



Zentrenbildung in Großbritannien, den Niederlanden und Deutschland

Unter welchem Dach liegt die Zukunft der Psychoonkologie?

■ Von T. C. Vollmer und G. Koppen

Während sich in Deutschland Expertengremien seit Jahren mit der Entwicklung von Richtlinien für psychosoziale Beratungsstellen und deren Zertifizierung befassen, ist die Entwicklung ganzheitlicher psychosozialer Zentren für Krebspatienten und deren Angehörige, in die Beratungsangebote selbstredend eingeschlossen sind, in einigen europäischen Nachbarländern inzwischen weit vorangeschritten. Im Folgenden werden Beispiele aus Großbritannien und den Niederlanden vorgestellt und mit der deutschen Situation ambulanter psychoonkologischer Versorgung verglichen.

Unter den existenten psychoonkologischen Kompetenz- bzw. Versorgungszentren lassen sich aktuell eigenständige Einrichtungen verstehen, die ein methodisch breit angelegtes psychotherapeutisches und psychosozial begleitendes Versorgungsprogramm für an Krebs Erkrankte und ihre Familien ambulant anbieten. Dazu gehören Einzel- und Gruppentherapien ebenso wie informative, psychoedukative und kreative Veranstaltungs- und Trainingsreihen. Zum Teil zählen darüber hinaus Angebote aus Bereichen der Komplementär-, chinesischen und Sportmedizin sowie der Bewegungs-, Hapto- und Physiotherapie zu den Leistungen der Zentren.

Strukturelles Ziel der Zentren ist neben der Bündelung der Angebote und Ressourcen eine erhöhte Sichtbarkeit, verbesserte Erreichbarkeit sowie Qualitätssicherung psychoonkologischer Versorgung. Therapeutisch werden psychoonkologisch präventive, kurative und palliative Ziele verfolgt, die von der Stützung der Arzt-Patienten-Kommunikation bis zur Trauerverarbeitung mit den Angehörigen reichen und die Unterstützung der Krankheitsverarbeitung ebenso wie die Reduktion somato-psychischer Begleitsymptome beinhalten.

Neben den zahlreichen Berufsgruppen, die die professionelle Versorgung übernehmen, ist den Zentren der Einsatz einer großen Zahl geschulter Ehrenamtlicher eigen, die Patienten und Angehörigen für

entlastende Gespräche, orientierende Informationen oder als vertrauensbildender erster Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Hierdurch erhalten die Einrichtungen neben ihrem breiten und vielschichtigen Angebot einen niederschweligen, offenen und menschenzugewandten Charakter, der u. a. die hohen Zulaufzahlen erklärt und die Zentren deutlich von klassischen Psychotherapieeinrichtungen unterscheidet. Bei Einteilung der Angebote in

- Beratung und Begleitung,
- Behandlung und Therapie,
- Forschung und Wissensvermittlung

lassen sich in der unterschiedlichen Ausprägung dieser Bereiche standortabhängige Schwerpunkte erkennen.

Informations- und Begegnungszentren

Die niederländischen **inloophuizen** fungieren sowohl als Anlaufstellen für Krebspatienten und ihre Angehörigen in akuten Situationen krisenhaften Erlebens als auch zur Begegnung Betroffener, die im weiteren Krankheitsverlauf von niederschweligen Gruppenangeboten profitieren oder weiterführende Informationen suchen. Die inloophuizen sind in Dachverbänden organisiert und in ganz Holland verbreitet. Sie decken den Bedarf an psychoonkologischer Begleitung auf dieser Ebene zu über 50%. Obwohl vorwiegend Ehrenamtliche mit den Aufgaben innerhalb der inloophuizen betraut

Psychoonkologische Zentren bieten ein methodisch breit angelegtes Versorgungsprogramm für Krebspatienten und ihre Angehörigen.



