

Daniel Berthold / Jan Gramm / Manfred Gaspar / Ulf Sibelius (Hg.)



Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende

V&R

Daniel Berthold/Jan Gramm/Manfred Gaspar/Ulf Sibelius (Hg.):
Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende

V&R

Daniel Berthold/Jan Gramm/Manfred Gaspar/Ulf Sibelius (Hg.):
Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende

Daniel Berthold/Jan Gramm/Manfred Gaspar/Ulf Sibelius (Hg.):
Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende

Daniel Berthold/Jan Gramm/
Manfred Gaspar/Ulf Sibelius (Hg.)

Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende

Vandenhoeck & Ruprecht

Wir danken der Deutschen PalliativStiftung
für die freundliche Unterstützung.



Mit 12 Abbildungen und 3 Tabellen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-647-40288-8

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

© 2017, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen /
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.
www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Inhalt

Vorwort	9
---------------	---

Einleitung

<i>Heiner Melching</i> Bestandsaufnahme der Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland	13
---	----

<i>Bernd Oliver Maier</i> Zukünftige Herausforderungen der Palliativversorgung	25
---	----

<i>Jan Gramm und Urs Münch</i> Psychologie und Psychotherapie in der bundesdeutschen Palliativversorgung	33
--	----

<i>Claudia Wenzel</i> Konzepte und Befunde zu psychotherapeutischen Interventionen am Lebensende	41
--	----

Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende

<i>Thomas Heidenreich, Annette Riedel, Johannes Michalak</i> Achtsamkeitsbasierte Ansätze. Im Hier und Jetzt (auch) in der letzten Lebensphase	53
--	----

<i>Rainer F. Sonntag</i> Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Akzeptanz und Engagement bis zuletzt	71
---	----

<i>Brigitte Dorst</i> Analytische Psychologie. »Den Tod als ein Ziel sehen« (C. G. Jung)	87
---	----

<i>Konrad Stauss</i> Bondingpsychotherapie. Bindungsverletzungen bewältigen oder: Sein ist Beziehungssein	107
<i>Alexander Noyon und Thomas Heidenreich</i> Existenzielle Ansätze. Ein Plädoyer für Realitätsorientierung und Menschlichkeit	121
<i>Lotte Hartmann-Kottek</i> Gestalttherapie. Existenzielle Widerspiegelungen zwischen der Ganzheit und ihren Teilen	137
<i>Wolfgang Schulze und Dirk Revenstorff</i> Hypnotherapie. Veränderungsprozesse anstoßen durch Trance	155
<i>Dorothea Oberegelsbacher, Bernd Rieken, Brigitte Sindelar, Thomas Stephenson</i> Individualpsychologie. Lebensintegration durch Selbstverantwortung ...	175
<i>Wulf Mirko Weinreich</i> Integrale Psychotherapie. Perspektivenwechsel für Sterbende und Angehörige	193
<i>Rainer Sachse und Jana Fasbender</i> Klärungsorientierte Psychotherapie. Problematische Schemata klären und bearbeiten	211
<i>Yvonne Maurer</i> Körperzentrierte Psychotherapie. Der Tod als neues Beziehungs- geschehen mit dem Transzendenten	231
<i>Jürgen Kriz</i> Personzentrierte Systemtheorie. Eine metatherapeutische Konzeption oder: Dem Lebensende mit erweitertem Blickfeld begegnen	249
<i>E. Noni Höfner und Sascha Neumann</i> Provokative Therapie. Wie todernt ist Sterben? Humor, Improvisation und Provokation in der Begleitung von Sterbenden	267

<i>Ursula Burkert und Helmwart Hierdeis</i> Psychoanalyse. Halt geben und loslassen oder: Sterben als Verdichtung des Unerfüllten	279
<i>Luise Reddemann</i> Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. Würde und Trost als Schlüssel zur Selbstbegegnung	299
<i>Peter Gasser</i> Psycholytische Therapie. Leben wollen und sterben können	311
<i>Insa Sparrer</i> Systemische Strukturaufstellungen. Lösungsfokussierung und transverbale Methoden am Lebensende	327
<i>Michael Broda</i> Verhaltenstherapie. Sterben ist keine krankheitswertige Störung	343
<i>Julia Weber und Maja Storch</i> Das Zürcher Ressourcen Modell. Gefühlsregulation und die Erzeugung von Sinn durch Motto-Ziele	359
Die Herausgeber	375

Daniel Berthold/Jan Gramm/Manfred Gaspar/Ulf Sibelius (Hg.):
Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende

Vorwort

»Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht. Das ist das Geheimnis der Fürsorge. Wenn wir das nicht tun können, ist es eine Illusion zu denken, wir könnten anderen Menschen helfen. Jemandem zu helfen impliziert, dass wir mehr verstehen als er, aber wir müssen zunächst verstehen, was er versteht.«
Soren Kierkegaard

Psychische Prozesse im Leben eines Menschen sind höchst individuell. Sie zu verstehen, helfen uns die Erkenntnisse der Psychologie. Denn: Trotz aller Individualität gibt es im menschlichen Fühlen, Denken und Erleben kulturell und sozial bedingte Normvarianten mit ständig wiederkehrenden identifizierbaren Mustern, die in Herausforderungen bestehen, denen es sich zu stellen in allen Lebensabschnitten gilt.

