

Palliativpsychologie – Berufsbild für Psychologinnen und Psychologen in der Palliativversorgung

Sektion Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
in Zusammenarbeit mit
dem Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen BDP,
der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie dapo e.V. und
der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft PSO

1 Einleitung und Definition

Das grundlegende Paradigma der Palliativversorgung ist der bio-psycho-sozio-spirituelle Ansatz. Dies bedeutet einerseits, dass sich jede einzelne der an der Palliativversorgung beteiligten Berufsgruppen ganzheitlich in dem Sinne ausrichtet, sie immer alle vier Dimensionen im Blick behält: Die körperliche Ebene ebenso wie die psychische, die soziale und die spirituelle. Dies bedeutet andererseits auch, dass alle Berufsgruppen in die Palliativversorgung eingebunden werden müssen, die notwendig sind, um eine Behandlung und Begleitung in allen vier Dimensionen gleichermaßen zu gewährleisten. Sinnvollerweise sind dies die Professionen, die als Experten für das jeweilige Gebiet gelten können. Der bio-psycho-sozio-spirituelle Ansatz impliziert somit Multiprofessionalität.

Neben Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und Seelsorgern sind Psychologen eine der Professionen in der Palliativversorgung. Denn die Versorgung von Patienten, die mit einer lebenslimitierenden, fortschreitenden Erkrankung konfrontiert sind, erfordert psychologische Expertise – u.a. Kommunikationskompetenz, fachkundige Einschätzung psychischer Belastungen, angemessene Interventionen (Block, 2006) oder Expertise für das Team. Die Einbindung von Psychologen wird dementsprechend in den Richtlinien für spezialisierte Palliativversorgung empfohlen (Payne, 2002). Aufgrund der spezifischen Anforderungen an die psychologische Tätigkeit im Palliativbereich (Mehnert, 2015; Münch et al., 2016) ist es folgerichtig, von „Palliativpsychologie“ als einem eigenen klinisch-psychologischen Tätigkeitsfeld zu sprechen.

Definition

Palliativpsychologie ist ein Teilgebiet der Psychologie, das sich auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse mit sämtlichen psychologischen Aspekten in einer palliativen Situation beschäftigt. Sie beinhaltet vielfältige Aufgaben. Ein wesentlicher Bereich ist die psychologische Unterstützung und Beratung der Patienten sowie deren Angehörigen/Nahestehenden. Im Zentrum stehen das Lindern belastender Symptome und die Stärkung und Förderung von Lebensqualität, Ressourcen, Würde und Lebenssinn. Mit ihrer Expertise für psychische Prozesse und Kommunikation unterstützen Palliativpsychologen das multiprofessionelle Team.

2 Rahmenbedingungen

2.1 Zielgruppen palliativpsychologischer Tätigkeit

Palliativpsychologische Arbeit bezieht sich auf ein breites Spektrum an Zielgruppen:

- Patienten mit unheilbarer Erkrankung in fortgeschrittenem Stadium aller Altersgruppen sowohl mit onkologischen als auch mit nicht-onkologischen Erkrankungen (Neurologische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen u.a.), Multimorbidität
- Angehörige und Nahestehende (den Patienten zugehörige Personen)¹
- Trauernde Hinterbliebene
- Multiprofessionelle Teams
- Netzwerkpartner aus Politik, Gesellschaft, Gesundheitswirtschaft (speziell stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung)

2.2 Settings

Wenn auch Psychologen bislang längst nicht flächendeckend in der Palliativversorgung etabliert sind, so ist deren Einsatz doch in allen folgenden Gebieten sinnvoll:

- Palliativstationen, klinikinterne Konsiliardienste
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV)
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)
- Stationäre Hospize

2.3 Betreuungsphasen

Psychologen sind während der gesamten Zeit palliativer Versorgung mit spezifischen Aufgaben betraut (Block, 2006; APA, 2005):

1. Beratung zur Palliativversorgung (z.B. zu Zielen und Möglichkeiten der Palliativversorgung, zu Versorgungsstrukturen vor Ort, zu vorausschauender Versorgungsplanung/Advance Care Planning, zu Entscheidungsfindungen oder zu Vorausverfügungen)
2. Aufnahme in die Palliativversorgung (z.B. Unterstützung bei Aufklärung über die Prognose oder Progredienzangst)
3. Palliative Behandlungsphase
4. Sterbephase
5. Nachsorge für Angehörige (z.B. Einschätzung von schwieriger Trauer, Vermittlung unterstützender Dienste, Trauerbegleitung)

