

Psychoonkologische Versorgung in Deutschland: Bundesweite Bestandsaufnahme und Analyse

Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Koordination:

Holger Schulz¹, Christiane Bleich¹, Carsten Bokemeyer², Uwe Koch-Gromus³ & Martin Härter¹

Wissenschaftliche Mitarbeit:

Michaela Dabs¹, Wiebke Frerichs¹, Leon Sautier¹

¹ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

² II. Medizinische Klinik und Poliklinik sowie Universitäres Cancer Center Hamburg

³ Dekan, Mitglied des Vorstands

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hamburg, den 31. Oktober 2018

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	7
Execute Summary.....	9
1 Überblick.....	16
2 Zielsetzung und Fragestellungen des Gutachtens.....	17
2.2 Indikationsstellung für eine psychoonkologische Behandlung: Psychosoziale Belastungen und psychische Komorbidität.....	18
2.3 Psychoonkologische Versorgungsbereiche.....	19
3 Design und methodische Vorgehensweise	20
3.1 Arbeitspakt 1: Bundesweite Bestandsaufnahme des Versorgungsangebotes	20
3.1.1 Eingeschlossene Versorgungsformen und -bereiche	20
3.1.2 Identifizierung.....	22
3.1.3 Kontaktaufnahme	27
3.1.4 Datenerhebung.....	29
3.1.5 Befragungsinstrumente	30
3.1.6 Auswertung und statistische Kennwerte.....	31
3.1.7 Kriterienkatalog zur Beurteilung psychoonkologischer/psychosozialer Leistungsangebote.....	33
3.2 Arbeitspaket 2: Bedarfsabschätzung	38
3.2.1 Grundlage: Epidemiologische Multicenterstudie	38
3.2.2 Bedarfsalgorithmus.....	40
3.2.3 Methodik zur Abschätzung der Versorgungsdichte.....	42
4 Deskriptive Ergebnisse	46
4.1 Psychoonkologische Versorgung im ambulanten Setting.....	46
4.1.1 Krebsberatungsstellen	46
4.1.1.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	46
4.1.1.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	49
4.1.1.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	56
4.1.1.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligtes Personal	59
4.1.1.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	68
4.1.1.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	73
4.1.2 Psychoonkologische Ambulanzen.....	87
4.1.2.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	87
4.1.2.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	89
4.1.2.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	97
4.1.2.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligten Beschäftigten	99

4.1.2.5	Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	104
4.1.2.6	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	107
4.1.3	Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt	113
4.1.3.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	113
4.1.3.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	115
4.1.3.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	119
4.1.3.4	Ausbildung der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt.....	121
4.1.3.5	Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	124
4.1.3.6	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	124
4.1.4	Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs)	131
4.1.4.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	131
4.1.4.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	132
4.1.4.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	136
4.1.4.4	An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigten	137
4.1.4.5	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	139
4.1.5	Onkologische Gemeinschaftspraxen	145
4.1.6	Psychologische sowie Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV- Zufallsstichprobe)	145
4.1.6.1	Identifizierte Anbietende und Rücklauf.....	145
4.1.6.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	147
4.1.6.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	150
4.1.6.4	Ausbildung der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten.....	151
4.1.6.5	Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	153
4.1.6.6	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	154
4.1.7	Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (KBV-Zufallsstichprobe)	157
4.1.7.1	Identifizierte Anbietende und Rücklauf.....	157
4.1.7.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	158
4.1.7.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	161
4.1.7.4	Ausbildung der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte	163
4.1.7.5	Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	164
4.1.7.6	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	164

4.1.8	Psychotherapeutische und/oder psychiatrische Gemeinschaftspraxen	167
4.1.9	Psychotherapeutische Ausbildungsinstitute	167
4.1.9.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	167
4.1.9.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	168
4.1.9.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	169
4.1.9.4	An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte	170
4.1.9.5	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	170
4.1.10	Ambulante Hospizdienste	170
4.1.10.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	170
4.1.10.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	172
4.1.10.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	175
4.1.10.4	An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte	177
4.1.10.5	Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	180
4.1.10.6	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	181
4.1.11	Ambulante Palliativdienste	183
4.1.11.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	183
4.1.11.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	185
4.1.11.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	188
4.1.11.4	An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte	190
4.1.11.5	Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	193
4.1.11.6	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	194
4.1.12	Psychosoziale Teams in der Pädiatrischen Onkologie – Nachsorge.....	197
4.1.12.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	197
4.1.12.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	197
4.1.12.3	Versorgte krebskranke Kinder und ihre Familien	202
4.1.12.4	An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte	204
4.1.12.5	Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	204
4.1.12.6	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	205
4.2	Psychoonkologische Versorgung im stationären Setting.....	208
4.2.1	Psychoonkologische Dienste.....	208
4.2.1.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	208
4.2.1.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	209
4.2.1.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	209
4.2.1.4	An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte	211

4.2.1.5	Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	218
4.2.1.6	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	221
4.2.2	Psychosoziale Dienste.....	224
4.2.2.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	224
4.2.2.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	226
4.2.2.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	228
4.2.2.4	An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte	229
4.2.2.5	Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	232
4.2.2.6	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	233
4.2.3	Krankenhäuser, Zentren und Kliniken	235
4.2.3.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	235
4.2.3.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	236
4.2.3.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	238
4.2.4	Stationäre Hospize.....	241
4.2.4.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	241
4.2.4.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	242
4.2.4.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	246
4.2.4.4	An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte	247
4.2.4.5	Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	250
4.2.4.6	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	251
4.2.5	Stationäre Palliativversorgung.....	256
4.2.5.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	256
4.2.5.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	257
4.2.5.3	Versorgte Krebserkrankte und Angehörige	259
4.2.6	Psychosoziale Teams in der Pädiatrischen Onkologie – stationäre Akutversorgung	262
4.2.6.1	Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf	262
4.2.6.2	Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen	262
4.2.6.3	Versorgte krebskranke Kinder und ihre Familien	267
4.2.6.4	An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte	269
4.2.6.5	Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung	269
4.2.6.6	Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung	271
4.2.7	Rehabilitation.....	274
4.2.7.1	Datengrundlage	274
4.2.7.2	Stichprobe.....	275

4.2.7.3	Ergebnisse	276
5	Zu den Fragestellungen des Gutachtens	278
5.1	Arbeitspaket 1: Bundesweite Bestandsaufnahme des Versorgungsangebotes	280
5.1.1	Psychoonkologische und psychosoziale Angebote.....	281
5.1.2	Personal	292
5.1.2.1	Personelle Kapazitäten der Leistungserbringenden und Zeit für Beratungen und Therapie	292
5.1.2.2	Ausbildungsgrad und berufliche Qualifikationen der Therapeutinnen und Therapeuten bzw. der Beratenden.....	295
5.1.3	Kosten und Finanzierung	299
5.1.3.1	Gesamtkosten und Kostenstrukturen.....	299
5.1.3.2	Kostenträger der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Angebote und Leistungskomponenten.....	303
5.1.4	Aspekte der Qualität.....	306
5.1.4.1	Struktur- und Prozessqualität der psychoonkologischen Versorgung.....	306
5.1.4.2	Maßnahmen zur Qualitätssicherung und/oder Qualitätsförderung	309
5.1.4.3	Übergang zwischen den Sektoren: Strukturierte Vorgehensweisen für die Kommunikation	312
5.1.4.4	Aspekte der Qualität in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie.....	313
5.1.5	Einordnung der Leistungserbringenden im Rahmen des Kriterienkatalogs.....	314
5.1.6	Umfang der Versorgung.....	317
5.1.6.1	Versorgungsgrad der Leistungserbringenden.....	317
5.1.6.2	Unterschiede in der Verteilung psychoonkologischer und psychosozialer Leistungserbringenden auf Ebene der Bundesländer	320
5.2	Arbeitspaket 2: Analyse der Versorgungssituation und Schlussfolgerungen	326
5.2.1	Versorgungsbedarf	326
5.2.2	Deckungsgrad der psychoonkologischen Versorgung in Deutschland	328
5.2.2.1	Abschätzung der Versorgungsdichte auf der Basis epidemiologischer Bedarfsschätzungen.....	328
5.2.2.2	Palliativ- und Hospizversorgung.....	337
5.2.3	Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Gestaltung des psychoonkologischen Versorgungsangebots in Deutschland.....	338
5.2.3.1	Methodenkritische Diskussion des Vorgehens und der Ergebnisse	339
5.2.3.2	Fazit und Empfehlungen	344
6	Literaturverzeichnis	356

Vorbemerkung

Vom **Bundesministerium für Gesundheit** wurde im August 2016 dem Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf der Auftrag zur Erstellung eines wissenschaftlichen Gutachtens erteilt, welches eine Bestandsaufnahme und Analyse der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung in Deutschland liefern sollte.

Bei der Erstellung des hier vorgelegten wissenschaftlichen Gutachtens war eine Vielzahl von Personen beteiligt, bei denen wir uns an dieser Stelle für ihre Unterstützung bedanken:

Prof. Dr. phil. Anja Mehnert-Theuerkauf, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Leipzig sowie Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG); **Dipl.-Psych. Annkatrin Rogge**, Helios-Klinik Schloss Schönhausen sowie Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (dapo); **Birte Hesselbarth** und **Walther Stamm**, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (PSAPOH); **Marie Rösler**, Bremer Krebsgesellschaft; **Dr. Thomas Schopperth**, Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz; **Corina Weiß**, Bayerisches Hospiz- und Palliativbündnis; **Diana Enke**, LAG Hospiz Brandenburg; **Dr. Susanne Weg-Remers** und **Dipl.-Psych. Doris Lintz**, Krebsinformationsdienst (KID); **Dr. Tina Wessels** und **Dr. Alessa Jansen**, Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK); **Dipl.-Geogr. Anne Kis** und **Dr. Jobst Augustin**, Arbeitsgruppe Gesundheitsgeographie des CVDERM des UKE; **Petra Kuhlmann**, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR); **Dr. Klaus Kraywinkel**, Zentrum für Krebsregisterdaten, Robert Koch-Institut (RKI); **Aleksandra Jaworek** und **Dr. Margarete Ostholt-Corsten**, Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV); **Simon Rass**, Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); **Prof. Dr. Corinna Bergelt**, Stiftungsprofessur Versorgungsforschung bei seltenen Erkrankungen im Kindesalter, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und Klinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, UKE; **Prof. Dr. Dr. Hermann Faller**, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg; **Prof. Dr. Karin Oechsle**, Stiftungsprofessur für Palliativmedizin mit Schwerpunkt Angehörigenforschung, UKE; **PD Dr. Georgia Schilling**, Abteilung Hämatologie, internistische Onkologie und Palliativmedizin, Asklepios Klinik Altona; **Dr. Frank Schulz-Kindermann**, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE; **Dipl.-Psych. Dieter Linhart**, Klinik und Poliklinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, UKE; **Prof. Dr.**

Joachim Weis, Stiftungsprofessur Selbsthilfeforschung, Universitätsklinikum Freiburg; **Dr. Britta Mester**, Datenschutz Nord, Hamburg; **Patrick Jühns** und **Dr. Jan Erik Gewehr**, Forschungs-IT UKE; Dipl.-Ing. Ivo Engert, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE; den studentischen Hilfskräften und Praktikantinnen und Praktikanten **Adekunle Adedeji, Julia Angenendt, Saskia Blömeke, Nadia Busch, Fabian Hahm, Lisann Högström, Susanne Kuckuck, Bastian Pakulat, Kristin Spinler, Anna Volland, Charlotte von Bremen, Malee Wagner**; den weiteren Mitgliedern des Projektbeirats sowie zu guter Letzt **allen Teilnehmenden der Befragungen**.

Executive Summary

1. Vorhabenbeschreibung, Vorhabenziele

Im **Nationalen Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit** wird als ein übergeordnetes Ziel explizit formuliert, dass **alle Krebskranken und ihre Angehörigen bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung erhalten sollen** (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Dieses Ziel umfasst die verbesserte Erkennung des psychoonkologischen bzw. psychosozialen Unterstützungsbedarfs und behandlungsbedürftiger psychischer Störungen bei Menschen mit einer Krebserkrankung und Angehörigen sowie die Sicherstellung der notwendigen psychoonkologischen Versorgung im stationären, ambulanten und rehabilitativen Bereich. Gegenstand des Auftrags war einerseits eine **bundesweite, regional differenzierte Erhebung des derzeitigen psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgungsangebotes im stationären und ambulanten sowie rehabilitativen Bereich** und andererseits ein **Ableich des Angebots** mit dem im Rahmen des Gutachtens **zu ermittelnden Bedarfs an psychoonkologischer bzw. psychosozialer Unterstützung**. Aus den Ergebnissen wurden Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine zukünftige, bedarfsgerechte Gestaltung des psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgungsangebotes in Deutschland abgeleitet.

2. Durchführung, Methodik

Zur Erhebung des aktuellen **psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgungsangebotes** wurden bundesweit alle Einrichtungen mit einem potentiellen Angebot ambulanter und stationärer Leistungen befragt: stationäre und ambulante Hospize, psychosoziale Krebsberatungsstellen (inkl. Außenstellen und -sprechstunden), Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, ambulante Palliativdienste, Zufallsstichproben aus dem Verzeichnis der Kassenärztlichen Bundesvereinigung niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischer und ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, psychiatrische Institutsambulanzen, psychotherapeutische/psychiatrische Gemeinschaftspraxen/Medizinische Versorgungszentren (MVZ), onkologische Schwerpunktpraxen, psychotherapeutische Ausbildungsinstitute, psychoonkologische Spezialambulanzen/Dienste, stationäre Palliativangebote, psychosoziale Dienste in Kliniken, Zentren mit spezialisierter Diagnostik, Kliniken ohne identifizierte psychoonkologische bzw. psychosoziale Dienste sowie psychosoziale Teams in der Pädiatrischen Onkologie. Zur

Befragung wurden in einer umfassenden Recherche 36.042 potentielle Angebote identifiziert, insgesamt 17.679 Einrichtungen kontaktiert (für einige Leistungserbringende Teilstichproben) und um Teilnahme an einer Online-Befragung (wahlweise auch schriftlich per Fragebogen) gebeten. Die entwickelten einrichtungsspezifischen Instrumente enthielten neben Angaben zur Einrichtung Fragen zu folgenden **Themenbereichen**: Leistungsspektrum, personelle Ausstattung, Anzahl versorgter Patientinnen und Patienten und Leistungsumfang, Wartezeiten, Finanzierung, Qualitätssicherung und Kooperationen. Es wurden Angaben **bezogen auf das Jahr 2016** erfasst. Für die Auswertung der rehabilitativen Angebote wurde ein eigens für dieses wissenschaftliche Gutachten von der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Verfügung gestellter Datensatz verwendet, welcher Angaben zu den behandelten Patientinnen und Patienten sowie zu Art und Umfang der von ihnen erhaltenen psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen und die Qualifikation der Leistungserbringenden enthielt.

Über die Befragung von Leistungserbringenden hinaus wurde auf der Basis von konsentierten und evidenzbasierten Quellen, wie insbesondere der „S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ und Vorschlägen des eingesetzten Expertenbeirats, ein **Kriterienkatalog** zur Einordnung der Angebote innerhalb eines Bewertungsschemas anhand mehrerer Qualitätskriterien entwickelt. Dieser beinhaltete z.B. Kriterien wie an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen, Vorliegen einer curricularen psychoonkologischen Weiterbildung oder die Supervision für das Personal.

Die Abschätzung der Häufigkeit behandlungsbedürftiger **psychoonkologischer bzw. psychosozialer Problemlagen und Unterstützungsbedürfnisse** erfolgte auf der Basis einer deutschen, **repräsentativen multizentrischen epidemiologischen Studie** (Mehnert et al., 2014). Auf dieser Grundlage wurden Bedarfsalgorithmen, getrennt für den stationären und ambulanten Bereich, entwickelt und angewendet. Hieraus resultierte eine jeweilige Abschätzung der regional erreichten Versorgungsdichte auf der Ebene der Raumordnungsregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Der geschätzte **Deckungsgrad**, getrennt für die ambulante und stationäre psychoonkologische Versorgung in Deutschland, wurde schließlich kartographisch dargestellt.

3. Gender Mainstreaming

Verschiedene genderspezifische Aspekte werden in der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung diskutiert und berücksichtigt, wie z.B. Unterschiede bezogen auf individuelle Bedürf-

nisse oder die Krankheitsbewältigung, die Ausprägung von Ängsten, Depressionen oder Fatigue, Informationsbedürfnisse oder unterschiedliches Hilfesuchverhalten von Frauen und Männern. Um die Bearbeitungszeit des Fragebogens möglichst gering zu halten und damit einen höheren Rücklauf zu erzielen, wurden im Rahmen der Befragung allerdings keine detaillierten genderspezifischen Aspekte erfragt.

4. Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Fortführung

Derzeitiges psychoonkologisches bzw. psychosoziales Versorgungsangebot

Response-Raten im Rahmen der Befragung lagen für Leistungserbringende, welche vorrangig an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten beteiligt sind, zwischen 13% für psychiatrische Institutsambulanzen und 75% für Krebsberatungsstellen. Ergebnisse wurden in Anlehnung an Analysen zu Response-Raten bei Befragungen von Organisationen nur von Angebots- bzw. Einrichtungsformen aufgenommen, deren Rücklauf nicht deutlich unter 20% lag. Die Ergebnisse zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) wurden trotz eines nicht ausreichenden Rücklaufs mitaufgenommen, da aufgrund von Recherchen für diesen Einrichtungstyp davon ausgegangen werden kann, dass ein hoher Teil derjenigen PIA, die ein psychoonkologisches Angebot vorhalten, auch teilgenommen haben.

Die Auswertungen zum **Leistungsspektrum** zeigen eine Vielfalt an angemessenen und von den psychoonkologischen Leitlinien gestützten Leistungsangeboten. Die Vielfalt der Angebote verteilt sich auf verschiedene Einrichtungsformen und entspricht den unterschiedlichen Bedarfen und Bedürfnissen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Krebs und ihren Angehörigen. Familienmitglieder und nahestehende Personen werden insbesondere in Krebsberatungsstellen, psychoonkologischen Ambulanzen und stationären Hospizen versorgt. Angebote für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und fremdsprachliche Angebote fehlen jedoch bislang weitgehend. Darüber hinaus werden innovative Angebotsformen, z.B. E-Health, Chats, oder Videotelefonie, bisher mit Ausnahme der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie nicht genutzt.

Hinsichtlich der **personellen Kapazität** der jeweiligen Leistungserbringenden wird bei Zugrundelegung des Medians der Verteilung in den verschiedenen Einrichtungsformen, mit Ausnahme der Außenangebote von Krebsberatungsstellen, ein Stellenanteil von zwei Beschäftigten angegeben. Die Mittelwerte liegen aufgrund der Schwankungsbreite (Range) etwas höher. Ein Großteil der Arbeitszeit wird im direkten Kontakt zu Patientinnen und Patienten mit Beratung bzw. Therapie verbracht.

Über alle Einrichtungen hinweg befinden sich die Beschäftigten der verschiedenen Leistungserbringenden in zufriedenstellendem Ausmaß in einem Angestelltenverhältnis, welches zu einem hohen Anteil unbefristet ist. Ein breites Leistungsspektrum wird bei den betrachteten Anbietenden zu einem großen Anteil von Psychologinnen und Psychologen sowie Sozialarbeitenden/ sozialpädagogischen Fachkräften erbracht sowie in deutlich geringerem Umfang von Ärztinnen und Ärzten sowie pädagogischen Fachkräften. Bei den wesentlichen Leistungserbringenden mit primär psychoonkologischem Angebot findet sich ein hoher Anteil von Beschäftigten mit abgeschlossener psychoonkologischer Weiterbildung in einem der von der Deutschen Krebsgesellschaft anerkannten Curricula. Die Mehrzahl des Personals verfügt über eine langjährige Erfahrung in der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung von Krebserkrankten.

Bezüglich der **Kosten und Kostenstrukturen** liegen belastbare Angaben nur für den Bereich der Krebsberatungsstellen vor. Personalkosten haben erwartungsgemäß den höchsten Anteil an den Gesamtkosten. Die **Gesamtkosten für alle Krebsberatungsstellen** in Deutschland belaufen sich auf 22 Mio. bis 26 Mio. Euro (Infrastrukturkosten unberücksichtigt). Werden Infrastrukturkosten mit einem Drittel der erfragten Kosten veranschlagt, ergibt eine Abschätzung aller Kosten für alle Krebsberatungsstellen in Deutschland eine Gesamtsumme von ca. 30 Mio. bzw. 35 Mio. Euro. Die geschätzten Kosten für Krebsberatungsstellen bei einer angenommenen Versorgungsdichte von 100% würden bei 44 Mio. bzw. 52 Mio. Euro (ohne Infrastrukturpauschale) liegen. Als Kostenträger für die psychoonkologische Versorgung insgesamt kommen die gesetzliche und anteilig auch die private Krankenversicherung für den größten Teil der Kosten auf. Darüber hinaus stellen Spenden eine häufig genannte bedeutsame Finanzierungsquelle dar. Die Finanzierung der Krebsberatungsstellen erfolgt durch zahlreiche individuelle Mischmodelle (z.T. über temporäre Finanzierung durch die Länder oder die Deutsche Krebshilfe). Die Finanzierung der onkologischen Rehabilitation erfolgt zu ca. zwei Dritteln bis drei Vierteln durch die gesetzliche Rentenversicherung, den verbleibenden Betrag trägt die gesetzliche oder private Krankenversicherung. Die Finanzierung der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie erfolgt in herausragender Weise durch Spendengelder; dies muss im Hinblick auf eine weiter ausstehende Verstetigung der Finanzierung kritisch gesehen werden.

Hinsichtlich der **Qualität der Versorgung** konnte gezeigt werden, dass eine Mehrzahl der Einrichtungen Räumlichkeiten für ungestörte Gespräche vorhält, die in der Regel barrierefrei und leicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sind (Ausnahme: Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, deren Praxen die Anforderung der Barrierefreiheit häufiger nicht

erfüllen können). Eine Dokumentation der Versorgung erfolgte über die verschiedenen Einrichtungen hinweg überwiegend teils handschriftlich/teils EDV-basiert, in weniger als der Hälfte ausschließlich EDV-gestützt. Ein größerer Teil der Einrichtungen verfügt über Standard Operating Procedures (SOPs), d.h. verbindliche Versorgungs- und/oder Rahmenkonzepte, bindende Anweisungen für Abläufe, Notfälle oder Vertretungsfälle. Dies ist jedoch als weiter optimierungsfähig zu beurteilen. Die Rate der für die Beschäftigten bereitgestellten fallbezogenen Supervision ist ebenfalls insgesamt positiv zu bewerten, jedoch bekommt immer noch ein substantieller Anteil von Beschäftigten, welcher im direkten Kontakt mit Erkrankten therapeutisch bzw. beratend tätig ist, von der Einrichtung kein entsprechendes Angebot zur Verfügung gestellt. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle erfragten qualitätssichernden Maßnahmen im Hinblick auf ihre Durchdringung Optimierungsbedarf erkennen lassen.

Aspekte der Vernetzung der Einrichtungen betreffen das Vorliegen von **Informationen zu und Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen** psychoonkologischer bzw. psychosozialer Leistungen. Nur in wenigen Fällen liegen schriftliche Kooperationsvereinbarungen vor. Jedoch verfügen fast alle Einrichtungen über Informationen zu weiteren psychoonkologischen bzw. psychosozialen Einrichtungen und Angeboten (Broschüren, Flyer). Es wäre daher sinnvoll zu prüfen, ob schriftliche Kooperationsvereinbarungen die Qualität, Passfähigkeit und Kontinuität der Versorgung weiter verbessern könnten.

Eine **Einordnung der Leistungserbringenden in den Kriterienkatalog** zeigt, dass bei einem größeren Teil der Einrichtungen zumeist nur 2 der jeweils maximal möglichen 6-8 Kriterien nicht erfüllt sind. Dies reicht von 73% bei den Krebsberatungsstellen über 81% bei den niedergelassen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bis hin zu 92% bei den psychoonkologischen Ambulanzen. Geringer fällt dieser Anteil bei den Hospizen (jeweils 58%) und den psychoonkologischen Diensten (50%) aus.