Im Rahmen von Ausbildung, Weiterbildung und Selbsterfahrung lernten wir unterschiedlichste Psychotherapieschulen aus der Innenperspektive kennen. Wir teilen die Erkenntnis, dass Psychotherapie in all ihrer Methodenvielfalt ein unschätzbares Potenzial für tiefgreifende Entwicklung und Veränderung in allen nur denkbaren Lebenslagen in sich birgt – ein Schatzkästlein voller Kostbarkeiten, bestehend aus Strategien, Konzepten, Grundhaltungen und Techniken psychotherapeutischer Ansätze und Wirkmechanismen.

Grundstein dieses Bandes war für uns daher die Frage nach der Relevanz jenes geballten Wissens für unser Fachgebiet, die Palliativ- und Hospizversorgung: Welches Potenzial bergen psychotherapeutische Ansätze für die Begleitung Sterbender?

Mit dieser Frage richteten wir uns an herausragende Protagonistinnen und Protagonisten der psychotherapeutischen Landschaft im deutschsprachigen Raum. Jedem der Autorinnen und Autoren wurden zehn Leitfragen vorgelegt, in der Absicht, der Leserschaft damit eine Struktur im Sinne eines roten Fadens kenntlich zu machen. Von besonderer Wichtigkeit waren uns dabei – neben methodisch-technischen Fragen mit Relevanz für den palliativen und hospizlichen Berufsalltag – auch solche nach der jeweiligen therapeutischen Grundhaltung und dem ihr zugrunde liegenden Menschenbild. Zudem interessierten uns auch die Grenzen der jeweiligen Verfahren sowie gegebenenfalls ausstehende Entwicklungsschritte.

Bei der Lektüre der Beiträge mag der Eindruck entstehen, dass gerade eine Haltung der Demut und Intuitivität einen besonderen Stellenwert einnimmt.

Dies ist sicherlich kein Zufall. Offenbar zentrieren uns die Herausforderungen am Lebensende auf die letztlich wesentlichen Dinge des menschlichen Lebens: darauf, miteinander in tiefer Verbundenheit zu stehen, und vielfach auch auf eine Hinwendung zur Transzendenz dessen, was wir als vergänglich erfahren.

Einleitend bilden die ersten vier Kapitel Rahmen und Hinführung zum Thema des Bandes. Nachdem zunächst die Herausforderungen der Palliativversorgung insgesamt umrissen werden, erfolgt ein Abriss zum Status quo der bundesdeutschen Palliativversorgung, der Rolle von Psychologie und Psychotherapie hierin sowie eine Einführung in bereits bestehende Konzepte und Befunde spezifisch zur psychotherapeutischen Intervention am Lebensende.

In den folgenden 19 Beiträgen des Hauptteils stellen ausgewiesene deutschsprachige Expertinnen und Experten unterschiedlichster psychotherapeutischer Provenienz erstmals in komprimierter und gleichermaßen umfassender Darstellung ihre jeweiligen Ansätze zum Thema dar. Dabei ging es uns nicht nur um »Lehrbuchwissen«. Insbesondere galt unser Interesse auch den angefragten Persönlichkeiten: Und so wurden die Beiträge des Bandes auch um die Erfahrungen, Einsichten und Ansichten unserer Autorinnen und Autoren selbst bereichert. Aus diesem Anspruch resultierte schließlich ein facettenreiches Bild sowohl von bereits etablierten Erkenntnissen als auch von denkbaren, doch längst nicht ausgeschöpften Möglichkeiten.

Mit den Autorinnen und Autoren wurde vereinbart, der besseren Lesbarkeit wegen die verallgemeinernd männlichen Formen von Personen und Berufsbezeichnungen nicht um ihre weiblichen Formen zu ergänzen. Gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

Großer Dank gilt unseren psychologischen Praktikanten, Herrn Usama EL-Awad, Herrn Sebastian Palmer, Herrn Jonathan Sebök und Frau Mareike Jannermann für ihre engagierte Unterstützung.

Der Deutschen PalliativStiftung sei für die freundliche monetäre Unterstützung herzlich gedankt.

Wir hoffen, dass der hier vorgelegte Band als Einladung zum interdisziplinären Dialog verstanden und genutzt werden möge. Wir sind überzeugt, er gibt wertvolle Impulse für eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Menschen am Lebensende.