Abbildung 1. De Vruchtenburg, psychotherapiecentrum, Rotterdam, NL 2008

Die niederländischen Zentren basieren meist auf privaten oder öffentlichen Stiftungsgründungen. Seit Januar 2008 können die Zentren zudem ihre psychoonkologischen Leistungen im Rahmen der Basisversorgung über die Kassen abrechnen.

sind, lassen sie sich am ehesten mit den psychosozialen Krebsberatungsstellen in Deutschland wie beispielsweise jenen der regionalen Krebsgesellschaften [1] vergleichen. In beiden Ländern sind diese Einrichtungen durch private Spenden oder Trägerorganisationen finanziert, die Angebote werden größtenteils kostenfrei zur Verfügung gestellt. Bei psychoonkologischem Behandlungsbedarf wird an externe Einrichtungen verwiesen. Die Einrichtungen der Niederlande sind im Unterschied zu jenen in Deutschland häufig in eigenständigen Gebäuden stadtkernnah untergebracht.

Therapiezentren

Die **po-therapiecentra** der Niederlande sind ausschließlich auf die Psychotherapie von Krebspatienten und ihren Angehörigen ausgerichtet (Abb. 1). Bezüglich der therapeutischen Qualifikationen – nicht aber der Breite des Angebots sowie der Organisationsform der Einrichtung – sind die po-therapiecentra mit den sich in Deutschland allmählich etablierenden Praxismgemeinschaften vergleichbar, die schulenübergreifend Psychotherapie für Krebspatienten anbieten und um eine engere Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Onkologen bemüht sind. Während die Praxismgemeinschaften, meist als GbR, im Privatbesitz der betreibenden Therapeuten sind, basieren die Zentren in der Mehrzahl auf privaten oder öffentlichen Stiftungsgründungen, deren Einnahmen aus Spenden, Forschungsgeldern sowie eigenem Fundraising sichergestellt werden. Darüber hinaus gehört in den Niederlanden seit Januar 2008 die Psychotherapie für Krebspatienten zur Basisversorgung, d. h., die Krebserkrankung ist als Indikation ausreichend, die psychoonkologischen Leistungen der Zentren als Kassenleistung abzurechnen, sofern eine Überweisung vom Arzt vorliegt.

Die po-therapiecentra, derzeit acht in ganz Holland, sind der Dachorganisation IPSO-Concentris [4] angeschlossen und tragen nach Schätzungen zu rund einem Zehntel zur Deckung des psychoonkologischen Versorgungsbedarfs bei. Diese Schätzung geht von einem Mindestbedarf von 20% aller aktuell an Krebs Erkrankten (350000) in den Niederlanden, d. h. 70000 Menschen, aus. Die gemittelten Jahresleistungen der Zentren, die beispielsweise am Helen Dowling Institut im Jahr 2007 bei 636 betreuten Patienten und 392 Angehörigen lag [3], werden durch einen Therapieschlüssel von 8–15 Fachtherapeuten in Voll- und Teilzeitbeschäftigung mit vorwiegend Kurzzeittherapiekontakten von bis zu acht Sitzungen erreicht.

Neben einer vorbildlichen Vernetzung mit den Überweisenden ist die besondere Organisationsstruktur der Zentren, in Abbildung 2 am Beispiel der Vruchtenburg in Rotterdam dargestellt, auffallend. Die Einrichtungen befinden sich ausschließlich in eigenständigen Gebäuden, die angemietet oder im Besitz des Trägers sind, und werden strategisch so errichtet, dass Patienten minimale Wegstrecken von zu Hause bis zur Einrichtung zurücklegen müssen.