Die Zeitspanne von der Anfrage bis zum regulären Beginn der Versorgung ist ein wichtiges Qualitätskriterium der Versorgung. Eine Analyse des **Versorgungsgrades** zeigt, dass im Krisenfall die Hälfte der Krebsberatungsstellen und etwa zwei Drittel der psychiatrischen Institutsambulanzen und psychoonkologischen Ambulanzen ein Angebot für Betroffene (oder Angehörige) am selben Tag vorhalten können. Abgewiesene Anfragen geben in hohen Anteilen psychoonkologische Ambulanzen und Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten an. Die Wartezeiten auf den regulären Versorgungsbeginn sind bei den Hospizen mit wenigen Tagen sehr niedrig, bei den Krebsberatungsstellen und psychoonkologischen Ambulanzen betragen sie ca. eine Woche und

liegen mit vier Wochen erwartungsgemäß am höchsten bei den niedergelassenen Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Letztere liegen jedoch deutlich unter den Werten, die laut einer Studie im Auftrag der Bundespsychotherapeutenkammer in der psychotherapeutischen Versorgung mit ca. 20 Wochen Wartezeit aktuell bundesweit bestehen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018).

Bedarf für psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote

Die evidenzbasierte Schätzung der **psychischen Komorbidität** und/oder der **psychischen Belastung** in Kombination mit dem **subjektiven Unterstützungsbedürfnis** der Krebserkrankten führte zu einer Unterscheidung von zwei Gruppen: Moderat belastete Indikationsgruppen mit einem durchschnittlichen Anteil von 30% belasteter Patientinnen und Patienten (Prostatakrebs und malignes Melanom) und hoch belastete Indikationsgruppen (alle anderen Tumorentitäten) mit einem Anteil von 50% belasteter Patientinnen und Patienten. Da sich der Anteil belasteter Krebserkrankter in allen drei untersuchten Settings (akut-stationär, ambulant, Rehabilitation) als vergleichbar hoch erwies (Mehner et al., 2018), wurden diese beiden Belastungsgruppen sowohl für den ambulanten und Nachsorgebereich als auch die stationäre Versorgung zu Grunde gelegt. Eine erste Abschätzung der Prävalenz **sozialer Belastung** ergibt eine Prävalenz sozialer Belastung von 29%. Für die drei unterschiedlichen Settings ergeben sich ebenfalls vergleichbare Werte. Eine Gegenüberstellung mit denjenigen Krebserkrankten, die eine psychische Belastung aufweisen, ergibt eine hohe Übereinstimmung.

Versorgungsdichte der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung

Die Analyse der Versorgungsdichte im **ambulanten bzw. Nachsorgebereich** ergibt erhebliche regionale Unterschiede und insgesamt ein erhöhtes Ausmaß an nicht ausreichender Bedarfsdeckung: Es zeigt sich für mehr als die Hälfte der Regionen in Deutschland eine Versorgungsdichte von psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgungsangeboten von weniger als 50%. Für weitere 30% der Regionen besteht nur eine Versorgungsdichte zwischen 50 und 75%. Für den **stationären** Bereich findet sich eine vergleichsweise höhere Versorgungsdichte. Eine ebenfalls höhere Versorgungsdichte findet sich an universitären Standorten mit langer Tradition in der psychoonkologischen Forschung, während eine zu geringe Versorgungsdichte häufig in eher ländlich geprägten Regionen anzutreffen ist. Die Analyse zeigt kein deutliches Ost-West-Gefälle, vielmehr Unterschiede innerhalb der jeweiligen Flächenländer.

Empfehlungen des Gutachtens

- Priorität besteht insgesamt bei der **Sicherstellung und Weiterentwicklung** des **ambulanten** psychoonkologischen bzw. psychosozialen Angebots einschließlich der Nachsorge.
- Eine bereits etablierte Säule, nämlich die Angebote der **Krebsberatungsstellen**, ist im Bestand aktuell **nicht gesichert** und auch nicht durch **Leistungskomponenten anderer Einrichtungen zu kompensieren**. Deshalb sollte die **Finanzierung** in diesem Bereich **sichergestellt** werden und **Konzepte zum schrittweisen Ausbau** dieses Angebotstyps entwickelt werden.
- **Innovative Angebotsformen** sind zu entwickeln und zu fördern (z.B. E-Health, Chats).
- Angesichts des steigenden Bedarfs bedarf es mehr Initiativen, geeignetes und **ausreichend qualifiziertes akademisches Personal** auszubilden und zu gewinnen (z.B. in den entsprechenden Studiengängen).
- Für **niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten** bedarf es Maßnahmen, den **Anreiz und die Verpflichtung zu erhöhen**, Krebserkrankte mit psychischen Belastungen/Störungen zu behandeln; dabei sollten **Krankenversicherungen**, die **kassenärztlichen Vereinigungen**, die **Ärzte- und Psychotherapeutenkammern** und **Ausbildungsinstitute** für Psychotherapie einbezogen werden.
- Für **psychiatrische Institutsambulanzen** sind mancherorts bereits erfolgte Anpassungen der Kriterien zur Behandlung von Krebserkrankten und ihren Angehörigen notwendig und sinnvoll.
- Ein zu erwartender **Anstieg der Inzidenzen und Prävalenzen** ist bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen.

1 Überblick

Im Gutachten erfolgt im **ersten Arbeitspaket** die **bundesweite Bestandsaufnahme** des psychoonkologischen Versorgungsangebots, in einem **zweiten Arbeitspaket** die **Analyse der Versorgungssituation**, in dem die Ergebnisse der Bestandsaufnahme dem Bedarf vergleichend gegenübergestellt werden.

Im vorliegenden wissenschaftlichen Gutachten wird zunächst in den **Gegenstandsbereich der Psychoonkologie** eingeführt und **Zielsetzungen und Fragestellungen** des Gutachtens expliziert. Dabei wird zum einen auf psychosoziale Belastungen und psychische Komorbidität eingegangen sowie zum anderen auf psychoonkologische Versorgungsbereiche.

Im Abschnitt **Design und methodische Vorgehensweise** werden für das **erste Arbeitspaket** detailliert die Identifizierung psychoonkologischer Leistungsanbieter, die verwendeten Erhebungsverfahren sowie die Methoden der deskriptiven Auswertung beschrieben. Daran anschließend folgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens des zweiten Arbeitspakets.

Detaillierte Ergebnisse werden getrennt nach ambulanten und stationären Angeboten für jeden einzelnen Einrichtungstyp im Kapitel **Deskriptive Ergebnisse** dargestellt. Dabei erfolgen mit weitgehend vergleichbarer Gliederung Angaben zu folgenden sechs Bereichen: (1) Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf, (2) Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen, (3) versorgte Krebserkrankte und Angehörige, (4) an der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte, (5) Finanzierung und Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie (6) Aspekte der Qualitätssicherung.

Darauf aufbauend werden im folgenden Kapitel die Ergebnisse zu den **Fragestellungen des Gutachtens** dargestellt, d.h. der Bestandsaufnahme und der Analyse der Versorgungssituation. Dieses Kapitel schließt dann mit dem Abschnitt **Schlussfolgerungen und Empfehlungen** für eine zukünftige, bedarfsgerechte Gestaltung des psychoonkologischen Versorgungsangebots in Deutschland.

Im abschließenden Kapitel **Diskussion** erfolgt eine kritische Bewertung der dargestellten Ergebnisse zur psychoonkologischen Versorgung in Deutschland.

2 Zielsetzung und Fragestellungen des Gutachtens

2.1 Gegenstandsbereich der Psychoonkologie

Psychoonkologie hat sich sowohl wissenschaftlich als auch in der Versorgung in den letzten Jahrzehnten als ein eigenes Arbeitsgebiet in der Onkologie etabliert, welches die Bedeutung psychologischer und sozialer Faktoren im Zusammenhang mit Prävention, Entstehung, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge im gesamten Verlauf einer Krebserkrankung fokussiert. Zielgruppe sind dabei primär Krebserkrankte (Kinder, Jugendliche und Erwachsene), darüber hinaus aber auch Angehörige bzw. das soziale Umfeld sowie alle in der Onkologie tätigen Berufsgruppen (diese vor allem im Hinblick auf Supervision bzw. Fort- und Weiterbildung bzgl. psychoonkologischer und psychosozialer Aufgaben und Fragestellungen). Psychoonkologie ist folglich durch eine intensive interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit gekennzeichnet.

Aktuelle Darstellungen der Aufgabenbereiche, Zielsetzungen und Maßnahmen psychoonkologischer Versorgung sind u.a. in der *S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“* (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014), der *S3-Leitlinie „Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie“* (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (PSAPOH), 2013) sowie im *Handbuch Psychoonkologie* (Mehnert & Koch, 2016) ausführlich dargelegt.

Nach der S3-Leitlinie *„Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“* sind **„zentrale Aufgaben der psychoonkologischen Versorgung ...** patientenorientierte und bedarfsgerechte Information, psychosoziale Beratung, psychoonkologische Diagnostik und die gezielte Behandlung psychischer, sozialer sowie funktionaler Folgeprobleme. Die Psychoonkologie umfasst psychosoziale (Beratung, Information, Krisenintervention, Psychoedukation) und psychotherapeutische Maßnahmen im engeren Sinne, die je nach Bedarf in allen Phasen einer Krebserkrankung angeboten werden können.“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014) (S. 25).

Psychoonkologische Interventionen im engeren Sinne lassen sich dahingehend kennzeichnen (Faller, 2016), dass sie Interventionen umfassen, bei welchen psychologische Methoden, wie z.B. Psychoedukation, Stressbewältigungstraining, Psychotherapie und Entspannungsverfahren, allein oder in Kombination, von professionellen Therapeutinnen und Therapeuten in einer persönlichen

Interaktion mit Krebserkrankten zur Anwendung kommen, um die psychische Belastung von Krebserkrankten und ihren Angehörigen zu vermindern und die Lebensqualität zu erhöhen. Im weiteren Sinne gehören aber auch künstlerische Therapien wie Musik- und Kunsttherapie, Sport- und Bewegungstherapie dazu. Weitere zentrale Ziele psychoonkologischer Behandlungen sind die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung sowie die Förderung von Aktivität und Teilhabe im Sinne der International Classification of Functioning der WHO (World Health Organization).

Im **Nationalen Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit** wird in Bezug auf die Psychoonkologie als ein übergeordnetes Ziel explizit formuliert, dass **alle Krebserkrankten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung erhalten sollen** (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Dieses Ziel umfasst die verbesserte Erkennung psychoonkologischen bzw. psychosozialen Unterstützungsbedarfs und behandlungsbedürftiger psychischer Störungen bei Krebserkrankten und Angehörigen sowie die Sicherstellung der notwendigen psychoonkologischen Versorgung im stationären, ambulanten und rehabilitativen Bereich.

2.2 Indikationsstellung für eine psychoonkologische Behandlung: Psychosoziale Belastungen und psychische Komorbidität

Der Versorgungsalgorithmus der psychoonkologischen S3-Leitlinie unterscheidet zwischen Betroffenen verschiedener Belastungsgrade. Für jede dieser unterschiedlich belasteten Gruppe von Patientinnen und Patienten werden auf dieser Basis sowie auf der Grundlage von Präferenzen der Betroffenen, Setting und Krankheitsphase Empfehlungen für unterschiedliche psychoonkologische Maßnahmen abgeleitet. Die aus unserer Sicht momentan beste Quelle für die Bundesrepublik Deutschland zur Bestimmung des Bedarfs für psychoonkologische Unterstützung stellt eine repräsentative epidemiologische Studie dar (Mehnert et al., 2014; Mehnert et al., 2012). Dies gilt sowohl bezüglich psychosozialer Belastung und psychischer Komorbidität, als auch hinsichtlich Bedürfnis nach und Inanspruchnahme von Informationen und psychoonkologischer Unterstützung. In dieser Studie wurden darüber hinaus sowohl Informationsbedürfnisse als auch die Art der notwendigen, gewünschten und erhaltenen psychosozialen Unterstützung mittels eines eigens entwickelten Fragebogens erfasst (Faller, Koch, et al., 2016). Detaillierte Ausführungen, wie die Ergebnisse dieser Studie zur Bestimmung des Bedarfes herangezogen wurden, finden sich in Abschnitt 3.2 Arbeitspaket 2: Bedarfsabschätzung.

2.3 Psychoonkologische Versorgungsbereiche

Entsprechend der psychoonkologischen S3-Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014), der palliativmedizinischen S3-Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft - Deutsche Krebshilfe - AWMF), 2015) sowie der S3-Leitlinie "Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie" (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (PSAPOH), 2013) ist davon auszugehen, dass ambulante psychoonkologische Angebote insbesondere in psychosozialen Krebsberatungsstellen, von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, von psychoonkologischen Ambulanzen der Krankenhäuser bzw. zertifizierten Zentren oder onkologischen Schwerpunktpraxen vorgehalten werden. Die stationäre psychoonkologische Versorgung findet weitgehend im Krankenhaus als Konsiliar- oder Liaisondienst, in integrierten Fachabteilungen oder über die Sozialdienste in Kliniken statt. Auch für die palliative Versorgung werden stationär Angebote auf Palliativstationen in Krankenhäusern sowie Angebote im Rahmen der sog. spezialisierten ambulanten Versorgung (SAPV) vorgehalten. Sektorenübergreifend stehen im weiteren Krankheitsverlauf ambulante Hospizdienste sowie stationäre Hospize zur Verfügung.

Unterstützungsangebote von qualifizierten Selbsthilfevertretern werden gemäß Zertifizierungsbedingungen für Krebszentren in die psychosoziale Versorgung einbezogen, da sie psychoonkologische Angebote um eine nicht-professionelle Sichtweise komplementieren. Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens haben wir den Fokus primär darauf gelegt, zu prüfen, ob alle Krebserkrankten - im Sinne der Zielsetzung des Nationalen Krebsplans - bei Bedarf eine **finanzierte** und an **definierten Kriterien orientierte** psychoonkologische Unterstützung erhalten kann und die sehr wertvollen Angebote der Selbsthilfe in diesem Gutachten nicht berücksichtigen können. Mit dieser Nichtberücksichtigung soll keineswegs der Wert von Selbsthilfeangeboten für die Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und der Beratung bezüglich des Zugangs zu psychosozialen Angeboten in Frage gestellt werden. Dieser wurde zuletzt durch die SHILD-Studie (vgl. Kofahl, 2018) und die NAKOS-Studien (NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, 2017) eindrucksvoll belegt. Bezüglich des Zugangs zu Selbsthilfegruppen leisten darüber hinaus Einrichtungen der Bundesländer und Dachorganisationen einzelner Selbsthilfebereiche, wie die Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS) sowie das Haus der Krebsselbsthilfe mit u.a. den Mitgliedsverbänden Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH), Deutsche ILCO, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS), wichtige Unterstützung.

3 Design und methodische Vorgehensweise

Gegenstand des Auftrags ist eine umfassende Bestandsaufnahme und Bewertung der psychoonkologischen Versorgung für Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie Angehörige in Deutschland. Die Bestandsaufnahme und Bedarfsbestimmung werden in den folgenden Abschnitten unter Darstellung der eingesetzten Methodik näher beschrieben.

3.1 Arbeitspaket 1: Bundesweite Bestandsaufnahme des Versorgungsangebotes

3.1.1 Eingeschlossene Versorgungsformen und -bereiche

Gegenstand des Arbeitspaketes 1 ist eine **bundesweite, regional differenzierte Erhebung des derzeitigen psychoonkologischen Versorgungsangebotes im stationären und ambulanten Bereich**. Einzuschließende Einrichtungen psychoonkologischer und psychosozialer Versorgungsangebote (s. Tabelle 1) orientieren sich an den in Abschnitt 2.3 beschriebenen Versorgungsbereichen und Settings.

Zur Erhebung der Art des Angebotes, der Qualität und der Kostenaspekte wurden die **Einrichtungen** (in zeitlich gestufter Form) in aufeinander folgenden Erhebungswellen kontaktiert, wobei die Reihenfolge der Erhebung aus pragmatischen Gründen erfolgte und auch berücksichtigte, dass für ähnliche Einrichtungen mit jedoch unterschiedlichen Angebotsformen eigene Instrumente und Zugangswege notwendig waren:

1. Stationäre Hospize
2. Ambulante Hospize
3. Psychosoziale Krebsberatungsstellen (inkl. Außenstellen¹)
4. Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt
5. Ambulante Palliativdienste

¹ Dies schließt sowohl Außenstellen als auch –sprechstunden mit ein, wenn diese mindestens 1x/Monat vorgehalten werden.

6. Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte, Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (jeweils Zufallsstichproben aus dem Verzeichnis der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)
7. Psychiatrische Institutsambulanzen
8. Psychotherapeutische/Psychiatrische Gemeinschaftspraxen/Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
9. Onkologische Schwerpunktpraxen
10. Psychotherapeutische Ausbildungsinstitute
11. Psychoonkologische Spezialambulanzen/Dienste
12. Stationäre Palliativangebote
13. Psychosoziale Dienste in Kliniken
14. Zentren mit spezialisierter Diagnostik, Kliniken ohne identifizierte psychoonkologische bzw. psychosoziale Dienste ²
15. Psychosoziale Teams in der Pädiatrischen Onkologie

Zur Sicherung eines ausreichend hohen Rücklaufs und einer Erhöhung der Repräsentativität der Rückläufe wurden die Einrichtungen je nach Präferenz der Befragten entweder postalisch oder elektronisch befragt. Je nach Versorgungsbereich und Setting erfolgten unterschiedliche Wege der Identifizierung, der Kontaktaufnahme und der konkreten Datenerhebung. Im Fall der Krebsberatungsstellen wurde zwischen eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit Außenstellen sowie Außenstellen unterschieden. Diese Unterscheidung wurde aus methodischen Gründen getroffen: Der psychoonkologischen Versorgung in ländlichen Regionen kommt im Hinblick auf die bedarfsgerechte Weiterentwicklung und Finanzierung des psychoonkologischen Versorgungsangebots in Deutschland eine besondere Bedeutung zu. Da in vielen ländlichen Regionen Deutschlands die psychoonkologische Versorgung fast ausschließlich durch Außenstellen bzw. -sprechstunden einer Krebsberatungsstelle aufrechterhalten wird, wurden im Rahmen der Befragung die Außenangebote von Krebsberatungsstellen folglich besonders berücksichtigt und den jeweiligen Ansprechpersonen ein gesonderter Fragebogen für jede einzelne Außenstelle bzw. -sprechstunde zur Verfügung gestellt.

² Krankenhausabteilung einer Fachrichtung (z. B. Klinik für Gynäkologie)

Spezifisches Vorgehen bei der Erfassung von Angeboten in der stationären onkologischen Rehabilitation

Bei **Rehabilitationskliniken** mit einer onkologischen Fachabteilung wurde, anders als ursprünglich geplant, **keine direkte Befragung** durchgeführt. Stattdessen wurde ein eigens für das Gutachten von der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung gestellter Datensatz analysiert, welcher Angaben zu in der Rehabilitation behandelten Personen, zu Art und Umfang der von ihnen erhaltenen Leistungen und die Qualifikation der Leistungserbringenden enthält. Damit konnte auf eine für den Versorgungsbereich **annähernd vollständige und geprüfte Leistungsbeschreibung** zurückgegriffen werden und somit in diesem Versorgungsbereich auf eine zusätzliche Ressourcen beanspruchende Datenerhebung in den Einrichtungen verzichtet werden. Da die Rehabilitationskliniken überregional belegt werden, war es zudem nicht sinnvoll, sie in die regionalen Analysen auf Einrichtungsebene einzubeziehen, sondern sie ausschließlich für die Gesamtbeurteilung der Versorgungssituation zu nutzen. Die Angebote erfolgen in der Regel stationär sowie zu einem kleineren Anteil auch ganztägig ambulant, mit einem vergleichbaren Spektrum der vorgehaltenen therapeutischen Leistungen in den beiden Settings.

Die Kodierung der Leistungen erfolgt auf der Basis der **Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL)** der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung, 2015). Diese besteht aus elf Kapiteln, in denen die unterschiedlichen Leistungsgruppen der Rehabilitation beschrieben sind. Die Systematik orientiert sich an den therapeutischen Inhalten der medizinischen Rehabilitation. Das Leistungsspektrum reicht u.a. von den physiotherapeutischen, funktions- und aktivitätsorientierten Leistungen über edukative und psychologische Leistungen bis hin zu solchen der Pädagogik. In der KTL werden ausschließlich therapeutische Leistungen mit einer direkten Interaktion mit den in Behandlung befindlichen Personen erfasst. Da sie gleichzeitig ein Instrument zur Qualitätssicherung ist, ist für jede kodierte Leistung die Erfüllung von Mindeststandards Voraussetzung. Dazu gehören u.a. Berufsgruppen, die zur Erbringung der Leistung zugelassen sind, Zusatzqualifikationen, Indikation, Therapieziel, Mindestdauer, Frequenz und Maximalangaben zur Größe der jeweiligen Gruppen von Patientinnen und Patienten.

3.1.2 Identifizierung

Die Identifizierung möglicher Einrichtungen stellte einen zentralen Arbeitsschritt im Studienverlauf dar und erfolgte mittels **sehr intensiver Recherchen frei verfügbarer Daten** im Internet, **Zufallsstichproben** der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie **Daten** von Fachgesellschaften,

Kostenträgern, Länderbehörden und dem Krebsinformationsdienst (KID). Die vorrangig genutzten Quellen werden im Folgenden für alle Einrichtungen beschrieben.

Für die **Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt** wurden vor allem die folgenden Internetseiten genutzt:

- Adressensuche des Krebsinformationsdienstes (www.krebsinformationsdienst.de)
- Internetseiten der Krebsgesellschaften der Bundesländer
- Psychotherapeutensuche der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung DPtV (www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de)
- Psychotherapeutensuche der Psychotherapeutenkammern der Länder
- Internetverzeichnisse:
 - psych-info.de
 - therapie.de
 - psychotherapeutensuche.de
 - medfuehrer.de

Um einen Einschluss auf der Grundlage von evtl. irreführenden Selbstangaben zu vermeiden wurde der Befragung der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine Filterfrage nach einem im Jahr 2016 vorgehaltenen psychoonkologischen Angebot vorangestellt.

Entsprechend wurde auch für **psychotherapeutische** oder **psychiatrische Gemeinschaftspraxen** vorgegangen.

Die **Krebsberatungsstellen** wurden vor allem mittels der nachfolgenden Quellen identifiziert:

- Adressensuche des Krebsinformationsdienstes (www.krebsinformationsdienst.de)
- Internetseiten der Krebsgesellschaften der Bundesländer
- Ergänzende umfassende Internet-Recherche nach Krebsberatungsstellen pro Bundesland

Für die Identifizierung der **onkologischen Schwerpunktpraxen** wurden die folgenden Quellen verwendet:

- Arztsuche des Berufsverbands der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (www.bnho.de)
- Praxissuche des Wissenschaftlichen Instituts der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (www.winho.de)

- Praxissuche im Internetverzeichnis (www.medfuehrer.de)

Die Kontaktdaten der **psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute** wurden über die Listen der anerkannten Ausbildungsinstitute der Psychotherapeutenkammern der jeweiligen Länder erhoben.

Ambulante sowie stationäre **Hospiz- und Palliativangebote** wurden mittels der folgenden Quellen identifiziert:

- Länderseiten des Deutschen Roten Kreuzes (www.drk.de)
- Hilfeportal der Diakonie Deutschland (hilfe.diakonie.de)
- Palliativ-Suche des Palliativ-Portals (www.palliativ-portal.de)
- Adressensuche des Wegweisers Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de)
- Internetseiten der Landesverbände des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V.
- Adresslisten des Verbandes der Ersatzkassen und der jeweiligen Landesvertretungen

Für die Identifizierung von **Zentren und Kliniken** wurde das Deutsche Krankenhausverzeichnis (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) sowie die Liste zertifizierter Krebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft OncoMap (www.oncomap.de) genutzt.

Über die Webseiten der identifizierten Zentren und Kliniken wurden anschließend die **psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)**, die **psychoonkologischen Spezialambulanzen und Dienste** sowie die **psychosozialen Dienste** ermittelt.

Ergänzend wurde für alle Einrichtungen eine erweiterte Internetrecherche mittels gängiger Suchmaschinen durchgeführt sowie auf Informationen der Internetseiten der Landesbehörden zurückgegriffen.

Zudem wurde durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) aus dem Bundesarztregister eine stratifizierte Zufallsstichprobe für die **psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie** sowie **Psychosomatik** von 20% sowie aller weiteren Facharztgruppen mit Ausnahme von Laborärztinnen und -ärzten, Pathologen, Transfusionsmediziner von 5% gezogen. Mit diesen beiden Stichproben sollte überprüft werden, ob onkologische Patientinnen und Patienten auch außerhalb spezialisierter Einrichtungen substanziell psychoonkologisch behandelt wurden.