Weiterhin gilt die Hoffnung, den Adressaten – den Mitgliedern aller Professionen in der Palliativ- und Hospizversorgung, Betroffenen, Angehörigen und allgemein Interessierten – eine spannende und erkenntnisreiche Lektüre zu bieten.

Daniel Berthold, Jan Gramm, Manfred Gaspar und Ulf Sibelius

Daniel Berthold/Jan Gramm/Manfred Gaspar/Ulf Sibelius (Hg.):
Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende

Einleitung



Dipl.-Sozialpädagoge/Sozialarbeiter **Heiner Melching**, Trauerbegleiter (ITA). Seit 1995 in verschiedenen Bereichen der Trauer- und Krisenbegleitung tätig. 1999–2008 Geschäftsführer und Leiter der Beratungsstelle des Vereins »Verwaiste Eltern und Geschwister Bremen e. V.« Seit 2001 Referententätigkeit im Bereich der Fort- und Weiterbildung mit Schwerpunkt Palliativmedizin für Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorger, Hospizdienste und Studierende. 2008–2009 Tätigkeit am Krankenhaus Links der Weser in Bremen mit den Aufgabenbereichen Aufbau und Koordination eines ambulanten Palliativdienstes (im Sinne von SAPV) sowie Arbeit im Sozialdienst der Palliativstation. Seit 2009 Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP).

E-Mail: heiner.melching@palliativmedizin.de

Website: www.palliativmedizin.de

Heiner Melching

Bestandsaufnahme der Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland

Palliativ- und Hospizversorgung

Generell ist eine Betrachtung der Palliativversorgung in Deutschland nicht losgelöst von der Hospizversorgung möglich. Beide Bereiche sind eng miteinander verbunden und auch in der jeweiligen strukturellen Verankerung wird an vielen Stellen die Einbindung des jeweils anderen Bereiches vorausgesetzt (z. B. durch verbindliche Kooperationen). Eine Unterteilung dieser beiden Versorgungsgebiete ist in Deutschland der historischen Entwicklung geschuldet. Während sich die Palliativmedizin seit Ende der 1970er Jahre vornehmlich innerhalb des Gesundheitssystems entwickelte, wo der Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden von Medizinern, Pflegenden, Seelsorgern und anderen im Krankenhaus Beschäftigten angeprangert und verändert wurde, entwickelte sich die Hospizbewegung, die häufig als Bürgerbewegung beschrieben wird, zunächst außerhalb des Gesundheitssystems (Deutscher Hospiz- und Palliativverband, 2017). Cicely Saunders beschrieb und kommentierte diesen Weg Mitte der 1980er Jahre folgendermaßen: »Die Hospizbewegung zog aus dem Gesundheitswesen aus und entwickelte eigene Modelle. Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und die Erfahrungen in die Regelversorgung zu reintegrieren, damit die Haltung und das Wissen zurückfließen können« (Clark, 2002, S. 242 f.). In der hier beschriebenen Integration hospizlicher Haltung und entsprechender Begleitungskonzepte in die Regelversorgung wird das Zusammenwirken mit der Palliativversorgung deutlich. Grob vereinfacht ließe sich sagen, dass die Hospizversorgung ihren Schwerpunkt in der ehrenamtlichen und sozialen Begleitung hat, während die Palliativversorgung vornehmlich durch hauptamtlich im Gesundheitswesen Beschäftigte erbracht wird. Die aus der geschichtlichen Entwicklung resultierende Unterscheidung von Palliativ- und Hospizversorgung mit den entsprechenden Strukturen ist ein spezifisch deutsches Phänomen. In anderen Ländern ist eine solche Differenzierung weniger ausgeprägt, was unter anderem zur Folge hat, dass zum

Beispiel eine Unterscheidung von Betten auf Palliativstationen und in stationären Hospizen in anderen Ländern nicht möglich ist. Während in Deutschland ein Aufenthalt auf einer Palliativstation (als Bereich des Krankenhauses) eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit voraussetzt und ein stationäres Hospiz im engeren Sinne eine spezialisierte Pflegeeinrichtung darstellt, sind zum Beispiel in Hospizen in Großbritannien grundsätzlich auch Ärzte beschäftigt und Behandlungen möglich, die in Deutschland Krankenhaus- oder niedergelassenen Ärzten vorbehalten sind.

Die Kosten der Palliativ- und Hospizversorgung werden in Deutschland überwiegend aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen, die durch Spenden und in stationären Hospizen durch Gelder der Pflegeversicherung ergänzt werden. Die Regelungen hierzu sind vornehmlich im SGB V (z. B. §§ 39a, 37b) sowie im Krankenhausfinanzierungsgesetz (z. B. § 17b und § 6 KHentgG) geregelt.