Gesundheitshäuser

Die sogenannten **inloophuizen plus** der Niederlande halten professionelle Therapien neben niederschweligen Angeboten bereit und zeichnen sich vor allem durch die Offenheit ihrer Gebäude und Aktivitäten aus. Zu diesem Zweck befinden sie sich ausschließlich in frei stehenden Häusern, die sich als Schenkungen der Stadt, der Gemeinde oder einer Privatperson im Besitz des Trägers der Einrichtung befinden und nach deren speziellen Anforderungen umgestaltet wurden. Jüngstes Beispiel ist das Adamas Huis südlich von Amsterdam, das auf einer Fläche von rund 400 m² schätzungsweise über ein räumliches Potenzial zur parallelen Behandlung von sieben Patienten in Einzeltherapie, 24 in Gruppen und zum Empfang von bis zu zehn Gästen in offenen Räumen verfügt [5]. In Deutschland gibt es bislang nur ein einziges diesen Gebäuden – wenn auch organisationspolitisch different – vergleichbares „Haus für angewandte Psychoonkologie“, das Haus Lebenswert in Köln [9].

In Großbritannien ist die Versorgungstypologie des inloophuis plus in Form der **Maggie's Center** vorhanden (Abb. 3). Die Einrichtungen der Maggie's-Center-Stiftung haben einen besonderen historischen Hintergrund, auf dem ihre architektonische Einzigartigkeit beruht, zu der auch die unmittelbare Nähe zu einem NHS-Krebskrankenhaus gehört. 2008 öffnete das Maggie's Center London direkt vor dem Charing Cross Hospital, das jährlich über 6000 Krebspatienten behandelt, seine Pforten. Aufgrund

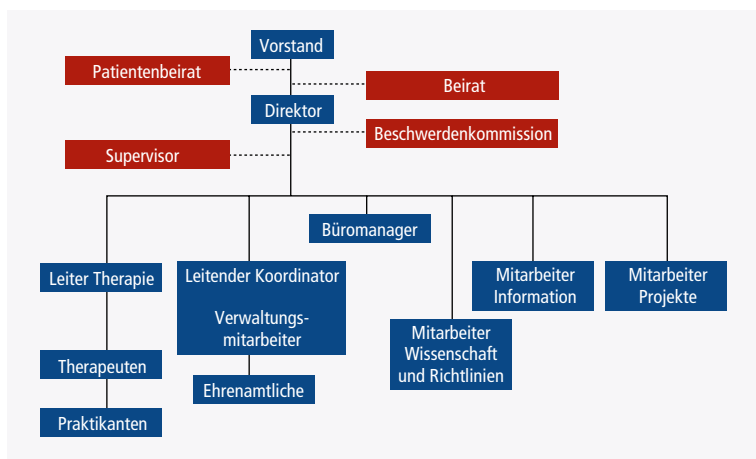


Abbildung 2. Organigramm eines psychoonkologischen Therapiecenters in den Niederlanden, Jahresbericht De Vruchtenburg 2007 [2].

dieser geografischen Entscheidung scheint der Lückenschluss in der psychoonkologischen Versorgung am Übergang von der stationären in die ambulante Phase sehr zu gelingen. Ein Lückenschluss, der auch in Deutschland noch immer ein großes Problem in der psychoonkologischen Versorgung darstellt.

Die Tradition der deutschen Psychoonkologie ist eine eher klinisch-akademische. Entsprechend gut ist inzwischen die stationäre Versorgung der Patienten im Bereich der onkologischen Akutmedizin sowie der Rehabilitation etabliert und häufig in die jeweiligen Behandlungskonzepte eingebunden [8]. Von einer Bedarfsdeckung ist jedoch auch die stationäre Versorgung in Deutschland noch weit entfernt. Zu diesem schließlich in die ambulante Versorgung verschobenen Bedarf addieren sich Patienten, die in der Phase der sekundären Krankheitsverarbeitung psychoonkologische Betreuung nötig haben. Schon jetzt schätzt der Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft den Bedarf allein an niederschweligen Angeboten auf 50% [10]. Diese Zahl wird im Zuge der Verbesserung der somatischen Therapien und der Verlängerung der Überlebenszeit, in der Patienten und Angehörige mit der Erkrankung umgehen müssen, sicher noch ansteigen.

