativ junges Fachgebiet, das spezifische Fähigkeiten von den Ärzten und Psychotherapeuten fordert. „Sie dürfen nicht voreingenommen, ängstlich oder betroffen auf den Patienten zugehen, müssen aber dennoch eine gewisse Empathie mitbringen. Nichts ist schlimmer als falsches Mitgefühl“, so Herschbach. Die notwendigen Grundlagen dazu sollen in der Fortbildung vermittelt werden, wobei der Experte klarmachte, dass in dem knapp kalkulierten Zeitrahmen von neun Doppelstunden à 90 Minuten natürlich vieles nur angerissen werden kann. Ein wesentliches Ziel sei es dabei, die vorhandenen Fakten sachlich darzustellen: „Die Grenze zu Esoterik und Scharlatanerie ist manchmal sehr eng.“ In fünf Blöcken werden die verschiedenen Themenfelder von den medizinischen Grundlagen bis



Dr. Pia Heußner und Professor Dr. Peter Herschbach stellen gemeinsam das Curriculum vor.

zu spezifischen Aspekten des Brustkrebs behandelt. Besonderes Gewicht liegt auf dem dritten Block, der Grundhaltungen und Therapieziele umfasst. Wie Dr. Pia Heußner, die dem Team von Herschbach angehört, erläuterte, entwickeln sich viele Patientinnen zu Spezialistinnen in Sachen Brustkrebs. Hier ist der Therapeut gefordert, sich das notwendige Wissen anzueignen, um als gleichwertiger Gesprächspartner anerkannt zu werden.

Dazu gehört auch, die zumeist über moderne Medien vermittelten Zahlen auf ihre Seriosität hin prüfen zu können. Nach aktuellen Schätzungen gibt es in Deutschland jährlich 47 500 Neuerkrankungen und 18 000 Sterbefälle unter den Frauen, bei den Männern ist der Brustkrebs mit geschätzten 500 Neuerkrankungen pro Jahr hingegen eher selten. „Solche Zahlen vermitteln leicht das Gefühl,



Dr. Max Kaplan: „Wir müssen offen auf die Patientinnen zugehen.“

auf einer Zeitbombe zu sitzen. Dabei ist niemandem geholfen, wenn Panik geschürt wird. Vielmehr geht es darum, das statistische Risiko ganz klar vom individuellen Schicksal zu trennen. Außerdem bezieht sich die Schätzung, dass jede achte bis zehnte Frau an Brustkrebs erkrankt, auf eine Gesamt-Lebensdauer bis zum 80. Lebensjahr“, so Pia Heußner. Viel Verunsicherung entstehe auch dadurch, dass in Deutschland in Sachen Versorgungsforschung noch einiges im Argen liege und exakte Zahlen in vielen Bereichen fehlten.

Das steckt hinter dem DMP Brustkrebs

DMP stehen für die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke. Neben Diabetes, koronarer Herzkrankheit sowie Asthma/COPD wurde auch die Behandlung des Mammakarzinoms vom Bundesgesundheitsministerium als DMP-tauglich angesehen. Die Programme sind verknüpft mit dem Risikostrukturausgleich, was dazu führt, dass eine Krankenkasse umso mehr Geld aus dem gemeinsamen Topf erhält, je mehr ihrer Versicherten in ein DMP eingeschrieben sind. Im Mittelpunkt der Behandlungskette des DMP Brustkrebs steht ein koordinierender Arzt als Ansprechpartner für die Patientin. Hinzukommen Spezialisten aus den unterschiedlichsten Bereichen. Wichtig ist, dass die Qualität der erbrachten Leistungen, aber auch der Prozesse klar definiert ist und eingehalten wird. Integraler Bestandteil der Nachsorge ist die psychosoziale Beratung und Betreuung der Patientinnen. Deren Teilnahme ist freiwillig, der histologische Nachweis eines Mammakarzinoms aus einem zurückliegenden Zeitraum von maximal fünf Jahren eine verpflichtende Voraussetzung.

eul

Möglicherweise kann das DMP Brustkrebs hier eine Lücke schließen und zukünftig valide Daten liefern. Nach der umfassenden Kritik, die von Ärzteseite bislang an den DMP geübt wurde, fand Ärztekammer-Vize Kaplan verständlichere Worte: „Trotz der systemimmanenten Fehler im DMP Diabetes und trotz der unsäglichen Verknüpfung der Programme mit dem Risikostrukturausgleich begrüße ich das DMP Brustkrebs ganz ausdrücklich.“ Diese Meinung teilten offensichtlich auch die meisten Anwesenden,

wie die Reaktionen auf die Vorstellung des Programmes (siehe Kasten) durch die KVB-Fachreferentin Andrea Stiffel zeigten. Ein ähnliches Ergebnis brachte auch eine Umfrage der Psychotherapeutenkammer unter ihren Mitgliedern: Immerhin 600 Psychotherapeuten hatten Interesse an der Fortbildung und den DMP bekundet. Gute Ausgangsbedingungen also für den nächsten Schritt: die erfolgreiche Umsetzung.