Von allen Einrichtungen wurden die jeweilige Anschrift sowie der Name und die Kontaktdaten der Leitungsperson in eine Datenbank eingegeben. Sofern nur unvollständige Daten verfügbar waren (z.B. bei einer fehlenden E-Mail-Adresse), wurden die entsprechenden Einrichtungen telefonisch kontaktiert, über die anstehende Erhebung informiert und um Angabe der fehlenden Daten gebeten. Sofern es sich durch diese telefonische Nachfrage ergab, dass die Einrichtung mittlerweile geschlossen war oder grundsätzlich keine Krebserkrankten betreute, wurden die entsprechenden Einrichtungen bereits zu diesem Zeitpunkt aus der Umfrage ausgeschlossen.

Für **Einrichtungen der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie** wurde keine eigenständige Recherche durchgeführt, da die Kontaktierung potentieller Einrichtungen über den E-Mail-Verteiler der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH) erfolgen konnte.

Einen Überblick über die Anzahl der insgesamt identifizierten Einrichtungen mit potentiell psychoonkologischen und psychosozialen Leistungen, getrennt nach Einrichtungstyp, gibt Tabelle 1.

Tabelle 1: Anzahl der insgesamt identifizierten potentiellen ambulanten und stationären Einrichtungen, getrennt nach Einrichtungstyp

Identifizierte Einrichtungen	Anzahl
Ambulant	
• Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt	1.382
• Psychosoziale Krebsberatungsstellen (inkl. Außenstellen)	370
• Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs)	659
• Onkologische Schwerpunktpraxen	303
• Psychotherapeutische/Psychiatrische Gemeinschaftspraxen/MVZ	153
• Psychotherapeutische Ausbildungsinstitute	197
• Ambulante Palliativdienste	360
• Ambulante Hospizdienste	1.063
Stratifizierte Zufallsstichproben	
• 20% ³ der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie sowie Psychosomatik	6.891
• 5% aller niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte (mit Ausnahme der oben genannten sowie von Laborärztinnen und -ärzten, Pathologen, Transfusionsmediziner)	6.134
Stationär	
• Psychoonkologische Spezialambulanzen/Dienste *	490
• Psychosoziale Dienste *	812
• Zentren, Krankenhäuser, Kliniken aller Fachabteilungen, in denen potentiell Krebs-erkrankte behandelt werden könnten	16.244
• Stationäre Palliativangebote	391
• Stationäre Hospize	256
• Psychosoziale Teams in der Pädiatrischen Hämatologie und Onkologie	60
Gesamt der identifizierten Einrichtungen	36.042

Anmerkung. * tlw. auch Angebot im ambulanten Setting.

Um im Identifizierungsprozess eine möglichst hohe Abdeckung zu gewährleisten, wurden alle Einträge der so entstandenen einrichtungsspezifischen Datenbanken von einem Projektmitglied ohne

³ In dieser Gruppe lagen von 42 % der Anbieter keine E-Mail-Adressen vor, sodass 3029 Einladungen postalisch erfolgen mussten. Aufgrund des geringen Rücklaufs der bereits per E-Mail eingeladenen Anbieter dieser Gruppe wurde aus finanziellen und Ressourcengründen beschlossen, nur eine Stichprobe von 20 % (n=600) der Anbieter ohne E-Mail postalisch einzuladen. Dadurch verringerte sich die tatsächliche Stichprobe auf 13,5 % (n=4462).

Einblick in die bei der Identifizierung genutzten Quellen gegengeprüft („cross-checking“). Erst nach dieser finalen Gegenprüfung galt die Identifizierung der potentiellen Anbietenden psychoonkologischer Leistungen als abgeschlossen. Zudem wurden die einrichtungsspezifischen Datenbanken ebenfalls miteinander abgeglichen, um ein doppeltes Anschreiben nach Möglichkeit zu vermeiden.

Informationen zum Vorhaben wurden im Vorwege der Erhebung im Rahmen verschiedenster Veranstaltungen präsentiert (u.a. 33. Deutscher Krebskongress 2018, 35. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. 2017 (dapo), AG Psychoonkologie des CCC Netzwerks (14.11.2017), beim 16. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2017). In Kooperation mit verschiedenen Fachgruppen wurden deren Mitglieder angeschrieben und über die Erhebung benachrichtigt (u.a. dapo, Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO), Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (PSAPOH)), und ein Beitrag im Deutschen Ärzteblatt (Psychoonkologie: UKE befragt Ärzte für Bestandsaufnahme, 01. August 2017) informierte ebenfalls über die Befragung. Weiterhin wurde eine Internetseite zum Projekt eingerichtet (www.uke.de/psovid), welche umfangreiche Informationen zum Auftrag, dem Vorgehen und den Erhebungsinstrumenten sowie ein **einrichtungsspezifisches Glossar** und Kontaktmöglichkeiten enthält. Im Glossar wurden wesentliche der im Fragebogen verwendeten Begrifflichkeiten wie z.B. psychoonkologische/psychosoziale Angebote oder Außenangebot von Krebsberatungsstellen erläutert, um sicherzustellen, dass die Antworten auf einem gemeinsamen Verständnis beruhen.

Dadurch meldeten sich Anbietende psychoonkologischer Leistungen initiativ bei der Arbeitsgruppe und teilten ihre Teilnahmebereitschaft mit. Diese wurden, sofern noch nicht geschehen, ebenfalls in der Rekrutierungsdatenbank aufgenommen.

Insgesamt wurden somit **mehr als 36.000 individuelle und geprüfte Kontaktinformationen** erstellt.

3.1.3 Kontaktaufnahme

Um den Rücklauf im Rahmen der Befragungen zu erhöhen (für eine Übersicht evidenzbasierter Methoden im Kontext von Organisationen vgl. u.a. Baruch & Holtom, 2008), wurden die folgenden Maßnahmen ergriffen:

- Versand einer Vorankündigung der Befragung an die identifizierten Einrichtungen
- Umsetzung einer elektronischen Erfassung der Daten (Online-Befragung)

- Entwicklung einrichtungsspezifischer und adaptierter Fragebögen, wodurch die Menge der zu beantwortenden Fragen so gering wie möglich gehalten wurde
- Hervorheben der Bedeutung der Befragung über verschiedenste Informationskanäle
- Begleitschreiben des Bundesministers für Gesundheit
- Sicherung der Unterstützung und Information der Mitglieder durch entsprechende Fachgruppen
- Versand eines einmaligen Erinnerungsschreibens nach fehlendem Rücklauf

Bei der weit überwiegenden Mehrheit der potentiellen Anbietenden psychoonkologischer Versorgung wurde die Leitung der Einrichtung zunächst per E-Mail über die anstehende Befragung informiert. Sofern für die jeweilige Leitungsperson keine E-Mail-Adresse identifiziert werden konnte, erfolgte die Kontaktierung postalisch (ca. 30 %) mit der Bitte um Rückmeldung der E-Mail-Adresse für den Einladungsversand.

Die Einladungen zur Teilnahme an der Befragung erfolgte ebenfalls je nach Verfügbarkeit der entsprechenden Kontaktdaten entweder per E-Mail oder postalisch. Diese umfassten ein personalisiertes Anschreiben, welches die Empfänger über das Ziel und die Inhalte der Befragung sowie die weitere Verarbeitung der Daten und das Vorgehen bei ausbleibender Rückmeldung (Erinnerung) aufklärte, und wurden einige Wochen nach der Vorabinformation an die Empfänger versandt. Das postalische Einladungsschreiben enthielt zudem den entsprechenden Fragebogen als Papierversion, die Einwilligungserklärung zur Teilnahme, ein Glossar mit den wesentlichen Begriffsdefinitionen sowie frankierte Rückumschläge.

Kontaktaufnahme mit der Projektgruppe

Die Angeschriebenen hatten die Möglichkeit, die Projektgruppe telefonisch oder per E-Mail zu kontaktieren. Im Studienverlauf erhielt die Projektgruppe insgesamt über 3.000 E-Mails (zuzüglich der vorformulierten E-Mail zur Ergebnismitteilung) und bis zu 50 Anrufe wöchentlich über den gesamten Erhebungszeitraum von 40 Wochen hinweg mit projektbezogenen Anfragen oder Rückmeldungen.

3.1.4 Datenerhebung

Online-Plattform und Einverständnis

Die Online-Umfrage erfolgte in Abstimmung mit der Datenschutzbeauftragten des UKE mittels der Umfrage-Serviceplattform LimeSurvey. Neben der Einhaltung datenschutzrelevanter Vorgaben ermöglichte dies die Einrichtung adaptiver Fragebögen, sodass Teilnehmende je nach bereits gegebenen Antworten im weiteren Verlauf des Fragebogens nur die für sie relevanten Fragen angezeigt bekamen. Somit konnte sichergestellt werden, dass trotz der teilweise sehr umfangreichen Fragebögen die zu beantwortenden Fragen auf ein Mindestmaß reduziert werden konnten.

Einrichtungen, die per E-Mail eingeladen wurden, erhielten mit dem Anschreiben den Link zur Online-Umfrage sowie einen individuellen Zugangsschlüssel und Einrichtungscode. Die Teilnehmenden hatten dabei die Möglichkeit, der Einwilligungserklärung online zuzustimmen sowie das Glossar herunterzuladen. Das Anschreiben der postalischen Einladung zur Befragung enthielt ebenfalls einen Link zur Online-Umfrage, sodass auch in diesem Setting eine Online-Teilnahme möglich war.

Befragung des psychoonkologisch und psychosozial tätigen Personals

Nachdem eine Teilnahme der jeweiligen Einrichtung vermerkt wurde, erhielt die Leitung eines Teils der angeschriebenen Einrichtungen (Krebsberatungsstellen, Hospize, ambulante Palliativversorgung und Pädiatrische Onkologie) Fragebögen zur Befragung der Beschäftigten (Modul II, siehe Abschnitt 3.1.5 Befragungsinstrumente) mit der Bitte um Weiterleitung an die psychoonkologisch Tätigen. Auch hier konnte zwischen einer Online-Teilnahme und einer Papierversion gewählt werden. Dieses Vorgehen erwies sich im Verlauf der Erhebung aufgrund von sehr geringen Rückläufen als nicht sinnvoll und wurde daher aufgegeben.

Erinnerungsschreiben

Wurde ca. vier Wochen nach Einladung noch keine Teilnahme vermerkt, wurde einmalig ein Erinnerungsschreiben mit der Bitte um Teilnahme an die Leitung der Einrichtung versandt. Um den Rücklauf zu erhöhen, wurde ab der 4. Erhebungswelle (Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt) den Einladungsschreiben Links zu vorformulierten Antwort-E-Mails beigefügt bzw. bei postalischem Versand ein entsprechendes Antwortschreiben. Sofern die eingeladenen Einrichtungen die Einschlusskriterien nicht erfüllten, z.B. kein psychoonkologisches Angebot in 2016 bestand oder keine Behandlung von Krebserkrankten in

2016 durchgeführt wurde, konnte dadurch niedrigschwellig eine Rückmeldung an die Projektgruppe übermittelt werden, ohne den Fragebogen ausfüllen zu müssen.

3.1.5 Befragungsinstrumente

Die wichtigste Datengrundlage bildet ein **Kern-Erhebungsbogen**. Inhaltlich ist er am Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren des Nationalen Zertifizierungsprogramm Krebs orientiert (Deutsche Krebsgesellschaft, 2017). Er wurde im Rahmen des Projekts entwickelt, mit Unterstützung des Fachbeirats des Projekts konsentiert, in einer Pilotphase getestet und den Rückmeldungen entsprechend überarbeitet. Aufgrund der Vielzahl und organisatorischen sowie leistungsspezifischen Unterschiedlichkeit der befragten Einrichtungen wurde der Kern-Erhebungsbogen im Projektverlauf mehrfach angepasst, um diesen spezifischen Gegebenheiten bei den einzelnen Angebotsformen so weit wie möglich gerecht werden zu können. Diese Optimierung der Fragebogenstruktur und -inhalte erfolgte zur Erhöhung des Rücklaufs und der Eindeutigkeit der jeweiligen Fragenkomplexe. Zudem zeigte sich als Ergebnis der Pilottestungen, dass die Informationen zur Beantwortung der Fragen hinsichtlich der Beschäftigten (z.B. Studienabschlüsse, oder Fort-/Weiterbildungen einzelner Beschäftigter, Berufserfahrung in der psychoonkologischen Versorgungsarbeit) zumeist den Leitungen von Einrichtungen, insbesondere Einrichtungen mit vielen Beschäftigten, nicht unmittelbar zur Verfügung standen. Des Weiteren trafen viele Fragen für Selbstständige nicht zu, sodass sich die Notwendigkeit ergab, das Instrument für diese Zielgruppen ebenfalls anzupassen.

Dem wurde versucht Rechnung zu tragen, indem ein **Modul I für die Leitung von Einrichtungen** entwickelt wurde sowie ein **Modul II für Beschäftigte dieser Einrichtungen**. Ein weiteres **Modul III** wurde für **Niedergelassene** entwickelt. Die jeweiligen Module finden sich in der Anlage 1.

Entsprechend einer Empfehlung des Projektbeirats wurden zudem nur wenige Kernfragen als Pflichtangabe konzipiert (z.B. Vorhalten eines psychoonkologischen Angebots). Trotz des Risikos eines hohen Anteils fehlender Werte diente diese Maßnahme der Minimierung eines möglichen Drop-outs.

In der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung werden verschiedene gender-spezifische Aspekte diskutiert und berücksichtigt, wie z.B. Unterschiede bezogen auf Bedürfnisse oder Krankheitsbewältigung, Ausprägung von Ängsten, Depressionen oder Fatigue, Informationsbedürfnis oder Hilfesuchverhalten von Frauen und Männern. Um die Bearbeitungszeit des Fragebogens

möglichst gering zu halten und damit einen höheren Rücklauf zu ermöglichen wurden im Rahmen der Befragung allerdings keine detaillierten gender-spezifischen Aspekte erfragt.

Der **Kern-Erhebungsbogen** umfasst entsprechend der Ausschreibung des Auftrags und der umfangreichen und detaillierten Diskussion im Projektbereich die nachfolgend aufgeführten Teilaspekte:

- Allgemeine Angaben zur Einrichtung (Art der Einrichtung, Teil eines onkologischen Zentrums)
- Psychoonkologisches/psychosoziales Leistungsspektrum (Art der Leistungen, Hausbesuche, Zielgruppen)
- Psychoonkologisches/psychosoziales Personal (Anzahl Personal, Beschäftigungsverhältnis und –umfang, Beruf, psychoonkologische Weiterbildung, psychotherapeutische Qualifizierung)
- Erbrachte psychoonkologische/psychosoziale Leistungen (Einzel- oder Gruppenangebote, Art und Anzahl der Leistungen in einer durchschnittlichen Woche, Anzahl versorgter Patientinnen und Patienten)
- Wartezeit (Versorgungsbeginn regulär und im Krisenfall⁴)
- Finanzierung (Finanzierung des Angebots, Kosten zur Aufrechterhaltung des Angebots)
- Qualitätssicherung (Erreichbarkeit, Supervision, psychoonkologische/psychosoziale Weiterbildungspflicht, Screening, Standard Operating Procedures (SOPs) und Qualitätssicherungsmaßnahmen)
- Kooperationen (Art und Anzahl der Kooperationseinrichtungen)

3.1.6 Auswertung und statistische Kennwerte

Besondere Berücksichtigung muss im Rahmen solch aufwendiger Befragungen mit tausenden Zielpersonen und –einrichtungen die **Höhe der Rückläufe** bzw. das **Ausmaß der Non-Response** finden. Auch wenn hohe Rückläufe kein alleiniges Qualitätsmerkmal für Datenerhebungen darstellen und der Repräsentativität der Stichprobe eine höhere Bedeutung zugemessen werden kann (Baruch & Holtom, 2008), so ist an dieser Stelle geboten, auf geringe Rückläufe näher einzugehen. Im Rahmen der hier durchgeführten Befragungen lassen sich die Teilnehmenden als Schlüsselinformanten zu einem großen Teil Organisationen bzw. Organisationsformen zuordnen, deren Rückläufe insgesamt niedriger anzusetzen sind als bei individuellen Befragungen. So gehen Untersuchungen für diesen Bereich bereits 2008 von einer durchschnittlichen Response Rate (RR) von etwa **36%** (SD= 19)

⁴ Akute psychische Belastungssituation, die eine kurzfristige unterstützende Intervention erfordert.

mit zukünftig eher fallender Tendenz aus (siehe auch Cycyota & Harrison, 2006; Fulton, 2016). Andere Übersichtsarbeiten (Krishnan & Poulouse, 2016) berichten von einer durchschnittlichen RR von 13% (SD= 6). **Gründe für Non-Response** können vielfältig sein: falsche Adresse oder Abwesenheit der Teilnehmenden, „over-surveying“ (u.a. bedingt durch steigende Popularität von Umfragen bzw. Interessen der Organisation, Entscheidungen auf entsprechenden Datengrundlagen zu treffen), nicht erkennbare Bedeutsamkeit bzw. eines „Mehrwertes“ der zu erwartenden Ergebnisse bis hin zu einer organisationspolitischen Entscheidung und der entsprechenden Anweisung an die Mitglieder der Organisation, an Befragungen nicht teilzunehmen. Viele hinderliche Faktoren entziehen sich somit der Kontrolle der Durchführenden einer Studie. In Anerkennung der in vielen Bereichen existierenden Schwierigkeiten zur Erreichung der Stichprobe, sollten jedoch auch Ergebnisse, welche auf einem geringen Rücklauf beruhen, publiziert werden. Abweichungen der Response Rate von der Norm (sowohl nach oben als auch nach unten bei einer Marke von 36%) sollten jedoch analysiert werden (z.B. hinsichtlich häufiger Gründe für Nicht-Beantwortung oder bezüglich Unterschieden zwischen verschiedenen Befragungsgruppen oder ob die Fragebögen die Befragten überhaupt erreicht haben). So wird die folgende Empfehlung ausgesprochen: “We suggest that an RR exceeding the boundaries of one standard deviation should be discussed. (...) If below, why is it still justifiable to use the sample (e.g. population is difficult to access, strong evidence that many questionnaires have not reached the target population)” (Baruch & Holtom, 2008, p. S. 1155). Orientiert an vorliegenden Untersuchungen (siehe auch Cycyota & Harrison, 2006; Fulton, 2016) (Krishnan & Poulouse, 2016). Daher sollen bei der Darstellung der Ergebnisse zu einzelnen Fragestellungen des Gutachtens vor allem Einrichtungen bzw. Arbeitsbereiche Berücksichtigung finden, wo die **Rücklaufquote nicht deutlich unter 20%** liegt.

Im **deskriptiven Ergebnisteil** werden zunächst **Flow-Charts zum Rücklauf**, getrennt nach Versorgungsbereichen für die Einrichtungen mit einem hohen Versorgungsanteil psychoonkologischer Leistungen, d.h. u.a. Krebsberatungsstellen, Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, psychoonkologische und psychosoziale Dienste, erstellt. Anschließend werden detaillierte **Ergebnisse für die im Fragebogen fokussierten Bereiche** dargestellt, d.h. Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen, versorgte Krebs-erkrankte und Angehörige, an der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Personal, die Finanzierung sowie Merkmale der Struktur- und Prozessqualität.

Ausgegeben werden für Häufigkeiten **absolute Zahlen und Prozentangaben**, bei Mehrfachwahlfra- gen Häufigkeit und Prozentangaben bezogen auf die Anzahl der Nennungen insgesamt, bei metri- schen Variablen **Mittelwert, Standardabweichung, 95% Konfidenzintervall des Mittelwerts, Me- dian**, sowie **Schiefe** und **Kurtosis**. Der **Median** ist hierbei von besonderer Bedeutung, da viele der Verteilungen deutlich schief sind und der Median im Vergleich zum Mittelwert das bessere Lagemaß darstellt. Prozent-Summen werden auf ganze Zahlen auf- bzw. abgerundet. Dargestellt werden aus- schließlich die vorliegenden Werte der **Responder**. Schätzungen fehlender Werte werden – wenn indiziert – erst für das Kapitel „Zu den Fragestellungen des Gutachtens“ vorgenommen. Aussagen über die jeweiligen Versorgungsbereiche werden folglich erst in diesem Kapitel erfolgen.

3.1.7 Kriterienkatalog zur Beurteilung psychoonkologischer/psychosozialer Leistungsangebote

Der im Folgenden beschriebene **Kriterienkatalog** ist ein vorgeschlagener Orientierungsrahmen zur Kennzeichnung bestehender psychoonkologischer Angebote für Krebs Erkrankte, wie er im Rahmen der Sitzung des Fachbeirates am 15.02.2017 diskutiert und befürwortet wurde. Für die Bestimmung der Kriterien wurden, soweit möglich, die relevanten Merkmale (wie z.B. Angaben zum Leistungs- angebot, Anzahl und Fort- und Weiterbildung von Beschäftigten oder Bereitstellung von Supervi- sion) im Rahmen der Bestandsaufnahme erfragt. Die Grundlage für den Kriterienkatalog bilden als konsenterte Quellen die S3-Leitlinie für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behand- lung erwachsener Krebspatienten (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014) und die Zertifizierungskri- terien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) (Deutsche Krebsgesellschaft, 2017), soweit sie für den Typ der Einrichtung anwendbar waren. Insgesamt enthält dieser Katalog 11 Merkmalsbereiche, aus denen entsprechende Kriterien abgeleitet werden können (Tabelle 2).

Entscheidend für die **Beurteilung der Qualität des psychoonkologischen bzw. psychosozialen An- gebots** ist dabei die zentrale Kategorie in der Tabelle 2 „**Primär leitlinienorientierte psychoonkolo- gische/psychosoziale Angebote**“, für die Anforderungen, die in den genannten Leitlinien formuliert wurden, übernommen wurden. Davon abzugrenzen ist die Kategorie „Zusätzliche Angebote“, in der Leistungen bestimmt sind, die nicht den Kriterien für leitlinienorientierte psychoonkologische An- gebote entsprechen, nichtsdestotrotz hilfreich und unterstützend für Krebs Erkrankte sein können. Zur Orientierung wurde noch eine weitere Kategorie hinzugefügt, die in weiten Teilen mit der zen- tralen Kategorie „Leitlinienorientierte psychoonkologische/psychosoziale Angebote“ übereinstimmt, aber einige zusätzliche Zertifizierungskriterien enthält (Kategorie: Primär orientiert an Leitlinien und

Zertifizierungskriterien). Gemäß den oben genannten konsentierten Quellen kann ein psychoonkologisches bzw. psychosoziales Angebot dahingehend als qualitativ hochwertig und angemessen gekennzeichnet werden, inwieweit es auf die Bedürfnisse von Krebskranken und ihren Angehörigen zugeschnitten und damit angemessen ist, wenn u.a. der Kontakt zu den Patientinnen und Patienten persönlich erfolgt, die Behandelnden bzw. Beratenden eine ärztliche, psychologische, sozialarbeiterische, sozialpädagogische oder pädagogische Profession haben, die Beschäftigten eine curriculare psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung absolviert haben oder über 10-jährige Berufserfahrung verfügen, Supervision in Anspruch genommen werden kann, das Leistungsspektrum eine psychoonkologische bzw. psychosoziale Ausrichtung aufweist, Screeningverfahren sowie eine Basis- und Verlaufsdokumentation eingesetzt werden und ausreichende räumliche Voraussetzungen vorliegen.

