

Nationaler Krebsplan

Handlungsfeld 2:

Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung

Ziel 9: Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung.

Teilziel 9.1: Verbesserung der Erkennung psychosozialen Unterstützungsbedarfs sowie behandlungsbedürftiger psychischer Störungen bei Krebspatienten und Angehörigen

Teilziel 9.2: Sicherstellung der notwendigen psychoonkologischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich

Gruppenmitglieder:

Frau Dr. Wessels, Frau Dr. Korsukéwitz, Frau Dr. Fischer, Frau PD Dr. Schumacher, Frau PD Dr. Singer, Herr Prof. Englert, Frau Marquard, Frau Dr. Martinsohn-Schittkowski, Herr Dr. Schopperth, Herr Dr. Mandel, Herr Wickert, Frau Overbeck-Schulte, Frau Dr. Mühr, Herr Prof. Herschbach (Sprecher).

Gliederung

ABKÜRZUNGEN	3
1. ERLÄUTERUNG DES ZIELS UND DER ZUGEHÖRIGEN TEILZIELE	4
2. PRÜFUNG DER ZIELERREICHUNG (SOLL-IST-ANALYSE)	5
2.1 PRÄZISIERUNG UND DIFFERENZIERUNG DER ZIELE	5
2.2 WO STEHEN WIR HINSICHTLICH DER ZIELERREICHUNG?	6
2.3 WAS SIND DIE GRÜNDE/BARRIEREN FÜR EINE UNZUREICHENDE ZIELERREICHUNG?	11
3. ENTWICKLUNG VON MAßNAHMEN	12
4. PRIORISIERUNG/EMPFEHLUNG DER MAßNAHMEN.....	16
5. VERABSCHIEDUNG EINER UMSETZUNGSEMPFEHLUNG	16
6. IDENTIFIZIERUNG VON FORSCHUNGSBEDARF	20
6.1 DARSTELLUNG DES INHALTLICHEN UND STRUKTURELLEN FORSCHUNGSSTANDES IN DEUTSCHLAND IM HINBLICK AUF DAS ZIEL UND DIE ZUGEHÖRIGEN TEILZIELE	20
6.2 DARSTELLUNG UND PRIORISIERUNG DES FORSCHUNGSBEDARFS ZU DEM ZIEL	22
7. LITERATUR	23

Abkürzungen

ADT: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren

ÄZQ: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

BAK: Bundesarbeitsgemeinschaft f. ambulante psychosoziale Krebsberatung e. V.

BMG: Bundesministerium für Gesundheit

Dapo: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.

DMP-Brustkrebs: Disease Management Programm Brustkrebs

DRG: Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)

DVSG: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V.

EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Eusoma: European Society of Mastology

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

GMK: Gesundheitsministerkonferenz der Länder

ICD: International Classification of Diseases

IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

OnkoZert: Institut zur Zertifizierung von Organkrebszentren und Onkologischen Zentren

OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel

PSO: Arbeitsgemeinschaft f. Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft

SGB: Sozialgesetzbuch

WPO: Weiterbildung Psychoonkologie e. V.

Vorbemerkung

Psychoonkologie bzw. Psychosoziale Onkologie als wissenschaftliches Fachgebiet befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen psychologischen und sozialen Variablen und Krebserkrankungen sowie deren Folgen.

Psychoonkologische Versorgung umfasst gestufte psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen für Krebskranke und ihre Angehörigen. Psychosoziale Versorgung beinhaltet insbesondere Information, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und supportive Begleitung. Psychotherapeutische Versorgung beinhaltet insbesondere Diagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen.

Die Leistungen werden von verschiedenen Berufsgruppen zu verschiedenen Zeitpunkten und in den unterschiedlichen stationären und ambulanten Beratungs-, Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen für Patienten und ihre Angehörigen angeboten. Dabei erfolgt ihre Vergütung durch unterschiedliche Kostenträger.

Die Unterstützungsangebote der Selbsthilfe umfassen Gespräche mit Gleichbetroffenen, Erfahrungsaustausch in Gruppen, Informationen in Veranstaltungen und Schriften, insbesondere zum Leben mit der Krankheit und den Behandlungsfolgen sowie die Interessenvertretung.

1. Erläuterung des Ziels und der zugehörigen Teilziele

Ziel 9: Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung.

Die Krebserkrankung, deren Behandlung und mögliche Behandlungsfolgen belasten die davon betroffenen Menschen im psychischen und sozialen Bereich in vielfältiger Weise. 25-30% aller Krebspatienten entwickeln im Verlaufe ihrer Erkrankung behandlungsbedürftige psychische Störungen oder ausgeprägte psychosoziale Beeinträchtigungen (Singer et al. 2007, 2009; Mehnert & Koch 2008). Daher umfasst eine qualifizierte Krebsbehandlung auch die psychoonkologische Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten sowie ihrer Angehörigen.

Maßnahmen der psychoonkologischen Versorgung können die Bewältigung der Krebserkrankung unterstützen, psychische und psychosomatische Symptome lindern, die Lebensqualität, soziale Integration und Therapieadhärenz verbessern. Ein Einfluss auf den somatischen Heilungsprozess ist derzeit nicht nachgewiesen.

Psychoonkologische Maßnahmen werden in nationalen und internationalen Leitlinien als integraler Bestandteil der onkologischen Behandlung empfohlen und sind teilweise Bestandteil in der haus- und fachärztlichen Versorgung von Krebspatienten.

Trotz der anerkannten Wertigkeit der psychoonkologischen Versorgung und einer großen Vielfalt von Leistungserbringern bestehen immer noch erhebliche Versorgungsdefizite.

2. Prüfung der Zielerreichung (Soll-Ist-Analyse)

2.1 Präzisierung und Differenzierung der Ziele

Zu Teilziel 9.1: Verbesserung der Erkennung psychoonkologischen Unterstützungsbedarfs und behandlungsbedürftiger psychischer Störungen bei Krebspatienten und Angehörigen.

Eine bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung setzt eine zuverlässige Erfassung des Versorgungsbedarfs des Patienten und seiner Angehörigen voraus. Diese erfordert eine genaue Kenntnis möglicher Auswirkungen der Krebserkrankung, ihrer Behandlung und von Behandlungsfolgen auf die psychische, soziale und wirtschaftliche Situation des Patienten. Die aus der individuellen Beeinträchtigung abgeleitete Indikationsstellung für psychoonkologische Interventionen soll anhand geeigneter Kriterien festgestellt, dokumentiert und innerhalb der beteiligten Versorgungsstrukturen bzw. über sektorale Schnittstellen hinweg kommuniziert werden.

Zu Teilziel 9.2: Sicherstellung der notwendigen psychoonkologischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich.

Die psychoonkologische Versorgung ist dann angemessen, wenn sie sich in abgestufter Weise am Bedarf des Patienten/Angehörigen orientiert, kurzfristig, niedrigschwellig und wohnortnah zur Verfügung steht und wenn sie qualitätsgesichert ist (Weis et al. 2007).

2.2 Wo stehen wir hinsichtlich der Zielerreichung?

Zu Teilziel 9.1: Verbesserung der Erkennung psychosozialen Unterstützungsbedarfs sowie behandlungsbedürftiger psychischer Störungen bei Krebspatienten und Angehörigen.