Die Entwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland

Die Palliativ- und Hospizversorgung hat in Deutschland seit den 1990er Jahren eine überaus positive Entwicklung genommen, was sich auch an der zunehmenden Zahl von Palliativstationen und stationären Hospizen (Abbildung 1) zeigt. Dennoch verfügen derzeit nur ca. 15 % aller deutschen Krankenhäuser über eine Palliativstation und im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) – worauf für gesetzlich Versicherte seit 2007 ein Rechtsanspruch besteht – ist davon auszugehen, dass der Bedarf erst zu ca. 60 % gedeckt ist (Melching u. Bertelsmann Stiftung, 2015). Auch die Tatsache, dass bei Medizinern die Zusatzbezeichnung »Palliativmedizin« die am zweithäufigsten erlangte Zusatzbezeichnung nach der Notfallmedizin ist und inzwischen über 10.000 Ärzte über diese Zusatzbezeichnung verfügen, kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass damit nur ca. 3 % aller in Deutschland tätigen Ärzte über diese Zusatzqualifikation verfügen. Langfristig werden sich weitere Verbesserungen daraus ergeben, dass Palliativmedizin im Jahr 2009 zum Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium erklärt wurde und dass der Bereich der Palliativversorgung zunehmend in verschiedenen Facharztausbildungen Berücksichtigung findet.

Auch durch das *Hospiz- und Palliativgesetz* (HPG) vom 01.12.2015 wurden weitere Anreize zur palliativmedizinischen Weiterqualifizierung geschaffen (Deutscher Bundestag, 2015).

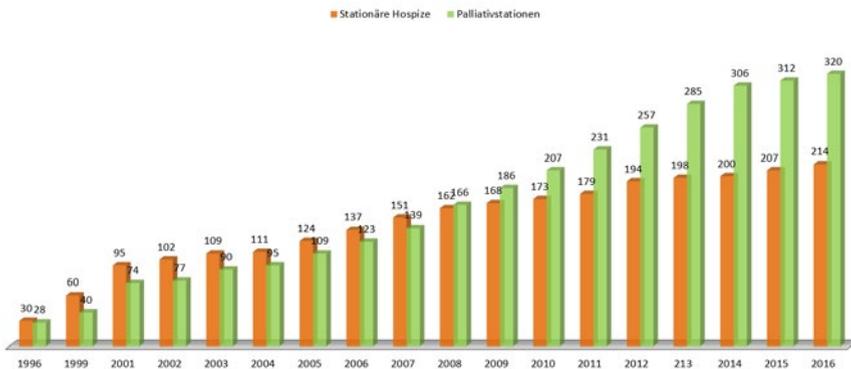


Abbildung 1: Entwicklung stationäre Einrichtungen
(Quelle: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de)

Vertiefung: Das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz, HPG)

Im Dezember 2015 wurde ein für die Palliativversorgung bedeutsames Gesetz verabschiedet, das die Verbesserung der Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland zum Ziel hat. Es wurden hierdurch weitreichende Änderungen der Sozialgesetzbücher V und XI sowie des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgenommen. Schwerpunkte dieses neuen Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) sind unter anderem:

- eine bessere Finanzierung von Hospizleistungen,
- der Ausbau der allgemeinen ambulanten pflegerischen und medizinischen Palliativversorgung sowie die Vernetzung verschiedener Leistungserbringer,
- Erleichterungen beim Abschluss von Verträgen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV),
- ein Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen,
- stationäre Pflegeeinrichtungen können ihren Bewohnern ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot in Form einer individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten, welches durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird,
- Palliativstationen in Krankenhäusern können regelhaft außerhalb des DRG-Systems nach tagesgleichen Pflegesätzen vergütet werden,
- eine gesonderte Finanzierung und Kriterien für multiprofessionelle Palliativdienste innerhalb eines Krankenhauses.

Während durch den neuen § 217 StGB nur wenig konkrete Auswirkungen für die Palliativ- und Hospizversorgung zu erwarten sind, bietet das HPG eine gute Grundlage, um die Versorgung zu verbessern. Hierzu wird es allerdings entscheidend sein, wie die konkrete Ausgestaltung der Gesetzesänderungen durch ergänzende und konkretisierende Vereinbarungen erfolgt.

Generell lässt sich bezüglich der Versorgungsstrukturen in Deutschland allerdings eine große Heterogenität hinsichtlich der Verteilung stationärer Hospiz- und Palliativbetten sowie der Anzahl qualifizierter Palliativmediziner feststellen.

Aber nicht nur hinsichtlich der Quantität, sondern auch bezüglich der Qualität ist besonders in den letzten Jahren eine Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der einzelnen Bereiche der Palliativversorgung zu beobachten. Insbesondere ist hier die im Mai 2015 fertiggestellte *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung* (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015) zu nennen, die neben den Behandlungsempfehlungen und Qualitätsindikatoren auch ein umfangreiches Kapitel zu Versorgungsstrukturen inklusive Personalanforderungen enthält. Darüber hinaus wurden von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin *Zertifizierungskriterien für Palliativstationen* entwickelt, wodurch diese seit 2017 die Möglichkeit erhalten, sich durch eine unabhängige Zertifizierungsgesellschaft zertifizieren zu lassen.

