

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0128(21)
gel. VB zur öAnhörung am 21.09.
15_HPG
18.09.2015

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucksache 18/5170)

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
17.09.2015

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkungen	3
II. Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Hospiz- und Palliativversorgung	3
III. Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen in stationären Pflegeheimen	5
zu B. Lösung	6
zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 119b)	7

I. Vorbemerkungen

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf, verbesserte Rahmen- und Finanzierungsbedingungen für die Verwirklichung eines flächendeckenden Angebotes der Hospiz- und Palliativversorgung geschaffen werden sollen. Auch das Anliegen, mit dem vorliegenden Gesetz die Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und die Hospiz- und Palliativkultur in den Pflegeeinrichtungen weiterzuentwickeln, findet die ausdrückliche Zustimmung der BPtK. Zu einer umfassenden Versorgung am Lebensende, unter anderem in Pflegeeinrichtungen, gehört bei Bedarf auch eine psychotherapeutische Versorgung. Dies sollte im Gesetz noch deutlicher zum Ausdruck kommen und bei der Umsetzung der Selbstverwaltung ausreichend berücksichtigt werden.

II. Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Hospiz- und Palliativversorgung

Eine fundierte Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen ist auch am Lebensende unverzichtbar, um Stress und Leid der Patienten sowie Angehörigen soweit wie möglich zu reduzieren. 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 entwickeln eine Anpassungsstörung oder eine Angststörung (zehn Prozent).¹ 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.²

¹ 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

² 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. Schmeling-Kludas C. (Hrsg.). Schattauer Verlag.

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,³ 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 – neben Fachärzten für Psychiatrie und Psychosomatik – nur bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorausgesetzt werden. Neben den genannten Fachärzten sollten Psychotherapeuten deshalb regelhaft in die qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung einbezogen werden.

Gemäß Artikel 1 Nummer 6 § 87 Absatz 1(b) (neu) wird deshalb auch der BPtK vor Abschluss der Vereinbarungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Folgerichtig sollten die psychotherapeutischen Leistungserbringer neben den ärztlichen Leistungserbringern ausdrücklich genannt werden, wenn es um die Regelungsinhalte im Bundesmantelvertrag geht.

Die BPtK schlägt deshalb folgende redaktionelle Änderung in Artikel 1 Nummer 6 § 87 Absatz 1 (b) (neu) vor:

zu Artikel 1 Nummer 6

§ 87 wird wie folgt geändert:

- a) (...)
 - 2. Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen **und psychotherapeutischen** Leistungserbringer
- (...)

³ Durkin I., Kearney M., O'Siorain L. (2003): Psychiatric disorder in a palliative care unit, Palliative Medicine 003; 17: 212 /218.

Dementsprechend sollte die Begründung zu Artikel 1 Nummer 6 im dritten Absatz, in Satz 2 auf Seite 27 folgendermaßen ergänzt werden:

(...). Dies schließt auch Vorgaben zur spezifischen fachlichen Fortbildung ein, **sowie Vorgaben zur Qualifikation der psychotherapeutischen Leistungserbringer.**

III. Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen in stationären Pflegeheimen

In stationären Pflegeeinrichtungen besteht eine deutliche psychotherapeutische Unterversorgung von älteren Menschen, die noch größer ist als bei erwachsenen Patienten jüngerer Alters.⁴ Die Prävalenz der Depression bei Älteren liegt bei neun Prozent.⁵ Schätzungen zufolge werden dabei 30 bis 40 Prozent der depressiven Störungen bei Älteren, die Allgemeinärzte konsultieren, nicht adäquat diagnostiziert.⁶

Die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen in Pflegeheimen sind Studien zufolge noch wesentlich höher. 50 bis 90 Prozent der Pflegeheimbewohner leiden unter einer seelischen Erkrankung, aber nur fünf bis 19 Prozent werden auch diagnostiziert und psychotherapeutisch behandelt.⁷ 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 fachlich angemessen therapiert. Im Vergleich dazu erhält etwa ein Drittel der 18- bis

⁴ Soeder, U. (2002). Störungsepidemiologie: Prävalenz, Behandlungsbedarf und Versorgung von psychischen Störungen. In A. Maercker (Hrsg.). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie (S. 59-71). Berlin: Springer.

⁵ Gesundheitsziele.de (2012). Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden. Abrufbar unter: http://www.gesundheitsziele.de//cms/medium/814/Gesund_aelter_werden_020512.pdf

⁶ 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.

⁷ 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.

50-Jährigen eine leitlinienorientierte Behandlung. Auch leichte Depressionen werden im Alter zunehmend mit Antidepressiva behandelt.⁸

Mit Blick auf die Versorgung psychisch kranker Menschen in Pflegeheimen stellen sich zwei deshalb grundsätzliche Probleme. Zum einen muss die Diagnostik psychischer Erkrankungen durch entsprechende Fachleute erfolgen, zum anderen 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.

Die BPtK schlägt deshalb folgende Ergänzungen vor:

zu B. Lösung

Der achte 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 entgegen gewirkt werden.**“

⁸ Bertelsmann Stiftung (2014). Faktencheck Depression.
Abrufbar unter: <https://depression.faktencheck-gesundheit.de/>

zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 119b)

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.**“