Martin Eulitz (KVB)



Leserbriefe an:
Redaktion Bayerisches Ärzteblatt,
Mühlbauerstr. 16,
81677 München

EDV unterstützt Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Zum Titelthema von Dr. Irmgard Pfaffinger in Heft 9/2004, Seite 485 f.

Mit Sorge verfolge ich die Steigerung der externen Kontroll- und Regulationsdichte in der Medizin und besonders der Psychotherapie. Die von Frau Kollegin Pfaffinger vorgeschlagene Methodik der Qualitätssicherung erinnert mich an das Controlling in der Wirtschaft, das von Kassen und Politik im Sinne einer Ökonomisierung der Psychothe-

rapie gefordert wird. Es ist noch nicht zu spät, die Umsetzung dieser fachfremden Vorgaben kritisch zu hinterfragen, um divergierende Interessen und vor allem die involvierten hermeneutischen Ansätze besser zu differenzieren.

Einige methodische Anmerkungen seien dazu erlaubt:

- Dieser Ansatz stellt eine neuartige, zusätzliche Überwachung der Patient-Therapeut-Interaktion dar, obwohl die Ausbildungskriterien der Ärztekammer bereits einer hohen Qualität entsprechen, das Genehmigungsverfahren eine weitere Auslese darstellt und die fachliche Weiterbildung im Kollegenkreis selbstverständlich ist.
- Die Gleichsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Verbesserung der psychotherapeutischen Tätigkeit ist eine sehr unwahrscheinliche Behauptung.

- Die methodische Trennung in der Erfassung von Prozess-Qualität einerseits und Ergebnisqualität andererseits ist nicht erkennbar.
- Die Gestaltung der getrennten Befragung von Patient und Therapeut ist in der angegebenen Form bei einem Teil der Patienten geeignet, zusätzliche Ängste und Widerstände zu provozieren („Wer macht was mit meinen persönlichen Äußerungen? Warum muss ich überwacht werden? Warum muss mein Therapeut überwacht werden? etc.“).
- Wer diese vorgeschlagene Form der Qualitätssicherung finanziert, wird leider verschwiegen, ebenso eine Begründung für das Ausklammern der stationären Psychotherapie.
- Ein erklärungsbedürftiger Punkt ist die lapidar angeführte Bedarfsgerechtigkeit: soll

Leserforum

dadurch eine Verwaltung des Mangels bezeichnet werden oder eine der Differenzialdiagnostik entsprechende Differenzialindikation?

- Es erscheint fraglich, ob für diese Form der kombinierten Kontroll-, Erhebungs- und Therapieforschung ein Ethik-Votum erlangt werden kann.

Angesichts dieser inhaltlich, methodisch, finanziell, ethisch und therapeutisch wichtigen Fragen hoffe ich auf eine breite methodologische Diskussion, wie

1. der therapeutische Prozess für den Patienten, für die Reflektion des Therapeuten, für die Supervision und für die Begutachtung (Erst- und Folgeanträge) abgebildet werden darf (Schutz der Persönlichkeit) und ob und in welcher Form eine Verbesserung möglich ist.
2. Auf einer weiter abstrahierenden, statistischen Ebene können die Behandlungsergebnisse prospektiv und katamnestic wissenschaftlich erfasst werden als Grundlage für methodologische Fragestellungen und nach entsprechender fachlicher Aufarbeitung auch für gesundheitspolitische Entscheidungen aber nicht für Einkaufsmodelle etc.

Ich hoffe sehr, dass wir in der Qualitätssicherung der Psychotherapie die allfällige Diskussion so intensiv aufgreifen, dass unser therapeutischer Impetus und der Patient nicht Gefahr laufen, in ein dem ICD oder einem Business-Plan ähnliches, drückendes Korsett gepresst zu werden.

Dr. Rolf E. Ullner, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, 84405 Dorfen

Antwort der KVB

Wir teilen Ihre Sorge vor ungebremster „Kontroll- und Regulationsdichte“. Gerade deswegen haben wir uns ja auch eine Möglichkeit zu einer non-punitiven Qualitätssicherung überlegt, bei welcher wir die Datenhoheit haben und welche sowohl uns Therapeuten als auch unseren Patienten nützt. Wir wollen nicht nur die im GKV-Modernisierungsgesetz erneut geforderte Beteiligung an „Maßnahmen der externen Qualitätssicherung“ erfüllen.