(Un-)Möglichkeiten in Deutschland

Eine Verbesserung der Bedarfsdeckung psychoonkologischer Gesamtversorgung soll mit der Errichtung tumorspezifischer Zentren sowie der Comprehensive Cancer Center (CCC) erreicht werden. Die Richtlinien für diese adhäsive Entwicklung sind jedoch zu weich und wenig am Stand der aktuellen Wissenschaft ausgerichtet [10]. Ein Brustzentrum hat beispielsweise ausdrücklich psychoonkologische Versorgung vorzuhalten. Wie diese Vorhaltung allerdings in der Praxis aussehen soll, ist vielerorts noch nicht wirklich zur Zufriedenheit aller Parteien geregelt. In einigen Fällen wird die psychoonkologische Versorgung der Zentren durch den niedergelassenen Kollegen, der einige Straßenzüge vom eigentlich Zentrum entfernt allgemein psychotherapeutisch praktiziert, mitübernommen. Da dieser Kollege in Deutschland seine Existenz noch immer auch durch die breite Psychotherapie sichern muss, sind seine Wartelisten zur Aufnahme von ambulanten Krebspatienten nicht selten unvertretbar lang. Ein Zustand, der auf lange Sicht der Qualität einer wirkungsgerichteten psychoonkologischen Versorgung nur abträglich sein kann.

Die sich aktuell formenden CCCs haben ebenfalls „Psychoonkologie“ fest in ihrer virtuellen Organisationsstruktur verankert. Allerdings nicht als eine der tragenden Säulen, sondern mehr im fundamentalen Serviceangebot festzementiert. Entspre-



Foto: Maggie's Centers [7]

Abbildung 3. Maggie's Center in Edinburgh, eröffnet 1996.

chend „grau“ sieht – neben der mangelhaften Stellenallokation – die räumliche und programmatische Realisierung psychoonkologischer Aspekte und Angebote in den CCCs bislang aus. Lange kahle Flure, menschengefüllte Wartebereiche oder unübersichtliche Wegstrecken trennen beispielsweise den onkologischen und psychoonkologischen Behandlungstrakt – sofern Letzterer überhaupt vorhanden ist. Oder der zuständige Psychoonkologe sitzt mager etikettiert und unauffindbar hinter den Türen seines einzig verfügbaren Zimmers, welches sich wenig



Maggie's Centers

Als Maggie Keswick Jencks 1988 die Klinik, in deren Hände sie für die kommenden Wochen ihr Leben legen sollte, betrat, sah sie diese nicht nur mit dem Herzen einer neu diagnostizierten Brustkrebspatientin, sondern auch mit den Augen einer Innenarchitektin: „Wie du dich fühlst, ist unwichtig. Du bist hier nicht von Bedeutung. Wir richten uns nicht nach dir aus, du musst dich nach uns richten. [...]“, beschreibt sie ihren ersten und unvergessenen Eindruck über dieses Gebäude [6]. Von der abstoßenden Kälte der monolithischen Krankenhausarchitektur, der Grellheit der Flure, der Unpersönlichkeit der Räume, der Sterilität der Wände und der Lieblosigkeit des Mobiliars bewegt begann Maggie Keswick Jencks die Idee eines „gesunden Hauses“, das sich räumlich, atmosphärisch und programmatisch dem „kranken Haus“ gegenüberstellen sollte, zu verfolgen. Ein Haus, in dem der Patient ein Heim findet, während er die Krankheit verarbeitet, die Therapie durchstehen und das neue Leben planen muss. Ein Haus mit Perspektive, der Ausstrahlung von Hoffnung, Wärme, Freundlichkeit und Motivation. „Keines, das Eindruck machen will, sondern zu Ausdruck verhilft, wenn Ängste die Stimme verschlagen.“ Bereits 1990 entstanden ihre ersten Pläne zum Bau eines Versorgungs-