Tabelle 2: Kriterienkatalog für die Bestimmung psychoonkologischer/psychosozialer Leistungsangebote

	Orientiert an Leitlinien und Zertifizierungskriterien	Leitlinienorientierte Angebote	Zusätzliche Angebote	Grundlage ¹
1.	Psychoonkologische Patienten im angegebenen Quartal gesehen?			
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	Fachbeirat
2.	Art des Kontakts			
	<input type="checkbox"/> Face-to-Face - ambulantes Angebot - stationärer Konsiliardienst - stationärer Liaisondienst - Hausbesuche <input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Videotelefonie (z.B. Skype)	<input type="checkbox"/> Face-to-Face - ambulantes Angebot - stationärer Konsiliardienst - stationärer Liaisondienst - Hausbesuche <input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Videotelefonie (z.B. Skype)	<input type="checkbox"/> Face-to-Face - ambulantes Angebot - stationärer Konsiliardienst - stationärer Liaisondienst - Hausbesuche <input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Videotelefonie (z.B. Skype) <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> E-Health (z.B. Foren, Apps)	Fachbeirat
3.	Berufsgruppen			
	<input type="checkbox"/> Arzt mit psychotherapeutischer Weiterbildung <input type="checkbox"/> Psychologe mit psychotherapeutischer Approbation			OnkoZert (1.4.1) ¹
	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Psychologe <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Psychologe <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge		S3-Leitlinie (12.1.1) ¹

	Orientiert an Leitlinien und Zertifizierungskriterien	Leitlinienorientierte Angebote	Zusätzliche Angebote	Grundlage ¹
	<input type="checkbox"/> Pädagoge <input type="checkbox"/> Studium der Sozialwissenschaften*	<input type="checkbox"/> Pädagoge		
			(kein Kriterium definiert) <i>d.h. prinzipiell alle verbleibenden (Berufs-)gruppen</i>	Fachbeirat
4.	Curriculare Fortbildung (durch DKG anerkannte und zertifiziert) ODER Erfahrung			
	<input type="checkbox"/> curriculare psychoonkologische Fort- o. Weiterbildung absolviert			S3-Leitlinie (12.1.); OnkoZert (1.4.1)
	<input type="checkbox"/> 10 Jahre Berufserfahrung in der Psychoonkologie, davon mind. 10% der Arbeitszeit durchgängig in psychoonkologischer Versorgung tätig gewesen	<input type="checkbox"/> aktuell eine curriculare psychoonkologische Fort- o. Weiterbildung absolvierend (im fortgeschrittenen Stadium)	(kein Kriterium definiert) <i>d.h. keine spezifische psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung erforderlich</i>	Fachbeirat

	Orientiert an Leitlinien und Zertifizierungskriterien	Leitlinienorientierte Angebote	Zusätzliche Angebote	Grundlage ¹
5.	Supervision			
	<input type="checkbox"/> externe Supervision			S3-Leitlinie (12.2.6) OnkoZert (1.4.8)
		<input type="checkbox"/> externe Supervision <input type="checkbox"/> interne Supervision	(kein Kriterium definiert) <i>d.h. keine Teilnahme an Supervision erforderlich</i>	Fachbeirat
6.	Zeitkriterium (durchschnittlich pro Kontakt)			
	<input type="checkbox"/> ≥ 25 Min./Kontakt	<input type="checkbox"/> ≥ 25 Min./Kontakt	(kein Kriterium definiert)	Fachbeirat
7.	Leistungsspektrum/Leistungsangebote			
	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Einzelbehandlung* <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Gruppenbehandlung* <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Paarintervention* <input type="checkbox"/> Psychosoziale Beratung <input type="checkbox"/> Soziale und Sozialrechtliche Beratung <input type="checkbox"/> Psychoedukation (<i>auch: Information über psychosoziale Aspekte der Krankheit, Behandlung, Versorgungssystem</i>) <input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren <input type="checkbox"/> Imaginative Verfahren <input type="checkbox"/> Künstlerische Therapien <input type="checkbox"/> Krisenintervention <input type="checkbox"/> Supportive Begleitung (<i>bei unterschwelliger Belastung</i>)	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Einzelbehandlung <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Gruppenbehandlung <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Paarintervention <input type="checkbox"/> Psychosoziale Beratung <input type="checkbox"/> Soziale und Sozialrechtliche Beratung <input type="checkbox"/> Psychoedukation (<i>auch: Information über psychosoziale Aspekte der Krankheit, Behandlung, Versorgungssystem</i>) <input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren <input type="checkbox"/> Imaginative Verfahren <input type="checkbox"/> Künstlerische Therapien <input type="checkbox"/> Krisenintervention <input type="checkbox"/> Supportive Begleitung (<i>bei unterschwelliger Belastung</i>)		S3-Leitlinie (3.3; 8.2 bis 8.13)
			<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen <input type="checkbox"/> Seelsorge <input type="checkbox"/> Sozialdienst	OnkoZert (1.4.1)
	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Familieninterventionen	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Familieninterventionen	(kein Kriterium definiert) <i>d.h. alle potentiellen Leistungsangebote werden erfasst</i>	Fachbeirat

	Orientiert an Leitlinien und Zertifizierungskriterien	Leitlinienorientierte Angebote	Zusätzliche Angebote	Grundlage ¹
8.	Räumlichkeiten			
	<input type="checkbox"/> Raum erfüllt folgende Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> - ungestört - atmosphärisch angemessen - Intimsphäre des Patienten sichergestellt - barrierefreier Zugang - gut erreichbar 	<input type="checkbox"/> Raum erfüllt folgende Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> - ungestört - atmosphärisch angemessen - Intimsphäre des Patienten sichergestellt - barrierefreier Zugang - gut erreichbar 		OnkoZert (1.4.4/1.4.5) S3-Leitlinie (12.1.3; 11.3)
	Kriterium muss nicht erfüllt sein beim: <ul style="list-style-type: none"> - Konsildienst 	Kriterium muss nicht erfüllt sein beim: <ul style="list-style-type: none"> - Konsildienst - Liaisondienst 	(kein Kriterium definiert)	Fachbeirat
9.	Einsatz von Screeningverfahren			
	<input type="checkbox"/> wird flächendeckend und systematisch eingesetzt			S3-Leitlinie (12.3; 7.2; QI 3 & 4) OnkoZert (1.4.8)
		<input type="checkbox"/> kein systematischer Einsatz nach klinischem Ermessen	(kein Kriterium definiert)	Fachbeirat
10.	Evaluation (Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten)			
	<input type="checkbox"/> findet anhand geeigneter Instrumente fortlaufend statt (siehe S3-Leitlinien)			OnkoZert (1.4.8)
		(kein Kriterium definiert)	(kein Kriterium definiert)	
11.	Dokumentation			
	<input type="checkbox"/> systematische Basis- und Verlaufsdokumentation	<input type="checkbox"/> gelegentliche Basis- und Verlaufsdokumentation		S3-Leitlinie (12.2.4; 12.2; 12.3) OnkoZert (1.4.8)
			(kein Kriterium definiert)	Fachbeirat

¹ Die Nummern in Klammern verweisen zur besseren Orientierung auf die entsprechende Kapitel des Erhebungsbogens für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren des Nationales Zertifizierungsprogramm Krebs (14.07.2015)

² Die Nummern in Klammern verweisen zur besseren Orientierung auf die entsprechenden Kapitel bzw. Qualitätsindikatoren der psychoonkologischen S3-Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014)

Die Entscheidungsgrundlage zur Festlegung der jeweiligen Kriterien sowie der zu erfüllenden Bedingungen sind in der Spalte „Entscheidungsgrundlage“ aufgeführt. Die Formulierung „Fachbeirat“ bedeutet, dass die Bedingung(en) nicht allein auf der S3-Leitlinie bzw. den Zertifizierungskriterien der DKG basieren, sondern auf der Basis der Diskussion im Fachbeirat formuliert wurden.

3.2 Arbeitspaket 2: Bedarfsabschätzung

3.2.1 Grundlage: Epidemiologische Multicenterstudie

Der **Bedarfsbegriff** bezüglich einer Gesundheitsleistung beinhaltet nach Stevens & Rafetery (1994) zum einen die Möglichkeit, ein relevantes Gesundheitsproblem individuell zu identifizieren und hinsichtlich seiner Schwere und Folgen zu bestimmen und zum anderen, dass hierfür grundsätzlich erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten tatsächlich oder potentiell bestehen. Grundsätzlich gilt für den Bereich der Onkologie, dass Krebserkrankte mit einer Vielzahl körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller/religiöser Problemen konfrontiert sind und häufig komorbide psychische Störungen aufweisen (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014). Auf der anderen Seite hat die psychoonkologische Forschung in den letzten Jahren überzeugend darlegen können, dass bei einer Vielzahl solcher Problemlagen Hilfen grundsätzlich effektiv sind (vgl. u.a. Faller et al., 2013).

Zur Beantwortung dieser komplexen Frage nach dem Bedarf lassen sich im Wesentlichen drei empirische Zugänge zur Abschätzung des Bedarfes von Behandlungsangeboten unterscheiden:

- Auf der Basis **epidemiologisch festgestellter** Häufigkeiten und Schwere psychoonkologischer Problemlagen und deren Zuordnung zu Behandlungsmöglichkeiten
- Über die **Nachfrage und Inanspruchnahme** von vorhandenen Behandlungsangeboten
- Auf der Grundlage von **Konsensusverfahren**

Alle bisher entwickelten unterschiedlichen wissenschaftlichen Ansätze zur Bedarfsbestimmung weisen spezifische Probleme und Herausforderungen auf und sind deshalb von jeweils unterschiedlich eingeschränkter Aussagekraft.

Herausforderungen des epidemiologischen Ansatz bestehen zum einen in einer repräsentativen und validen Bestimmung der Häufigkeit behandlungsbedürftiger Problemlagen für eine definierte Gruppe von Patientinnen und Patienten bzw. auch Angehörigen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder für definierte Zeiträume, im besten Falle nach Schweregraden abgestuft und unter Berücksichtigung der subjektiven Unterstützungsbedürfnisse der Betroffenen. Wenn notwendig, sollte diese Bestimmung auch für relevante Subgruppen vorliegen. Die zweite Herausforderung besteht in der

ebenfalls möglichst repräsentativen Bestimmung von Art und Umfang qualifizierter Versorgungsangebote für bestimmte Regionen und Zeiträume. Dieses hängt in hohem Maße von der Bereitschaft der Versorgenden ab, entsprechende Daten zur Verfügung zu stellen.

Ein methodisch vergleichsweise weniger aufwendiger und direkter Zugang der Bedarfsabschätzung besteht darin, aus der tatsächlichen **Inanspruchnahme bzw. der Nachfrage** nach einem Behandlungsangebot auf einen Bedarf zu schließen. Aus den vorgenommenen Zuweisungen bzw. dokumentierten Nachfragen können unmittelbar Kennwerte bestimmt werden. Allerdings sind bei diesem Zugang mindestens zwei Probleme zu berücksichtigen: Zum einen besteht das Risiko einer Unterschätzung des tatsächlichen Bedarfs, wenn die Kenntnisse über das Vorhandensein und die Leistungsfähigkeit eines Versorgungsbereiches gering und Zugangsbarrieren (z.B. Einstellung zu einer psychosozialen Behandlung, fehlende soziale Unterstützung, praktische Hemmnisse) sehr hoch sind. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr der Überschätzung des Bedarfs: Sowohl aufgrund fehlender Alternativen als auch aufgrund unzutreffender Informationen über Indikation und entsprechende Behandlungsmöglichkeiten kann ein bestimmtes Angebot verstärkt nachgefragt werden, obwohl für dieses Angebot weniger aufwendige Alternativen vorhanden wären. Letztere Argumentation zur verstärkten Nachfrage steht in engem Zusammenhang mit dem Vorwurf einer angebotsinduzierten Nachfragesteigerung.

Im Falle des Fehlens ausreichender empirischer Daten aus den zuvor genannten Zugängen besteht eine weitere eigenständige bzw. ergänzende methodische Zugangsmöglichkeit, nämlich die Abschätzung des Bedarfes auf der Grundlage von **Konsensusverfahren**. Diese beruht auf der systematischen Nutzung von Expertenwissen. Exemplarisch wird dieser Zugang im Rahmen des Delphi-Ansatzes genutzt (Häder, 2002), vor allem aber bei der Entwicklung von Leitlinien. Dieser Ansatz wird immer dann gewählt, wenn keine verlässlichen empirischen Datengrundlagen verfügbar sind und diese deshalb durch Experteneinschätzungen substituiert werden müssen. Obwohl im Rahmen der evidenzbasierten Medizin dem Expertenkonsens nur die unterste Evidenzstufe zugeordnet wird, haben diese Verfahren – neben der Indikation bei gänzlich fehlenden empirischen Daten – auch dann einen Nutzen, wenn zwar (einige) empirische Grundlagen vorliegen, ihre Bewertung durch Fachexperten dennoch erforderlich ist.

Für die Bedarfsschätzung greifen wir in diesem Gutachten entsprechend auf alle drei Verfahren zurück, wobei der Fokus allerdings gemäß der vorliegenden Aufgabenstellung und dem höheren Ausmaß evidenzbasierter Fundierung auf dem epidemiologischen Ansatz liegt, ergänzt um Ergebnisse vorliegender Konsensverfahren.

Die Abschätzung der Häufigkeit behandlungsbedürftiger psychoonkologischer Problemlagen und Unterstützungsbedürfnisse erfolgt auf der Basis einer deutschen, weitgehend **repräsentativen multizentrischen epidemiologischen Studie** (Kuhnt et al., 2016; Mehnert et al., 2014; Mehnert et al., 2012). Aus Sicht der Autoren dieses Gutachtens stellt diese von der Deutschen Krebshilfe umfangreich geförderte Multicenter-Studie die beste und verlässlichste Grundlage zur Abschätzung des Versorgungsbedarfs dar, so dass für dieses Arbeitspaket von einer neuerlichen Primärerhebung abgesehen werden konnte. Die der Bedarfsabschätzung zugrundeliegende Studie hatte zum Ziel, die **4-Wochen, 12-Monats- und Lebensprävalenzrate von psychischer Belastung, komorbiden Störungen und Unterstützungsbedarf von Krebserkrankten** zu bestimmen. Hierzu wurden Patientinnen und Patienten aller Tumorentitäten (nach Inzidenzen der Krebsdiagnosen stratifizierte konsekutive Zufallsstichprobe) eingeschlossen und in Akutkrankenhäusern, ambulanten Versorgungseinrichtungen, Rehabilitationszentren und -kliniken in fünf Studienzentren und insgesamt 84 onkologischen Einrichtungen Deutschlands gewonnen. Von 5.889 gewonnenen Patientinnen und Patienten lagen von 4.020 Patientinnen und Patienten komplette Fragebogendaten vor. Eingesetzte Instrumente umfassten u.a. die General Anxiety Disorder Scale (Lowe et al.), die Hospital Anxiety and Depression Scale (Herrmann et al.) und das NCCN Distress Thermometer (Mehnert et al.). Auf der Basis des eingesetzten Patient Health Questionnaire Depression (Lowe et al.) wurden alle Patientinnen und Patienten, die einen PHQ-9-Wert ≥ 9 aufwiesen, sowie ein Zufallsstichprobe von 50% der Patientinnen und Patienten mit einem PHQ-9-Wert < 9 mit dem Composite International Diagnostic Interview für Onkologie (Hund et al.) befragt. Für das Interview lagen Daten von 903 Patientinnen und Patienten mit einem PHQ-9-Wert ≥ 9 und von 1.238 Patientinnen und Patienten mit einem PHQ-9-Wert < 9 vor, d.h. insgesamt Daten von 2.141 Patientinnen und Patienten. Die Prävalenzschätzungen erfolgten gewichtet zur Kompensation des Oversamplings von Patientinnen und Patienten mit einem PHQ-9-Wert ≥ 9 .

3.2.2 Bedarfsalgorithmus

Für den **stationären** Bereich wurde auf der Basis der epidemiologischen Studie (Faller, Weis, et al., 2016) von einem Expertengremium ein **Bedarfsalgorithmus Psychoonkologie** erstellt (Mehnert et

al., in Vorbereitung). Dieser Algorithmus wird auch im Rahmen dieses Gutachtens als Ausgangspunkt zur Abschätzung des Bedarfs herangezogen, da er auf einer verlässlichen epidemiologischen Grundlage basiert und von einer psychoonkologischen Expertengruppe konsentiert wurde. Die Schätzung basiert auf der psychischen Belastung und Komorbidität von Krebserkrankten und ihren subjektiven Unterstützungsbedürfnissen. Da sich der Anteil belasteter Patientinnen und Patienten in allen drei untersuchten Settings (akut-stationär, ambulant, Rehabilitation) als vergleichbar hoch erwies (Mehnert et al., 2018), legen wir den Algorithmus sowohl für den ambulanten und Nachsorgebereich als auch die stationäre Versorgung zu Grunde.

Darüber hinaus erlaubt die Studie auch eine erste Abschätzung der **Prävalenz sozialer Belastung**. Hierzu wurden zum einen die Angaben des Bereiches „Praktische Probleme“ im Distress-Thermometer herangezogen, bei denen die Patientinnen und Patienten ankreuzen konnten, ob sie in einem oder mehreren Bereichen der folgenden Bereiche in der letzten Woche Probleme hatten: Wohnsituation, Versicherung, Arbeit/Schule, Beförderung (Transport) und Kinderbetreuung. Wenn mindestens ein Bereich als Problem benannt wurde und das Ausmaß der Belastung auf der visuellen Analogskala (Distress-Thermometer) über 5 angegeben wurde, wurde für diese Patientin bzw. diesen Patienten von einer sozialen Belastung ausgegangen. Ergänzt wurde dies durch Frage 28 des EORTC-QOL-C30 Fragebogen, in dem die Patientinnen und Patienten auf einer vierstufigen Skala angeben konnten, ob und in welchem Ausmaß sich durch ihren körperlichen Zustand oder die medizinische Behandlung finanzielle Schwierigkeiten ergeben hatten, wobei die beiden oberen Kategorien ebenfalls als Indikator für soziale Belastung gewertet wurden. Eine soziale Belastung wurde kodiert, wenn in mindestens einer der beiden Variablen eine Belastung vorlag (vgl. Singer et al., 2011).

Die Zahlen der Patientinnen und Patienten, für die ein entsprechendes Angebot pro Region vorgehalten werden sollte, ergeben sich aus den Inzidenzen für alle Tumorentitäten und dem jeweils geschätzten Anteil der psychisch und/oder sozial belasteten Patientinnen und Patienten. Daten zur Inzidenz für einzelne Diagnosegruppen, weiter aufgeteilt nach Geschlecht und Altersgruppen, wurden für dieses Gutachten vom Robert Koch Institut (Dr. Kraywinkel) zur Verfügung gestellt. Generiert wurde ein **Datensatz mit den Inzidenzen der Jahre 2012-2014**, auf deren Basis eine Schätzung auch auf regionaler Ebene vorgenommen werden kann. Diese Daten beruhen auf den in den epidemiologischen Krebsregistern der Bundesländer gemeldeten Krebsneuerkrankungen in diesem Zeitraum, einschließlich nur über Todesbescheinigung gemeldete Fälle. Nach Schätzungen des RKI ist bundesweit von einer Untererfassung von etwa 5% auszugehen, dieser Anteil kann sowohl nach Region als auch nach Diagnose jedoch deutlich variieren. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass ein

Teil der Patientinnen und Patienten auch später als ein Jahr nach Diagnosestellung noch psychoonkologische Leistungen in Anspruch nimmt. Wir gehen nach Diskussion mit verschiedenen klinischen Experten und einer Analyse der eigenen vorliegenden Daten davon aus, dass die Zahlen mit dem **Faktor 1,4** multipliziert werden sollten, um dem Rechnung zu tragen. Ergänzend haben wir auch Sensitivitätsanalysen mit den Faktoren 1,3 und 1,5 durchgeführt.

3.2.3 Methodik zur Abschätzung der Versorgungsdichte

In diesem Gutachten bilden die kleinste regionale Analyseeinheit die **Raumordnungsregionen (ROR)** des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Die Raumordnungsregionen decken sich weitgehend mit den sogenannten Oberbereichen der Bundesländer und sind daher auch fast deckungsgleich mit den Planungsregionen der Länder. Einschränkend wird vom BBSR darauf hingewiesen, dass die von den Ländern festgelegten Planungsregionen deren Sichtweisen und Erfordernissen entsprechen und nicht immer bundesweit vergleichbar abgegrenzt sind (Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (BBSR)). Eine kleinere regionale Einteilung war im Rahmen dieses Gutachtens aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich. Die Zuordnung der einzelnen Anbietenden psychoonkologischer Leistungen zu den ROR erfolgte über entsprechende Referenztabellen von Postleitzahlen zu Landkreisen und von Landkreisen zu den ROR. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass administrative Raumeinheiten und Postleitzahlen einander nicht immer exakt zugeordnet werden können, da sie nicht grenzgenau sind. So kann eine Postleitzahl beispielsweise in zwei Kreisen und damit in seltenen Fällen sogar auch in zwei Raumordnungsregionen liegen.

Die **Abschätzung der Versorgungsdichte** wurde getrennt für den stationären und den ambulanten Bereich vorgenommen. Den Ergebnissen der epidemiologischen Studie (Mehnert et al., 2018) ist zu entnehmen, dass in den drei untersuchten Settings der Anteil belasteter Patientinnen und Patienten vergleichbar hoch ist (akut-stationär 54%, ambulant 50% und Rehabilitation 51%). Für die Bedarfschätzung wird davon ausgegangen, dass sowohl ambulante als auch stationär Angebote vorgehalten werden sollten und dass dieselbe Patientin bzw. derselbe Patient sowohl in der Phase der stationären Erst- oder Wiederbehandlung als auch in der nachfolgenden ambulanten bzw. Nachsorgephase psychoonkologische Angebote in Anspruch nehmen wird, so dass nicht durch ein alleiniges stationäres oder ambulantes bzw. Nachsorgeangebot der Bedarf in beiden Bereichen gedeckt werden kann.

Zur Abschätzung der vorhandenen ambulanten Angebote wurden die **Angaben der Krebsberatungsstellen**, der **niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung** sowie der **ambulanten psychoonkologischen Dienste** herangezogen. Dazu wurde die im deskriptiven Teil dargestellte **Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten pro Jahr** zu Grunde gelegt. Fehlende Werte wurden durch den **Median des jeweiligen Bundeslandes** ersetzt, um hinterher auch Aussagen über regionale Unterschiede zumindest auf der Ebene der Bundesländer treffen zu können. Ausnahmen bilden hier zunächst Bremen und Hamburg, hier wird der Median des dritten Stadtstaates Berlin zu Grunde gelegt, da dort aufgrund der höheren Anzahl an Einrichtungen eine zuverlässigere Schätzung des zentralen Lagemaßes erfolgen kann. Für das Saarland, wo ebenfalls die Anzahl der Einrichtungen zu gering ist, wurde der Median des benachbarten Bundeslandes Rheinland-Pfalz verwendet; wir sind hier von größeren strukturellen und regionalen Gemeinsamkeiten ausgegangen. Für die ostdeutschen Bundesländer wurde ebenfalls aufgrund zu kleiner Fallzahlen der gemeinsame Median aller fünf Bundesländer zu Grunde gelegt. Der **Median** wurde für die Ersetzung fehlender Werte als zentrales Lagemaß dem arithmetischen Mittelwert vorgezogen, da viele Verteilungen schief sind und extreme Werte auf den Mittelwert Einfluss nehmen. In mehreren Modellrechnungen erwies sich der Median auch anderen sogenannten robusten M-Schätzern, wie z.B. Huber-k-Schätzer oder Hampel-Schätzer, als überlegen.

Bei den **Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt** haben wir auf der Basis unserer oben dargestellten Ergebnisse geschätzt, wie hoch der **Anteil unter den Non-Respondern** sein wird, der potentiell kein psychoonkologisches Angebot vorhalten wird: Dies sind ca. 15% (siehe Abschnitt 4.1.3.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf). Weiterhin haben wir den Anteil der Responder, die bisher keine psychoonkologische Weiterbildung begonnen haben und auch nicht über ausreichende psychoonkologische Berufserfahrung verfügen, ebenfalls bei den Non-Respondern nicht berücksichtigt, so dass für die Schätzung der versorgten Patientinnen und Patienten insgesamt die Stichprobe der Non-Responder um 25% reduziert wurde. Für diese Gruppe wurden dann der Median für die Schätzung der fehlenden Werte zu Grunde gelegt.

Für die **medizinische Rehabilitation**, die größtenteils als stationäres Angebot vorgehalten wird, gehen wir für die Abschätzung des Bedarfs jedoch davon aus, dass sie dem Bereich **ambulante Angebote und Nachsorge** zugerechnet werden kann. Die Begründung dafür orientiert sich an den Zielsetzungen der Rehabilitation, wonach sie den negativen Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft entgegenwirken und die Lebensqualität verbessern soll. Sie ist explizit darauf ausgerichtet, Patientinnen und Patienten den Umgang mit ihrer Erkrankung zu

erleichtern, ihre gesundheitliche Lebensqualität und die körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern, mögliche Risikofaktoren zu verringern und die Rückkehr in Beruf und Alltag zu unterstützen (Deutsche Rentenversicherung, 2018). In der Regel können bis zum Ablauf eines Jahres nach einer abgeschlossenen Erstbehandlung Leistungen zur onkologischen Rehabilitation in Anspruch genommen werden, aber es sind auch darüber hinaus gehende Leistungen möglich. Auch wenn in der onkologischen Rehabilitation der Anteil der Anschlussrehabilitation (AHB) besonders hoch ist, insbesondere in der Gruppe der Rentnerinnen und Rentner, gehen wir in diesem Gutachten davon aus, dass die psychoonkologische Versorgung in der Rehabilitation für die Bestimmung der Versorgungsdichte von ihren Zielsetzungen mit den ambulanten Angeboten zusammen dem ambulanten bzw. Nachsorgebereich zugeordnet werden kann.