Wichtig ist uns, aus unserem eigenen Selbstverständnis heraus, eine sinn- und maßvolle Qualitätssicherung selbst zu bestimmen. Aus

Zu Leserbriefen

Leserbriefe sind uns willkommen. Sie geben die Meinung des Briefschreibers wieder und nicht die der Redaktion. Leider sind die Veröffentlichungsmöglichkeiten begrenzt, sodass die Redaktion eine Auswahl treffen und auch kürzen muss.

Leserbriefe müssen sich auf einen veröffentlichten Beitrag in einem der vorhergegangenen Hefte beziehen.

der Fachgruppe und für die Fachgruppe sollte unseres Erachtens die Qualitätssicherung erfolgen. Verständlich für uns ist, dass die Kollegen, die nicht unmittelbar an der Projektplanung beteiligt sind, hier Zweifel und Befürchtungen hegen. Zu vieles schon wurde über unsere Köpfe hinweg bestimmt.

Ein weiteres wichtiges Ziel ist uns, dass wir auch in Zukunft die Indikationen für die einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren differenziert und an der Notwendigkeit für den Patienten orientiert stellen und über ausreichende Stundenkontingente verfügen können. Wir haben uns allerdings zur Aufgabe gemacht, die Qualität unserer täglichen Arbeit zu reflektieren und auf geeignete Weise darzulegen. Wie wir dies am besten erreichen können, wollen wir in der zweijährigen Pilotstudie herausfinden. Wir laden Sie gerne ein, sich hieran zu beteiligen und Ihr Know-how einzubringen. Erst die daran anschließende breite Diskussion innerhalb der Fachgruppe wird zeigen, welche Vorgehensweise für uns alle die geeignetste ist, um unser Fach im Dienste aller weiterzuentwickeln.

Ich darf Ihnen versichern, dass wir die von Ihnen angeregten Punkte bereits ausführlich diskutiert haben. Aus Platzgründen können wir jedoch weder in einem Artikel noch in diesem Leserbrief umfassend darauf eingehen. Es dürfte Sie im Besonderen interessieren, dass wir im Rahmen der Pilotphase für die ersatzkassenversicherten Patienten eine durchaus akzeptable Vergütung vereinbaren konnten. Eine bereits durchgeführte Machbarkeitsstudie zeigte uns unter anderem den Kooperationswillen und das Interesse unserer Patienten.

Wir sind überzeugt, dass wir mit unserem bayerischen Konzept zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie ein gutes Projekt auf den Weg gebracht haben, und freuen uns auf die weitere, konstruktive Diskussion mit Ihnen und den Psychotherapeuten in Bayern.

Dr. Irmgard Pfaffinger für die Initiativgruppe

Mehr Transparenz für Patientinnen und Patienten?

Zu BLÄK informiert von Dagmar Nedbal in Heft 9/2004, Seite 540 f.

Wie sehr muss eine Ärzteschaft unter dem Druck des modernen bürokratisch-medizinischen Komplexes stehen, dass sie – ohne Satire! – unter der Ägide einer Ärztekammer Themen diskutiert wie „Ausfüllhinweise zur Anlage zur Vereinbarung gemäß §137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V“ oder „Aufgabenkatalog zum Qualitätsbericht der KVB 2004“. Man hat nicht das Gefühl, dass sich die ärztlichen Standesvertreter in den Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgreich oder zumindest erkennbar ernsthaft diesem Trend entgegnen.

Manche ältere Kollegen überlegen deshalb aufzugeben. Was in den Köpfen der jüngeren Kollegen und der Arztstudium-Aspiranten vorgeht, kann ich nur vermuten. Vielleicht überlegt sich mancher, ob er nicht besser BWL, Informatik oder Verwaltungsfachkunde hätte studieren sollen bzw. studieren sollte.

Dr. Wolfram Klinger, Internist, 82284 Grafath

Fortbildungszertifikat und Mutterschutz

Zu KVB informiert in Heft 10/2004, Seite 577.

Im Oktober-Heft des *Bayerischen Ärzteblattes* ist ein Artikel über die „Pause“ zur Fortbildungsverpflichtung, während die Zulassung ruht. Ist dies ein „muss“ oder „kann“?

Meine Zulassung ruht nämlich seit 1. Juli, ich bilde mich aber – soweit möglich – trotzdem fort. Werden diese Punkte aus dieser Zeitspanne dann etwa nicht angerechnet? Oder gilt diese Pausenregelung nur auf Wunsch, wenn sich einer zu knapp weiterbildet?

