

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
08.04.2015

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung.....	3
II. Behandlung psychischer Erkrankungen in der Hospiz- und Palliativversorgung	4
1. Umfassende Palliativversorgung.....	4
2. Psychische Erkrankungen bei schwer kranken und sterbenden Menschen	4
3. Behandlung von psychischen Erkrankungen bei terminal erkrankten Patienten.....	5
III. Behandlung psychischer Erkrankungen in stationären Pflegeheimen	6
1. Häufigkeit und Diagnostik psychischer Erkrankungen.....	6
2. Versorgung psychisch kranker Menschen in Pflegeheimen	7
IV. Änderungsbedarf im Einzelnen.....	7
zu A. Problem und Ziel	7
zu B. Lösung	8
zu Artikel 1 Nummer 5	8
zu Artikel 1 Nummer 8	9

I. Zusammenfassung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf, verbesserte Rahmen- und Finanzierungsbedingungen für die Verwirklichung eines flächendeckenden Angebotes der Hospiz- und Palliativversorgung geschaffen werden sollen. Dabei ist es zentral, ein solches Angebot so umfassend zu gestalten, dass eine vollständige Versorgung dieser Patientengruppe gewährleistet wird. Die BPTK schlägt einige Ergänzungen im Entwurf vor, um zu verdeutlichen, dass Hospiz- und Palliativversorgung auch als umfassende Versorgung verstanden wird. Tödlich verlaufende körperliche Erkrankungen gehen nicht allein mit psychischen Belastungen einher, die eine psychosoziale Versorgung erforderlich machen, sondern häufig auch mit psychischen Erkrankungen, die entsprechend diagnostiziert und behandelt werden müssen. Das sollte im Entwurf deutlicher zum Ausdruck kommen und bei der Umsetzung durch die Selbstverwaltung berücksichtigt werden.

Der Entwurf bietet darüber hinaus die Chance, einem großen Versorgungsdefizit in stationären Pflegeheimen entgegenzuwirken. Es besteht eine deutliche psychotherapeutische Unterversorgung von älteren Menschen, die noch größer als bei erwachsenen Patienten jüngerer Alters ist. 50 bis 90 Prozent der Pflegeheimbewohner leiden unter einer psychischen Erkrankung, nur fünf bis 19 Prozent werden psychotherapeutisch behandelt. Dabei ist nach evidenzbasierten Leitlinien auch bei älteren Menschen Psychotherapie allein oder in Kombination mit einer Pharmakotherapie das Mittel der Wahl. Das Problem liegt zum einen bereits bei Defiziten der Diagnostik. Die unterschiedlichen therapeutischen Implikationen insbesondere bei Depression und Demenz machen eine ausführliche Differenzialdiagnostik unverzichtbar. Daran fehlt es häufig. Wird eine psychische Erkrankung erkannt, fehlt es zudem oft an psychotherapeutischen Behandlungsangeboten in den Heimen. Die BPTK schlägt deshalb Ergänzungen im Entwurf vor, die auch hier die Voraussetzung für eine entsprechende Umsetzung durch die Selbstverwaltung schaffen.

II. Behandlung psychischer Erkrankungen in der Hospiz- und Palliativversorgung

Tödlich verlaufende körperliche Erkrankungen gehen nicht allein mit psychischen Belastungen einher, die eine psychosoziale Versorgung erforderlich machen, sondern häufig auch mit psychischen Erkrankungen, die entsprechend diagnostiziert und behandelt werden müssen.

1. Umfassende Palliativversorgung

Nach der Definition der World Health Organization (WHO) besitzt die Beherrschung von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen, und spirituellen Problemen die höchste Priorität in der Palliativmedizin¹. Auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) betont die Bedeutung eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes, der die Linderung körperlicher Beschwerden ebenso zum Ziel hat wie die Linderung psychischer, sozialer und spiritueller Beschwerden oder Belastungen². Hinsichtlich einer angemessenen Berücksichtigung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen der Palliativversorgung besteht deshalb aus Sicht der BPtK Ergänzungsbedarf.

2. Psychische Erkrankungen bei schwer kranken und sterbenden Menschen

Bei chronischen, körperlichen Erkrankungen, wie zum Beispiel Krebserkrankungen, mit einem kontinuierlichen Krankheitsverlauf erhöht sich mit zunehmender Krankheitsverschlechterung die psychische Belastung bis hin zur Entwicklung komorbider psychischer Erkrankungen. Studien an Patienten in Palliativeinrichtungen zufolge leidet ungefähr ein Drittel der Patienten an einer affektiven Störung nach DSM-Kriterien. Am häufigsten tritt in solchen Fällen eine schwere (14 Prozent) oder weniger schwere depressive Episode (zehn Prozent) auf. 15 Prozent der Patienten entwi-