Für die Berechnungen des **Anteils psychoonkologisch versorgter Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation** haben wir denjenigen Anteil der Patientinnen und Patienten, die Leistungen aus dem evidenzbasierten Therapiemodul „Psychologische Interventionen und Künstlerische Therapien“ mit dem erforderlichen Mindestumfang von 90 Minuten pro Woche erhalten haben, zu Grunde gelegt: Dieser betrug 2016 22,4%, dies entspricht 28.775 Rehabilitanden. Diese Zahl wurde dann auf die einzelnen Raumordnungsregionen – relativ zum Anteil der Inzidenz der ROR an der Gesamtinzidenz für die Bundesrepublik Deutschland – verteilt und zu den anderen ambulanten Angeboten addiert.

Für die Anzahl **akut-stationär versorgter Patientinnen und Patienten** haben wir die Patientinnen- und Patientenzahlen der onkologischen Dienste, sowohl Konsildienste als auch Liaisondienste, zu Grunde gelegt und, wie im ambulanten Teil beschrieben, fehlende Werte jeweils auf der Basis entsprechender ausgewählter Mediane ersetzt.

Für die **Bestimmung der Versorgungsdichte in den beiden Bereichen** wurden wie oben beschrieben die ermittelten Patientinnen und Patienten pro Raumordnungsregion, für die ein Bedarf besteht, mit den Zahlen der jeweils Versorgten Personen verglichen. Dabei liegt die Annahme zu Grunde, dass alle Einrichtungen nahezu vollständig ausgelastet sind und die Zahlen somit als Schätzer für die im Berichtsjahr mögliche Versorgung verwendet werden können.

Die Ergebnisse zur Versorgungsdichte haben wir **graphisch und tabellarisch** dargestellt. Wir haben uns dabei an der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss orientiert (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018) und zur groben Einordnung der Ergebnisse folgende fünf Klassen der Versorgungsdichte gebildet: < 50%, 50% bis < 75%, 75% bis < 90%, 90% bis < 110%, ≥

110%. Die kartographische Darstellung erfolgt mit Hilfe des Programms ArcGIS 10.3.1 (Esri Deutschland GmbH), die Geodaten basieren auf Angaben des Bundesamts für Kartographie und Geodäsie (BKG), modifiziert nach den Raumordnungsregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

4 Deskriptive Ergebnisse

Die Ergebnisse werden im Folgenden getrennt für das ambulante und das stationäre Setting dargestellt.

4.1 Psychoonkologische Versorgung im ambulanten Setting

4.1.1 Krebsberatungsstellen

4.1.1.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Für die Erhebung wurden eigenständige Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie Außenstellen⁵ von Krebsberatungsstellen unterschieden.

Das **Flowchart** (Abbildung 1) stellt den Rücklauf der teilnehmenden eigenständigen Krebsberatungsstellen sowie der Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot zusammen. **Initial** konnten 175 Krebsberatungsstellen (eigenständig und mit einem Außenangebot) identifiziert werden. Im weiteren Projektverlauf wurden nachträglich drei weitere Einrichtungen mit aufgenommen. Von den **178 identifizierten Krebsberatungsstellen** wurden insgesamt 16 wieder aus der Untersuchung ausgeschlossen, da eine Nachprüfung ergab, dass diese irrtümlich rekrutiert wurden (n= 10), die Krebsberatungsstellen im Jahr 2016 noch kein Angebot vorgehalten haben (n= 4), die Beratungsstelle keine Angebote für Krebserkrankte vorhielt (n= 1) oder die Krebsberatungsstelle im Jahr 2016 vorübergehend geschlossen war (n= 1). **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **162 Krebsberatungsstellen** (eigenständig und mit einem Außenangebot) zur Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben **41** der insgesamt 162 Krebsberatungsstellen: 25 Einrichtungen haben nicht auf die Einladung reagiert, 11 Krebsberatungsstellen gaben an aus organisatorischen Gründen nicht teilnehmen zu können, drei berichteten keine Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens zu haben und zwei Krebsberatungsstellen hatten kein Interesse an der Befragung teilzunehmen.

⁵ Dies schließt sowohl Außenstellen als auch –sprechstunden mit ein, wenn diese mindestens 1x/Monat vorgehalten werden.

In die **Auswertung einbezogen** werden konnten demnach insgesamt **121 Krebsberatungsstellen**, wobei es sich dabei um 72 eigenständige Krebsberatungsstellen und 49 Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot handelt. Dies entspricht einer **Teilnahmequote von 75%**.

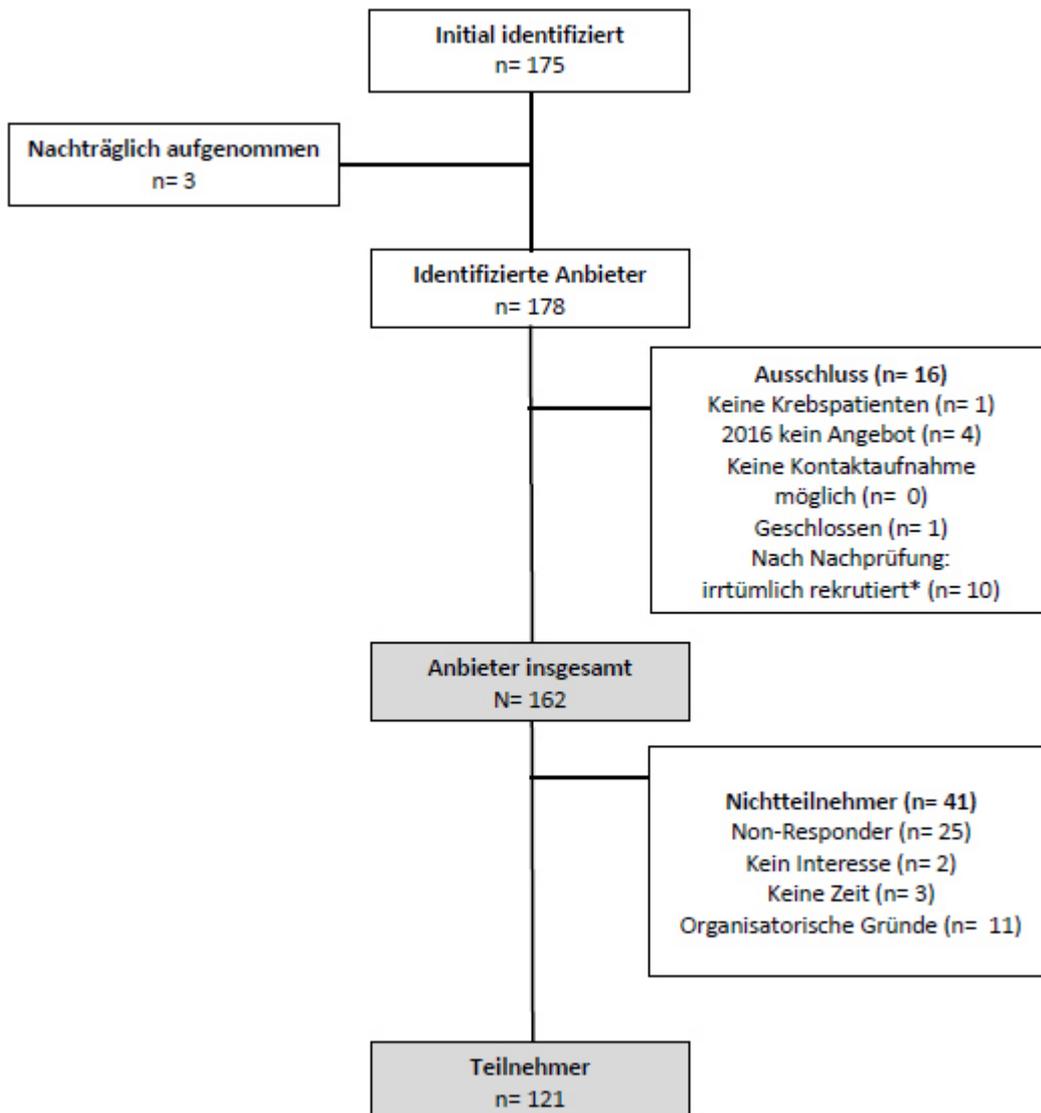


Abbildung 1: Flowchart Rücklauf für eigenständige Krebsberatungsstellen sowie Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot

Abbildung 2 stellt das Flowchart zum Rücklauf für die Außenstellen der Krebsberatungsstellen dar. Über Außenstellen verfügten **49** der insgesamt 121 identifizierten Krebsberatungsstellen, davon 36% über eine, 26% über zwei, 15% über drei und die Übrigen über mehr als drei Außenstellen mit einem Maximum von 14 Außenstellen.

Initial konnten **189 Außenstellen bzw. Außensprechstunden** identifiziert werden. Drei weitere Au-

ßenstellen wurden im weiteren Projektverlauf nachträglich mit aufgenommen. Von den 192 Außenstellen mussten 7 ausgeschlossen werden. **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **185 Außenstellen bzw. Außensprechstunden** von Krebsberatungsstellen zu einer Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben **44** der insgesamt 185 Außenstellen, wobei 41 nicht auf unsere Einladung reagiert haben und drei aus organisatorischen Gründen nicht an der Befragung teilnehmen konnten.

In die Auswertung einbezogen werden konnten demnach **141 Außenstellen bzw. Außensprechstunden** von Krebsberatungsstellen. Dies entspricht einer **Teilnahmequote von 76%**.

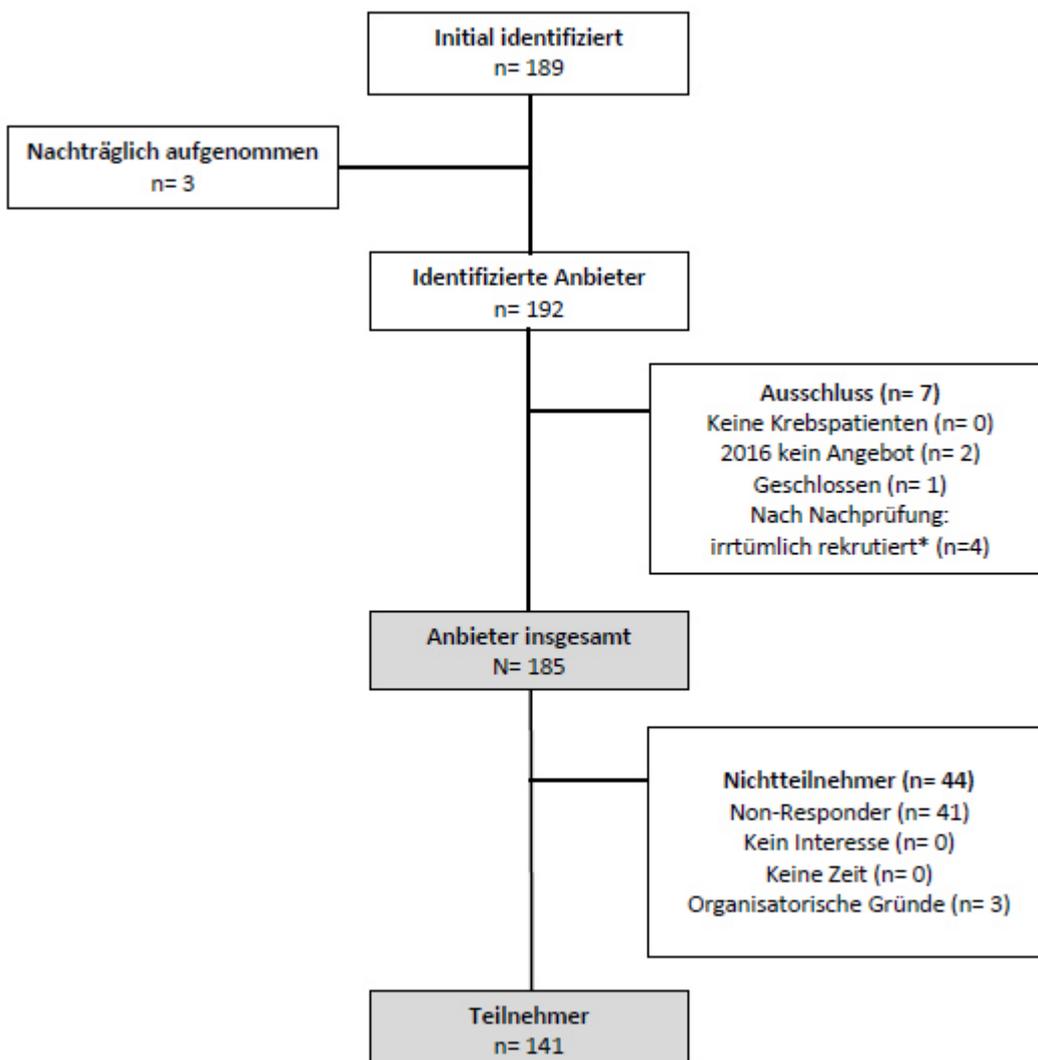


Abbildung 2: Flowchart Rücklauf für Außenstellen von Krebsberatungsstellen

4.1.1.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Spektrum psychoonkologischer und psychosozialer Angebote in Krebsberatungsstellen

Eine Auflistung der Anzahl von eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie den Außenstellen, die 2016 Elemente einer Richtlinienpsychotherapie angeboten haben, findet sich in Tabelle 3. Unter „Elementen einer Richtlinienpsychotherapie“ sind verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische oder psychoanalytische Techniken und psychotherapeutische Interventionen zu verstehen, die von approbierten oder in Ausbildung befindlichen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten **außerhalb** einer beantragten Kurz- oder Langzeittherapie Anwendung finden, etwa in psychoonkologischen Beratungsgesprächen oder im Rahmen von konsiliarischen Kontakten. Es zeigt sich, dass insgesamt **16 Einrichtungen, d.h. 7%, Elemente einer Richtlinienpsychotherapie** angeboten haben. Davon entfielen neun Nennungen auf Elemente der Verhaltenstherapie und sieben Nennungen auf Elemente tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Tabelle 3: Elemente einer Richtlinienpsychotherapie für Krebserkrankte und Angehörige in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Hat Ihre KBS im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen Richtlinien-Psychotherapieelemente (G-BA) angeboten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Richtlinien-Psychotherapieelemente	16	6.5	6.5
Verhaltenstherapie ¹	9	3.7	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ¹	7	2.8	
Analytische Psychotherapie ¹	0	0	
Keine Richtlinien-Psychotherapieelemente	230	93.5	100
Gesamt	246	100	

¹ Mehrfachantworten möglich

Tabelle 4 enthält eine Häufigkeitsverteilung der psychotherapeutischen und psychologischen Verfahren, Methoden und Interventionen für Krebserkrankte und ihre Angehörigen, die pro Einrichtung (eigenständige Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit Außenangebot, Außenstellen) angeboten wurden. Psychotherapeutische und psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie des G-BAs haben insgesamt **177 Einrichtungen** angeboten, dies entspricht **72%** der gültigen Angaben. Es zeigt sich, dass Krisenintervention mit über 64% der Fälle am häufigsten angeboten wurde, gefolgt von Entspannungsverfahren mit 51%.

Tabelle 4: Psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Hat Ihre KBS im Jahr 2016 auch außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) folgende psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychologische Verfahren	177	72.0	72.0
Krisenintervention ¹	157	63.8	
Entspannungsverfahren ¹	126	51.2	
Imaginative Verfahren ¹	95	38.6	
Psychologisch-supportive Begleitung ^{1,2}	93	37.8	
Achtsamkeitsbasierte Verfahren ¹	87	35.4	
Stressbewältigungstraining/-impfungstraining ¹	43	17.5	
Systemische Psychotherapie ¹	40	16.3	
Paarkommunikationstraining ¹	37	15.0	
Fatigue-Training ¹	28	11.4	
Traumatherapeutische Interventionen ¹	26	10.6	
Gesprächspsychotherapie ¹	24	9.8	
Gestalttherapie ¹	21	8.5	
Sexualtherapeutische Interventionen ¹	7	2.8	
Hypnotherapie ¹	6	2.4	
Psychodramatherapie ¹	4	1.6	
EMDR ¹	3	1.2	
Neuropsychologische Therapie ¹	1	0.4	
Keine psychologischen Verfahren	69	28.0	100
Gesamt	246	100	

¹ Mehrfachantworten möglich

² bei subsyndromaler Belastung, auch: supportive Psychotherapie

Das Spektrum der vorgehaltenen **Beratungsleistungen** gibt Tabelle 5 wieder. Bezüglich der Beratungsleistungen wurden mit Ausnahme der Vermittlung medizinischer Fachinformationen durch Ärztinnen und Ärzte alle anderen abgefragten Beratungsangebote mit einem Anteil von **55%-92%** grundsätzlich vorgehalten werden. Dabei kommt neben den Angeboten der eigenen Beratungsstelle, der Erschließung und Weitervermittlung an andere externe Einrichtungen oder psychoonkologische/psychosoziale Angebote mit 80% eine große Bedeutung zu.

Tabelle 5: Beratungsleistungen in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Welche der folgenden Beratungsleistungen hat Ihre KBS im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung	227	91.9
Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische/psychosoziale Angebote	198	80.2
Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung	175	70.9
Vermittlung medizinischer Basisinformationen	170	68.8
Informationsveranstaltungen zu psychoonkologischen/psychosozialen Themen	136	55.1
Vermittlung medizinischer Fachinformationen ²	21	8.5
Keine Beratungsleistungen	3	1.2
Gesamt	247	

¹ Mehrfachantworten möglich² nur durch Ärztinnen und Ärzte

Tabelle 6 gibt die Häufigkeit von künstlerischen Therapieformen wieder. Demnach wurden **künstlerische Therapieformen grundsätzlich in 26%** der Krebsberatungsstellen (Gesamt) angeboten. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Bewegungs- und Tanztherapie sowie Kunsttherapie angeboten wurden, deutlich weniger hingegen Musiktherapie.

Tabelle 6: Künstlerische Therapieformen in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Welche der folgenden künstlerischen Therapieformen hat Ihre KBS im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Bewegungs- bzw. Tanztherapie	42	17.4
Kunsttherapie	38	15.7
Musiktherapie	9	3.7
Keine künstlerischen Therapieformen	178	73.6
Gesamt	242	

¹ Mehrfachantworten möglich

Von den Krebsberatungsstellen (Gesamt) boten **75%** unterstützende und begleitende Leistungen für Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen an (Tabelle 7). Insbesondere palliative Begleitungen (65%) sowie Trauerbegleitungen (65%) wurden in diesem Zusammenhang genannt.

Tabelle 7: Unterstützende und begleitende Leistungen in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Welche der folgenden unterstützenden und begleitenden Leistungen hat Ihre KBS im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Sterbebegleitung	81	33.2
Palliative Begleitung	159	65.2
Trauerbegleitung	159	65.2
Keine Beratungsleistungen	62	25.4
Gesamt	244	

¹ Mehrfachantworten möglich

Durchschnittlicher Umfang psychoonkologischer bzw. psychosozialer Angebote in Krebsberatungsstellen (im Einzelkontakt)

Eine zusammenfassende Analyse der durchschnittlichen Verteilung der in diesem Abschnitt genannten Leistungskomponenten im Einzelkontakt pro Krebsberatungsstelle auf der Ebene der beratenden Klienten zeigt, dass Beratung mit sozialem und sozialrechtlichem Schwerpunkt 43% (SD = 31%) ausmacht, Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung 33% (SD = 31%), unterstützende und begleitende Leistungen 12% (SD = 18%), psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen 7% (SD = 14%), Kreativangebote 2% (SD = 9%), Beratung mit einem allgemeinen medizinischen Schwerpunkt 1% (SD = 5%), Elemente der Richtlinienpsychotherapie 0.6 % (SD = 3%) und sonstige, bisher nicht genannte Leistungen 2% (SD = 7%). Eine getrennte Analyse der Außenstellen zeigt einen etwas höheren Anteil der Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung (40%, SD = 35%), einen gleich bleibenden Anteil der Beratung mit sozialem und sozialrechtlichem Schwerpunkt (43%, SD = 35%) und für alle anderen Angebote einen etwas geringeren Anteil als in der Gesamtauswertung. Diese Auswertung basiert auf Angaben von **212 der teilnehmenden 263 Einrichtungen**.

Durchschnittlicher Umfang des Spektrums psychoonkologischer bzw. psychosozialer Angebote in Krebsberatungsstellen (im Gruppenkontakt)

Für die Gruppenangebote liegen Angaben von **56 der 263 teilnehmenden Einrichtungen** vor. Die durchschnittliche Verteilung der Leistungskomponenten auf der Ebene der beratenden Klienten pro

Krebsberatungsstelle ergibt folgende Anteile: Beratung mit sozialem und sozialrechtlichem Schwerpunktsetzung 35% (SD = 45%), Unterstützende und begleitende Leistungen 22% (SD = 37%), Kreativangebote 16% (SD = 30%), Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung 12% (SD = 28%), Gruppen mit psychotherapeutischen Elementen 6% (SD = 15%), Beratung mit einem medizinischen Schwerpunkt 2% (SD = 8%) und sonstige Angebote 8% (SD = 24%).

Form der Angebote der Krebsberatungsstellen

In Tabelle 8 finden sich Angaben zur Form der grundsätzlich vorgehaltenen psychoonkologischen bzw. psychosozialen Angebote.

Tabelle 8: Form der psychoonkologischen Angebote in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

In welcher Form werden die psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen Ihrer KBS grundsätzlich angeboten? ¹		
	Häufigkeit ²	Gültige Prozen-te
Persönlich, Face-to-Face	244	100
Telefonisch	198	81.1
E-Mail	158	64.8
Videotelefonie (z.B. Skype)	3	1.2
Chat	2	0.8
Foren	-	-
Gesamt	244	

¹ Dies schließt Terminvereinbarungen nicht mit ein

² Mehrfachantworten möglich

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote als Hausbesuche

Der Tabelle 9 ist zu entnehmen, dass **72%** der Krebsberatungsstellen (Gesamt) im Jahr 2016 psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen auch als Hausbesuche angeboten haben.

Tabelle 9: Psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote als Hausbesuche in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Hat Ihre KBS im Jahr 2016 Hausbesuche mit psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen angeboten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ja, es wurden Hausbesuche angeboten	177	72.0	72.0
Nein, keine Hausbesuche, aber es gab Nachfragen	49	19.9	91.9
Nein, keine Hausbesuche, aber es gab auch keine Nachfragen	20	8.1	100
Gesamt	246	100	

Hausbesuche wurden dabei in einem durchschnittlichen Umkreis von 28,5 km angeboten (Tabelle 10). Der Median beträgt 25 km. **95%** der Krebsberatungsstellen (Gesamt) boten Hausbesuche in einem Umkreis zwischen 25,9 und 31,1 km an.

Tabelle 10: Umkreis (in km) der Hausbesuche in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt) (n= 162)

Wenn ja, in welchem Umkreis wurden Hausbesuche im Jahr 2016 angeboten? (bitte in km angeben)	Statistik		Std.-Fehler
	Mittelwert	28.5	1.3
Standardabweichung	16.5		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	25.9	
	Obergrenze	31.1	
Median	25		
Schiefe	1.4		.2
Kurtosis	2.3		.4

Zielgruppenspezifische Versorgungskonzepte in Krebsberatungsstellen

Die Frage nach dem Vorhalten von konzeptionell ausgearbeiteten Angeboten für spezielle Zielgruppen bejahten **32% der Krebsberatungsstellen** (Gesamt). Die Verteilung der Angebote für spezielle Zielgruppen gibt Tabelle 11 wieder. Es überwogen zum einen Angebote für Familien, Angehörige, Paare und Kinder, zum anderen palliative Angebote und solche für Patientinnen und Patienten mit

einem Migrationshintergrund. 68% der Krebsberatungsstellen hielten keine konzeptionell ausgearbeiteten Angebote für spezielle Zielgruppen vor.