hauses, das einladend offen sein und niederschwellige psychosoziale Begleitung sowie psychoonkologische Therapieangebote für Krebskranke und deren Angehörige in allen Stadien der Erkrankung ambulant bereitstellen sollte. Als 1993 die Metastasierung eine Rückkehr ihrer Erkrankung andeutete, hatte Maggie Keswick Jencks bereits gemeinsam mit ihrem Mann, dem Architekturkritiker Charles Jencks, einigen Mitpatienten und fachkundigen Therapeuten eine filigrane Briefing List mit den programmatischen, aber vor allem emotionalen Anforderungen für ihr „psychosoziales Gesundheitshaus“ erstellt und die Spendengelder in Höhe von rund £3 000 000 gesammelt. Am 8. Juli 1995, ein Jahr vor Eröffnung des ersten Maggie's Centers in Edinburgh, verstarb die Namenspatin und Ideengründerin. Auf ihre Initiative hin sind inzwischen fünf weitere Maggie's Centers gebaut und sechs entworfen worden [7], allesamt von namhaften Architekten, unter ihnen Frank Gehry und Zaha Hadid, deren Architektur dazu beitrug, das Thema mangelnder psychoonkologischer Versorgung noch stärker in den Mittelpunkt öffentlichen Interesses zu rücken, und die mithilfe, das Tabu, sich im Falle einer Krebserkrankung auch psychologisch helfen zu lassen, aufzubrechen.

Gerade für Patienten, die sich maladaptiv in der Phase der sekundären Krankheitsverarbeitung befinden, ist die Rückkehr an den Ort der somatischen Behandlung kontraindiziert.

von dem eines wissenschaftlichen Mitarbeiters unterscheidet.

Darüber hinaus ist die Öffnung der neuen, primär somatisch ausgerichteten Versorgungszentren für die ambulante psychoonkologische Versorgung zwar inhaltlich positiv zu bewerten, aber keineswegs für alle Betroffenen eine hilfreiche Lösung. Gerade für Patienten, die sich maladaptiv in der Phase der sekundären Krankheitsverarbeitung befinden und auf Angebote zur ressourcenorientierten Entwicklung neuer Lebensstrategien und zukunftsgerichteter Perspektiven angewiesen sind, ist die Rückkehr an den Ort der somatischen Behandlung kontraindiziert. Gebäude, Räume und Gerüche sind wahrnehmungspsychologisch an die Erinnerungen vorangegangener Ereignisse wie Diagnosemitteilung, Untersuchungen und Therapien geknüpft und revitalisieren in der Wiederbegegnung die emotionalen Inhalte – wie Trauer, Schmerz und Angst – dieser zum Teil traumatisch erlebten Phasen.

Ein psychoonkologisches Angebot, das Patienten in diesen Phasen effektiv stützen und therapieren will, ist daher außerhalb dieser Gebäude und damit außerhalb der kreuzmodalen Erinnerungen der Patienten am besten untergebracht. Haben Sie sich als Arzt nicht selbst schon einmal gefragt, warum Sie Tag und so manche Nacht in einem Haus verbringen, das nichts anderes ausstrahlt, als was sein Name verspricht: Krankheit? Vielleicht ist es die professionelle Routine oder die Akzeptanz funktionaler Vorschriften, die Sie immunisiert gegen Neonlicht, Linoleum und weiß getünchte Wände, den Geruch von Desinfektion und die fehlende Sicht nach draußen? Und doch ist es schade, dass Sie ihre ganze Energie für Heilung einsetzen, der Raum jedoch, in dem Sie dieses tagtäglich tun, sie dabei nicht unterstützt. Das Potenzial dazu hätte er möglicherweise. Seit den 1980er-Jahren liegen Studien vor, die den Einfluss räumlicher Qualitätskriterien auf den Gesundheitszustand untersuchen [11]. In den Niederlanden wird bezugnehmend auf diese Erkenntnisse gefördert durch das Bauministerium aktuell eine Studie durchgeführt, die sich mit der Prüfung programmatischer und räumlicher Verbindungsmöglichkeiten der onkologischen und psychoonkologischen Einrichtungen sowie der Entwicklung standortspezifischer Prototypen befasst [12].