2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Gesetzliche Rahmenbedingungen und Bestimmungen zur Kodierung und Abrechnung von Leistungen im ambulanten oder stationären Setting vernachlässigen, was Psychologen in der Palliativversorgung

¹ Im Folgenden wird der Begriff Angehörige auch für Nahestehende ohne verwandtschaftliches Verhältnis verwendet.

an vielfältigen und wichtigen Beiträgen für Patienten, Angehörige und Behandlungsteams leisten können. So müssen bei den OPS-Ziffern für Palliative Komplexbehandlung 8-982 bzw. 8-98e pauschal sechs Wochenstunden pro Patient durch andere Berufsgruppen als Arzt oder Pflege erbracht werden (DIMDI, 2016). Dementsprechend gibt es auch keine Bestimmungen hinsichtlich Stellenschlüssel oder Tätigkeitsprofil.

Auch im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) wird zwar die umfassende Verbesserung der Palliativversorgung als Ziel gesetzt, Psychologen werden aber im Gegensatz zu z.B. ehrenamtlichen Hospizhelfern, Ärzten, Pflegekräften und Physiotherapeuten nicht erwähnt (BGM, 2015; BDP, 2015).

In der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gibt es für Psychologen – ebenso wie für Sozialarbeiter, Seelsorger, Kreativtherapeuten – ebenfalls keine gesetzlichen Regelungen hinsichtlich Erforderlichkeit, Stellenschlüssel oder Vergütung (GKV-Spitzenverband, 2012). Ambulante Palliativteams sind mit Ärzten und Pflegekräften fast ausschließlich biprofessionell zusammengesetzt (Wunder, 2010).

3 Kompetenzen

Psychologen verfügen aufgrund ihres inhaltlich breit gefächerten Studiums über wissenschaftlich fundierte Theorien und Modelle zum Verständnis und zur Erklärung menschlichen Verhaltens (z.B. Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitspsychologie, Sozialpsychologie, Arbeits- und Organisationspsychologie, Klinische Psychologie, Diagnostik). Aufgrund ihres Abschlusses sind sie für die Arbeit in unterschiedlichsten Bereichen qualifiziert, u.a. für psychologische Beratung, Prävention oder Gesundheitsförderung. Grundlage allen psychologischen Tuns ist die berufseigene professionelle Kommunikation, welche Analyse, Reflexion, Hypothesenbildung, Hypothesenprüfung, systemische Perspektive, hermeneutisches Sprachverständnis, Wertschätzung und Wahrung von Würde und Autonomie beinhaltet.

Um den komplexen und vielfältigen Aufgaben und Rollen als Psychologe in der Palliativversorgung gerecht werden zu können, bedarf es folgender Kompetenzen:

- Wissen über die Belastungen und Bedürfnisse der Angehörigen, über Familiensysteme, deren Dynamik und Kenntnis über (systemische) Interventionsmöglichkeiten
- Kenntnisse relevanter Krankheitsbilder, Medikamente und deren Wirkungen sowie Behandlungsmöglichkeiten
- Kenntnisse in Gerontopsychologie (Multimorbidität, Demenz, Delir)
- Wissen über Trauerprozesse und deren Begleitung
- Wissen über ethische Fragestellungen und Begleitung von Entscheidungsfindungen am Lebensende
- Wissen um kulturelle und religiöse Spezifika hinsichtlich des Lebensendes und des Sterbens
- Umgang mit schweren Schicksalen und individuellem Leid z.B. mit Konzepten wie „Containing“
- Aufbau eines authentischen Patientenkontaktes in sehr kurzer Zeit
- Bereitschaft zu multiprofessioneller Zusammenarbeit und Bereitschaft zu Netzwerkarbeit (mit Berufskollegen, Fachärzten, Hausärzten, Sozialen Einrichtungen, Ehrenamtlichen Hospizhelfern etc.)
- Vertreten einer multidimensionalen Perspektive entsprechend des bio-psycho-sozio-spirituellen Ansatzes
- Durchführung klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Interventionen mit Einzelnen und kleineren Gruppen
- Reflektierter Umgang mit eigener Betroffenheit/Involviertheit und angemessene Selbstfürsorge
- Organisationspsychologisches Wissen

4 Rollenverständnis und Aufgabenbereiche

4.1 Rollenverständnis in Abgrenzung zu Psychotherapie und Psychoonkologie

In der Palliativversorgung erfüllen Psychologen unterschiedlichste Aufgaben in verschiedenen Rollen als Kliniker, als Wissensvermittler, Dozenten und Trainer, als Forscher, als Gestalter in berufspolitischen Fragen (APA, 2005), darüber hinaus auch als Teamberater, Supervisor und Organisationsberater, als Experte für Reflexion und für Kommunikation und als Lotse für Veränderungen (Kalus et al., 2008; Payne, 2002; Jünger & Payne 2011; Block 2006).