Tabelle 11: Psychoonkologische/psychosoziale Angebote für spezifische Zielgruppen in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Zusätzlich zu Ihrem einheitlichen Versorgungskonzept für alle Krebspatienten: Für welche Zielgruppen hat Ihre KBS im Jahr 2016 zusätzlich psychoonkologische/psychosoziale Angebote mit einem ausgearbeiteten Konzept angeboten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozepte
Familien	63	85.1
Angehörige und Personen des unmittelbaren sozialen Umfelds	53	71.6
Paare	50	67.6
Kinder (≤ 17 Jahre)	46	62.1
Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen mit Migrationshintergrund	42	56.8
Palliative Patienten	39	52.7
Adoleszente und junge Erwachsene (AYAs, Alter: 18-39 Jahre)	33	44.6
Schmerzpatienten	20	27.0
Gesamt	74	

¹ Mehrfachantworten möglich

Fremdsprachenangebote in Krebsberatungsstellen

Die Angaben zur Frage nach Angeboten in einer Fremdsprache nach Einrichtungform finden sich in Tabelle 12. Fremdsprachliche Leistungen bejahten **37% der Krebsberatungsstellen** (Gesamt). Von den Einrichtungen, die angegeben haben, fremdsprachliche Leistungen anzubieten, erfolgte dies in **40%** mit Hilfe von Dolmetschern.

Tabelle 12 Psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in einer Fremdsprache in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Hat Ihre Krebsberatungsstelle im Jahr 2016 psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in einer Fremdsprache angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Fremdsprachenangebot, ohne Dolmetscher	55	22.4	22.4
Fremdsprachenangebot, dolmetschergestützt	37	15.0	37.4
<u>Kein</u> Fremdsprachenangebot	154	62.6	100
Gesamt	246	100	

4.1.1.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Die Tabelle 13 gibt Auskunft über die Anzahl psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgter Krebserkrankte und Angehöriger in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen selbst. Demnach wurden im Durchschnitt über alle Krebsberatungsstellen einschließlich der Außenstellen **338 Krebserkrankte** und Angehörige psychoonkologisch versorgt. Der Median beträgt **135 Patientinnen und Patienten**. 95% der Krebsberatungsstellen einschließlich der Außenstellen versorgten zwischen 275 und 402 Krebserkrankte und Angehörige.

Tabelle 13: Anzahl versorgter Krebserkrankte und Angehöriger (Gesamt) in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt) (n= 244)

Wie viele Krebspatienten und Angehörige wurden in Ihrer Krebsberatungsstelle im Jahr 2016 insgesamt ambulant psychoonkologisch/psychosozial versorgt?	Statistik		Std.-Fehler
	Mittelwert	338.4	32.1
Standardabweichung	501.0		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	275.2	
	Obergrenze	401.5	
Median	135		
Schiefe	3.4	0.2	
Kurtosis	17.5	0.3	

Tabelle 14 stellt die Anzahl der versorgten Krebserkrankten, d.h. ohne die Angehörigen zu berücksichtigen dar, die über alle Krebsberatungsstellen einschließlich der Außenstellen psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt wurden.

Tabelle 14: Anzahl versorgter Krebserkrankte in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt) (n= 242)

Wie viele Krebspatienten wurden in Ihrer Krebsberatungsstelle im Jahr 2016 insgesamt ambulant psychoonkologisch/psychosozial versorgt?	Statistik		Std.-Fehler
	Mittelwert	257.8	24.0
Standardabweichung	375.1		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	210.3	
	Obergrenze	305.3	
Median	100		
Schiefe	3.1	0.2	
Kurtosis	13.8	0.3	

Tabelle 15 enthält die Anzahl psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgter Krebserkrankte, gesondert aufgeführt für eigenständige Krebsberatungsstellen (KBS), Krebsberatungsstellen mit einem

Außenangebot (KBG) sowie für die Außenstellen von Krebsberatungsstellen (AUS). Demnach wurden im Durchschnitt **in eigenständigen Krebsberatungsstellen 420 Krebserkrankte** psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt. In **Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot** betrug die Anzahl durchschnittlich versorgter Krebserkrankter **506** und in **Außenstellen von Krebsberatungsstellen** wurden im Durchschnitt **79 Krebserkrankte** beraten bzw. behandelt.

Tabelle 15: Anzahl versorgter Krebserkrankte, gesondert berechnet für eigenständige Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie für die Außenstellen von Krebsberatungsstellen

Wie viele Krebspatienten wurden in Ihrer Krebsberatungsstelle im Jahr 2016 insgesamt ambulant psychoonkologisch/psychosozial versorgt?	KBS ¹		Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		420.3
	Standardabweichung		411.7	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	320.6	
		Obergrenze	519.9	
	Median		297.5	
	Schiefe		1.7	0.3
	Kurtosis		2.8	0.6
	KBG ²		Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		505.8	75.1
	Standardabweichung		514.9	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	354.6	
		Obergrenze	657.0	
	Median		411	
	Schiefe		2.8	0.3
	Kurtosis		10.5	0.7
	AUS ³		Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		79.0	10.0
	Standardabweichung		113.1	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	59.2	
		Obergrenze	98.9	
	Median		45	
	Schiefe		3.8	0.2
	Kurtosis		18.1	0.4

¹ KBS= eigenständige Krebsberatungsstellen (n= 68)

² KBG= Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot (n= 47)

³ AUS= Außenstellen von Krebsberatungsstellen (n= 127)

Tabelle 16 gibt Aufschluss über die Anzahl versorgter **Angehöriger von Krebserkrankten** (ausschließlich der Krebserkrankten selbst), die über alle Krebsberatungsstellen einschließlich der Außenstellen psychoonkologisch bzw. psychosozial beraten bzw. behandelt wurden. Die Anzahl versorgter Angehöriger von Krebserkrankten betrug im Durchschnitt **87**.

Tabelle 16: Anzahl versorgter Angehöriger in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt) (n= 231)

Wie viele Angehörige von Krebspatienten wurden in Ihrer Krebsberatungsstelle im Jahr 2016 insgesamt ambulant psychoonkologisch/psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			87.3
Standardabweichung			150.2	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		67.9	
	Obergrenze		106.8	
Median			33	
Schiefe			4.1	0.2
Kurtosis			23.7	0.3

Tabelle 17 enthält die Anzahl psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgter Krebserkrankter, gesondert aufgeführt für eigenständige Krebsberatungsstellen (KBS), Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot (KBG) sowie für die Außenstellen von Krebsberatungsstellen (AUS). In **eigenständigen Krebsberatungsstellen** wurden durchschnittlich **134 Angehörige**, in **Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot 197 Angehörige** und in den **Außenstellen** selbst im Durchschnitt **22 Angehörige** von Krebserkrankten psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt.

Tabelle 17: Anzahl versorgter Angehöriger, gesondert berechnet für eigenständige Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie für die Außenstellen von Krebsberatungsstellen

Wie viele Angehörige von Krebspatienten wurden in Ihrer Krebsberatungsstelle im Jahr 2016 insgesamt ambulant psychoonkologisch/psychosozial versorgt?	KBS ¹		Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		134.1
	Standardabweichung		148.2	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	96.1	
		Obergrenze	172.0	
	Median		100	
	Schiefe		3.1	0.3
	Kurtosis		13.1	0.6
	KBG ²		Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		196.7	34.1
	Standardabweichung		233.5	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	218.1	
		Obergrenze	265.2	
	Median		115	
	Schiefe		2.8	0.3
	Kurtosis		10.3	0.7
	AUS ³		Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		22.4	3.2
	Standardabweichung		35.0	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	16.1	
		Obergrenze	28.6	
	Median		9	
	Schiefe		3.4	0.2
	Kurtosis		13.2	0.4

¹ KBS= eigenständige Krebsberatungsstellen (n= 68)

² KBG= Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot (n= 47)

³ AUS= Außenstellen von Krebsberatungsstellen (n= 127)

4.1.1.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligtes Personal

Anzahl der Beschäftigten mit einem psychoonkologischen/psychosozialen Leistungsangebot

Tabelle 18 zeigt, wie viele Beschäftigte insgesamt im Jahr 2016 zumindest zeitweise psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen in den Krebsberatungsstellen (Gesamt) angeboten haben. Demnach waren durchschnittlich **2,3 Beschäftigte** an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgungsarbeit in den Krebsberatungsstellen (Gesamt) beteiligt. Der Median beträgt 1 Beschäftigten. In 95% der Krebsberatungsstellen (Gesamt) waren zwischen 2,1 und 2,6 Beschäftigte an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligt.

Tabelle 18: Anzahl psychoonkologischer/psychosozialer Beschäftigte in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt) (n= 242)

Wie viele Mitarbeiter (Festanstellung, Honorar und Praktikum) haben im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend psychoonkologische/psychosoziale Leistungen für Ihre KBS angeboten?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			2.3
Standardabweichung			2.1	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		2.1	
	Obergrenze		2.6	
Median			1	
Schiefe			1.9	0.2
Kurtosis			3.1	0.3

Tabelle 19 zeigt ebenfalls, wie viele Beschäftigte zumindest zeitweise psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen im Jahr 2016 angeboten haben, jedoch gesondert berechnet je nach Einrichtungsform. Der Mittelwert der Anzahl der Beschäftigten pro Einrichtung, die zeitweise oder fortlaufend psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen für die Krebsberatungsstellen angeboten haben beträgt bei den **eigenständigen Krebsberatungsstellen 3,1**, bei den **Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot 4,1** und bei ihren **Außenstellen 1,3**.

Tabelle 19: Anzahl psychoonkologischer/psychosozialer Beschäftigter, gesondert berechnet für eigenständige Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie für die Außenstellen von Krebsberatungsstellen

Wie viele Mitarbeiter (Festanstellung, Honorar und Praktikum) haben im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend psychoonkologische/psy- chosoziale Leistungen für Ihre KBS angeboten?	KBS ¹		Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		3.1
	Standardabweichung		2.1	
	95% Konfidenzintervall des	Untergrenze	2.6	
	Mittelwerts	Obergrenze	3.6	
	Median		3	
	Schiefe		1.4	0.3
	Kurtosis		1.9	0.6
	KBG ²		Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		4.1	0.4
	Standardabweichung		2.7	
	95% Konfidenzintervall des	Untergrenze	3.3	
	Mittelwerts	Obergrenze	4.9	
	Median		4	
	Schiefe		0.6	0.7
	Kurtosis		-0.8	0.1
	AUS ³		Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		1.3	.1
	Standardabweichung		.7	
	95% Konfidenzintervall des	Untergrenze	1.1	
	Mittelwerts	Obergrenze	1.4	
	Median		1	
	Schiefe		3.3	0.2
	Kurtosis		12.3	0.4

¹ KBS= eigenständige Krebsberatungsstellen (n= 67)

² KBG= Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot (n= 47)

³ AUS= Außenstellen von Krebsberatungsstellen (n= 128)

Beruflicher Hintergrund, Beschäftigungsstatus und –dauer der Beschäftigten

Tabelle 20 zeigt die Häufigkeiten der bei den Beschäftigten vertretenen Berufsgruppen. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Mehrheit der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in den Krebsberatungsstellen der sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen (39%) sowie psychologischen (28%) Berufsgruppe zuzuordnen waren. Pädagoginnen und Pädagogen (12%) und Ärztinnen und Ärzte (6%) wa-

ren seltener vertreten. Unter „Sonstiges“ wurde eine Vielzahl verschiedener Berufsgruppen genannt, wobei Krankenpflegende (3%) und Musik- bzw. Kunsttherapeutinnen und -therapeuten (2%) am häufigsten vertreten waren.

Tabelle 20: Beruf der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Welchen Beruf hat Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	214	39.3	39.3
Psychologe	151	27.8	67.1
Sonstige (Angaben im Freitext der Frage)	82	15.1	82.2
Krankenpfleger	15	2.8	
Musik- oder Kunsttherapeut	8	1.5	
Gesundheitswissenschaftler	5	0.9	
Ehe- und Lebensberater	3	0.6	
Student der Psychologie	3	0.6	
Ernährungsberater	3	0.6	
Tanz- und Körpertherapeut	3	0.6	
Theologe/Religionspädagoge	3	0.6	
Yogalehrer	2	0.4	
Qi-Gong-Lehrer	2	0.4	
Kursleiterin	2	0.4	
Sozialwissenschaftler	2	0.4	
Sozial- und Pflegeberater/Onkologische Berater	2	0.4	
Heilpraktiker	2	0.4	
Rehasporttrainerin	2	0.4	
Andere (Einzelnennungen, fehlende Angaben)	25	4.6	
Pädagoge	67	12.3	94.5
Arzt	30	5.5	100
Gesamt	544	100	

Tabelle 21 zeigt die Häufigkeiten der Beschäftigungsverhältnisse der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte oder Personen im Praktikum. Die große Mehrheit der Beschäftigten in den Krebsberatungsstellen im Jahr 2016 war **fest angestellt (79%)**. 19% arbeiteten auf Honorarbasis und 2% absolvierten ein Praktikum.

Tabelle 21: Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Welches Beschäftigungsverhältnis hatte dieser Mitarbeiter bzw. Konsiliar in 2016?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Angestellt	431	79.0	79.0
Honorar/Konsiliar	103	18.9	98.1
Praktikum	10	1.8	100
Gesamt	544	100	

Der Tabelle 22 ist weiterhin zu entnehmen, dass **74%** der angestellten Beschäftigten über einen **unbefristeten Arbeitsvertrag** verfügten.

Tabelle 22: Art der Anstellung der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Welches Beschäftigungsverhältnis hatte dieser Mitarbeiter bzw. Konsiliar in 2016?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Angestellt, unbefristet	319	74.2	74.2
Angestellt, befristet	111	25.8	100
Gesamt	430	100	

Die Dauer der Beschäftigung des Personals im Jahr 2016 findet sich in Tabelle 23. Im Durchschnitt waren die Mitarbeitenden 11,2 Monate im Jahr 2016 beschäftigt. **83% der Beschäftigten waren für 12 Monate beschäftigt.**

Tabelle 23: Wie viele Monate waren die Beschäftigten in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt) beschäftigt (n= 458)

Wie viele Monate war Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar im Jahr 2016 beschäftigt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			11.2
Standardabweichung			2.4	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		11.0	
	Obergrenze		11.4	
Median			12	
Schiefe			-3.0	0.1
Kurtosis			7.8	0.2

Festanstellungen in Außenstellen

Bezüglich der Beschäftigten wurden die Außenstellen gefragt, ob es sich um Festeinstellungen handelte (Tabelle 24). In 97% der Fälle wurde die Frage nach festen Beschäftigten bejaht, in drei Außenstellen arbeiteten keine fest angestellten Beschäftigten, eine Außenstelle gab „sowohl als auch“ an.

Tabelle 24: Anzahl der Beschäftigten in Festanstellung in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Gab es feste Mitarbeiter?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ja, es gab feste Mitarbeiter, zu denen individuelle Angaben vorliegen	126	96.9	96.9
Nein, es gab keine festen Mitarbeiter	3	2.3	99.2
Sowohl als auch	1	0.8	100
Gesamt	130	100	

Wochenarbeitsstunden

Die Höhe der von den Beschäftigten geleisteten Wochenarbeitsstunden in psychoonkologischer bzw. psychosozialer Tätigkeit findet sich in Tabelle 25. Im Durchschnitt wurde je angestellter Arbeitskraft bzw. Honorarkraft **16,7 Wochenarbeitsstunden** psychoonkologisch bzw. psychosozial in den Krebsberatungsstellen (Gesamt) gearbeitet.

Tabelle 25: Wochenarbeitsstunden psychoonkologischer Beschäftigter in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt) (n= 458)

Wie viele Stunden pro Woche hat Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar psychoonkologisch/psychosozial im Jahr 2016 gearbeitet?	Statistik		Std.-Fehler
	Mittelwert	16.7	0.6
Standardabweichung	12.6		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	15.5	
	Obergrenze	17.8	
Median	17.5		
Schiefe	0.3		0.1
Kurtosis	-1.1		0.2

Die Höhe der von den Beschäftigten geleisteten Wochenarbeitsstunden in psychoonkologischer bzw. psychosozialer Tätigkeit, gesondert nach den verschiedenen Einrichtungsformen, findet sich in Ta-

belle 26. Demnach betrug die Anzahl durchschnittlich geleisteter Wochenarbeitsstunden in eigenständigen Krebsberatungsstellen 19,9 Stunden, in Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot **18,7 Stunden** und in den Außenstellen **11,6 Stunden**.

Tabelle 26: Wochenarbeitsstunden psychoonkologischer Beschäftigter, gesondert berechnet für eigenständige Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie für die Außenstellen von Krebsberatungsstellen

Wie viele Stunden pro Woche hat Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar psychoonkologisch/psychosozial im Jahr 2016 gearbeitet?	KBS ¹	Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert	19.9
	Standardabweichung	11.9	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze Obergrenze	18.0 21.8
	Median	20	
	Schiefe	0.2	0.2
	Kurtosis	-1.1	0.4
	KBG ²	Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert	18.7	1.0
	Standardabweichung	12.3	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze Obergrenze	0.5 40.0
	Median	20	
	Schiefe	0.1	0.2
	Kurtosis	-1.1	0.4
	AUS ³	Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert	11.6	1.0
	Standardabweichung	12.2	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze Obergrenze	9.6 13.5
	Median	5	
	Schiefe	1.0	0.2
	Kurtosis	-0.4	0.4

¹ KBS= eigenständige Krebsberatungsstellen (n= 157)

² KBG= Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot (n= 152)

³ AUS= Außenstellen von Krebsberatungsstellen (n= 153)

Psychoonkologische Qualifikation sowie psychotherapeutische oder fachärztliche Weiterbildung

Die Tabelle 27 und Tabelle 28 zeigen Angaben zur psychoonkologischen Fort- und Weiterbildung sowie zur psychotherapeutischen oder fachärztlichen Weiterbildung der Beschäftigten in Krebsberatungsstellen (Gesamt).

65 % aller Beschäftigten bzw. Honorarkräfte, die im Jahr 2016 an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung in Krebsberatungsstellen beteiligt waren, verfügten über eine psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung (von der DKG anerkannt). Weitere 10% befanden sich im Jahr 2016 bereits in der psychoonkologischen Fort- oder Weiterbildung.

Tabelle 27: Psychoonkologische Weiterbildung (DKG-anerkannt) in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine DKG-anerkannte psychoonkologische Weiterbildung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	346	65.0	65.0
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	54	10.2	75.2
<u>Keine</u> psychoonkologische Weiterbildung	132	24.8	100
Gesamt	532	100	

¹ psychoonkologische Fort- und Weiterbildungscurricula, die einen Umfang von mindestens 120 Fortbildungseinheiten á 45 Min. haben und von der DKG anerkannt wurden

Die Mehrheit der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in Krebsberatungsstellen verfügte weder über eine psychotherapeutische oder fachärztliche Qualifizierung (60%) (Tabelle 28).

Tabelle 28: Psychotherapeutische oder fachärztliche Qualifizierung in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine psychotherapeutische bzw. fachärztliche Qualifizierung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	141	30.9	30.9
Aktuell in Qualifizierung	40	8.8	39.7
Keine psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	275	60.3	100
Gesamt	456	100	

¹ Für die Berufsgruppe der Psychologen: Approbation als Psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in einem von dem G-BA anerkannten Therapieverfahren: Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie); für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte: abgeschlossene Weiterbildung zum FA für Psychiatrie und Psychotherapie, FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FA für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie oder in Weiterbildung fachgebundene Psychotherapie.

4.1.1.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Einleitend soll darauf hingewiesen werden, dass sich alle Angaben zur Finanzierung der Krebsberatungsstellen auf das Jahr 2016 beziehen. Abbildung 3 zeigt den von den Krebsberatungsstellen durchschnittlich angegebenen Anteil an der Finanzierung der jeweiligen Kostenträger.

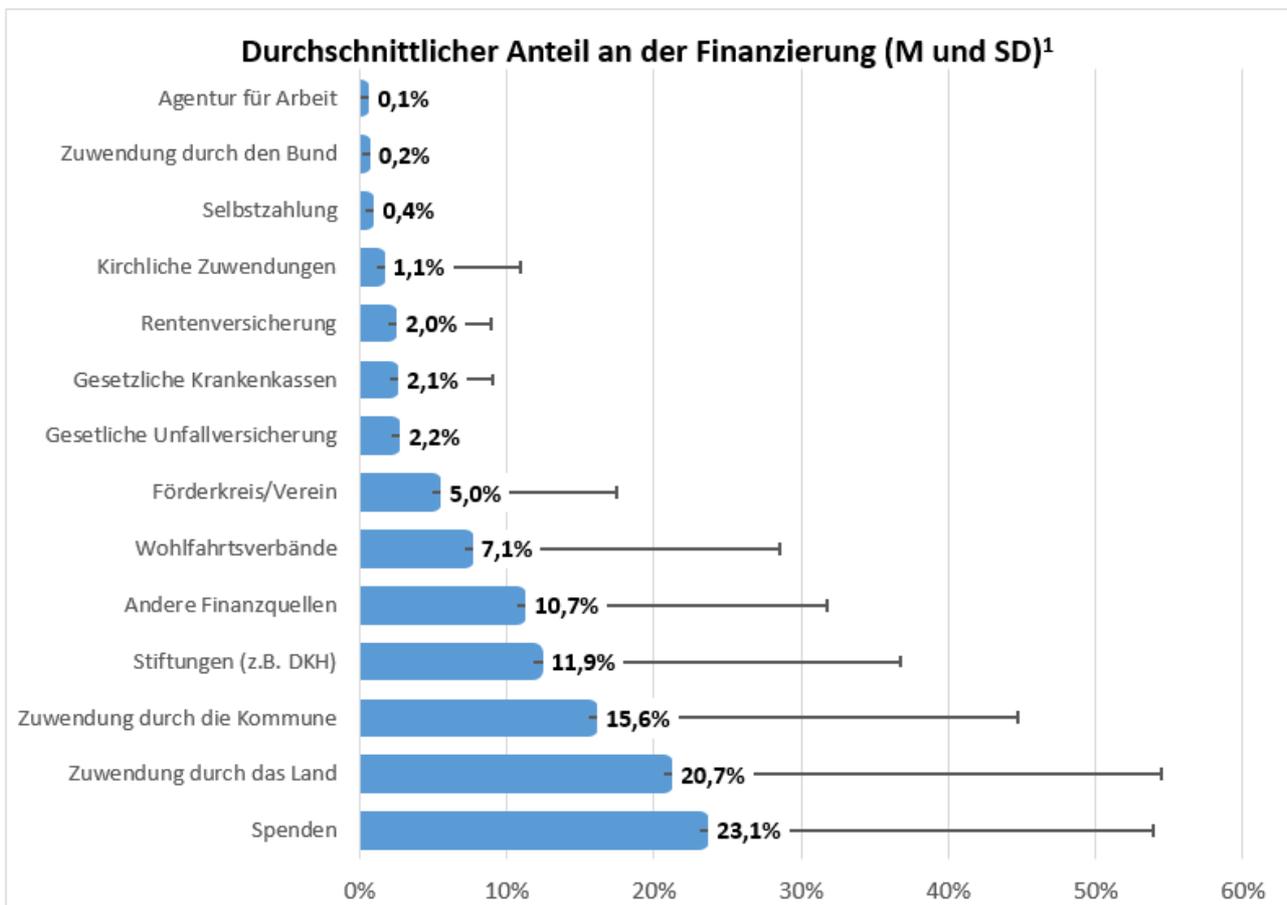


Abbildung 3: Anteil der Finanzquellen am Gesamtbudget für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung innerhalb der eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

¹ *Durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung:* Bezieht sich auf die jeweilige Finanzierungsquelle (d.h. Mittelwert des Finanzierungsanteils einer Finanzquelle über alle Einrichtungen hinweg), daher Abweichungen von 100% möglich.

Demnach gaben die Krebsberatungsstellen (Gesamt) an, dass ihr psychoonkologisches bzw. psychosoziales Angebot zu durchschnittlich 23% von Spenden, zu durchschnittlich 21% durch das Land sowie zu durchschnittlich 16% durch die Kommunen finanziert wurden. Eine Besonderheit liegt 2016 für Baden-Württemberg vor, wo der Auf- und Ausbau der Krebsberatungsstellen und deren Finanzierung fast ausschließlich durch das Land erfolgte (sofern keine Förderung durch die Deutsche Krebshilfe vorlag).

Im Folgenden geben die Abbildungen für die vier Finanzierungsquellen, die mit den höchsten Anteilen angegeben wurden, die jeweiligen Häufigkeitsverteilungen wieder.