Resümee

Die Erfahrungen aus Großbritannien und den Niederlanden zeigen, dass die Bildung psychoonkologischer Zentren nicht nur eine effektive Methode der Bereitstellung eines breit gefächerten und interdisziplinären ambulanten Angebots für Krebspatienten und ihre Angehörigen ist, sondern – gemessen an den hohen Zulaufzahlen – auch den Wün-

schen und Bedürfnissen der Betroffenen am nächsten kommt. Ein wichtiger Erfolgsfaktor scheint neben der Qualität der einzelnen Angebote die Niederschwelligkeit und Offenheit der Architektur sowie die raumgestalterische Berücksichtigung emotionaler und wahrnehmungspsychologisch begründeter Bedürfnisse der Patienten zu sein.

Sicher ist die Übertragung dieser Erfahrungen auf Deutschland aufgrund einer insgesamt unterschiedlichen Versorgungsstruktur der Länder nicht eins zu eins denkbar. Beispielsweise findet die onkologische Therapie in Großbritannien und Holland ausschließlich in Kliniken statt, worauf sich die angestrebte geografische Anbindung der psychoonkologischen Zentren bezieht. Allerdings hat auch in diesen Ländern die akute Unterversorgung in der ambulanten psychoonkologischen Therapie und Begleitung, mit der wir uns in Deutschland aktuell konfrontiert sehen, die Entwicklung und Errichtung der psychoonkologischen Versorgungszentren angestoßen. Sie hat gezeigt, dass durch ihre eigenständige, ambulant ausgerichtete und komplexe Organisationsstruktur mit knappen Ressourcen eine hohe Bedarfsdeckung erreicht werden kann und zudem die Psychoonkologie einen höheren Stellenwert in versorgungspolitischen Entscheidungen rund um das Thema Krebs erhält.

Unter welchem Dach die ambulante Psychoonkologie in Zukunft in Deutschland vornehmlich stattfinden wird, wird von ebensolchen Entscheidungen abhängen. Es wäre der Disziplin dann zu wünschen, dass sie neben beflissenen Leitlinien konkrete Versorgungsmodelle bzw. -einrichtungen vorzuweisen hat, die Hand in Hand mit der onkologischen Versorgung Patienten und Angehörige im wörtlichsten Sinne willkommen heißen. ■

Literatur und Weblinks

1. www.krebsgesellschaft.de/lk_professionelle_unterstuetzung,1005.html
2. www.devruchtenburg.nl
3. www.hdi.nl
4. www.ipso.nl
5. www.adamas-inloophuis.nl
6. Keswick Jencks M. A view from the frontline. Edinburgh 1994.
7. <http://www.maggiescentres.org>
8. Schumacher A. Zentralbl Chir 2008;133:35–8.
9. www.vereinlebenswert.de/index.php
10. Marshall J. Das Dunkel im Kopf. Interview mit Psychoonkologen. ZEIT online 2007.
11. Ulrich RS. Science 1984;224:420–1.
12. Koppen GH, Vollmer TC. Architecture as 2nd body. www.archfonds.nl

Anschrift der Verfasserinnen:

Dr. Tanja C. Vollmer und Ir. MSc. Gemma Koppen
kopvol architecture & psychology
Rotterdam, NL, E-Mail: info@kopvol.com
Internet: www.kopvol.com

Mit Dank an A. Konijnenberg, B. Kuipers, L. Nieuwenhuizen, N. de Ruiter, A. visser, T. Williams

Ein wichtiger Erfolgsfaktor psychoonkologischer Zentren scheint neben der Qualität der einzelnen Angebote die Niederschwelligkeit und Offenheit der Architektur zu sein.