Palliativpsychologie und Psychotherapie

Die klinische Tätigkeit besteht weniger in psychotherapeutischer Behandlung psychopathologischer Störungen als vielmehr in einer bedürfnis- und ressourcenorientierten Herangehensweise durch psychologische Diagnostik, Prävention, Beratung, Supportivtherapie, Krisenintervention, Förderung hilfreicher Kommunikation und Reduktion/Linderung von belastenden somatischen Symptomen mit psychogenem Anteil (Mehnert, 2015; Münch & Jentschke, 2015). Bei Patienten und Angehörigen treten psychische Belastungssymptome meist subsyndromal auf, sind „zunächst nicht pathologisch, sondern auf reale Veränderungen situationsbedingt gerichtet und nachvollziehbar“ (Kieseritzky, 2013). Damit bewegt sich palliativpsychologische Arbeit außerhalb der im Psychotherapeutengesetz definierten Indikationen für Psychotherapie, auch wenn sie sich psychotherapeutischer Interventionen bedient (Gramm, 2014; DGP, 2015). Wenn allerdings eine psychische Störung mit Behandlungsindikation erkannt wurde und eine Behandlung möglich und gewünscht ist, bedarf es einer psychotherapeutischen Qualifikation oder des Hinzuziehens einer entsprechend qualifizierten Fachkraft.

Palliativpsychologie und Psychoonkologie

Zur fachlich nahestehenden Psychoonkologie gibt es Gemeinsamkeiten. Beiden Disziplinen ist der Fokus auf individuelle Bewältigungsmöglichkeiten, Salutogenese, Ressourcen, Resilienz und Prävention gemein. Im Gegensatz zur Psychoonkologie fokussiert sich Palliativpsychologie auf die psychischen Belastungen in der letzten Lebensphase. Sie findet auch bei Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen Anwendung. Die psychologische Versorgung der Angehörigen bzw. der gesamten Familie ist obligat. Die ständige Konfrontation mit Sterben und Tod bedingt zudem eine noch intensivere Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung und der eigenen Sterblichkeit.

Palliativpsychologie bezieht sich speziell auf die Berufsgruppe der Psychologen, während die Weiterbildung Psychoonkologie mehreren Professionen offen steht. Die Rolle des Palliativpsychologen im multiprofessionellen Team ist mit spezifischen Aufgabenbereichen verbunden, zumal wenn er fest in das Palliativteam integriert ist. Teilweise gehören die Psychologen der Palliativstation dem psychoonkologischen Team an; eine intensive Vernetzung ist auf jeden Fall geboten.

4.2 Diagnostik und Erhebung psychischer Symptome von Patienten und Angehörigen

Die Diagnostik und differenzielle Indikationsstellung ist wichtig. Allerdings muss die Psychodiagnostik (klinische Einschätzung, ggf. Testdiagnostik) an die spezifische Situation der Betroffenen angepasst sein. Dabei richtet sich der palliativpsychologische Blick auf die Themen und Aufgaben, mit denen die Familie in der aktuellen Lebensphase befasst ist, subjektive Krankheitstheorien, Bedeutung der Erkrankung, Hoffnungen, Auswirkungen auf das Selbstbild, Bewältigungsstile (Coping), Abwehr-/ Verarbeitungsmechanismen, die Beziehungen innerhalb der Familie (Familiendynamik), aktuelle Stressoren und den Umgang mit Stress, Spirituelle Ressourcen, die finanzielle Situation, die Arzt-Patienten-Beziehung, die Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen im Behandlungskontext (Block, 2006).

Zunehmend findet auch der bindungstheoretische Ansatz Eingang in die Beurteilung der Belastung von Patienten oder Angehörigen (Hloucal et al., 2012). Zur Erfassung von individuellem Lebenssinn steht der SMiLE zur Verfügung (Fegg, 2008).

Als bevorzugtes Instrument der Familienanamnese dient das Genogramm. Das Formblatt „Patientenumfeld“ der DGP vereinigt das Genogramm mit einer Helfer-Netzwerk-Karte (DGP, 2016).