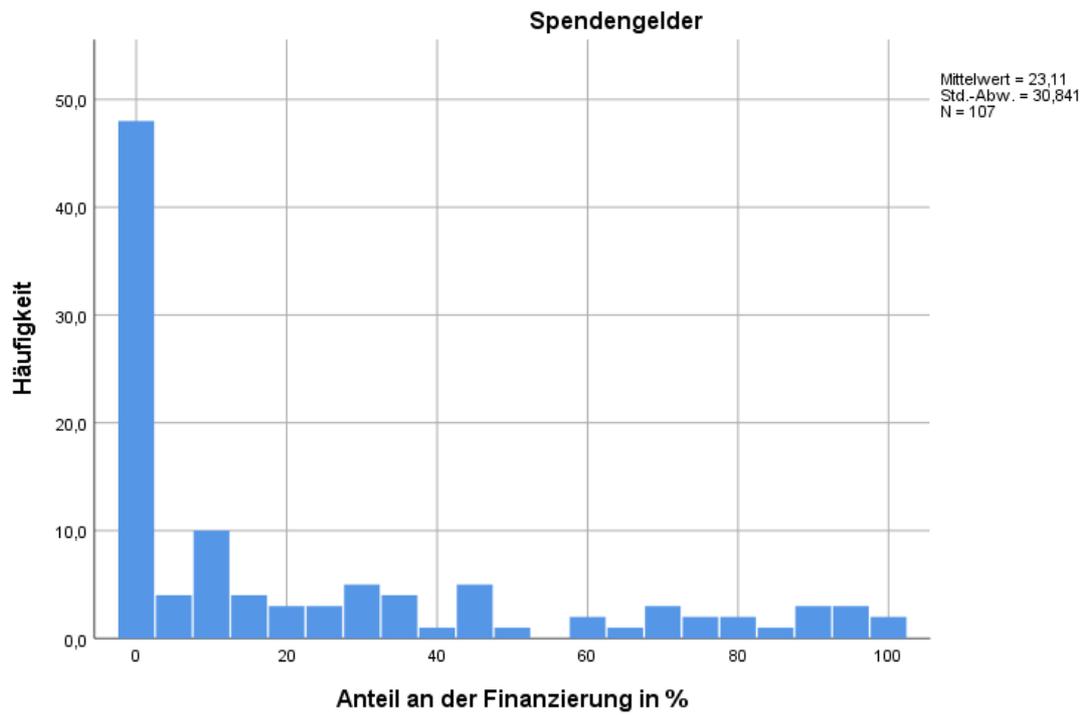


Abbildung 4: Anteil der Finanzierung der Krebsberatungsstellen (Gesamt) über Spenden

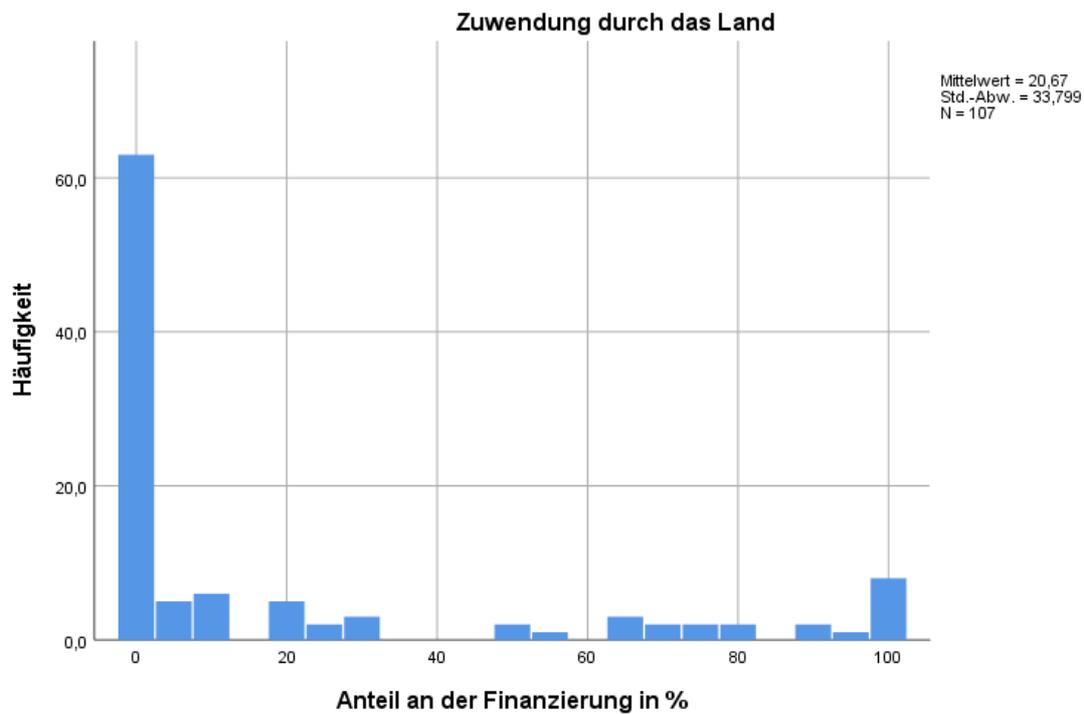


Abbildung 5: Anteil der Finanzierung der Krebsberatungsstellen (Gesamt) über Zuwendungen durch das Land

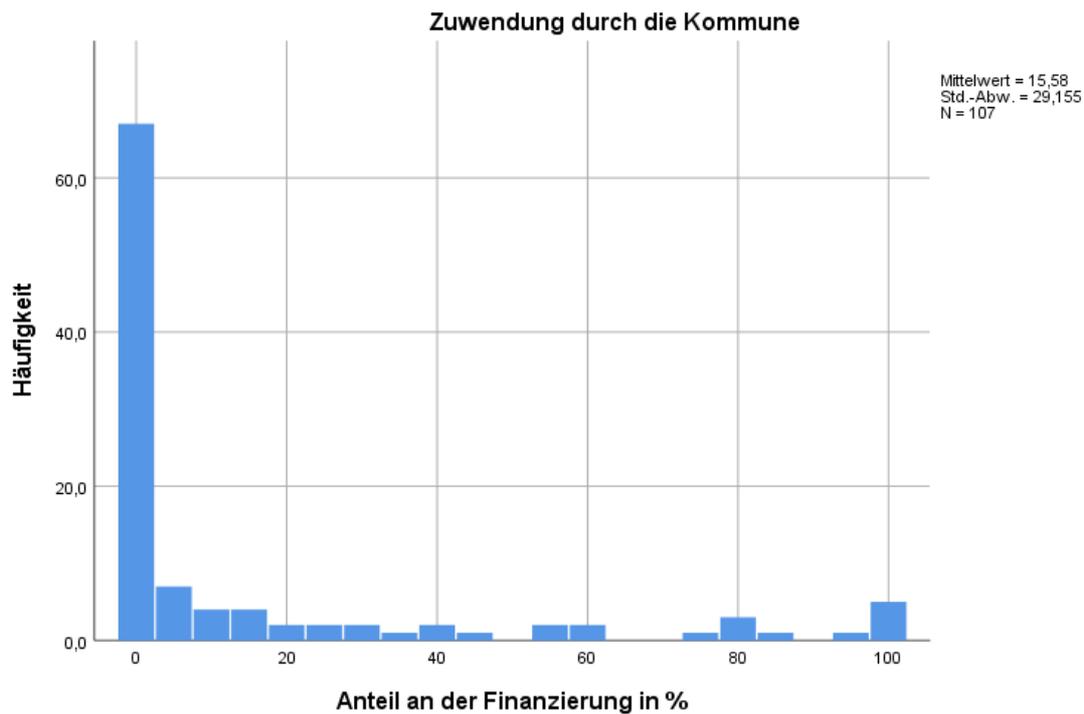


Abbildung 6: Anteil der Finanzierung der Krebsberatungsstellen (Gesamt) über Zuwendungen durch die Kommunen

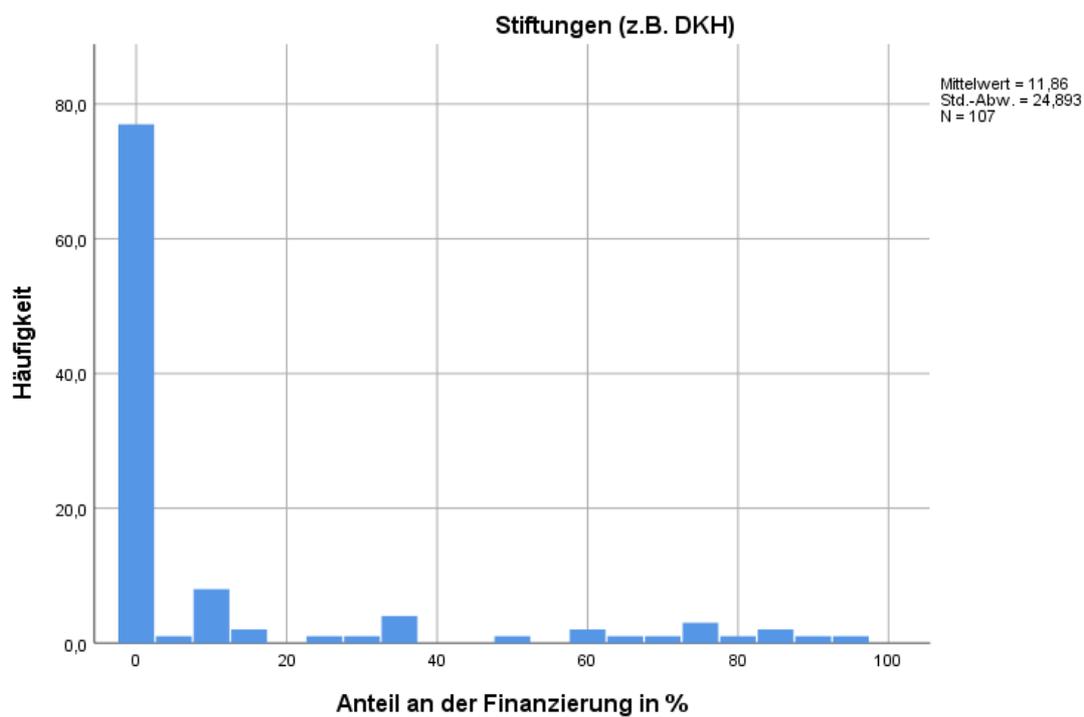


Abbildung 7: Anteil der Finanzierung der Krebsberatungsstellen (Gesamt) über Stiftungen

Personal-, Sach-, Investitions- sowie sonstige jährliche Kosten

Zu Fragen der jährlichen Personal-, Sach-, Investitions- sowie sonstigen Kosten liegen Angaben von **83 der teilnehmenden 121** eigenständigen Krebsberatungsstellen und Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot vor. Die Verteilung der durchschnittlich angegebenen Personal-, Sach-, Investitions- sowie sonstigen Kosten ist Tabelle 29 zu entnehmen.

Im Durchschnitt betragen die **Personalkosten im Jahr 2016** für die eigenständigen Krebsberatungsstellen sowie die Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot 112.800 Euro. Der Median der Personalkosten für das Jahr 2016 beträgt 82.500 Euro. 95% der Krebsberatungsstellen gaben durchschnittliche Personalkosten zwischen 89.400 Euro und 136.100 Euro an.

Die Sachkosten in eigenständigen Krebsberatungsstellen sowie Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot betragen für das Jahr 2016 im Durchschnitt 17.400 Euro. Investitionsmittel wurden mit durchschnittlich 6.800 Euro angegeben. Sonstige Kosten betragen für das Jahr 2016 im Durchschnitt 2.000 Euro.

Tabelle 29: Personal-, Sach-, Investitions- sowie sonstige jährliche Kosten der eigenständigen Krebsberatungsstellen und Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot (n= 83)

Personalkosten (1000€/2016)		Statistik ¹	Std.-Fehler
Mittelwert		112.8	11.7
Standardabweichung		107.0	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	89.3	
	Obergrenze	136.1	
Median		82.5	
Schiefe		1.1	0.3
Kurtosis		0.4	0.5
Sachkosten (1000€/2016)		Statistik	Std.-Fehler
Mittelwert		17.4	2.2
Standardabweichung		19.7	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	13.0	
	Obergrenze	21.8	
Median		11.5	
Schiefe		1.7	0.3
Kurtosis		2.8	0.5
Investitionsmittel (1000€/2016)		Statistik	Std.-Fehler
Mittelwert		6.8	1.5
Standardabweichung		11.0	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	3.8	
	Obergrenze	9.9	
Median		2.9	
Schiefe		3.4	0.3
Kurtosis		14.8	0.7
Sonstige Kosten (1000€/2016)		Statistik	Std.-Fehler
Mittelwert		2.0	0.7
Standardabweichung		4.6	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	5	
	Obergrenze	3.4	
Median		5	
Schiefe		4.2	0.4
Kurtosis		19.3	0.7

¹ Angaben in 1000€/Jahr

4.1.1.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Dokumentation

Am häufigsten wurde angegeben, teils handschriftlich und teils EDV-basiert dokumentiert zu haben (42%) (Tabelle 30). Weitere 32% der Krebsberatungsstellen (Gesamt) gaben an, die Dokumentation EDV-basiert durchzuführen. Die EDV-basierte Dokumentation war am häufigsten in den Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot (KBG: 42%) und am geringsten in den Außenstellen (AUS: 28%).

Tabelle 30: Art der Dokumentation in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Wie wurden die psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen durch Ihre Mitarbeiter in 2016 dokumentiert?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Teils handschriftlich, teils EDV-basiert	104	42.3	42.3
EDV-basiert	79	32.1	74.4
Handschriftlich	58	23.6	98.0
Keine Dokumentation	5	2.0	100
Gesamt	246	100	

Wartezeit auf regulären Versorgungsbeginn

Bezogen auf die Wartezeit bis zum regulären Beginn der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung gaben 9% der eigenständigen Krebsberatungsstellen (Tabelle 31), 6% der Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot (Tabelle 32) und 6% der Außenstellen (Tabelle 33) an, dass keine Wartezeit bestand.

Tabelle 31: Wartezeit für regulären psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn in eigenständigen Krebsberatungsstellen

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 nach der Kontaktaufnahme mit Ihrer KBS durchschnittlich auf den regulären psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn durch Ihre KBS warten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	6	8.8	8.8
Versorgungsbeginn <u>nicht</u> am selben Tag	62	92.2	100
Gesamt	68	100	

Tabelle 32: Wartezeit für regulären psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn in Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 nach der Kontaktaufnahme mit Ihrer KBS durchschnittlich auf den regulären psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn durch Ihre KBS warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	3	6.2	6.2
Versorgungsbeginn <u>nicht</u> am selben Tag	45	93.8	100
Gesamt	48	100	

Tabelle 33: Wartezeit für regulären psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn in Außenstellen von Krebsberatungsstellen

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 nach der Kontaktaufnahme durchschnittlich auf den regulären psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn in Ihrer Außenstelle bzw. Außensprechstunde warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	5	5.7	5.7
Versorgungsbeginn <u>nicht</u> am selben Tag	124	94.3	100
Gesamt	129	100	

Über alle Einrichtungsformen hinweg wurde als durchschnittliche Wartezeit 9,1 Tage (SD= 6.6) angegeben (Tabelle 34). Der Median liegt bei 7 Tage.

Tabelle 34: Wartezeit auf den regulären Versorgungsbeginn (in Tagen) in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt) (n= 218)

Wartezeit auf den regulären Versorgungsbeginn (in Tagen)			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			9.1
Standardabweichung			6.6	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		8.2	
	Obergrenze		10.0	
Median			7	
Schiefe			1.1	0.2
Kurtosis			1.1	0.3

Die durchschnittliche Wartezeit war in den Außenstellen mit 11,4 Tagen am höchsten und mit 6,3 Tagen in den Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot am niedrigsten (Tabelle 35).

Tabelle 35: Wartezeit auf den regulären Versorgungsbeginn (in Tagen), gesondert berechnet für eigenständige Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie für die Außenstellen von Krebsberatungsstellen

Wartezeit auf den regulären Versorgungsbeginn (in Tagen)	KBS ¹	Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert	6.7
	Standardabweichung	5.6	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze Obergrenze	5.2 8.2
	Median	5	
	Schiefe	1.8	0.3
	Kurtosis	4.3	0.6
	KBG ²	Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert	6.3	0.8
	Standardabweichung	5.4	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze Obergrenze	4.7 7.9
	Median	5	
	Schiefe	2.1	0.4
	Kurtosis	5.7	0.7
	AUS ³	Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert	11.4	0.6
	Standardabweichung	6.7	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze Obergrenze	10.2 12.7
	Median	10	
	Schiefe	0.8	0.2
	Kurtosis	0.5	0.5

¹ KBS= eigenständige Krebsberatungsstellen (n= 60)

² KBG= Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot (n= 45)

³ AUS= Außenstellen von Krebsberatungsstellen (n= 113)

Wartezeit auf Versorgungsbeginn im Krisenfall⁶

Im Krisenfall gaben 49% der eigenständigen Krebsberatungsstellen (Tabelle 36), 48% der Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot (Tabelle 37) und 23% der Außenstellen (Tabelle 38) an, dass keine Wartezeit bestand.

⁶ Akute psychische Belastungssituation, die eine kurzfristige unterstützende Intervention erfordert.

Tabelle 36: Wartezeit für Versorgungsbeginn im Krisenfall in eigenständigen Krebsberatungsstellen

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 im Krisenfall nach der Kontaktaufnahme mit Ihrer KBS durchschnittlich auf den psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn durch Ihre KBS warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	32	48.5	48.5
Versorgungsbeginn <u>nicht</u> am selben Tag	34	51.5	100
Gesamt	66	100	

Tabelle 37: Wartezeit für Versorgungsbeginn im Krisenfall in Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 im Krisenfall nach der Kontaktaufnahme mit Ihrer KBS durchschnittlich auf den psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn durch Ihre KBS warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	23	47.9	47.9
Versorgungsbeginn <u>nicht</u> am selben Tag	25	52.1	100
Gesamt	48	100	

Tabelle 38: Wartezeit für Versorgungsbeginn im Krisenfall in Außenstellen von Krebsberatungsstellen

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 im Krisenfall nach der Kontaktaufnahme durchschnittlich auf den psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn in Ihrer Außenstelle bzw. Außensprechstunde warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	29	23.2	23.2
Versorgungsbeginn <u>nicht</u> am selben Tag	96	76.8	100
Gesamt	125	100	

Über alle Einrichtungsformen hinweg wurde in Krisensituationen als durchschnittliche Wartezeit 4,4 Tage (SD= 5.6) angegeben (Tabelle 34). Der Median liegt bei 7 Tagen.

Tabelle 39: Wartezeit im Krisenfall (in Tagen) in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt) (n= 154)

Wartezeit im Krisenfall (in Tagen)			Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		4.4
	Standardabweichung		5.6	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	3.5	
		Obergrenze	5.3	
	Median		2	
	Schiefe		2.7	0.2
	Kurtosis		8.6	0.4

In Krisenfällen war die durchschnittliche Wartezeit in den Außenstellen mit 5,8 Tagen am höchsten und mit 1,7 Tagen in den Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot am niedrigsten (Tabelle 40).

Tabelle 40: Wartezeit im Krisenfall (in Tagen), gesondert berechnet für eigenständige Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie für die Außenstellen von Krebsberatungsstellen

Wartezeit im Krisenfall (in Tagen)	KBS ¹		Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		2.5
	Standardabweichung		1.6	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	1.9	
		Obergrenze	3.1	
	Median		2	
	Schiefe		1.4	0.4
	Kurtosis		1.8	0.8
	KBG ²		Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		1.7	0.2
	Standardabweichung		.9	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	1.4	
		Obergrenze	2.1	
	Median		1.5	
	Schiefe		1.1	0.5
	Kurtosis		0.3	0.9
	AUS ³		Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		5.8	0.7
	Standardabweichung		6.7	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	4.4	
		Obergrenze	7.1	
	Median		2	
	Schiefe		2.0	0.3
	Kurtosis		4.5	0.5

¹ KBS= eigenständige Krebsberatungsstellen (n= 33)² KBG= Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot (n= 25)³ AUS= Außenstellen von Krebsberatungsstellen (n= 96)

Räumlichkeiten, Barrierefreiheit und Erreichbarkeit

Es zeigt sich, dass **96% der Krebsberatungsstellen** (Gesamt) angaben, Räumlichkeiten für ungestörte Beratungsgespräche vorhalten zu können (Tabelle 41).

Tabelle 41: Räumlichkeiten für ungestörte Beratungsgespräche in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Standen in Ihrer KBS in 2016 gesonderte Räumlichkeiten für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung zur Verfügung, in denen ungestörte Beratungsgespräche oder Behandlungen möglich waren			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ja, für alle Gespräche	234	95.9	95.9
Ja, aber nur für einen Teil der Gespräche	7	2.9	98.8
Nein, keine gesonderten Räumlichkeiten	3	1.2	100
Gesamt	244	100	

Barrierefreie Beratungsräume gaben **83% der Krebsberatungsstellen** (Gesamt) an und weitere 12% konnten Alternativen, wie z.B. telefonische Beratungen, anbieten (Tabelle 42).

Tabelle 42: Barrierefreiheit in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Verfügte Ihre KBS in 2016 über barrierefreie Behandlungs- bzw. Beratungsräume für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Barrierefreiheit	200	82.6	82.6
Keine Barrierefreiheit	14	5.8	88.4
Nein, aber Alternativen wurden angeboten ¹	28	11.6	100
Gesamt	242	100	

¹ z.B. telefonische Beratungen

Insgesamt **98% der Krebsberatungsstellen** (Gesamt) gaben an, dass die Beratungsstellen gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen waren (Tabelle 43).

Tabelle 43: Erreichbarkeit mit ÖPNV von eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie von den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

War Ihre KBS in 2016 mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar (d.h. die nächste Haltestelle war nicht mehr als 500m entfernt)?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gute Erreichbarkeit mit ÖPNV	228	97.9	97.9
Keine gute Erreichbarkeit mit ÖPNV	5	2.1	100
Gesamt	233	100	

¹ z.B. telefonische Beratungen

Und alle Krebsberatungsstellen (Gesamt) konnten auf Parkplätze in unmittelbarer Nähe der Beratungsstelle verweisen (Tabelle 44).

Tabelle 44: Parkmöglichkeiten in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Verfügte Ihre KBS in 2016 über direkte Parkmöglichkeiten (d.h. die nächste Parkmöglichkeit war nicht mehr als 500m entfernt)?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Direkte Parkmöglichkeiten	234	100	100
Keine direkten Parkmöglichkeiten	-	-	-
Gesamt	234	100	

Standard Operating Procedures (SOPs)

Es gaben **37% der Krebsberatungsstellen** (Gesamt) an, dass keine schriftlich ausgearbeiteten Standards vorgelegen haben (Tabelle 45). Bei den 63% der Krebsberatungsstellen (Gesamt) mit vorliegenden SOPs handelte es sich in 85% um ein Rahmenkonzept. Alle weiteren abgefragten SOPs, wie bindende Anweisungen für Abläufe, Vertretungs- und Notfälle sowie ein verbindliches Versorgungskonzept, wurden in jeweils der Hälfte der Fälle als vorliegend angegeben.

Tabelle 45: Vorliegen schriftlich ausgearbeiteter Standards in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Lagen in 2016 schriftlich ausgearbeitete Standards (z.B. SOPs¹), Leitfäden oder Versorgungskonzepte für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung Ihrer KBS vor, die den Mitarbeitern und Honorarkräften zur Verfügung standen?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Es lagen keine SOPs vor	44	36.7	36.7
Es lagen SOPs vor	76	63.3	100
Gesamt	120	100	

¹ SOP= „Standard Operating Procedure“, d.h. bindende Abläufe

Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die Durchführung von weiteren Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurde von 43% der Krebsberatungsstellen angegeben (Tabelle 46). Dabei wurden in jeweils über 70% der Fälle systematische Nutzeranalysen sowie Nachbefragungen genannt. In Einzelnennungen wurde eine Vielzahl weiterer Maßnahmen genannt, wie u.a. kollegiale Fallbesprechung, Evaluation von Veranstaltungen, Beschwerdebriefkasten, Auswertung von Internetrückmeldungen, Erstellen von Jahresberichten, Jahreszielvereinbarungen, Personalgespräche, Klausurtage, Auswertungen von Rückmeldungen anderer Versorger, Teilnahme an verschiedenen Qualitätszirkeln, Zufriedenheitsbefragungen mit dem QM-System.

Tabelle 46: Qualitätssicherungsmaßnahmen in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Wurden in Ihrer KBS (einschließlich aller Ihrer Außenstellen) im Jahr 2016 weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung durchgeführt?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Qualitätssicherungsmaßnahmen	48	42.9	42.9
Keine Qualitätssicherungsmaßnahmen	64	57.1	100
Gesamt	112	100	

Supervision

Ein fallbezogenes Supervisionsangebot für die psychoonkologischen bzw. psychosozialen Beschäftigten zur Verfügung gestellt zu haben, gaben **72% der Krebsberatungsstellen** (Gesamt) an (Tabelle 47).