Der Bedarf an psychoonkologischer Versorgung wird derzeit häufig nicht systematisch erfasst und daher unterschätzt. Lediglich in der onkologischen Rehabilitation ist die psychoonkologische Diagnostik fest verankert. Daher wird national und international empfohlen, alle Krebspatienten im Verlauf ihrer stationären bzw. ambulanten medizinischen Behandlung systematisch auf ihre Belastung bzw. ihren Unterstützungsbedarf hin zu untersuchen (Surbone et al. 2010, Weis et al. 2008, Carlson & Bultz 2003). Die Arbeitsgemeinschaft PSO der Deutschen Krebsgesellschaft hat Ende 2008 eine Broschüre vorgelegt (2. Auflage Januar 2010), in der 5 für diesen Zweck geeignete Testinstrumente empfohlen werden (http://www.krebsgesellschaft.de/download/pso_broschuere.pdf)². Diese Instrumente werden bereits in stationären onkologischen Behandlungseinrichtungen (u.a. zertifizierte Brustkrebszentren, s. S. 21) und im Rahmen des DMP-Brustkrebs eingesetzt. Eine Reihe von Publikationen zeigt sowohl die Machbarkeit als auch den Nutzen dieses diagnostischen Vorgehens (z.B. Senf et al. 2010, Siedentopf et al. 2010). Es mangelt jedoch noch an einem flächendeckenden Einsatz und der

¹ Es handelt sich sowohl um Selbsteinschätzungsfragebogen für Patienten (mit zwischen 1 und 23 Fragen), als auch um Fremdeinschätzungsskalen (zwischen 6 und 20 Fragen), die in wenigen Minuten eingesetzt und ausgewertet werden können.

² Es handelt sich sowohl um Selbsteinschätzungsfragebogen für Patienten (mit zwischen 1 und 23 Fragen), als auch um Fremdeinschätzungsskalen (zwischen 6 und 20 Fragen), die in wenigen Minuten eingesetzt und ausgewertet werden können.

Kommunikation der Befunde zwischen den beteiligten Berufsgruppen und den verschiedenen Versorgungssektoren.

Zu Teilziel 9.2: Sicherstellung der notwendigen psychoonkologischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich.

Die psychoonkologische Versorgung in Deutschland kann derzeit wie folgt beschrieben werden:

Bisher sind **stationäre** psychoonkologische Versorgungsangebote konzeptionell insbesondere in den folgenden Settings verankert: zertifizierte onkologische Spitzenzentren, zertifizierte onkologische Zentren, zertifizierte Organkrebszentren, Tumorzentren und stationäre onkologische Rehabilitationseinrichtungen:

- Es existieren gegenwärtig (Stand 15.10.2010) insgesamt 415 zertifizierte onkologische Organzentren, davon 196 Brustkrebszentren, 181 Darmkrebszentren, 58 Prostatakrebszentren, 27 Hautkrebszentren, 18 Lungenkrebszentren und 46 gynäkologische Krebszentren, des Weiteren 30 onkologische Zentren.
- Der Anteil aller Krebspatienten, der in diesen onkologischen Organzentren behandelt wird, liegt gegenwärtig für die Brustkrebspatientinnen bei 89,9%, für die Darmkrebspatienten bei 24,9%, für die Prostatakrebspatienten bei 23,1% und für die Lungenkrebspatienten bei 12,5%.
- Zudem gibt es zwei weitere Zertifizierungsgesellschaften, die ausschließlich Brustzentren zertifizieren. In Nordrhein-Westfalen hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe 47 Brustzentren mit insgesamt ca. 90 operativen Standorten zertifiziert (Stand Dezember 2009). Die *EUSOMA* hat deutschlandweit bisher 25 Brustzentren zertifiziert (Stand 02.04.2010).
- Die Anzahl der zertifizierten Zentren, die über psychoonkologische Mitarbeiter verfügen, ist derzeit nicht bekannt.
- Onkologische bzw. Organzentren halten grundsätzlich einen Sozialdienst vor. In Akutkrankenhäusern waren 2008 insgesamt 6935 Sozialarbeiter beschäftigt (Statistisches Bundesamt). Die Tätigkeit von Sozialdiensten ist in Landeskrankenhausgesetzen, Reha-Richtlinien und in der Gemeinsamen Empfehlung „Sozialdienste“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX geregelt.
- Die Zahl onkologischer Rehabilitationseinrichtungen, die federführend von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden, beläuft sich auf 90 (Stand 2007/2008). Die Anzahl von Diplompsychologen und Psychologischen Psychotherapeuten beträgt hier im Mittel 1,7 für 100 Rehabilitanden. Die Strukturanforderungen beschreiben einen Stellenbedarf in der Sozialarbeit von 1 pro 100 Rehabilitanden.

Ob Patienten innerhalb und außerhalb dieser Strukturen einen verlässlichen Zugriff auf psychoonkologische Versorgung haben, ist nicht bekannt.

Zudem ist von einer geographischen Ungleichverteilung der Versorgungsangebote und einem Stadt-Land-Gefälle auszugehen (Ernst et al. 2010). Zuverlässige Daten fehlen bis heute.

Die Kosten für die Erbringung stationärer psychoonkologischer Leistungen bei onkologischen Patienten sind im DRG-System enthalten und in die Fallkostenkalkulation einbezogen. Bei der Vergütung finden sie daher keine gesonderte Berücksichtigung³. Daraus resultiert, dass nicht sicher davon ausgegangen werden kann, dass ein psychoonkologisches Angebot regelhaft vorgehalten wird.

Sozialdienste sind regelhaft Bestandteil der Akutkrankenhäuser. Nach unsystematischen Beobachtungen erlaubt die Personalausstattung in der Regel jedoch keine bedarfsgerechte Sozialberatung. Eine detaillierte Bestandsaufnahme ist erforderlich.

Professionelle psychoonkologische Versorgung **außerhalb des stationären Bereichs** wird bspw. in onkologischen Schwerpunktpraxen, ambulanten onkologischen Rehabilitationseinrichtungen, psychosozialen Krebsberatungsstellen und durch niedergelassene Psychotherapeuten geleistet.

- An der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung sind derzeit 13023 Psychologische Psychotherapeuten, 2987 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie 4908 ärztliche Psychotherapeuten (vor allem Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) beteiligt (KBV Statistik, Stand 31.12.2008). Darüber hinaus sind die folgenden Facharztgruppen an der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligt: 1917 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 2567 Nervenärzte, 799 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KBV Statistik, Stand 31.12.2008) und 2085 Fachärzte anderer Fachrichtungen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie (BÄK, 2009).

³ Zur Berechnung der Fallpauschalen werden die behandelten Fälle nach Diagnosen in kostenhomogenen Gruppen zusammengefasst. In den DRG schlagen sich Faktoren wie die Hauptdiagnosegruppe, Art der Behandlung und der ökonomische Schweregrad der DRG nieder. Onkologische Behandlungen können sehr langwierig und aufwändig sein. Somit spielen psychosoziale und/oder psychotherapeutische Leistungen in der Gesamtbetrachtung der Kostenkalkulation rechnerisch eine untergeordnete Rolle. Da nicht jeder Patient in der Onkologie psychosoziale und psychotherapeutische Leistungen erhält bzw. benötigt, nicht jedes Krankenhaus psychosoziale/psychoonkologische Leistungen vorhält und die Kosten für diese Leistungen im Vergleich zu den übrigen Kosten in der Onkologie gering sind, machen diese Kosten im Mittel über alle behandelten Patienten nur einen sehr geringen Anteil der Fallpauschalen aus.