Im Bedarfsfall kann auch erweiterte Diagnostik mit bewährten Messinstrumenten (van Oorschoot et al., 2014) in Bezug auf mögliche psychiatrische, neurologische oder gerontopsychiatrische Störungen durchgeführt werden. Auch hier sollten sich Aufwand und Belastung der Diagnostik an der tatsächlichen Konsequenz einer solchen Diagnostik und an den Bedürfnissen und Bedarfen der Patienten orientieren.

4.3 Begleitung von Patienten und Angehörigen

Die Begleitung von Patienten und deren Angehörigen nimmt den größten Raum palliativpsychologischer Tätigkeit ein. Der in der WHO-Definition von Palliative Care implizit formulierte systemische Ansatz („Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von *Patienten und deren Angehörigen*...“; WHO, 2002) wird von Psychologen direkt umgesetzt, indem obligatorisch mit Patienten *und* Angehörigen gearbeitet wird – oft auch in Form von Paar- oder Familiengesprächen. Darüber hinaus haben Psychologen aber auch berufsspezifische Aufgaben innerhalb des Teams inne.

4.3.1 Themen und Belastungen von Patienten

Beinahe alle Patienten reagieren in einer palliativen Situation zeitweise mit Trauer, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Angst, Furcht, Unsicherheit und Einsamkeit (Block, 2006). Weitere häufige psychische Reaktionen bzw. Themen sind Demoralisation, Verbitterung, Sinnverlust, Überforderungserleben, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Autonomieverlust, Konzentrationsstörungen und kognitive Einschränkung, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, verändertes Körperbild, eine Belastung für andere sein, Zurückgezogenheit, Würdeverlust, Scham, Sterbewunsch und Belastungen bzw. Konflikte im Familiensystem. Auch Lebensbilanz, das Regeln letzter Dinge, Wunsch nach Versöhnung und inneren Frieden zu finden stellen häufig Themen dar. Belastend sind fast immer auch die körperlichen Symptome der Erkrankung, wie Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit und Erbrechen, Schwäche, Müdigkeit, Verwirrtheit und Delir.

Prävalenz psychischer Störungen bei Patienten

Bezüglich der Prävalenz psychischer Störungen im engeren Sinne sind keine deutlichen Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung sichtbar (Mehnert 2015). Hervorzuheben ist die Demoralisierung in klinisch relevanter Schwere bei fortgeschrittener Krebserkrankung bei ca. 13-18 % aller Patienten (Robinson et. al 2015, zitiert nach Mehnert 2015). Im Verlauf einer onkologischen Erkrankung liegt die Prävalenz einer klinisch relevanten psychischen Störung bei 31,5 % (Mehnert 2015). Allerdings kommt es im Bereich der Palliativpatienten aufgrund der Gemengelage der Symptome oft zu einer Unter- oder Überschätzung der Häufigkeit psychischer Störungen (Mehnert 2015). Es kann bisher kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Stadium der Krebserkrankung und der Häufigkeit des Auftretens komorbider psychischer Störungen nachgewiesen werden (AMWF, 2015).

Subsyndromale psychische Belastungen treten hingegen bei Krebspatienten viel häufiger auf: Distress bei bis zu 59 % aller Krebspatienten, starke Ängste bei bis zu 48 % der Patienten, Depressivität bei bis zu 58 % aller Krebspatienten (AMWF, 2015).

4.3.2 Themen und Belastungen von Angehörigen

Angehörige schwerstkranker Menschen müssen in der Doppelrolle als Hilfegebende und Mitbetroffene häufig als hochbelastet angesehen werden. Pflegende Angehörige sind besonders durch die erforderliche ständige Präsenz, das Mit-Erleben von Leid, durch Übergänge von stationärer zu häuslicher Versorgung und durch körperliche Anforderung belastet (Grammatico et al., 2009). Sie sind mit vielen Anforderungen konfrontiert, die psychisch stark belasten können, z.B. Sorge um das Wohl des Patienten, Organisation und Management von Behandlungen und Hilfsangeboten, Zukunftsangst, gestörter Schlaf, Abschiednehmen, Entscheidungen treffen, Unwissenheit über den weiteren Krankheitsverlauf. Die Belastung der Patienten kann sich mit derjenigen der Angehörigen wechselseitig noch potenzieren.

4.3.3 Psychologische Interventionen

Gerade angesichts der situativ bedingten Vulnerabilität von Palliativpatienten und deren Angehörigen stellen Bedürfnisorientierung, Ressourcenorientierung, Achtsamkeit, empathische Zugewandtheit und Präsenz die Basis palliativpsychologischer Interventionen dar. „Patienten profitieren von einem Ansatz, bei dem emotionale Unterstützung, Flexibilität, wertschätzende Haltung gegenüber der individuellen Ressourcen, zugewandter und aufrichtiger Kontakt, Biographiearbeit und das Verbalisieren von Ängsten und Sorgen kombiniert werden“ (Block, 2006, S. 761).