Strukturen der Palliativ- und Hospizversorgung

Zunehmend kristallisiert sich eine Unterteilung der Strukturen in »Allgemeine« und »Spezialisierte« Palliativversorgung (APV und SPV) heraus (Tabelle 1), wodurch sich eine Einteilung in folgende vier Bereiche ergibt:

1. Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV),
2. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV),
3. Allgemeine stationäre Palliativversorgung (ASPV),
4. Spezialisierte stationäre Palliativversorgung (SSPV).

Initial für diese Differenzierung war die Einführung der SAPV im Jahr 2007 und die damit verbundenen Regelungen im § 37b und 132d SGB V, wobei hierdurch die Frage aufgeworfen wurde, was denn im Gegensatz zur SAPV eine AAPV kennzeichnen würde und welche Regelungen dafür gegebenenfalls zu schaffen wären.

Tabelle 1: Übersicht APV/SPV (Quelle: DGP)

	Stationäre Palliativversorgung	Ambulante Palliativversorgung
Allgemeine Palliativversorgung (APV)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Allgemeine Krankenhausstationen ➤ Nicht spezialisierte Palliativstationen / Palliativeinheiten / Palliativbetten ➤ Palliativbeauftragte ➤ Durch Personal mit Basisqualifikation 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) ➤ Hausärzte / tlw. mit Zusatzqualifikation (im EBM vergütet) ➤ Ab 2017 – BQKPMV ➤ Pflegedienste und Pflegeheime mit Basisqualifikation ➤ Ambulante Hospizdienste (ca. 1.500 Hospizdienste mit ca. 100.000 Ehrenamtlichen) Vergütung über § 39a SGB V ➤ Weitere Netzwerkpartner, z.B. Palliativstützpunkte
Spezialisierte Palliativversorgung (SPV)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Spezialisierte Palliativstationen (eigenständige Abteilungen mit erhöhten Qualitätsanforderungen - z.B. mind. 5 Betten) ➤ Palliativdienste ➤ Stationäre Hospize ➤ Immer durch multiprofessionelle Teams!! 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (gesetzlicher Anspruch seit 2007 – geschätzter Bedarf = ca. 10% aller Sterbenden) ➤ Immer multiprofessionell – oft durch Teams!! ➤ Tgl. 24h Verfügbarkeit

Im stationären Bereich wurde im Jahr 2012 ein neues Zusatzentgelt (gemäß OPS 8-98e) mit dem Begriff *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* eingeführt. Bereiche, in denen dieses Zusatzentgelt aufgrund der dafür geforderten Strukturmerkmale nicht erlost werden kann, werden seitdem als Bereiche der ASPV bezeichnet. Damit folgt diese Unterteilung einzig einer Finanzierungslogik. Eine verbindliche oder gar gesetzlich definierte Differenzierung zwischen SPV und APV existiert jedoch nicht.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). Für die AAPV gibt es keine allgemeingültigen umfassenden Regelungen. Sie ist Teil der Regelversorgung und wird von Haus- und Fachärzten, Pflegediensten, Hospizvereinen und anderen Netzwerkpartnern erbracht. Seit 2013 existieren spezielle Abrechnungsziffern im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), die dort als Leistungen der AAPV benannt sind und die niedergelassenen Ärzten die Vergütung bestimmter Leistungen ermöglichen.

Durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) 2015 ist eine weitere Leistung der AAPV unter dem Begriff *Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung* (BQKPMV) hinzugekommen. Neben definierten Anforderungen an die Qualität der Leistung, an Koordination und Kooperationen (mit Pflegeeinrichtungen und weiteren Leistungserbringern der Palliativ- und

Hospizversorgung) und an den Umfang der zu leistenden Fortbildungen werden auch persönliche Qualifikationen für Ärzte vorausgesetzt (Hospitation im Palliativbereich, Basiskurs Palliativmedizin).

Für Patienten besteht die Voraussetzung für den Erhalt dieser neuen Leistung darin, dass eine nicht heilbare, fortschreitende und so weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, dass nach fachlicher Einschätzung die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die SAPV ist der einzige gesetzlich eindeutig geregelte Bereich der Palliativversorgung. Im Jahr 2007 wurde mit der Einführung der gesetzlichen Regelungen zur SAPV in das Sozialgesetzbuch (§ 37b und § 132d SGB V) eine große Chance für den Ausbau und die Verbesserung der ambulanten Versorgung für schwerstkranke und sterbende Menschen in Deutschland eröffnet. Mittels palliativmedizinisch und -pflegerisch qualifizierter Teams, bestehend aus Ärzten, Pflegekräften und unter Einbindung Ehrenamtlicher, können Betroffene hier auf eine 24-Stunden-Verfügbarkeit zugreifen. In Ergänzung zum bestehenden Versorgungssystem soll dies neben einer verbesserten Symptomkontrolle unter anderem auch zur Vermeidung nicht gewollter Krankenhauseinweisungen beitragen. Allerdings hat sich die SAPV nur in Einzelfällen als multiprofessionelle Leistung im engeren Sinne entwickelt. Sie wird zumeist biprofessionell durch Ärzte und Pflegekräfte erbracht und durch Einbindung Ehrenamtlicher aus ambulanten Hospizvereinen ergänzt. Feste Stellenanteile für Psychologen oder Sozialarbeiter sind bisher nur vereinzelt in den SAPV-Teams anzutreffen.