- Es gibt bundesweit ca. 260 psychosoziale Krebsberatungsstellen (inkl. Außenstellen). Weniger als 60 realisieren die 2004 erstellten Leitlinienanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Stand: 4/2009, Krebsinformationsdienst).
- Der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO e.V.) hat 566 Mitglieder (Stand 9/2010).

Krebsberatungsstellen bieten niedrigschwellig psychosoziale Versorgung an und erfüllen darüber hinaus eine Lotsenfunktion bei der Vermittlung weiterführender Hilfsangebote. Ihr Versorgungsauftrag bezieht sich auf soziale und sozialrechtliche Probleme und psychosoziale Belastungen. In einigen Krebsberatungsstellen werden - bei gegebener Qualifikation der Mitarbeiter - auch psychotherapeutische Interventionen durchgeführt. Umfang, Standortverteilung (Wohnortnähe) und Qualität (Struktur- und Prozessqualität) sind jedoch sehr heterogen und verbesserungsbedürftig. Die Finanzierung der Krebsberatungsstellen entbehrt einer verlässlichen Grundlage und ist häufig auf Spenden angewiesen. Erste Initiativen zur Qualitätssicherung liegen vor (S1-Leitlinie „Ambulante Psychosoziale Krebsberatungsstellen“, Förderschwerpunkt „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ der Deutschen Krebshilfe, Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung e. V.).

Die ambulante Psychotherapie von Krebspatienten mit krankheitswertigen psychischen Störungen (Diagnose nach ICD-10-Kriterien) wird überwiegend durch niedergelassene approbierte ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten erbracht. Patienten müssen jedoch häufig lange Wartezeiten in Kauf nehmen, um ein entsprechendes Behandlungsangebot zu erhalten.

Krebspatienten leiden häufig unter bestimmten ausgeprägten psychischen bzw. psychosomatischen Symptomen, z.B. Cancer Related Fatigue (vgl. Berger et al. 2010), Resignation/Niedergeschlagenheit oder Progredienzangst (Waadt et al. 2010). Diese Symptome können aufgrund ihrer Schwere und/oder Dauer krankheitswertig haben, obwohl sie nicht einer der vorhandenen diagnostischen Kriterien nach ICD-10 zuzuordnen sind.

Aufgrund dessen ist oft die Finanzierung notwendiger psychotherapeutischer Leistungen nicht gewährleistet und Krebspatienten haben derzeit nur eingeschränkt Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe. Dies gilt, obwohl für diese Patientengruppen

pen wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Methoden (u. a. Schmerzbewältigungstrainings, systematische Desensibilisierung bei Chemotherapie oder Progredienzangsttherapie) zur Verfügung stehen.

Es gibt einige Personengruppen, für die noch keine qualitätsgesicherten Interventionen vorliegen, z. B. für Angehörige oder Migranten. Die Einbeziehung der Selbsthilfe in zertifizierten Kliniken ist in Zertifizierungskriterien definiert.

Qualifizierung in der psychoonkologischen Versorgung

Die professionellen Leistungserbringer psychoonkologischer Versorgung benötigen spezifische fachliche Kenntnisse und therapeutische Fertigkeiten, die in der Regel nicht Gegenstand der grundständigen Ausbildung sind.⁴ Es liegen seit vielen Jahren Erfahrungen mit Qualifizierungsprogrammen für psychoonkologische Leistungserbringer vor (z. B. WPO). Die Unterstützungsangebote der Selbsthilfe erfordern qualifizierte ehrenamtliche Mitarbeiter. Diese sollen durch entsprechende Schulungen gefördert werden.

- **Qualitätssicherung:** Die psychoonkologische und sozialarbeiterische Versorgung ist heute Gegenstand der Zertifizierungskriterien onkologischer Organzentren und onkologischer Zentren sowie Bestandteil von 36 Leitlinienprojekten der Deutschen Krebsgesellschaft. Sie ist u. a. Bestandteil der kurzgefassten Interdisziplinären Leitlinie 2008 (Weis et al 2008). Diagnoseübergreifende Leitlinien psychoonkologischer Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten. Die Erarbeitung der S3-Leitlinie für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von Krebspatienten hat im Dezember 2009 begonnen. Geplant bzw. laufend ist außerdem die Beteiligung der Psychoonkologischen Fachverbände und der Selbsthilfe an der Aktualisierung der Leitlinien Darmkrebs, Vulvakarzinom, Mammakarzinom, Ovarialkarzinom, Melanom, Mesotheliom sowie zur Hautkrebsfrüherkennung.
- Die Weiterbildung Psychosoziale Onkologie WPO e. V. hat seit 1994 insgesamt 1950 Personen fortgebildet (Stand 7.2010). 31% dieser Absolventen sind Ärzte, 36% Psychologen, 21% Sozialarbeiter/Dipl.-Pädagogen.

⁴ Inwieweit psychoonkologische Basiskompetenzen (z.B. kommunikativer Art) gegenwärtig im Rahmen der ärztlichen Ausbildung vermittelt wird, etwa im Rahmen der Fächer Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie während des ersten Studienabschnitts (vgl. § 22 Approbationsordnung für Ärzte; ÄApprO), oder aber im zweiten Studienabschnitt im Rahmen der Fächer Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie (§ 27 ÄApprO), sollte in Zusammenarbeit mit Handlungsfeld 4 (Patientenorientierung), insbesondere mit der UAG 12a (Kommunikative Kompetenz der Behandler) geprüft werden. Auch im Zusammenhang mit der kürzlich begonnenen Erarbeitung der S3-Leitlinie Psychoonkologie wird dieser Frage nachgegangen werden.

Im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung ist psychoonkologische Fachkompetenz bisher lediglich im Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie vorgesehen („Psychoonkologische Betreuung, Rehabilitation und Begutachtung“).

- Seit 1987 werden an mittlerweile ca. 30 Weiterbildungsstätten Pflegekräfte in der Onkologie ausgebildet. Jedes Jahr schließen etwa 700 Pflegenden diese Zusatzqualifikation ab. Seit 2006 gibt es innerhalb der onkologischen Pflege die Spezialisierung zur Breast Care Nurse, die auch Aufgaben in der psychoonkologischen Versorgung wahrnimmt. An unterschiedlichen Weiterbildungsinstitutionen wurden insgesamt bisher ca. 500 PflegeexpertInnen für Brustkrebserkrankungen qualifiziert.
- Nach den Erhebungen des Qualitätsberichtes der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen aus dem Jahre 2007 haben 36% der onkologischen Schwerpunktpraxen die Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung und 11% der dort tätigen Ärzte die Zusatzbezeichnung Psychotherapie. 31% der Praxen bieten spezielle psychosoziale Beratungsangebote an (vgl. Mergenthaler et al. 2010).
- Die DVSG führt regelmäßig Fortbildungen zum Thema Sozialrecht in der Onkologie durch.
- Im August 2009 waren insgesamt 1259 Selbsthilfegruppen bei den Krebsselfhilforganisationen im Haus der Krebs-Selbsthilfe organisiert, davon die Frauenselbsthilfe nach Krebs mit 419 Gruppen, die Deutsche ILCO mit 304 Gruppen und der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe mit 214 Gruppen.