Personenzentrierte psychotherapeutische Ansätze sind ergänzungsbedürftig zugunsten eines systemischen Kontext- und Organisationsbezugs, denn einerseits ist das Familiensystem bei existenziell bedrohlichen Erkrankungen unmittelbar mitbetroffen, andererseits spielt sich die Behandlung häufig im institutionellen Rahmen ab. Systemische Ansätze stellen Verständnis- und Interventionsmöglichkeiten für diese Komplexität bereit (Heller & Wenzel, 2011).

Sehr häufig finden Entspannungsverfahren, Imaginationsübungen und Phantasie Reisen Anwendung. Hypnotherapeutische Ansätze können sowohl hinsichtlich somatischer Belastungen wie Schmerz oder Übelkeit als auch hinsichtlich psychischer oder spiritueller Probleme erfolgreich eingesetzt werden (Schulze, 2013), ebenso achtsamkeitsbasierende Interventionen. Darüber hinaus haben sich Interventionen zur Förderung und Stärkung hilfreicher Copingstrategien sowie zur Stärkung der Selbstwirksamkeit als hilfreich erwiesen (Mehnert, 2015).

Fragen um den Lebenssinn oder zu Spiritualität können für Patienten eine zentrale Ressourcenquelle darstellen. Hierfür wurden spezifische Therapieformen entwickelt, etwa die Sinnzentrierte Gruppentherapie (Breitbart, 2004), die speziell für onkologische Patienten kreierte sinnbasierte Therapie CALM – Managing Cancer and Living Meaningfully (Lo et al., 2014), die Family Focused Grief Therapy (Kissane et al., 2006), oder die Würdezentrierte Therapie – Dignity Therapy (Chochinov, 2005). Auch für Angehörige wurden spezielle Gruppeninterventionen entwickelt (Fegg, 2016; Henriksson & Andershed, 2007; Kwak et al., 2007).

4.4 Rollen und Aufgaben im Team

In der Palliativversorgung tragen alle Berufsgruppen durch das Einbringen ihrer spezifischen Kompetenzen zu einer Bereicherung des Teams/Netzwerks in der gemeinsamen Arbeit bei. Die Grundkompetenzen der Psychologen als Experten für Kommunikation, für Konfliktmanagement und für psychologische Aspekte in der Patienten- und Angehörigenbetreuung führen dazu, dass sie nicht nur integriertes Teammitglied sind, sondern darüber hinaus spezifische Rollen einnehmen:

Koordinator, Moderator, Vermittler

Psychologisches Handeln ist durch Bedürfnisorientierung, Wertneutralität und Allparteilichkeit charakterisiert. So fungieren Psychologen nicht nur im eigenen Selbstverständnis, sondern auch in der Rollenerwartung durch andere als Vermittler in „schwierigen“ Kontaktsituationen. Sie koordinieren

Kommunikationsprozesse (z. B. durch Vorgespräche oder bei Visiten), moderieren zwischen Konfliktparteien, vermitteln zwischen verschiedenen Akteuren mit unterschiedlichen Bedürfnissen – sei es zwischen Patient/Angehörigen und Behandlern, zwischen Patient und seinen Angehörigen, oder zwischen verschiedenen Behandlern.

Ansprechpartner für einzelne Teammitglieder

Mitarbeiter von Palliativteams sind besonderen Belastungen ausgesetzt: Der Konfrontation mit der Endlichkeit des eigenen Lebens, einer erlebten Hilflosigkeit angesichts des fremden Leids, der Notwendigkeit andauernder Reflexion des eigenen Handelns und der eigenen Emotionen, dem Umgang mit krisenhaften Entwicklungen (Stecker, 2011). Palliativpsychologen sind daher Ansprechpartner für einzelne Teammitglieder und leisten emotionale Unterstützung bei der Bewältigung von belastenden Arbeitssituationen.

Experte für psychologische Aspekte der Behandlungsplanung

Psychologen tragen durch ihr Wissen über Erklärungsmodelle zum Verständnis menschlichen Verhaltens in einer palliativen Situation bei. Dies kann direkt in die klinische Praxis und Behandlungsplanung einfließen (Payne, 2002). Durch Erläuterungen bei Teambesprechungen oder teaminternen Fortbildungen leisten sie fachliche Unterstützung von KollegInnen im Umgang mit herausfordernden Arbeitssituationen.