¹ <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

² <http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-informationen-hintergruende.html>

ckeln eine Anpassungsstörung oder eine Angststörung (zehn Prozent).³ Weiterhin treten bei schwer und terminal kranken Patienten kognitive Störungen, am häufigsten ein Delir, auf. Die Prävalenzraten hierfür liegen zwischen 25 Prozent und 85 Prozent.⁴ Es bestehen erhebliche Defizite bei der Erkennung und Behandlung dieser am Lebensende auftretenden psychischen Erkrankungen. Bis zu 50 Prozent der psychischen Erkrankungen in Palliativeinrichtungen werden nicht erkannt oder nicht ausreichend bzw. inadäquat (35 Prozent) behandelt,⁵ auch weil die Patienten sich häufig scheuen, ihre emotionale und psychische Belastung von sich aus anzusprechen. Aus diesem Grund ist eine entsprechende diagnostische Expertise in den multiprofessionellen Palliativteams vorzuhalten. Diese Expertise kann nur bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie bei Fachärzten für Psychiatrie oder Psychosomatik vorausgesetzt werden.

3. Behandlung von psychischen Erkrankungen bei terminal erkrankten Patienten

Eine fundierte Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen ist auch am Lebensende unverzichtbar, um Stress und Leid der Patienten und Angehörigen soweit wie möglich zu reduzieren. Am wirksamsten ist in der Regel eine Kombination von Pharmakotherapie, supportiver Psychotherapie und Familieninterventionen. Experten schätzen, dass fast die Hälfte der Patienten im Rahmen der Palliativversorgung multidisziplinäre psychosoziale Unterstützung benötigt und bis zu 20 Prozent dieser Patienten zusätzlich spezifische psychotherapeutische und psychopharmakotherapeutische Interventionen benötigen.⁶ Um diese Patienten zu identifizieren und zu behandeln sind psychotherapeutische Kompetenzen erforderlich.

Die Beschränkung auf psychosoziale Leistungen ist unzureichend. Leistungserbringer von psychosozialen Leistungen, wie z. B. Sozialarbeiter, verfügen nicht über aus-

³ Mitchell A., Chan M., Batti H. et al. (2011): Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies, *The Lancet Oncology*, Volume 12, Issue 2, February 2011, Pages 160–174

⁴ Mehnert A., Breitbart W. (2008): Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen in der Palliativmedizin. in: *Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen*, Koch U., Lang K., Mehnert A. Schmelting-Kludas C. (Hrsg.). Schattauer Verlag.

^{5,6} Durkin I., Kearney M., O'Siorain L. (2003): Psychiatric disorder in a palliative care unit, *Palliative Medicine* 2003; 17: 212 /218.

reichende Fachkenntnisse für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen. Die Überlappung von somatischen und psychischen Symptomen bei terminal erkrankten Patienten und die Tatsache, dass diese Patientengruppe häufig nicht von sich aus die eigene psychische Belastung thematisiert, erschweren die Differenzialdiagnostik und Erfassung des psychologischen Unterstützungsbedarfs zusätzlich. Psychotherapeutischer bzw. entsprechender fachärztlicher Sachverstand sollte deshalb regelhaft im Rahmen der Palliativversorgung verfügbar sein, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

III. Behandlung psychischer Erkrankungen in stationären Pflegeheimen

1. Häufigkeit und Diagnostik psychischer Erkrankungen

Es besteht eine deutliche psychotherapeutische Unterversorgung von älteren Menschen, die noch größer ist als bei erwachsenen Patienten jüngeren Alters.⁷ Die Prävalenz der Depression bei Älteren liegt bei neun Prozent.⁸ Schätzungen zufolge werden dabei 30 bis 40 Prozent der depressiven Störungen bei Älteren, die Allgemeinärzte konsultieren, nicht adäquat diagnostiziert.⁹

50 bis 90 Prozent der Pflegeheimbewohner leiden unter einer seelischen Erkrankung, nur fünf bis 19 Prozent werden psychotherapeutisch behandelt.¹⁰ Aber auch bei älteren Menschen ist nach evidenzbasierten Leitlinien Psychotherapie allein oder in Kombination mit einer Pharmakotherapie das Mittel der Wahl.

Neben den Defiziten in der Diagnostik fehlt es an psychotherapeutischen Behandlungsangeboten. Mit zunehmendem Alter werden insbesondere Depressionen immer häufiger einseitig mit Medikamenten oder gar nicht behandelt. Über 60-jährige Patienten mit schweren Depressionen werden nur noch in rund zehn Prozent der Fälle

⁷ Soeder, U. (2002). Störungsepidemiologie: Prävalenz, Behandlungsbedarf und Versorgung von psychischen Störungen. In A. Maercker (Hrsg.). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie (S. 59-71). Berlin: Springer.