2.3 Was sind die Gründe/Barrieren für eine unzureichende Zielerreichung?

1. Unzureichende Feststellung, Dokumentation und Kommunikation psychoonkologischen Unterstützungsbedarfs
2. Mangel an zuverlässiger Identifikation von Versorgungslücken.
3. Unflexible bzw. ungeklärte Finanzierung außerstationärer psychoonkologischer Versorgung.
4. Unzureichende Information bei Patienten und Leistungserbringern über Wirkungsweise und Angebote psychoonkologischer Versorgung
5. Personelle Unterbesetzung und kurze stationäre Verweildauern in der stationären psychoonkologischen Versorgung.
6. Mangel an standardisierten Behandlungspfaden in Bezug auf psychoonkologische Versorgung in der Region.
7. Keine anerkannte Weiterbildung durch berufsständische Körperschaften zur Qualifizierung der Leistungserbringer.

3. Entwicklung von Maßnahmen

1. Definition und Operationalisierung Psychoonkologischer Kernvariablen zum Zwecke einer einheitlichen Dokumentation

Es sollte definiert und abgestimmt werden, wie Art und Umfang der individuellen Belastung, Indikationsstellung, psychoonkologische Beratungs-, Behandlungs- und Rehabilitationserfordernisse sowie laufende Interventionen und deren Ergebnis einheitlich und sektorenübergreifend im Sinne einer stringenten Qualitätssicherung erhoben und dokumentiert werden können. Diese „psychoonkologischen Kernvariablen“ sollen - unter Beachtung datenschutzrechtlicher Belange und unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit - einheitlich in relevante Leitlinien, Zertifizierungskriterien und den „Gemeinsamen Onkologischen Basisdatensatz für Tumorkranke“ (vgl. Ziel 8, Querschnitts-AG Dokumentation) integriert werden.

2. Bundesweite Erhebung des vorhandenen psychoonkologischen Versorgungsangebots.

Voraussetzung für die Behebung struktureller und regionaler Versorgungsdefizite ist eine aktuelle und gültige Bestandsaufnahme der ambulanten und stationären psychoonkologischen Versorgungsangebote (inkl. der relevanten personellen Ausstattung). Hierzu zählen Akutkrankenhäuser, onkologische Rehabilitationseinrichtungen, onkologische Organzentren, Hospize, Krebsberatungsstellen, niedergelassene Psychotherapeuten und Onkologen, am DMP-Brustkrebs beteiligte Patienten und Leistungserbringer, Selbsthilfegruppen, ambulante Palliativ-Care- bzw. Hospizgruppen. Die Bestandsaufnahme muss bundesweit erfolgen und regional/geographisch differenziert werden.

3. Verbesserung der außerstationären psychoonkologischen Versorgung

Es ist bekannt, dass die größten Versorgungslücken derzeit in der außerstationären Versorgung bestehen. Die folgenden Maßnahmen sollen deshalb dazu dienen, schon kurzfristig Verbesserungen in diesem Bereich zu erzielen. Sie beziehen sich auf Krebsberatungsstellen und eine Flexibilisierung der ambulanten Psychotherapie.

Maßnahme 3.1

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten Krebsberatung erfordert ein einheitliches Qualitätssicherungskonzept. Die strukturelle, personelle und fachliche Qualität der Arbeit psychosozialer Krebsberatungsstellen ist von einer gesicherten Finanzierung abhängig.

Maßnahme 3.2

Eine Erweiterung des Anwendungsbereichs der Psychotherapie-Richtlinien für spezifische psychosoziale Belastungen, z.B. Progredienzangst bei Krebspatienten sollte geprüft werden.

Parallel hierzu sollten die Möglichkeiten zur Erbringung von flexiblen psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen für Krebspatienten unter definierten Bedingungen verbessert werden. Insbesondere sollte die Erbringung einer genehmigungsfreien Einzel- und/oder Gruppentherapie ermöglicht werden, um hierdurch bspw. kurzfristige Kriseninterventionen zu ermöglichen. Eine entsprechende Anpassung der Ziffer 23220 des EBM ist wünschenswert. Diese Ziffer kann zwar auch in der Onkologie für syndrombezogene therapeutische Interventionen, Kriseninterventionen und die Anleitung von Bezugspersonen geltend gemacht werden; 150 Minuten pro Behandlungsfall im Quartal – so die derzeitige Beschränkung für die psychologischen Psychotherapeuten - sind allerdings für die Behandlung einiger krebsspezifischer psychologischer und psychosomatischer Symptome (s.o.) nach klinischer Erfahrung häufig nicht ausreichend.

4. Stationäre psychoonkologische Versorgung verbessern

Bedarfsgerechte psychoonkologische Leistungen sollen fester Bestandteil des Versorgungsangebots aller stationären Einrichtungen werden, die onkologische Patienten behandeln. Insbesondere im Bereich der nicht onkologisch hoch spezialisierten Akutkrankenhäuser besteht hier ein Nachholbedarf. Dem Ziel sollen zwei unterschiedliche Maßnahmen dienen.

Maßnahme 4.1

Eine fachkompetent zusammengesetzte Arbeitsgruppe soll Lösungen für eine sachgerechte Abbildung psychoonkologischer Leistungen im Rahmen des strukturierten Dialogs (Vorschlagsverfahren) beim DRG-Institut erarbeiten. Zudem ist die Teilnahme von Kliniken am Kalkulationsprozess erforderlich, die bei der stationären Behandlung Leistungen der psychoonkologischen Versorgung erbringen. Hier ist insbesondere zu klären, ob und inwieweit bei Krankenhäusern, die Fälle mit psychoonkologischer Versorgung haben, für diese Fälle ein wesentlich höherer Aufwand entsteht.

Die für das Kalenderjahr 2009 dokumentierten OPS-Ziffern zur psychosozialen und psychoonkologischen Versorgung im stationären onkologischen Bereich können über die DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes recherchiert werden und der o. g. Arbeitsgruppe (DRG) zur Verfügung gestellt werden.

Maßnahme 4.2

Leistungserbringer und Krebspatienten sollten in die Lage versetzt werden, bewusst eine Einrichtung mit einem entsprechenden Angebot zu wählen. Zu diesem Zweck sind patientenorientierte Informationen über die Leistungen eines Krankenhauses -inkl. Angaben zum psychoonkologischen Leistungsangebot - bereit zu stellen. Eine Integration dieser Informationen in die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist wünschenswert.

5. Informationen verbessern

Es sollten qualitätsgesicherte Informationen erarbeitet werden, die veranschaulichen, auf welche Weise psychoonkologische Versorgungsangebote die Patienten und deren Angehörige unterstützen können und wo sie (regional) verfügbar sind. Diese Informationen sollen adressatengerecht (Patient, Leistungserbringer, Allgemeinbevölkerung) aufbereitet sein und relevanten Institutionen und Leistungserbringern verfügbar gemacht werden.

Der Informationsfluss sollte zusätzlich durch geeignete Vernetzungs- bzw. Kommunikationszirkel aller Leistungsanbieter in einer Region unterstützt werden.

Über die Unterstützungsangebote der Selbsthilfe sollte in jeder Phase der Erkrankung informiert werden.