Dr. B. (Name der Redaktion bekannt).

Antwort der KVB

Wenn die Verpflichtung zur Fortbildung gemäß § 95 d Absatz 3 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V wegen Ruhens der Zulassung unterbrochen ist, kann die in diesem Zeitraum absolvierte Fortbildung trotz Verlängerung des Fünfjahreszeitraumes anerkannt werden.

Begründung: Die Fristverlängerung ist eine Regelung zugunsten der Ärzte und der Ruhestandsbestand stellt kein Fortbildungsverbot dar.

Gleiches gilt für angestellte Ärzte nach § 95 d Absatz 5 Satz 3 SGB V, wobei dieser Arzt zusätzlich die Wahl der Verlängerung hat, da diese nur auf seinen Antrag hin gewährt wird.

„Dunkle Wolken über der KVB“

Zu KVB informiert von Martin Eulitz in Heft 11/2004, Seite 666 ff.

Wir sind Mitglieder des Gesundheitsnetzes Westallgäu, in dem über 40 Ärzte, Haus- wie Fachärzte, Psychotherapeuten und ermächtigt-

te Krankenhausärzte friedlich und sachorientiert zum Wohle unserer gemeinsamen Patienten zusammenarbeiten.

Was die Kollegen Munte und Hoppenhaller derzeit im Vorstand der KVB als Schauspiel aufführen, spottet nicht nur jeder Beschreibung, sondern ist auch in hohem Maße schädlich für unsere gemeinsamen Interessen als niedergelassene Ärzte in einem schwierigen politischen und gesellschaftlichen Umfeld.

Die Kollegen Munte und Hoppenhaller sollten sich schämen, die KV als Plattform für Ihre persönlichen Händel und Machtinteressen zu missbrauchen.

Wir appellieren daher an den Vorstand der KVB: Kehren Sie zur Sacharbeit zurück und setzen Sie die bisher erfolgreiche Arbeit in der KVB fort als wirkliche Interessenvertreter der Vertragsärzte in Bayern.

Dr. Franz-Joseph Sauer, Internist, Vorsitzender des Gesundheitsnetzes Westallgäu e. V., 88161 Lindenberg



Zeichnung: Dr. Markus Oberhauser, St. Gallen

Fröhliche Weihnachten

Leise rieselt der Schnee, das Weihnachtsfest steht wieder einmal kurz bevor. Zeit für Besinnlichkeit und die Familie. Zeit für ein hübsches Weihnachtsmärchen: Es war einmal eine nicht näher benannte Republik, die sich zumindest ein monarchisches Element erhalten hatte: Königin Ulla I., die den schönen Beinamen „die Lehrende“ trug. Gemeinsam mit ihrem Hofstaat tüftelte sie Tag ein Tag aus an neuen Erfindungen, die vor allem ein Ziel hatten: den Menschen in der Republik ein rechtes Wohlgefallen zu sein. Zu ihren größten Erfolgen zählte dabei der so genannte „Praxistaler“, den der gewöhnliche Bürger beim Besuch eines Heilers entrichten durfte oder die „Poligesundhäuser“, in denen kranke Menschen kurz einmal reinschauten und dann gleich wieder gesund rausgingen. Alles bestens also in der beschaulichen Republik? Nein, denn die Heiler, denen Königin Ulla doch so ein erfülltes Leben beschert hatte, erwiesen sich als höchst undankbare Zeitgenossen. Sie wollten immer mehr: mehr Geld, mehr Freizeit, mehr Anerkennung. Da halfen auch die großen, schwarzen Bücher nichts, in denen die Hofschranzen der Königin die vielen Verfehlungen der Heiler eingetragen hatten. Die Rettung nahte erst, als der edle Ritter Karl der Professorale, der den schönen Beinamen „die Fliege“ trug, in der gebeutelten Republik ankam. Nach seinen Lehr- und Wanderjahren in dem fernen Land über dem großen Teich brachte er nun genug Erfahrung mit, um selbst die übelsten Zeitgenossen zum Guten zu bekehren. Sein Zaubertrank: Man nehme einen möglichst unverständlichen englischen Ausdruck, garniere diesen mit ein paar pseudowissenschaftlichen Aussagen, rufe dreimal laut „Ökonomie“ und fertig ist das Patentrezept für alle Fälle. Da fiel nicht einmal mehr den Heilern etwas ein und so lebten Königin Ulla und ihre Freunde glücklich und unbeschwert bis ans Ende ihrer Tage.

Fröhliches Weiterträumen wünscht Ihr

MediKuss