Allgemeine stationäre Palliativversorgung (ASPV). Wie bereits erwähnt ergibt sich eine Unterscheidung von allgemeiner und spezialisierter Versorgung im stationären Bereich lediglich durch die Finanzierungsmöglichkeiten im DRG-System (mittels zweier unterschiedlicher Komplexpauschalen gemäß OPS 8-982 und 8-98e) sowie durch einige Hinweise in der S3-Leitlinie Palliativmedizin. Grundsätzlich sollte die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus auf jeder Station erbracht werden können.

Eine Forderung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin besteht darin, in jeder stationären Einrichtung (Krankenhaus und Pflegeheim) einen Palliativbeauftragten im Sinne eines »Kümmerers« zu etablieren, der für die jeweilige Einrichtung Palliativstrukturen entwickeln und befördern soll und unter anderem durch Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung dazu beitragen kann, eine Palliativkultur im Haus zu entwickeln.

Spezialisierte stationäre Palliativversorgung (SSPV). Der Begriff der SSPV ist erstmals 2012 mit dem Inkrafttreten eines neuen Operationalisierungsschlüssels (OPS 8-98e) aufgetaucht. Hierdurch erhalten Palliativstationen, die bestimmte Vorgaben bezüglich ihrer Struktur (z. B. mindestens 5 Betten, abgetrennte Abteilung, Qualifikation des Personals, multiprofessionelles Team usw.) und ihres Leistungsspektrums erfüllen, die Möglichkeit, ein erhöhtes Zusatzentgelt zu erlösen. Spezialisierte Palliativversorgung wird im Krankenhaus auf Palliativstationen und durch abteilungsübergreifend tätige Palliativdienste erbracht.

Verankerung der Multiprofessionalität in der stationären Palliativversorgung

Eine Notwendigkeit zur Multiprofessionalität in der Palliativversorgung ergibt sich bei genauer Betrachtung bereits durch die WHO-Definition zur Palliativmedizin von 2002, in der eine Behandlung auf körperlicher, psychosozialer und spiritueller Ebene beschrieben wird.

Das Glossar der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (2016) formuliert unter der Überschrift »Multiprofessionalität und interdisziplinärer Ansatz« darüber hinaus unter anderem: »Palliativversorgung ist ein Prototyp für vernetzte multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit, da nicht heilbare und lebensverkürzende Erkrankungen in der Regel multidimensionale Anforderungen an die Behandlung und Versorgung stellen. Im Dienst an den Patienten und ihren Angehörigen kooperieren unterschiedlichste Professionen und bringen ihre Expertise in die Betreuung und Begleitung ein. Das sind neben palliativmedizinisch qualifizierten Ärzten und Pflegenden unter anderem Mediziner anderer Fachrichtungen, Psychologen und Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Seelsorger, Sozialarbeiter, Wundmanager, Fallmanager, Pharmazeuten, Ergotherapeuten, Musik- und Kunsttherapeuten, Ernährungsberater und andere mehr. Eine wichtige Rolle in der Palliativversorgung nehmen Ehrenamtliche ein.«

Die starke Fokussierung auf die psychischen und psychosozialen Bedürfnisse sowie die Berücksichtigung des sozialen Umfeldes verdeutlichen die Erfordernis nichtärztlicher und nichtpflegerischer Berufsgruppen innerhalb der Palliativversorgung. Schätzungsweise 40–50 % der Gesamtarbeitszeit eines multiprofessionellen Palliativteams auf Palliativstationen oder in der SAPV werden zum Beispiel für Angehörige aufgebracht.

Dennoch gibt es eine *strukturelle* Verankerung der Multiprofessionalität *nur* im Bereich der spezialisierten stationären Palliativversorgung. Hier wird die

Einbindung verschiedener Berufsgruppen auf zwei Ebenen geregelt, der Finanzierungs- und der Qualitätsebene.