6. Organisation eines bedarfsorientierten und strukturierten Zugangs zu den Versorgungsangeboten

Die Steuerung der psychoonkologischen Versorgung in einer Region (d. h. Anlaufstelle zur Feststellung des Versorgungsbedarfs und der Vermittlung geeigneter Einrichtungen/Personen in der Region) kann grundsätzlich sehr unterschiedlich organisiert werden (z. B. über den Krankenhausarzt, niedergelassene Ärzte, Sozialdienste, DMP-Programme, Krebsberatungsstellen, Case Management Programme).

Es empfiehlt sich, zunächst eine Bestandsaufnahme und Evaluation bestehender Modelle vorzunehmen bzw. neue Modelle zu entwickeln und zu erproben.

7. Qualifizierung konzipieren

Die Festlegung, welcher Personenkreis mit welcher Qualifikation welche psychotherapeutische bzw. psychosoziale Leistung erbringen darf, ist aus fachlichen Gründen erforderlich. Außerdem ist sie Voraussetzung für die Entwicklung entsprechender Fort- und Weiterbildungscurricula. Hier sind neben den zuständigen Fachgesellschaften und den relevanten berufsständischen Körperschaften auch die Selbsthilfe und die Krankenpflegeverbände einzubeziehen.

Die Anbieter derartiger Qualifizierungscurricula müssen definierte Anforderungen erfüllen; Ergänzungen in den einschlägigen fachspezifischen Weiterbildungsordnungen müssen entwickelt und konsentiert werden. Die entsprechenden Erfahrungen und Empfehlungen der psychoonkologischen Fachverbände sowie die fachspezifischen Ausbildungserfahrungen der Fachverbände der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sollten hier der Orientierung dienen.

Die von der Selbsthilfe bereits seit Jahren angebotenen Schulungen (u. a. „Seminare Patientenbetreuung“ des Bundesverbandes der Kehlkopferierten, „Besucherdienst-Seminare“ der Deutschen ILCO, Schulungen „Qualifizierung der

Selbsthilfeberatung“ der Frauenselbsthilfe nach Krebs) sollten weiterentwickelt werden.

4. Priorisierung/Empfehlung der Maßnahmen

Die oben aufgeführten sieben Maßnahmen versprechen insgesamt eine Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung. Es handelt sich im einzelnen um sehr unterschiedliche, teilweise aufeinander bezogene Initiativen. Aus pragmatischen Gründen werden hier zunächst 3 Maßnahmen zeitlich priorisiert und im folgenden im Hinblick auf ihre Umsetzung näher erläutert. Es handelt sich um die Maßnahmen 1, 2 und 3:

1. Definition und Operationalisierung Psychoonkologischer Kernvariablen zum Zwecke einer einheitlichen Dokumentation
2. Bundesweite Erhebung des vorhandenen psychoonkologischen Versorgungsangebots.
3. Verbesserung der außerstationären psychoonkologischen Versorgung.

5. Verabschiedung einer Umsetzungsempfehlung

Maßnahme 1: Definition und Operationalisierung Psychoonkologischer Kernvariablen zum Zwecke einer einheitlichen Dokumentation
--

Schritt 1: Die Psychoonkologischen Kernvariablen und ihre Operationalisierung sollen im Konsens von psychoonkologischen Experten der Fachgesellschaften vorgeschlagen werden.

Akteure/Zuständigkeiten: Eine repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der psychoonkologischen Fachgesellschaften (dapo/PSO) erarbeitet unter Einbeziehung der Arbeitsgruppe „S3-Leitlinie Psychoonkologie“ sowie eines Patientenvertreterers einen Vorschlag. Dieser Vorschlag wird mit allen anderen relevanten Fachgesellschaften nach öffentlicher Bekanntmachung konsentiert.

Zeitplan: Vorschlag bis Ende 2. Quartal 2011; Konsentierung im 3. Quartal 2011

Schritt 2: Die Auswahl der Variablen für klinische Krebsregister (als Teil des „Gemeinsamen Onkologischen Basisdatensatz für Tumorkranke“) erfolgt durch die Querschnitts AG Dokumentation in Zusammenarbeit mit Vertretern der Expertengruppe.

Zeitplan: 4. Quartal 2011 - 1. Quartal 2012

Schritt 3: Eine interdisziplinäre Forschungsgruppe (unter Einbindung der Querschnitts-AG Dokumentation) bereitet einen Forschungsantrag vor, der die Machbarkeit der Datenerhebung/Auswertung in der Fläche modellhaft überprüft. (s. 6.2).

Zeitplan: 2. Quartal 2012 – 3. Quartal 2013

Ressourcen

Fachgesellschaften, Antragstellung bei Institutionen der Forschungsförderung

Kontrolle und Bewertung der Umsetzung

Fachgesellschaften.

<p>Maßnahme 2: Bundesweite Erhebung des vorhandenen psychoonkologischen Versorgungsangebots</p>
--

Eine regional differenzierte Bestandsaufnahme soll auf der Basis vorab definierter Kategorien (s. Maßnahme 1) psychoonkologischer Versorgungsangebote auf zwei Wegen realisiert werden: über Recherchen öffentlich zugänglicher Dokumente (u.a. Internet) und über ländergestützte Regionalkonferenzen.

Die Akten- bzw. Internetrecherche könnte an ein geeignetes Institut bzw. als Forschungsauftrag vergeben werden (vgl. 6.2).

Die ländergestützte Recherche könnte wie folgt realisiert werden: Initiiert durch die GMK sollen in Kooperation mit den Tumorzentren (ADT), den klinischen Krebsregistern, den zertifizierten onkologischen Spitzenzentren, den zertifizierten onkologischen Zentren und den zertifizierten Organkrebszentren (Deutsche Krebsgesellschaft) Regionalkonferenzen organisiert werden, die in geeigneter Weise die gewünschten Informationen zusammentragen.

Zuständigkeiten/Akteure

GMK, ADT, Deutsche Krebsgesellschaft, Fachverbände, ggf. weitere

Zeitplan: 4. Quartal 2011 bis ?

Kontrolle und Bewertung der Umsetzung

Fachgesellschaften.

Maßnahme 3a: Verbesserung der außerstationären psychoonkologischen Versorgung - Finanzierung und Qualitätssicherung von Krebsberatungsstellen

Zur Beschreibung der Leistungen der Krebsberatungsstellen und zur Finanzierung sollen bindende gesetzliche Empfehlungen im Sinne von Komplexleistungen vereinbart werden (Landesrecht kann vorsehen, dass an der Komplexleistung weitere Stellen beteiligt werden). Unter Komplexleistungen werden Leistungen subsumiert, die nach ärztlicher oder psychotherapeutischer Verordnung von spezifisch ausgebildeten und damit qualifizierten Berufsgruppen erbracht und pauschal vergütet werden. Hierzu zählen im Kontext der Psychoonkologie Sozialberatung, Psychoedukation und Psychotherapie.

Dazu ist es erforderlich:

1. Kriterien für eine verbindliche Qualität festzulegen und die Struktur- und Prozessqualität zu verbessern, um eine zukünftige Zertifizierung der Beratungsstellen gewährleisten zu können. Dazu soll unter Einbeziehung aller betroffenen Fachexperten (s.u.) ein Leistungskatalog für psychosoziale Krebsberatungsstellen erstellt werden. Hierbei sind je nach Kostenträger entsprechende Vereinbarungen zur Qualitätssicherung anzustreben (vgl. z.B. Kinderonkologie-Vereinbarung des G-BA). Die notwendige wissenschaftliche Evaluation sollte entsprechend unterstützt werden.
2. Eine Empfehlung für eine einheitliche Finanzierung von psychosozialen Krebsberatungsstellen in Deutschland zu erstellen. Diese Empfehlung basiert auf den Maßgaben der unter 1.) beschriebenen qualitativen Anforderungen. Dazu werden die Experten der psychoonkologischen Fachverbände, der DKH sowie Vertreter der bundesweiten Trägerorganisationen von Krebsberatungsstellen zusammen mit den zuständigen Sozialleistungsträgern gebeten, ein Finanzierungsmodell zu erarbeiten.