Gesundheitspsychologe

In dieser Rolle können Psychologen zur Förderung der Gesundheit der Teammitglieder beitragen (Hülsmann, 2008) und zwar durch Psychoedukation zum Thema Psychohygiene, Burnout-Prophylaxe und Selbstfürsorge (Kearny et al., 2009), oder auch durch gesundheitsfördernde Angebote für die TeamkollegInnen (z. B. kurze Entspannungsübungen für das Team).

Begleiter von Teamprozessen

Unabhängig von spezifischer supervisorischer Qualifikation verfügen alle Psychologen über Grundkenntnisse in Arbeits- und Organisationspsychologie, wissen Teamdynamiken einzuschätzen und sind Kommunikationsexperten. Daher sind sie befähigt, auch im eigenen Team bei Entscheidungsfindungsprozessen oder herausfordernden Behandlungssituationen (z.B. Sterben zulassen) zu moderieren, oder Veränderungsprozesse zu begleiten. Dies kann durch Interventionen, durch Beratung der Stationsleitung, durch Moderation von Teamsitzungen erfolgen (Kasl-Godley et al., 2014; Payne, 2002).

4.5 Forschung

Die palliativpsychologische Forschung sollte sich auf alle palliativpsychologischen Zielgruppen, Betreuungsphasen, Settings, Rahmenbedingungen und Tätigkeitsfelder beziehen. Insbesondere sind die Empfehlungen der „Leopoldina zur Palliativversorgung in Deutschland“ zur Forschung zu psychosozialen und spirituellen Fragestellungen zu beachten (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, 2015, S. 45).

4.6 Lehre, Fort- und Weiterbildung

Psychologen haben einen festen Platz in der Konzeption und Durchführung von Fort- und Weiterbildung im Palliativbereich (z.B. in Fachweiterbildungen für Ärzte, Pflegekräfte und andere Berufsgruppen, im Medizinstudium – Querschnittsbereich Palliativmedizin, in der Ausbildung von Ehrenamtlichen).

Lehraufgaben und Lerninhalte sind u.a.: Aufklärung und Information über Depression, Angst, Delir, Bewältigungsstile, Trauer, systemische Zusammenhänge, Entwicklungsaufgaben über die Lebensspanne, Gesprächsführung und kommunikative Kompetenzen, Selbstfürsorge und Erkennen von Überforderung, Organisationsentwicklung und Teambildung, Konflikttraining, Selbstreflexion und Selbsterfahrung zu existenziellen Themen.

5 Qualifikationen

Für palliativpsychologische Arbeit sind folgende Qualifikationen notwendig²:

- Diplom in Psychologie oder Bachelor und Master jeweils in Psychologie mit einem Schwerpunkt in Klinischer bzw. Gesundheitspsychologie³
- Beratungs-/klinisch-psychologische Kompetenz, erworben durch Therapieausbildung bzw. relevante Fortbildung (z.B. Systemische Beratung/Therapie, Klientenzentrierte Beratung/Therapie, Richtlinienpsychotherapie, Hypnotherapie) oder durch mindestens dreijährige klinische Beratungspraxis in einem relevanten Berufsfeld.
- Weiterbildung Palliative Care (DGP oder äquivalent⁴) mit berufsfeldspezifischer Selbsterfahrung hinsichtlich der eigenen Sterblichkeit und eigener Erfahrungen mit Tod und Sterben

Die Bereitschaft zur Vernetzung mit Berufskollegen wird erwartet, kontinuierliche Fortbildung sowie Supervision sind selbstverständlich.

6 Ethische Grundhaltung

Ethische Fragen, die im Kontext von Entscheidungsfindungen bezüglich Therapiezieländerungen bei allen Beteiligten entstehen können, sind im Wesentlichen psychischer und psychologischer Natur. Ethische Dilemmata, Konflikte zwischen eigener Haltung, religiösen Prägungen und rechtlichen Vorschriften werden stets ein erhebliches Belastungspotenzial bergen. Psychologen sollten bei allen Klärungsversuchen dem Ziel der Würdigung und Reflexion aller zum Patientenumfeld (professionell und familiär) gehörigen Positionen folgen.