Finanzierungsebene im stationären Krankenhausbereich. Um für Leistungen der Palliativversorgung entsprechende Zusatzentgelte erlösen zu können, existieren drei sogenannte Operationalisierungsschlüssel (OPS), die bezüglich der Multi-professionalität folgende Mindestmerkmale verlangen:

- Im OPS 8-982 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung) wird gefordert:
 - »Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
 - Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche.«
- Im OPS 8-98e (spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung) wird zusätzlich zu den im OPS 8-982 geforderten Mindestmerkmalen gefordert:
 - »Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team.
 - »Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Dokumentation«
- Im OPS 8-98h (spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst) wird gefordert:
 - »Der Palliativdienst ist ein abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie
 - Wöchentliche Teambesprechung des Palliativdienstes«

Qualitätsebene im stationären Krankenhausbereich. Neben der Finanzierungsebene existieren verschiedene Empfehlungen, die auch eine Qualitätsebene im stationären Bereich beschreiben. Empfehlungen zur Personalbesetzung auf Palliativstationen hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin bereits im Jahr 2007 veröffentlicht, wobei – entsprechend den OPS-Ziffern – für den

Bereich der nichtärztlichen und nichtpflegerischen Berufsgruppen pro Patient insgesamt ein Stellenanteil von 6 Stunden pro Woche angegeben wurde, was bei einer 8-Betten-Station 48 Wochenstunden bedeutet. Die Sektion Psychologie der DGP geht inzwischen davon aus, dass der Bedarf an psychologischen Fachkräften 0,5 Vollzeitstellen bei einer Stationsgröße von 8–10 Betten beträgt. Einen ähnlichen Stellenschlüssel sieht auch der aktuelle Stand der Zertifizierungskriterien für Palliativstationen vor, der sich derzeit noch in Überarbeitung befindet.

Darüber hinaus existieren die bereits erwähnten *Empfehlungen der S3-Leitlinie*: In dieser Leitlinie wird an verschiedenen Stellen auf die Bedeutung der Multi-professionalität hingewiesen. In folgenden Schlüsselempfehlungen wird explizit auf die Möglichkeit des Einsatzes von Psychologen bzw. Psychotherapeuten hingewiesen:

- »Die vorausschauende Versorgungsplanung ist häufig ein Prozess und kann in mehreren Gesprächen stattfinden. Die Gespräche sollten durch an der Behandlung des Patienten Beteiligte (z. B. Arzt, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger) geführt werden.«
- »Bei bestimmten Umständen [nach Eintritt des Todes] (z. B. entstelltes Aussehen, komplexe Beziehung, Kinder) sollte psychologische und/oder seelsorgerische Begleitung bereitgehalten werden.«
- »Ein psychiatrischer/psychotherapeutischer Experte soll in folgenden Fällen hinzugezogen werden:
 - bei Unsicherheit in der Diagnose sowie in der Behandlungsplanung der Depression
 - bei einer komplexen psychiatrischen Vorgeschichte bzw. Symptomatik
 - bei einer schweren depressiven Symptomatik mit psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor
 - bei akuter Suizidalität
 - bei Fremdgefährdung
 - bei Nichtansprechen auf die antidepressive Therapie«
- »Bei der nichtmedikamentösen Behandlung von Depressionen sollten verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologisch fundierte Verfahren eingesetzt werden. Ergänzend können andere Verfahren (z. B. Kreativtherapien, Achtsamkeit) angewendet werden.«

Verankerung der Multiprofessionalität in der ambulanten Palliativversorgung

Der Anspruch an Multiprofessionalität besteht selbstverständlich auch im ambulanten Sektor. Während sich jedoch in der AAPV keinerlei entsprechende Regelungen finden lassen, liegen Hinweise auf Einbindung (bzw. Nichteinbindung) von psychosozialen Professionen in die SAPV bislang nur in den nachstehenden Regelungen vor:

1. *§ 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung*
»Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle ...«
2. *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung*
»§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer
(5) 1 Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar.
2 Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.«
3. *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 (Fassung vom 05.11.2012), Absatz 5.4*
»Soweit weitere Fachkräfte (z. B. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen, Psychologinnen oder Psychologen) vertraglich eingebunden werden, haben diese eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen.«

Für die Alltagspraxis heißt dies, dass psychologische Unterstützung durch niedergelassene Psychotherapeuten und spirituelle Begleitung durch Gemeinde-seelsorger erbracht werden soll, während Leistungen, die in das Tätigkeitsfeld der Sozialarbeit fallen, gar nicht abbildbar sind. Es ist offensichtlich, dass der Bedarf an psychosozialer Versorgung auf dieser Grundlage nicht gedeckt werden kann. Es muss daher eine Unterversorgung psychosozialer Leistungen festgestellt werden, die sich strukturell begründet.