Bei beiden Teilschritten sollen die vorhandenen Vorarbeiten wie z.B. die Evaluation des DKH-Förderschwerpunktes „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ sowie die S3 - Leitlinie für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von Krebspatienten berücksichtigt und die Selbsthilfeverbände gehört werden.

Zuständigkeiten/Akteure

BAK, DAPO, PSO, DKH, Landeskrebsgesellschaften und andere bundesweite Trägerorganisationen, Selbsthilfeverbände, zuständige Kostenträger, ggf. GMK.

Zeitplan

Fertigstellung der Konzepte innerhalb von ca. zwei Jahren (von heute aus gesehen bis Ende 2013). Im Anschluss: Gesetzgebungsverfahren.

Maßnahme 3b. Ambulante psychoonkologische Versorgung verbessern – Flexibilisierung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen

Der G-BA soll prüfen, inwieweit und auf welche Weise eine Präzisierung des Indikationsspektrums für Psychotherapie möglich ist, um dem besonderen Bedarf von Krebspatienten gerecht zu werden.

Unabhängig von einer entsprechenden Änderung der Psychotherapie-Richtlinien werden die Partner der Bundesmantelverträge angefragt, ob die Zeitbegrenzung bei der Erbringung genehmigungsfreier psychotherapeutischer Leistungen (EBM Ziffer 23220) ggf. so modifiziert werden kann, dass diese im notwendigen Umfang erbracht werden können.

Zuständigkeiten/Akteure

G-BA, Unterausschuss Psychotherapie, Partner der Bundesmantelverträge, Fachgesellschaften

Ressourcen

G-BA und Bewertungsausschuss im Rahmen ihrer Zuständigkeiten.

Kontrolle und Bewertung der Umsetzung

Fachgesellschaften, Bundespsychotherapeutenkammer.

Die übrigen vier Maßnahmen („Stationäre psychoonkologische Versorgung verbessern“, „Informationen verbessern“, „Organisation eines bedarfsorientierten und strukturierten Zugangs zu den Versorgungsangeboten“, „Qualifizierung konzipieren“; s. S. 13-15) sollen zu einem späteren Zeitpunkt abgestimmt werden.

6. Identifizierung von Forschungsbedarf

6.1 Darstellung des inhaltlichen und strukturellen Forschungsstandes in Deutschland im Hinblick auf das Ziel und die zugehörigen Teilziele

Im Folgenden werden die verfügbaren Daten und wissenschaftlichen Befunde zusammengetragen, die für das Ziel bzw. die beiden Teilziele relevant sind. Im Kern geht es

1. um die Zuverlässigkeit der Identifizierung des psychoonkologischen Unterstützungsbedarfs von Krebspatienten (und deren Angehörigen),
2. um die Verfügbarkeit einer bedarfsgerechten Versorgung,
3. um die Organisation psychosozialer Unterstützung: Beschreibung eines Modellprojektes.

Ad 1: Erkennung von Unterstützungsbedarf

Wir gehen heute von einer mittleren Rate von ca. 30% aller Krebspatienten aus, die so stark beeinträchtigt sind - i. S. erhöhten Distress oder psychischer Komorbidität -, dass sie einer psychoonkologischen Unterstützung bedürfen (Carlson et al. 2004: 38%, Singer et al. 2007, 2009: 32%, Mehnert & Koch 2008: 26,4%, Zabora et al. 2001: 35,1%, Söllner et al. 2004: 31%). Diese Rate kann je nach Behandlungssetting stark variieren.

Der Unterstützungsbedarf der Patienten konzentriert sich auf die Bereiche Progredienzangst, Sorge um die Angehörigen, Information über eigene Behandlungsmöglichkeiten, Nutzen und Nebenwirkungen der Medikamente, Krankheitsverlauf und Körperliche Aspekte/Alltagsleben (Schmerzen, Fatigue, Alltagseinschränkungen/Hausarbeit (Harrison et al. 2009). Kaum mehr als 50% aller belasteter Patienten wünschen sich psychosoziale oder psychotherapeutische Unterstützung oder nehmen entsprechende Angebote in Anspruch (Zenger et al. 2010, Baker-Glenn et al. 2010).

Untersuchungen zu Alltagsproblemen (McIllmurray et al. 2001) zeigten, dass bei 36% der Befragten Hilfe in praktischen Problemen insgesamt sehr wichtig war (47% wünschten sich Hilfe beim Transport, 35% bei der Hausarbeit, 23% in finanziellen Fragen und 21% beim Ausfüllen von Formularen).

Bei Wright et al. (2001) zeigte sich u. a. sich, dass 35% der Befragten Probleme mit der Arbeit hatten, 31% hatten finanzielle Probleme und 41% Probleme mit der Organisation der Hausarbeit.

Die Indikationsstellung für psychoonkologische Versorgung durch den behandelnden Arzt/Onkologen allein ist unzureichend (Newell et al.1998, Fallowfield et al. 2001, Söllner et al. 2001, Keller et al. 2004). Dies hat zur Folge, dass viele Tumorpatienten nicht die Betreuung erhalten, die sie benötigen (Carlson & Bultz 2003, Carlson et al. 2004, Mehnert et al. 2006). Folglich wird

die systematische Untersuchung aller Krebspatienten durch sog. Distress Screening Programme empfohlen (vgl. Weis et al. 2008, Mehnert et al. 2003, Weis et al. 2003, National Comprehensive Cancer Network 2003). Die Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) hat Ende 2008 eine Broschüre vorgelegt, die fünf Distress Screening Instrumente für den Praxiseinsatz empfiehlt (Herschbach 2009).

Die faktische Umsetzung ist eine der Untersuchungsgegenstände der Studie von Giesler & Weis (2009) an den deutschen Brustzentren (s. u.). Die Zuweisung zu den psychoonkologischen Interventionen erfolgt dort in 58% der Zentren über die Ärzte, während 49% der Standorte auch Psychologen nennen. In der Hälfte der 171 befragten Brustzentren werden zumindest punktuell standardisierte Screeningverfahren eingesetzt. Inwieweit Pflegende hier beteiligt waren, ist nicht bekannt.

