

## Die psychische Betreuung des Tumorpatienten

Zu dem Beitrag von  
Professor Dr. med. Peter Drings und Dr. med. Allmuth Sellschopp  
in Heft 21/1984, Seiten 1708–1712

### Stellungnahme

Haben Sie Dank für Ihren schönen Artikel im DEUTSCHEN ARZTEBLATT vom 25. Mai 1984 über die psychische Betreuung des Tumorpatienten. Inhaltlich stimmen wir Ihnen in jedem Punkt zu. Unsere Erfahrungen in Hessen können allerdings Ihr Anliegen nur als einen Wunschtraum charakterisieren. Der fachkompetente Onkologe ist in der Regel ein Internist. Für diese Fachgruppen ist aber die psychologische Betreuung als eine eigene berechnungsfähige Leistung nicht mehr vorgesehen, auch wenn sie, wie von Ihnen dargestellt, gerade in einer onkologischen Schwerpunktpraxis einen großen Raum einnehmen muß. Die entsprechenden Ziffern in der Gebührenordnung können nach einem Beschluß der sogenannten AG-19-Kommission nicht mehr in Ansatz gebracht werden. Das Ausweichen auf andere Ziffern (z. B. 849 BMÄ), die sogenannte analoge Bewertung, ist aber wegen des Einspruchs der RVO-Kassen nicht statthaft. Hinzu kommt, daß auch das Verständnis für die Notwendigkeit einer psychologischen Betreuung der Tumorpatienten zu fehlen scheint. So wird deren psychologische Situation mit der von Patienten in einem Altersheim gleichgesetzt (sinngemäße Feststellung eines Vorsitzenden in einem Prüfungsverfahren). Zum anderen wurde in einem Beschwerdeverfahren zum gleichen Thema der fehlende Nachweis einer psychiatrischen Zusatzausbildung oder auch die Nichtteilnahme an einer Balint-Gruppe als Mangel vermerkt.

Sie sehen, daß selbst die Kenntnisse über einfaches ärztliches Handeln hier bereits verloren gegangen zu sein scheinen. Jeder praktisch tätige Onkologe weiß, daß eine spezifische Behandlung ohne die von Ihnen skizzierte psychologische Betreuung nur Stückwerk sein kann. Deswegen wird sie auch unter großem Zeitaufwand durchgeführt – nur offiziell scheint dieses Handeln gar nicht mehr vorgesehen zu sein.

Professor Dr. med.  
Manfred Fischer  
Privatdozent Dr. med.  
Frank Walther  
Onkologische Schwerpunktpraxis  
Usinger Straße 11  
6000 Frankfurt am Main 60

### Schlußwort

Für die psychische Betreuung des Tumorpatienten werden nicht nur Einfühlungsvermögen, Geduld und Kenntnisse benötigt, sie erfordert in erster Linie viel Zeit. Diese muß dem therapeutischen Team zur Verfügung gestellt werden. Das heißt selbstverständlich für die Krankenträger und die Krankenkassen, und somit für die Gesellschaft, daß die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden müssen. Wir erwarten in nächster Zeit eine positive Entwicklung in diesem Lernprozeß bei allen Beteiligten.

Professor Dr. med. Peter Drings  
Dr. med. Allmuth Sellschopp  
Thorax-Krankenhaus Rohrbach  
Amalienstraße 5  
6900 Heidelberg

## Perikarditis nach herzchirurgischen Eingriffen

Seit mehreren Jahren wird im angloamerikanischen Schrifttum über die Concretio pericardii im Gefolge herzchirurgischer Eingriffe berichtet (bisher 45 gesicherte Fälle).

Die Autoren aus dem Herzenzentrum von Professor Blanc, Limoges, teilen einen weiteren Fall mit: Eine 54jährige Patientin, die 1974 wegen Aorteninsuffizienz infektiöser Genese mit einer Implantation von Starrschen Klappen behandelt worden war, zeigte eine Rechtsherzinsuffizienz, die durch Gabe von Diuretika behoben wurde. 1980 traten eine Leberschwellung, ein hepatojugulärer Reflux und Aszites auf; Ödeme der unteren Extremitäten bei normaler Herzkonfiguration sprachen für eine Perikarditis, die mit Herzkatheterismus objektiviert wurde. Es bestand eine Anhebung und Nivellierung des diastolischen Druckes im rechten Herzen und in der A. pulmonalis. Die Patientin wurde daraufhin 1981 noch einmal operiert. Es fand sich eine erhebliche Perikardfibrose, welche eine totale Perikardektomie erforderte. Der weitere Verlauf – bei bisher dreijähriger Nachbeobachtung – war absolut günstig.

Derartige Fälle dürften nach Ansicht der Autoren wesentlich häufiger sein, als bisher angenommen. Die Perikarditis tritt in sehr verschiedenen Zeitabständen nach dem herzchirurgischen Eingriff auf, und zwar Wochen, Monate oder Jahre danach. Zur Sicherung der Diagnose sind eingehende hämodynamische Untersuchungen erforderlich, um irreversible Myokardschäden auszuschließen und die totale Perikardektomie durchzuführen, die als erfolgreiche Therapie empfohlen wird.

Benaid, J. et al., Presse Médicale 13, 28 (1984) 1748