Palliativpsychologie befürwortet die ethischen Grundsätze der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), d.h. sie setzt sich für ein Leben bis zum Schluss ein und spricht sich gegen aktive Sterbehilfe und assistierten Suizid aus (DGP, 2014). Dem widerspricht nicht, dass gerade Psychologen in ihrer Rolle als nicht wertende Zuhörer eine neutrale Position als zuhörendes Gegenüber einnehmen, wodurch Patienten und Angehörige all ihre Gedanken zu Sterbewunsch und Sterbehilfe frei äußern können – ungeachtet der medizinethischen und rechtlichen Möglichkeiten bzw. Grenzen (Kalus, 2008). Zudem können sie bei Gesprächen über schwierige Themen vermittelnd intervenieren und zugrunde liegende psycho-emotionale Aspekte des Sterbewunsches erkennen (Kleespies, 2004).

² Für Kolleginnen und Kollegen, die bereits vor 2011 auf Palliativstationen arbeiteten, besteht die Möglichkeit einer Übergangsregelung und Anerkennung der Berufserfahrung im Bereich der Palliativpsychologie.

³ Psychologe ist nur, wer Psychologie entweder als Diplom oder mit Master *und* Bachelor studiert hat (www.bdp-verband.org/bdp/presse/2016/12_titelschutz.html ; www.bdp-verband.de/bdp/presse/2016/PM_12-16.pdf)

⁴ Aktuell umfassen die von der DGP zertifizierten Weiterbildungen „Palliative Care für Psychologen“ bzw. „Palliative Care für psychosoziale Berufsgruppen“ 120 UE zzgl. Hospitation (Stand: 2016).

7 Ausblick

Strukturell steht es weiterhin an, sich für eine bessere Verankerung der Profession sowohl im Rahmen von Zertifizierungen als auch der Bedingungen für die Abrechnungen von entsprechenden Komplexziffern zu engagieren. Auch die Arbeit mit Angehörigen, sowie die ambulante palliativpsychologische Arbeit muss in die Finanzierungslogik implementiert werden. Dann kann eine angemessene und dem Berufsbild entsprechend geregelte umfassende palliativpsychologische Versorgung in allen dafür relevanten Sektoren angeboten werden.

Autoren (in alphabetischer Reihenfolge):

Jan Gramm, Elisabeth Jentschke, Sandra Mai, Urs Münch

Wir danken

- den Mitgliedern der Sektion Psychologie der DGP,
- Dipl.-Psych. Fredi Lang und Dipl.-Psych. Carola Brücher-Albers des BDP,
- Dipl.Psych. Ruth Hirth und Dr. med. Andreas Werner der dapo e.V.
- Dipl.Psych. Beate Hornemann und Prof. Dr. phil. Anja Mehnert der PSO der DKG

für Ihre Unterstützung und Zusammenarbeit.

Literatur

AMWF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2014). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-051OLk_S3_Psychoonkologische_Beratung_Behandlung_2014-01_1.1.pdf [Stand: 10.05.2016]

AMWF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2015). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLk_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf [Stand: 10.05.2016]

Altmeyer S, Kröger F (2003). Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin. Vandenhoeck & Ruprecht.

BDP – Bund Deutscher Psychologen (2015). Stellungnahme zum Hospiz- und Palliativgesetz. http://www.bdp-verband.org/bdp/politik/2015/151104_hpg.pdf [Stand: 10.05.2016]

Block S (2006). Psychological Issues in End-of-Life Care. J Palliat Med. 2006 Jun;9(3):751–72.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit(2015). Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung. http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s2114.pdf [Stand: 10.05.2016]

Breitbart W, Gibson C, Poppito SR, Berg A (2004). Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: Focus on Meaning and Spirituality. Can J Psychiatry. 2004 Jun; 49(6): 366–72.

- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2016). Palliativmedizinisches Basisassessment. http://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Palliativmedizinisches_Basisassessment_2016.pdf [Stand: 20.05.2016]
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.) (2015). Notwendige und hinreichende Qualifikationen für Psychologen in der Palliativversorgung. http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Positionspapier_Sektion_Psychologie_DGP_20150511.pdf [Stand: 01.09.2015]
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Operationen- und Prozedurenschlüssel, OPS Version 2016 <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/block-8-97...8-98.htm> [Stand: 20.03.2016]
- Fegg MJ, Kramer M, Stiefel F et al. (2008). Lebenssinn trotz unheilbarer Erkrankung? Die Entwicklung des Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE) Z Palliativmed 2008; 9: 238–245.
- Fegg MJ (2016). Zusammenfassende Ergebnisse zur Existenziell Behavioralen Therapie (EBT) für Angehörige von Palliativpatienten. Z Palliativmed 2016; 17: 76–82.
- Gramm J (2014). Palliative Care – Braucht es ein spezifisches Curriculum für Psychologen? Z Palliativmed 2014; 14: 204–209.
- Grammatico D, Kern M, Ostgathe E (2009). Was brauchen Menschen, die ihre schwerstkranken und sterbenden Angehörigen zu Hause versorgen? http://www.alpha-nrw.de/images/stories/anlagen/580_Was%20brauchen%20Menschen.pdf [Stand: 10.03.2013]
- GKV-Spitzenverband. Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 in der Fassung vom 05.11.2012
- Heller A, Wenzel C (2011). Hospizarbeit und Palliative Care – Idee, konzeptionelle Grundlagen und Herausforderung für die Psychotherapie. Psychotherapie-Wissenschaft 3: 150–158.
- Henriksson A, Andershed B (2007). A support group programme for relatives during the late palliative phase. Int J Palliat Nurs. 2007 Apr; 13(4): 175–83.
- Hloucal TM, Petersen Y, Frick E, Buchheim A, Bettenbrock B (2012). Bindungstheorie in der Palliativmedizin – Auswirkungen standardisierter Bindungsdiagnostik mit dem Adult Attachment Picture System auf die psychische Befindlichkeit der Patienten. Z Palliativmed 2012; 13: 142–148.
- Hülsmann R (2008). Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.): Psychologie Gesellschaft Politik – 2008. Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland, 65–71.
- Jünger S, Payne SA (2011). Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. European Journal of Palliative Care 2011, 18, 5: 238–252.
- Kalus C, Beloff H, Brennan J et al. (2008). The Role of Psychology in End of Life Care. A report published by the Professional Practice Board of the British Psychological Society. Leicester: The British Psychological Society.
- Kasl-Godley JE, King DA, Quill TE (2014). Opportunities for Psychologists in Palliative Care. Working With Patients and Families Across the Disease Continuum. American Psychologist, Vol. 69, No. 4, 364–376.
- Kieseritzky K (2013). Ängste schwerkranker Menschen, in: Kayser H, Kieseritzky K, Melching H, Sittig HB (Hrsg.): Kursbuch Palliative Care. uni-med-Verlag Bremen, S. 172f.

- Kissane DW, McKenzie M, Bloch S et al. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *JAMA Psychiatry* 2006; 163: 1208–1218.
- Kleespies PM (2004). *Life and death decisions: Psychological and ethical considerations*, APA Washington D.C.
- Kwak J, Salmon JR, Acquaviva KD et al. (2007). Benefits of Training Family Caregivers on Experiences of Closure During End-of-Life Care. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33: 434–45.
- Lo C, Hales S, Jung J, Chiu A, Panday T, Rydall A et al. (2014). Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. *Palliat Med.* 2014 Mar;28(3):234–42.
- Mehnert A (2015). Psychotherapie in der Palliativen Versorgung. *Psychother Psych Med* 2015; 65(09/10): 387–397.
- Mehnert A, Brähler E, Faller H et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* 2014; 32: 3540–3546.
- Münch U, Gramm J, Berthold D (2016). Mehr als Psychotherapie – Psychologisches Arbeiten in Palliative Care. *Psychotherapie im Dialog*, 17(01), 81–85.
- Münch U, Gramm J, Jentschke E, Mai S (2015). Palliativpsychologie. Ist eine Approbation wirklich notwendig? *Palliativmedizin* 2015; 16(05): 191.
- Nationales Zertifizierungsprogramm Krebs - Erhebungsbogen für Onkologische Zentren und Spitzenzentren, <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/onkologische-zentren.html> [Stand: 10.05.2016]
- van Oorschot B, Jentschke E, Heussner P, Singer S, Mehnert A, Lordick F (2014). Instrumente zur Erfassung psychosozialer Belastungen, Ressourcen und körperlicher Symptome bei Krebs. *Forum DKG*, 29(2), 131–133.
- Payne S (2002). Doing our bit to ease the pain. *The Psychologist* (15) 11: 564–567.
- Schulze W (2013). Hypnose und Hypnotherapie in der Palliativmedizin – Symptombehandlung und spirituelle Begleitung. *Z Palliativmed* 2013; 14: 59–72.
- Stecker R (2011). Psychoonkologische Palliativtherapie im Krankenhaus. *Psychotherapie-Wissenschaft* (2011) 3: 159–168.
- WHO – World Health Organization (Hrsg.) (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2. Aufl. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> [Stand: 12.09.2016]
- Wunder M (2010). Multiprofessionelle SAPV bleibt ein Wunsch. Die Praxis ist meistens „biprofessionell“. *Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin* 2010; Sonderheft 1: 2–4.