Ad 2: Verfügbarkeit bedarfsgerechter Versorgungsangebote

Die erste systematische bundesweite Erhebung zu psychoonkologischem Versorgungsbedarf entstand 1987 bis 1995 (vgl. Koch et al. 1998). Als Ergebnis wurde von einem Versorgungsbedarf bei jedem vierten Patienten ausgegangen, wobei eine tatsächliche Inanspruchnahme von 50% angenommen wurde. Die psychoonkologischen Versorgungsangebote in der stationären Akutversorgung wurden per Fragebogen an insgesamt 585 Kliniken erhoben (Weis et al. 1998 a, b). Als Ergebnis stellte sich heraus, dass 90% aller Groß- und Unikliniken ein psychoonkologisches Angebot nannten. Meist bestand dies aus der Nutzung des psychosomatischen Konsiliardienstes bzw. des Sozialdienstes und/oder der Klinikseelsorge. Nur in 16,9% der Unikliniken wurde spezifisches psychoonkologisches Personal eingestellt; in 22% wurde ein psychoonkologischer Dienst vorgehalten. In nur 4% der kleineren Kliniken gab es psychoonkologische Fachkräfte. Was die Inanspruchnahme durch die Patienten betrifft, so berichteten die Unikliniken, dass sie im Durchschnitt 42,6% der Krebspatienten versorgen konnten; die entsprechende Zahl der großen Kliniken liegt bei 25% und bei weniger als 25% in den kleinen Häusern.

Im Bereich der stationären Rehabilitation wurden 42 Kliniken mit einem onkologischen Schwerpunkt befragt. Im Durchschnitt waren dort 1,8 Psychoonkologenstellen vorhanden. Dies entsprach einer Relation von einer Psychologenstelle auf 84 Betten. Damit stimmten Ist- und Sollwert (2,03) weitgehend überein.

Etwa 10 Jahre später entstand eine erneute (ambulante und stationäre) Bestandsaufnahme, allerdings nur für Brustkrebspatientinnen (Bergelt et al. 2009). Eingeschlossen wurden 241 stationäre Einrichtungen (Brustzentren, Unikliniken, Landes- und Kreiskrankenhäuser). Es wurden Angaben von 101 Kliniken (42%) berücksichtigt. 85% der Einrichtungen waren zertifizierte Brustzentren. Die Ergebnisse waren: Die Anzahl psychoonkologisch betreuter Patienten wurde mit einem Median von 32,5% berechnet.

Im ambulanten Bereich wurden niedergelassene Psychotherapeuten, die psychoonkologisch tätig waren, über die psychoonkologischen Fachgesellschaften kontaktiert. Es nahmen 124 Personen an der Befragung teil (ca. 60% Rücklauf). Die niedergelassenen Psychoonkologen waren zu 52% Psychologen, gefolgt von Ärzten (31%). Die Mehrzahl der Befragten war in eigener Praxis niedergelassen (56%), 39% arbeiteten in einer Klinik. Pro Jahr wurden im Median 60 onkologische Patienten behandelt.

Zwei aktuelle Studien evaluieren zertifizierte Brustzentren. Steffen et al. (2008) untersuchten die 49 zum Untersuchungszeitraum in Nordrhein-Westfalen vorhandenen Brustzentren im Rahmen ihrer Rezertifizierung. Da die Studie nur für den internen Gebrauch der Brustzentren konzipiert war, können hier keine Ergebnisse zitiert werden.

Giesler & Weis 2009 konzentrierten sich auf die Realisierung der psychoonkologischen Zertifizierungskriterien (räumliche Ausstattung, Dokumentation, Qualifikation der Mitarbeiter, Kooperation/Vernetzung und Stellenschlüssel – 1/2 Psychoonkologenstelle bezogen auf 150 Patientinnen) und organisiert. In der bundesweiten Studie wurden (2008) die 174 von OnkoZert zertifizierten Brustzentren an 218 Standorten mittels eines Fragebogens kontaktiert. Bei einem Rücklauf von 67% gaben die Einrichtungen an, im Median 177 Primärfälle zu behandeln (Bandbreite 55-800). 64% der Einrichtungen beschäftigten eine direkt angestellte psychoonkologische Fachkraft (1/2 Stel-

le). Die Zuweisung zu den psychoonkologischen Interventionen erfolgte zu 58% über die Ärzte und zu 49% über Psychologen.

Auf einer zweiten Befragungsebene wurden die Patientinnen selbst untersucht. Von 5600 erreichten Frauen antworteten 17%. 80% waren über die Möglichkeit der psychoonkologischen Unterstützung in ihrer Klinik informiert. Die Zufriedenheit mit der psychoonkologischen Unterstützung war insgesamt recht hoch.

Resümierend muss hier festgehalten werden, dass die referierten Untersuchungen eine grobe Übersicht geben können, jedoch aufgrund historischer und methodischer Gründe keine zuverlässige Planungsgrundlage darstellen.

Systematische Studien zu Bedarf, Inanspruchnahme und Wirkung von Sozialberatung und Selbsthilfeunterstützung liegen uns nicht vor.

Ad 3: Organisation des Zugangs zu psychoonkologischen Versorgungsangeboten

Das Case Management-Projekt „mammaNetz“ kann als Modell zur Organisation der psychoonkologischen Versorgung in der Region dienen. Es wird durchgeführt vom beta Institut Augsburg, finanziert durch das Bayerische Gesundheitsministerium und das BMBF (www.mammanetz.de).

Seit 5 Jahren werden Brustkrebspatientinnen sektorenübergreifend nach der Case Management-Methode von der Diagnose bis zur Nachsorge begleitet. Ziel ist es, den Informationsfluss zwischen den beteiligten Akteuren zu verbessern, notwendige therapeutische Maßnahmen zu initiieren und Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Kernelemente des Konzepts sind die multiprofessionelle Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen, zwischen Akut-, Reha- und Gemeinwesenbereich sowie die Strukturierung und Dokumentation des Behandlungsprozesses.

Derzeit sind im „mammaNetz“ 2,5 ganze Stellen auf 5 zertifizierte Case Managerinnen verteilt. Eine Case Managerin begleitet kontinuierlich ca. 80 bis 90 Patientinnen im Jahr. Das Projekt hat eine Inanspruchnahme von 55% aller Brustkrebsfälle in der Region erreicht. Durch die jährliche Begleitung von ca. 230 Patientinnen kann die Begleitstelle kostendeckend betrieben werden. Beteiligt sind heute 21 Krankenkassen am „mammaNetz“. 60 Netzwerkpartner haben mit „mammaNetz“ Kooperationsverträge geschlossen. Nach den bisherigen Befunden der wissenschaftlichen Begleitung scheint ein solches Case Management-Konzept ein möglicher Weg zu sein, zwischen bedürftigen Patienten und in der Region vorhandenen psychosozialen Versorgungsangeboten zu vermitteln.

6.2 Darstellung und Priorisierung des Forschungsbedarfs zu dem Ziel und den dazugehörigen Teilzielen

6.2.1 Operationalisierung und Psychometrische Prüfung der *Psychoonkologischen Kernvariablen* sowie modellhafte Prüfung der Machbarkeit der Datenerhebung/Auswertung.