Verankerung der Multiprofessionalität in der Hospizversorgung

Die Vorgaben zur ambulanten und stationären Hospizversorgung ergeben sich in erster Linie aus dem § 39a SGB V und den damit verbundenen Rahmenvereinbarungen. Im Hinblick auf die Multiprofessionalität findet sich in der Rahmenvereinbarung für ambulante Hospizdienste im § 4 der Hinweis, dass mindestens eine festangestellte Fachkraft beschäftigt wird, die unter anderem folgende Voraussetzungen erfüllt: »Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung *Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger*. Sie kann auch eine Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Heilpädagogik abgeschlossen haben. Andere abgeschlossene Studiengänge oder Berufsausbildungen sind im Einzelfall zu prüfen.« Somit bedarf die Beschäftigung eines Psychologen hier einer Einzelfallprüfung.

In der Rahmenvereinbarung für stationäre Hospize, die aktuell infolge des HPG überarbeitet wird, werden Psychologen hingegen explizit benannt. Dort heißt es unter anderem: »Das Hospiz hat zusätzlich das folgende Personal: [...] Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen oder Psychologinnen/Psychologen«, wobei dieser Personalbedarf auch stundenweise extern abgedeckt werden kann.

Literatur

- Clark, D. (Hrsg.) (2002). *Cicely Saunders: Founder of the Hospice Movement: Selected Letters 1959–1999*. Oxford: Clarendon Press.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2016). *Deutsche Gesellschaft zur Palliativmedizin: Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung*. Zugriff am 31.05.2017 unter http://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf
- Deutscher Bundestag (2015). *Dokumentations- und Informationssystem. Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)*. Bundesgesetzblatt Teil I 2015 Nr. 48 07.12.2015 S. 2114 / 27.11.2015 – BR-Drucksache 519/15(B). Zugriff am 08.05.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/667/66754.html>
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (2017). *Die Hospizbewegung*. Zugriff am 09.04.2017 unter http://www.dhvp.de/themen_hospizbewegung.html
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2015). *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 128/001OL*. Zugriff am 05.01.2017 unter <http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/s3-leitlinie.html>
- Melching, H., Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015). *Palliativversorgung – Modul 2 – Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung*. Zugriff am 04.08.2016 unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf



Dr. **Bernd Oliver Maier**, Studium der Humanmedizin in München, Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Palliativmedizin am Klinikum Augsburg, Master of Science in Palliative Medicine an der University of Bristol (UK), Mitglied und seit 2006 im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Kongresspräsident 2008, seit 2016 Vizepräsident der DGP, langjähriger Sprecher der Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung Hessen (LAPH), Mitglied des Ausschuss Palliativmedizin der Hessischen Landesärztekammer, seit 2013 Chefarzt der Medizinischen Klinik III, Klinik für Palliativmedizin und interdisziplinäre Onkologie am St. Josefs-Hospital Wiesbaden, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

E-Mail: bomaier@joho.de

Website: www.joho.de

Bernd Oliver Maier

Zukünftige Herausforderungen der Palliativversorgung

*»Strategie ist der menschliche Versuch,
einer Glaskugelvision eine feste Struktur zu geben.«*

Lena Meichsner

Palliativversorgung ist in der Versorgungsrealität angekommen und hat sich in der Regelversorgung etabliert. Belegt wird das durch eine Vielzahl von Aktivitäten und Strukturen, die rund um die Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen entstanden sind: Beispielhaft erwähnt sei die S3-Leitlinie für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, die im Rahmen des onkologischen Leitlinienprogrammes der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erstellt wurde und in der sich über 50 Fachgesellschaften auf die nach aktuellem wissenschaftlichem Erkenntnisstand gültigen Empfehlungen zum Umgang mit typischen inhaltlichen Fragen der Palliativversorgung geeinigt haben.

In der gesellschaftspolitischen Dimension wurde ergänzend durch das Gesetz zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung der ordnungspolitische Rahmen definiert, in dem palliativ zentrierte Leistungsangebote Anspruch auf Anerkennung durch die Kostenträger erhalten sollen. Und auch die ständig steigende Zahl von Angeboten auf allen Ebenen der Versorgung, ambulant oder stationär, allgemein oder spezialisiert, spiegelt die Dynamik eines Versorgungsansatzes wider, dessen Entwicklung und Ausbau von vielen Seiten unterstützt, gefördert und gefordert wird.

Bei aller berechtigten Freude über die Entwicklung von Palliativversorgung hin zum selbstverständlichen Angebot unseres medizinischen Versorgungsspektrums muss diese Entwicklung auch durch kritische Reflexion begleitet werden:

- Allgemeine flächendeckende Verfügbarkeit und damit eine gerechte Verteilung von Angeboten basiert auf einem konsentierten Verständnis von Bedarfsgerechtigkeit – haben wir das in unserer Gesellschaft erreicht?
- Ein abgestuftes Versorgungsmodell benötigt verlässliche Operationalisierungs- und Zuordnungskriterien assoziiert zu einer bestimmten Intensitätsstufe der Versorgung. Diese beziehen sich auf Indikation, Inhalte und Qualität der Ausführung. Haben wir dafür eine ausreichende Grundlage?