⁸ Gesundheitsziele.de (2012). Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden. Abrufbar unter: http://www.gesundheitsziele.de//cms/medium/814/Gesund_aelter_werden_020512.pdf

⁹ Linden, M. (2002). Versorgungsepidemiologie: Umfang und Bedingungen der Inanspruchnahme ärztlicher und pflegerischer Hilfe. In A. Maercker (Hrsg.). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie (S. 73-85). Berlin: Springer.

¹⁰ Knight, B., Robinson, G. & Satre, D. (2002). Ein lebensspannenpsychologischer Ansatz der Alterspsychotherapie. In A. Maercker (Hrsg.). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie (S. 87-108). Berlin: Springer.

fachlich angemessen therapiert. Im Vergleich dazu erhält etwa ein Drittel der 18- bis 50-Jährigen eine leitlinienorientierte Behandlung. Auch leichte Depressionen werden im Alter zunehmend mit Antidepressiva behandelt.¹¹

2. Versorgung psychisch kranker Menschen in Pflegeheimen

Mit Blick auf die Versorgung psychisch kranker Menschen in Pflegeheimen stellen sich zwei grundsätzliche Probleme. Zum einen muss die Diagnostik psychischer Erkrankungen durch entsprechende Fachleute erfolgen, zum andern muss ein leitliniengerechtes Versorgungsangebot vorgehalten werden.

Durch die Einbeziehung von Psychotherapeuten und entsprechenden Fachärzten in die Vereinbarungen nach § 119b SGB V kann die Diagnostik erheblich verbessert werden. Durch die Verankerung eines adäquaten psychotherapeutischen Versorgungsangebots in diesen Vereinbarungen kann eine leitliniengerechte Versorgung von psychisch kranken Menschen in stationären Pflegeheimen sichergestellt werden. In dem Entwurf sollte daher klar zum Ausdruck kommen, dass Ziel der Regelung, wonach Vereinbarungen nach § 119b SGB V zukünftig nicht nur abgeschlossen werden „können“, sondern „sollen“, gerade auch ist, dem hier bestehenden Versorgungsdefizit entgegenzuwirken.

IV. Änderungsbedarf im Einzelnen

zu A. Problem und Ziel

Unter „A. Problem und Ziel“ sollte am Ende des ersten Absatzes ergänzt werden:

„Die Hospiz- und Palliativversorgung soll dabei im Sinn einer ganzheitlichen Versorgung nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ausgestaltet werden.“

Es sollte ausdrücklich auf die geschilderte Versorgungsnotwendigkeit, mit Blick auf psychische Erkrankungen und die Versorgungsdefizite in den stationären Pflegeheimen

¹¹ Bertelsmann Stiftung (2014). Faktencheck Depression.
Abrufbar unter: <https://depression.faktencheck-gesundheit.de/>

men, eingegangen werden. Es sollte klar das Ziel zum Ausdruck kommen, diese Situation zu verbessern. Im Einzelnen sollte auf Seite 1 im zweiten Absatz folgendes ergänzt werden:

„In der Regelversorgung sind die Vernetzung von medizinischer **ein-schließlich psychotherapeutischer** und ...“

zu B. Lösung

Der dritte Spiegelstrich auf Seite 3 sollte wie folgt ergänzt werden:

„- Die ärztliche **und psychotherapeutische** Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird dadurch verbessert, dass diese künftig Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abschließen sollen. Zugleich wird die Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten an solchen Kooperationsverträgen finanziell durch eine entsprechende Vergütung gefördert. **Dadurch soll insbesondere auch dem in stationären Pflegeheimen bestehenden Versorgungsdefizit bei der leitliniengerechten Behandlung psychischer Erkrankungen entgegengewirkt werden.**“

zu Artikel 1 Nummer 5

„5. § 87 wird wie folgt geändert:

a) (...)

4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.

Der Bundesärztekammer **und der Bundespsychotherapeutenkammer** ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. (...“

Dementsprechend sollte die Begründung zu Artikel 1 Nummer 5 der letzte Absatz auf Seite 27 zu Beginn wie folgt gefasst werden:

„**Die Qualifikationsanforderungen betreffen alle an der Versorgung beteiligten ärztlichen und psychotherapeutischen Leis-**

tungserbringer. Nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V fallen unter ärztliche Leistungserbringer auch Psychotherapeuten. Darüber hinaus betreffen die festgelegten Inhalte unmittelbar die Berufsausübung von Ärzten und Psychotherapeuten. Daher sind die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen...“

zu Artikel 1 Nummer 8

In der Begründung zu Artikel 1 Nummer 8 sollte am Beginn des zweiten Absatzes ergänzt werden:

„Um hier Versorgungsverbesserungen zu erreichen, sollen die vollstationären Pflegeeinrichtungen stärker in die Organisation der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung eingebunden werden. Dafür bedarf es der verstärkten Kooperation mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten. Insbesondere für eine an evidenzbasierten Leitlinien ausgerichtete Versorgung von Bewohnern stationärer Pflegeheime sind die psychotherapeutischen Versorgungsangebote auszubauen.“