6.2.2 Regionale Bestandsaufnahme ambulanter und stationärer psychoonkologischer Versorgungsangebote.

7. Literatur

- Baider, L., Cooper, C.L., Kaplan De-Nour, A. (1995). *Cancer and the Family*. Wiley & Sons, Chichester New York.
- Baker-Glenn, E.A., Park, B., Granger, L., Symonds, P. & Mitchell, A. (2010). Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psycho-oncology*, ahead of print.
- Bergelt, C., Schölermann, C., Hahn, I., Weis, J., Koch, U. (2009). *Psychoonkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen im Krankenhaus und im ambulanten Sektor*. Gesundheitswesen, im Druck
- Berger, A.M., Abernethy, A.P., Atkinson, A., Breitbart, W.S., Cella, D., Cimprich, B., Eisenberger, M.A., Escalante, C.P., Jacobsen, P.B., Kaldor, P., Ligibel, J.A., Murphy, B.A., O'Connor, T., Pirl, W.F., Rodler, E., Rugo, H.S., Thomas, J., & Wagner, L.I. (2010). Cancer-related fatigue. *J Natl Compr Canc Netw* 8: 904-31.
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E. et al. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 90: 2297-2304.
- Carlson, L. E. & Bultz, B .D. (2003). Cancer Distress Screening. Need, models, and methods. *J Psychosom Res.* 55: 403-409.
- Carsson, A. H., Bjorvatn, C., Engebretsen, L. F., Berglund, G., Natvig, G. K. (2004). Psychosocial factors associated with quality of life among individuals attending genetic counseling for hereditary cancer. *J Genet Couns* 13(6): 425-45.
- Deutsche Krebsgesellschaft (2008). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. http://www.krebsgesellschaft.de/download/interdisziplin_s3ll_mamma_080211.pdf
- Edwards, B. & Clarke, V. (2004). The psychological impact of a cancer diagnosis on families: The Influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-Oncology* 13: 562-576.
- Ernst, J., Zenger, M., Schmidt, R., Schwarz, R., Brähler, E. (2010). Versorgung und psychosozialer Betreuungsbedarf von Krebspatienten im Stadt-Land-Vergleich – eine Literaturübersicht. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 135: 1531-1537
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer* 84:1011–1015.
- Giesler, J. M. & Weis, J. (2009). Psychoonkologische Versorgung in Brustzentren. *Forum* 24: 49-52.
- Harrison, J.D., Young, J.M., Price, M.A., Butow, P.N., Solomon, M.J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer* 17: 1117-1128.
- Herschbach, P. (2002). Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung – wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 52: 141-150.
- Herschbach, P. (2009). „Distress Screening“ in der Psychoonkologie. *Forum* 24: 46-48.
- Herschbach, P., Marten-Mittag, B., Henrich, G. (2003): Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23). *Z Med Psychol* 12:1-8.

- Herschbach, P., Book, K., Brandl, T., Keller, M., Marten-Mittag, B. (2008). The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado) – an expert rating scale for the psychosocial experience of cancer patients. *Onkologie* 31: 591-596.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale - a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 42:17-41.
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science & Medicine* 60: 1- 12.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G. E., Wyse, R., Hobbs, K. M., Wain, G. (2007). Life after cancer: Couples` and partners` psychological adjustment and supportive care needs. *Support Care Cancer* 15: 405-415.
- Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, C., Knight, L., Riesbeck, M., Löwe, B., Herfarth, C., Lehnert, T. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Ann Oncol.* 15(8):1243-9.
- Koch, U., Weis, J., Matthey, K., Mehnert, A. (1998). Bedarf an psychoonkologischer Betreuung aus der Sicht der Experten – Ergebnisse einer Delphi-Befragung. In Koch, U. & Weis, J. (Hrsg.): *Krankheitsbewältigung nach Krebs*. Schattauer, Stuttgart, S. 245-252.
- Mehnert, A., Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research* 64: 383-391.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P., Koch, U. (2006). Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie – Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. *Psychother. Psych Med.* 56:462-479.
- Mehnert, A., Petersen, C., Koch, U. (2003). Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Z Med Psychol* 12:77 – 84.
- Mehnert A., Müller D., Lehmann C., Koch U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers – Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(3): 213-223.
- Mergenthaler, U., Heymann, J., Köppler, H., Thomalla, J., van Roye, C., Schenk, J. & Weise, R. (2010). Evaluation of psychosocial distress in patients treated in a community-based oncology group practice in Germany. *Annals of Oncology, Advance Access* October 6.
- National Comprehensive Cancer Network (2003). Distress management clinical practice guidelines. *J Natl Compr Cancer Netw* 1:344–374.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™ Distress Management V.1.2007. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf
- Newell, S., Sanson-Fisher R. W., Girgis, A., Bonaventura, A. (2000). How Well Do Medical Oncologists' Perceptions Reflect Their Patients' Reported Physical and Psychosocial Problems? *Cancer* 83 (8):1640-1651.
- Senf, B., Brandt, H., Dignass, A., Kleinschmidt, R. & Kaiser, J. (2010). Psychosocial distress in acute cancer patients assessed with an expert rating scale. *Support Care Cancer* 18(8):957-65.
- Siedentopf, F., Marten-Mittag, B., Utz-Billing, I., Schoenegg, W., Kentenich, H. & Dinkel, A. (2010). Experience with a specific screening instrument to identify psychosocial

- support needs in breast cancer patients. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 148:166-171.
- Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R.D., Köhler, U., Krauß, O., Schwarz, R. (2007). Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Krankenhaus. *DMW* 132: 2071-2076.
- Singer, S., Das-Munshi, J., Brähler, E. (2009). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. *Annals of Oncology* 21: 925-930.
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E. et al. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer* 84: 179-85.
- Söllner, W., Maislinger, S., König, A., Devries, A., Lukas, P. (2004). Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service. *Psycho-Oncology* 13: 893-897.
- Surbone, A., Baider, L., Weitzman, T.S., Brames, M.J., Rittenberg, C.N., Johnson, J. (MASCC Psychosocial Study Group) (2010). Psychosocial care for patients and their families is integral to supportive care in cancer: MASCC position statement. *Support Care Cancer* 18: 255-263.
- Steffen, P., Nitzsche, A., Scheibler, F., Pfaff, H. (2008). Die Patientinnenbefragung im Rahmen der (Re-)Zertifizierung der Brustzentren in NRW. *Senologie* 5: 75-77.
- Strittmatter, G. (1997). Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten. *Internationale Hochschulschriften* 228. Münster, New York: Waxmann.
- Waadt, S., Duran, G., Berg, P., Herschbach, P. (2010). *Progredienzangst*. Schattauer, Stuttgart.
- Weis, J., Keller, M., Singer, S., Wickert, M., Werner, A., Schwarz, R. (2008). Diagnoseübergreifende Leitlinien psychoonkologischer Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten. In: Deutsche Krebsgesellschaft (Hrsg.) *Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien 2008*, S. 10-15. Zuckschwerdt Verlag, München.
- Weis, J., Koch, U., Matthey, K. (1998). Bedarf psychoonkologischer Versorgung in Deutschland – Ein Ist-Soll-Vergleich. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 48: 417-425.
- Weis, J., Koch, U., Matthey, K., Wilhem, P. (1998). Ist-Analyse der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten im Akut- und Rehabilitationsbereich. In Koch, U. & Weis, J. (Hrsg.): *Krankheitsbewältigung nach Krebs*. Schattauer, Stuttgart, S. 331-341.
- Weis, J., Mehnert, A., Koch, U. (2003). Entwicklung von Leitlinien und Behandlungsstandards für die Psychoonkologie. *Forum Deutsche Krebsgesellschaft* 4:30-32.
- Weis J, Schumacher A, Blettner G, Determann M, Reinert E, Rüffer JU, Werner A, Weyland P (2007). Psychoonkologie: Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin. *Onkologie* 13 (2):185-194.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*.10(1):19-28.
- Zenger, M., Ernst, J., Götze, H., Stolzenburg, J. & Hize, A. (2010). Betreuungsbedarf und Betreuungswunsch von Patienten mit Prostatakarzinom – eine Längsschnitterhebung. *Z Med Psychol* 19: 51-59.