

**Marianne Funk:
Rolle der Psychotherapeuten beim Brustkrebs-DMP**

Knapp 70% der an Brustkrebs erkrankten Frauen haben behandlungsbedürftige psychische Symptome. Nach der Sulostiftung (2002) weisen 37% aller Frauen Komorbiditäten mit psychischen Störungen auf (Risikogruppe III), 31% haben Probleme mit der Krankheitsbewältigung (Risikogruppe II). Diese Zahlen verdeutlichen, dass Psychotherapeuten in die Versorgung erkrankter Frauen einbezogen werden müssen. Aber die Frage ist, welche Psychotherapeuten in welchen Strukturen hier tätig werden sollen. Bei manchen Niedergelassenen ist die Hoffnung groß, über DMP's an der Versorgung und den damit verbundenen Liquidationsmöglichkeiten teilnehmen zu können. Bedarfsstatistische Analysen lassen aber Zweifel daran aufkommen, ob psychoonkologische Fortbildungen derzeit nicht über den Bedarf bzw. am Bedarf vorbei stattfinden.

Pro Jahr erkranken 46.000 Frauen an Brustkrebs. Davon sind 11.000 Frauen älter als 75 Jahre, weitere 16.000 Patientinnen über 60 Jahre. Wenn wir davon ausgehen, dass wohl kaum mehr als 70% der Patientinnen am DMP teilnehmen und von diesen wiederum etwa 70 % psychische Auffälligkeiten aufweisen, dann ergibt das – theoretisch - pro Jahr etwa **17.150 Kandidatinnen** für psychoonkologische DMP-Maßnahmen, die jünger als 75 Jahre alt sind. DMP-Maßnahmen sind in erster Linie begrenzte Gruppenmaßnahmen in Form von psychoedukativen und verhaltensmedizinische Interventionen, Angenommen, jeder Frau stünde ein Kontingent von 10 Stunden zur Verfügung und an jeder Gruppe würden im Durchschnitt fünf Frauen teilnehmen, so ergäbe das ein bundesweites DMP-Kontingent **von 34.300 Behandlungssitzungen** im Jahr. Das entspricht 2,5 Promille der etwa 14 Millionen Behandlungsstunden, die derzeit von niedergelassenen Psychotherapeuten pro Jahr geleistet werden!

In der Anfangsphase des DMP gibt es Patientinnen mit Alt-Erkrankungen, welche die Zahl der Interessentinnen erhöhen. Diese werden derzeit zusätzlich registriert, was es aber in den Folgejahren nach Einrichtung der DMP's nicht mehr in nennenswertem Umfang geben kann. Deshalb wurden sie in der vorliegenden Berechnung nicht berücksichtigt. Dafür wurde aber davon ausgegangen, dass alle potentiellen Teilnehmerinnen die Maßnahmen auch tatsächlich wahrnehmen. In der Versorgungsrealität gibt es aber verschiedene Einschränkungen:

- Krankheitsverlauf : Schwer kranke und moribunde Patientinnen können nicht teilnehmen; Leicht-Erkrankte verlieren derzeit ihren Chronikerstatus für DMP
- Alter: Ältere und alte Patientinnen können und wollen nur selten teilnehmen
- Motivation: Manche Frauen lehnen psychologische Maßnahmen generell ab; Andere scheuen sich vor Gruppenmaßnahmen mit anderen Betroffenen.
- Regionales: Lange Anfahrtswege machen eine Teilnahme unattraktiv oder unmöglich
- Selbsthilfegruppen: Viele Frauen suchen keine Kurzzeitprogramme sondern den langfristigen Austausch z.B. in Selbsthilfegruppen
- Doppelbehandlung: Bestimmte Maßnahmen haben bereits in der Klinik stattgefunden.

All das lässt befürchten, dass der Anteil der psychologischen Betreuung im niedrigschwelligen Bereich in der Brustkrebsversorgung gering sein wird, wenn wir nicht die geeigneten Strukturen schaffen.

Eine gute niedrigschwellige Versorgung der erkrankten Frauen fordert ein breites Spektrum von Maßnahmen: psychoedukative und verhaltensmedizinische Gruppenprogramme, Einzelfallhilfe für Krisenintervention, Förderung der Compliance und der Krankheitsverarbeitung, teilweise auch sozialarbeiterische Betreuung und die Vernetzung mit

Selbsthilfegruppen. Ein umfangreiches Angebot, das jede Frau nach ihrem Bedarf nutzen könnte, wäre wünschenswert.

DMP's sind aber zur Eingrenzung von Leistungen gedacht. Evidenzbasierte Leitlinien reduzieren auf Durchschnittsbedürftigkeit. Zur Regulierung der Versorgung werden Screeningverfahren eingesetzt. Dies führt zu einer grundlegenden Problematik. Screeningverfahren ersetzen die individuelle Entscheidung einer Patientin. Sie kann ein Angebot nur akzeptieren oder ablehnen, eine Ausweitung oder Modifizierung der Leistung ist nicht vorgesehen. Die Versorgung wird verschlechtert durch Zwangsbeglückung der einen, während andere weniger Versorgung erhalten, als sie benötigen. Es bedeutet eine Entmündigung der Psychotherapeutin und ihrer Patientin, sich nicht selbständig für eine längere oder kürzere Intervention entscheiden zu können. Dies ist eine Entwertung unserer Professionalität.

Als Versorgungsstrukturen sind Krebsberatungsstellen mit Psychotherapeuten und Psychoonkologen geeignet, die auch Vernetzungsarbeit leisten könnten. Eine normale psychotherapeutische Praxis ist dagegen für die Versorgung von akut erkrankten Patientinnen wenig geeignet, weil kaum leistbare Anforderungen an die Flexibilität des Psychotherapeuten gestellt werden: es müssen kurzfristig (eventuell auch höherfrequent) Termine angeboten werden, andererseits ist in akuten Phasen mit kurzfristigen Stundenabsagen zu rechnen, wobei die Frage des Ausfallhonorars großzügiger behandelt werden sollte.

Für uns Niedergelassene bleibt in der Regel das Angebot psychotherapeutischer Behandlungen. Diese sollten mehr in die DMP's eingebunden sein. Es ist zu begrüßen, dass Kolleginnen und Kollegen ihre Kompetenz für die Behandlung Tumorkranker verbessern wollen, aber die Motivation dafür muss das Interesse an den Patientinnen sein. Die Hoffnung, dass sich durch entsprechende Fortbildungen in nennenswerter Weise neue Einkommensquellen erschließen lassen, dürfte enttäuscht werden.

MF