Tabelle 47: Supervision in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Stellte Ihre KBS (einschließlich aller ihrer eventuellen Außenstellen) für die an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Honorarkräfte im Jahr 2016 ein fallbezogenes Supervisionsangebot bereit?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Supervision	82	71.9	71.9
Keine Supervision	32	28.1	100
Gesamt	114	100	

Die durchschnittliche Anzahl an Minuten an externer Supervision wurde mit 703 Minuten angegeben, der Median liegt bei 600 Minuten (Tabelle 48). In Bezug auf die Nutzung der internen Supervision beträgt der Median 360 Minuten.

Tabelle 48: Nutzung externer und interner Supervisionsangebote (Minuten/Jahr) in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Externe Supervision (Min/Jahr) ¹		Statistik	Std.-Fehler
Mittelwert		702.9	63.5
Standardabweichung		564.7	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	576.4	
	Obergrenze	829.3	
Median		600	
Schiefe		2.5	0.3
Kurtosis		9.5	0.5
Interne Supervision (Min/Jahr) ²		Statistik	Std.-Fehler
Mittelwert		736.5	231.1
Standardabweichung		1286.7	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	264.5	
	Obergrenze	1208.4	
Median		360	
Schiefe		2.8	0.4
Kurtosis		7.2	0.8

¹ Angaben n= 78

² Angaben n= 24

Fortbildungen

Die Frage nach einer verpflichtenden psychoonkologischen Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte bejahten **54% der Krebsberatungsstellen** (Gesamt) (Tabelle 49). Dabei wurden in 63% der Fälle interne und in 91% externe Angebote angegeben.

Tabelle 49: Psychoonkologische Weiter- und Fortbildung in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Waren die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Honorarkräfte (einschließlich aller Ihrer eventuellen Außenstellen) im Jahr 2016 verpflichtet sich psychoonkologisch weiter- bzw. fortzubilden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychoonkologische Fort- und Weiterbildung	61	54.0	54.0
Keine psychoonkologische Fort- und Weiterbildung	52	46.0	100
Gesamt	113	100	

Eine Verpflichtung zur Teilnahme an einer psychosozialen Fort- und Weiterbildung wurde von **56% der Einrichtungen** angegeben (Tabelle 50). Interne Angebote wurden in 43% der Fälle und externe Angebote in 61% der Fälle genannt.

Tabelle 50: Psychosoziale Weiter- und Fortbildung in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Waren die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Honorarkräfte (einschließlich aller Ihrer eventuellen Außenstellen) im Jahr 2016 verpflichtet sich psychosozial weiter- bzw. fortzubilden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychosoziale Fort- und Weiterbildung	64	56.1	56.1
Keine psychosoziale Fort- und Weiterbildung	50	43.9	100
Gesamt	114	100	

Einsatz standardisierter Erhebungsinstrumente

Der Einsatz standardisierter Selbstbeurteilungsinstrumente wurde von **55% der Krebsberatungsstellen** (Gesamt) angegeben (Tabelle 51).

Tabelle 51: Einsatz standardisierter Selbstbeurteilungsinstrumente in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Kamen im Jahr 2016 in Ihrer KBS (einschließlich aller Ihrer Außenstellen) Fragebögen (Selbstbeurteilungsinstrumente) für die Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen zum Einsatz?			
	Häufigkeit	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten	66	55.0	55.0
Kein Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten	54	45.0	100
Gesamt	120	100	

In über **69% der Einrichtungen** kam dabei das Distress Thermometer zum Einsatz, alle anderen Instrumente, wie z.B. der PHQ-9 oder das Hornheider Screening-Instrument wurden mit einer Häufigkeit von unter 10% der Fälle angegeben (Tabelle 52).

Tabelle 52: Art der eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Kamen im Jahr 2016 in Ihrer KBS (einschließlich aller Ihrer Außenstellen) Fragebögen (Selbstbeurteilungsinstrumente) für die Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen zum Einsatz?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozepte
Distress-Thermometer	56	69.1
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	8	9.9
Hornheider Screening-Instrument (HSI)	6	7.4
Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-23, FBK-10)	4	4.9
Psychoonkologische Basisdokumentation ²	3	3.7
Gesundheitsfragebogen für Patienten – Depressionsmodul (PHQ-9)	3	3.7
Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)	1	1.2
EORTC QL-30	0	0
Gesamt	81	

¹ Mehrfachantworten möglich

² PO-BADO, PO-BADO KF, PO-BADO Brustkrebs

Die Instrumente wurden von fast allen Krebsberatungsstellen zum Screening bzw. der Eingangsdagnostik verwendet (95%), in einem deutlich kleineren Anteil aber auch zur Verlaufsevaluation (27%) und zur Abschlussevaluation (19%).

Information und Kooperation

Von den befragten Krebsberatungsstellen gaben **97%** an, dass Sie schriftliche Informationsmaterialien zu anderen onkologischen bzw. psychoonkologischen Angeboten vorhielten (Tabelle 53). Am häufigsten genannt, mit über 80% der Fälle, wurden Materialien für stationäre onkologische Einrichtungen in der Region, ambulante Hospizdienste, andere Krebsberatungsstellen, und ambulante palliativmedizinische Angebote.

In diesem Zusammenhang gaben **57%** an, dass schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit anderen psychoonkologischen bzw. psychosozialen Einrichtungen bzw. Behandelnden vorlagen.

Tabelle 53: Informationen über psychoonkologische Einrichtungen und Angebote in eigenständigen Krebsberatungsstellen, Krebsberatungsstellen mit einem Außenangebot sowie in den Außenstellen von Krebsberatungsstellen (Gesamt)

Verfügte Ihre KBS im Jahr 2016 über schriftliche Informationen (z.B. ausliegende Broschüren, Flyer) zu anderen Einrichtungen bzw. Behandlern mit psychoonkologischen Angeboten in Ihrer Region, über die sich Ihre Mitarbeiter bzw. Konsiliare informieren konnten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Nein , wir verfügten über <u>keine</u> schriftlichen Informationen zu anderen Einrichtungen	4	3.4
Einrichtungen der stationären onkologischen Versorgung	100	84.8
Ambulante Hospizdienste	97	82.2
Krebsberatungsstellen	97	82.2
Ambulante palliativmedizinische Angebote	95	80.5
(Psycho)onkologische Selbsthilfegruppen oder -verbände	94	79.7
Stationäre Hospize	90	76.3
Ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen	86	72.9
Einrichtungen der ambulanten onkologischen Versorgung	85	72.0
Stationäre palliativmedizinische Angebote	83	70.3
Niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten, ggf. mit einer psychoonkologischen Weiterbildung	79	67.0
Psychoonkologische Spezialambulanzen oder psychoonkologische Dienste	58	49.2
Psychiatrische Institutsambulanzen	58	49.2
Gesamt	118	

¹ Mehrfachantworten möglich

4.1.2 Psychoonkologische Ambulanzen

4.1.2.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Psychoonkologische Ambulanzen und Dienste wurden auf Grundlage eines gemeinsamen und sehr umfangreichen Fragebogens erhoben, jedoch im Abschlussbericht unter den jeweiligen Kapiteln zur psychoonkologischen Versorgung im stationären Setting sowie im ambulanten Setting gesondert ausgewertet.

In der Abbildung 8 ist das Flowchart zusammengefasst für den Rücklauf der psychoonkologischen Ambulanzen und Dienste dargestellt. **Initial** konnten 483 Psychoonkologische Ambulanzen und Dienste identifiziert werden. Im weiteren Projektverlauf wurden nachträglich sieben weitere Einrichtungen mit aufgenommen. Von den **490 identifizierten psychoonkologischen Ambulanzen und**

Dienste mussten insgesamt 84 wieder aus der Untersuchung ausgeschlossen werden, da eine Nachprüfung ergab, dass diese irrtümlich rekrutiert wurden (n= 36), da eine Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen nicht möglich war (n= 36), die psychoonkologischen Ambulanzen bzw. Dienste im Jahr 2016 noch kein Angebot vorgehalten haben (n= 6) oder es sich um eine andere Einrichtungsart handelte (n= 6). **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **406 Psychoonkologische Ambulanzen und Dienste** für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben 261 der insgesamt 406 psychoonkologischen Ambulanzen und Dienste: 248 Einrichtungen haben nicht auf die Einladung reagiert, 8 gaben an aus organisatorischen Gründen nicht teilnehmen zu können, 3 hatten kein Interesse an der Befragung teilzunehmen und 2 Psychoonkologische Ambulanzen und Dienste berichteten keine Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens zu haben.

In die Auswertung einbezogen werden konnten demnach insgesamt **145 psychoonkologische Ambulanzen und Dienste**, wobei 77 dieser Einrichtungen angaben, psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen im stationären Setting anzubieten und 144 dieser Einrichtungen angaben, Leistungen im stationären Setting anzubieten. Die Teilnahmequote beträgt **36%**.

Im Folgenden erfolgt die Darstellung der deskriptiven Auswertung der Angaben zu den im ambulanten Setting erbrachten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen.

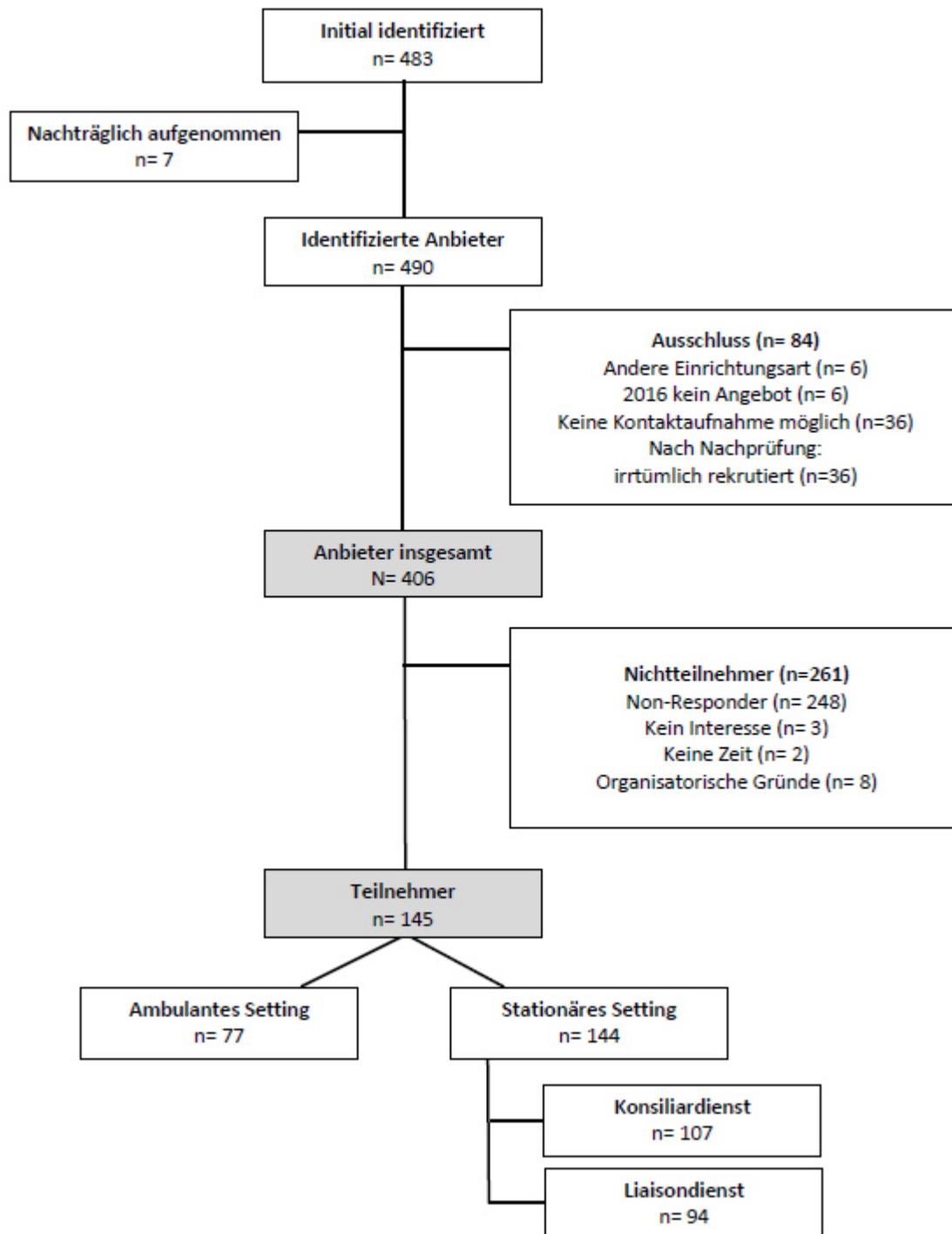


Abbildung 8: Flowchart Rücklauf für psychoonkologische Ambulanzen und Dienste

4.1.2.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Der Tabelle 54 ist zu entnehmen, dass **53%** der angeschriebenen psychoonkologischen Ambulanzen bzw. Dienste psychoonkologische/psychosoziale Leistungen im ambulanten Setting erbracht haben. 74% der psychosozialen Ambulanzen und Dienste gaben an, dass sie im stationären Setting konsiliarische (d.h. aufsuchende) Leistungen erbracht haben und **65%** berichten, dass sie im stationären

Setting die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung in Form eines Liaisondienstes erbracht haben.

Tabelle 54: Setting der psychoonkologischen Leistungen durch psychoonkologische Ambulanzen bzw. Dienste

In welchem Setting wurden im Jahr 2016 durch Ihre psychoonkologische Ambulanz bzw. Ihren psychoonkologischen Dienst psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen erbracht?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozenze
Es wurden psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen im <u>ambulanten</u> Setting erbracht	78	53.8
Es wurden psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen im stationären Setting erbracht – aufsuchend auf Anforderung (<u>Konsiliardienst</u>)	107	73.8
Es wurden psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen im stationären Setting erbracht – fest zugeteilte Mitarbeiter auf den Stationen (<u>Liaisondienst</u>)	94	64.8
Gesamt	145	100

¹ Mehrfachantworten möglich

Zugang zu den ambulanten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Angeboten der psychoonkologischen Ambulanzen

Die Mehrheit der psychoonkologischen Ambulanzen gab an, dass die psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen lediglich denjenigen Krebserkrankten zur Verfügung gestanden haben, die in ausgewählten Kliniken behandelt worden sind (Tabelle 55).

Tabelle 55: Zugang zu den Leistungen der psychoonkologischen Ambulanzen

Welchen Krebspatienten und/oder ihren Angehörigen standen im Jahr 2016 die ambulanten psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen Ihrer psychoonkologischen Ambulanz zur Verfügung?			
	Häufigkeit	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Die ambulanten psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen standen allen Krebspatienten und/oder ihren Angehörigen zur Verfügung	34	43.6	43.6
Die ambulanten psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen standen nur den Krebspatienten (und ihren Angehörigen) zur Verfügung, die in ausgewählten Krankenhäusern oder Kliniken onkologisch behandelt wurden.	44	56.4	100
Gesamt	78	100	

Spektrum psychoonkologischer und psychosozialer Angebote in psychoonkologischen Ambulanzen

Tabelle 56 stellt dar, dass insgesamt **71% der psychoonkologischen Ambulanzen** Elemente einer Richtlinienpsychotherapie⁷ angeboten haben. 62% gaben an verhaltenstherapeutische Elemente angeboten zu haben und 38% nannten Elemente einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.

Tabelle 56: Richtlinien-Psychotherapieelemente (G-BA) für Krebs Erkrankte in psychoonkologischen Ambulanzen

Hat Ihre psychoonkologische Ambulanz im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen Elemente einer Richtlinien-Psychotherapie angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Elemente einer Richtlinien-Psychotherapie	55	70.5	70.5
Verhaltenstherapie ¹	48	62.3	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ¹	29	37.7	
Analytische Psychotherapie ¹	3	3.9	
Keine Richtlinien-Psychotherapieelemente	23	29.5	100
Gesamt	78	100	

¹ Mehrfachantworten möglich

Tabelle 57 enthält eine Häufigkeitsverteilung der psychotherapeutischen und psychologischen Verfahren, Methoden und Interventionen für Krebs Erkrankte und ihre Angehörigen, die in psychoonkologischen Ambulanzen angeboten wurden. Psychotherapeutische und psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie des G-BAs haben insgesamt **97% der Einrichtungen** angeboten. Es zeigt sich, dass Krisenintervention mit 89% der Fälle am häufigsten angeboten wurde, gefolgt von psychologisch-supportiver Begleitung mit 85% und Entspannungsverfahren mit 77%.

⁷ Unter „Elementen einer Richtlinienpsychotherapie“ sind verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische oder psychoanalytische Techniken und psychotherapeutische Interventionen zu verstehen, die von approbierten oder in Ausbildung befindlichen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten **außerhalb** einer beantragten Kurz- oder Langzeittherapie Anwendung finden, etwa in psychoonkologischen Beratungsgesprächen oder im Rahmen von konsiliarischen Kontakten.

Tabelle 57: Psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen in psychoonkologischen Ambulanzen

Hat Ihre psychoonkologische Ambulanz im Jahr 2016 außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) folgende psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychologische Verfahren	76	97.4	97.4
Krisenintervention ¹	69	88.5	
Psychologisch-supportive Begleitung ^{1,2}	66	84.6	
Entspannungsverfahren ¹	60	76.9	
Imaginative Verfahren ¹	52	66.7	
Achtsamkeitsbasierte Verfahren ¹	45	57.7	
Gesprächspsychotherapie ¹	31	39.7	
Stressbewältigungstraining/-impfungstraining ¹	30	38.5	
Systemische Psychotherapie ¹	30	38.5	
Traumatherapeutische Interventionen ¹	29	37.2	
Paarkommunikationstraining ¹	27	34.6	
Hypnotherapie ¹	20	25.6	
Fatigue-Training ¹	14	18.2	
Sexualtherapeutische Interventionen ¹	12	15.4	
Gestalttherapie ¹	10	12.8	
EMDR ¹	7	8.9	
Psychodramatherapie ¹	3	3.9	
Neuropsychologische Therapie ¹	3	3.9	
Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	1	1.3	
<u>Keine</u> psychologischen Verfahren	2	2.6	100
Gesamt	78	100	

¹ Mehrfachantworten möglich

² bei subsyndromaler Belastung, auch supportive Psychotherapie

Das Spektrum der vorgehaltenen Beratungsleistungen gibt Tabelle 58 wieder. Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung wurde mit **92%** am häufigsten von psychoonkologischen Ambulanzen angeboten, weiterhin in mehr als der Hälfte der Einrichtungen Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische/psychosoziale Angebote, Informationsveranstaltungen zu psychoonkologischen/psychosozialen Themen sowie Vermittlung medizinischer Basisinformationen.

Tabelle 58: Beratungsleistungen in psychoonkologischen Ambulanzen

Welche der folgenden Beratungsleistungen hat Ihre psychoonkologische Ambulanz im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung	72	92.3
Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische/psychosoziale Angebote	65	83.3
Informationsveranstaltungen zu psychoonkologischen/psychosozialen Themen	58	74.4
Vermittlung medizinischer Basisinformationen	54	69.2
Psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung	15	19.2
Vermittlung medizinischer Fachinformationen ²	14	17.9
Keine Beratungsleistungen	3	3.8
Gesamt	78	

¹ Mehrfachantworten möglich² nur durch Ärztinnen und Ärzte

Die Tabelle 59 gibt die Häufigkeit von künstlerischen Therapieformen wieder. Demnach wurden künstlerische Therapieformen in **29% der psychoonkologischen Ambulanzen** angeboten. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Kunsttherapie (19%) angeboten wurde.

Tabelle 59: Künstlerische Therapieformen in psychoonkologischen Ambulanzen

Welche der folgenden künstlerischen Therapieformen hat Ihre psychoonkologische Ambulanz im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Kunsttherapie	15	19.2
Bewegungs- bzw. Tanztherapie	8	10.3
Musiktherapie	7	9.0
Keine künstlerischen Therapieformen	55	70.5
Gesamt	78	

¹ Mehrfachantworten möglich

90% der psychoonkologischen Ambulanzen haben zudem unterstützende und begleitende Leistungen für Krebs Erkrankte und/oder ihre Angehörigen angeboten (Tabelle 60). Insbesondere palliative Begleitungen (83%) sowie Trauerbegleitungen (78%) wurden in diesem Zusammenhang genannt.

Tabelle 60: Unterstützende und begleitende Leistungen in psychoonkologischen Ambulanzen

Welche der folgenden unterstützenden und begleitenden Leistungen hat Ihre psychoonkologische Ambulanz im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Palliative Begleitung	65	83.3
Trauerbegleitung	61	78.2
Sterbebegleitung	39	50.0
Sitzwache	3	3.9
Keine Beratungsleistungen	8	10.3
Gesamt	78	

¹ Mehrfachantworten möglich

Durchschnittlicher Umfang des Spektrums psychoonkologischer bzw. psychosozialer Angebote in Psychoonkologischen Ambulanzen (im Einzelkontakt)

Eine zusammenfassende Analyse des Umfangs der jeweiligen (im Einzelkontakt erbrachten) Leistungskomponenten zeigt, dass die durch die psychoonkologischen Ambulanzen psychotherapeutisch (d.h. durch Richtlinienpsychotherapieelemente) versorgten Krebserkrankten (und Angehörige) 29.7% ausgemacht haben. Darüber hinaus wurden im Durchschnitt pro Einrichtung weitere 29.6% der insgesamt in psychoonkologischen Ambulanzen versorgten Krebserkrankten (und Angehörige) mit psychotherapeutischen bzw. psychologischen Verfahren, Methoden oder Interventionen behandelt und 23.3% wurde eine Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung angeboten. Zudem erhielten 11.1% unterstützende und begleitende Leistungen, 3.6% Beratungen mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung, 2.6% künstlerische Therapieformen und 0.3% sonstige psychoonkologische Leistungen.

Durchschnittlicher Umfang des Spektrums psychoonkologischer bzw. psychosozialer Angebote in psychoonkologischen Ambulanzen (im Gruppenkontakt)

Von allen Krebserkrankten (und Angehörigen), die in psychoonkologischen Ambulanzen im Gruppen setting versorgt wurden, nahmen **53.8% ein Gruppenangebot** mit psychoonkologischen

Schwerpunkt wahr. 46% erhielten sonstige Gruppenangebote, wie z.B. Informationsveranstaltungen, Achtsamkeitsgruppentrainings, kunsttherapeutische Gruppen sowie offene Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.

Form der Angebote der psychoonkologischen Ambulanzen

In Tabelle 61 finden sich Angaben zur Form der psychoonkologischen Angebote.

Tabelle 61: Form der psychoonkologischen Angebote in psychoonkologischen Ambulanzen

In welcher Form werden die psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen Ihrer psychoonkologischen Ambulanz in der Regel (d.h. als Basisangebot) angeboten?¹

	Häufigkeit ²	Gültige Prozenzte
Persönlich, Face-to-Face	76	98.7
Telefonisch	48	62.3
E-Mail	29	37.7
Videotelefonie (z.B. Skype)	1	1.3
Chat	-	-
Foren	-	-
Gesamt	77	

¹ Dies schließt Terminvereinbarungen nicht mit ein

² Mehrfachantworten möglich

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote als Hausbesuche

Der Tabelle 62 ist zu entnehmen, dass **20% der psychoonkologischen Ambulanzen** im Jahr 2016 psychoonkologische bzw. psychosoziale Besuche auch als Hausbesuche angeboten haben.

Tabelle 62: Psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote durch Psychoonkologische Ambulanzen

Hat Ihre psychoonkologische Ambulanz im Jahr 2016 Hausbesuche mit psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Ja, es wurden Hausbesuche angeboten	15	19.7	19.7
Nein, keine Hausbesuche, aber es gab Nachfragen	38	50.0	69.7
Nein, keine Hausbesuche, aber es gab auch keine Nachfragen	23	30.3	100
Gesamt	76	100	

Hausbesuche wurden dabei in einem **durchschnittlichen Umkreis von 21,7 km** angeboten (Tabelle 63). Der Median betrug 25 km. 95% der Krebsberatungsstellen (Gesamt) haben Hausbesuche in einem Umkreis zwischen 25,9 und 31,1 km angeboten.

Tabelle 63: Umkreis (in km) der Hausbesuche durch psychoonkologische Ambulanzen (n= 15)

Wenn ja, in welchem Umkreis wurden Hausbesuche im Jahr 2016 angeboten? (bitte in km angeben)			Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		21.7
	Standardabweichung		8.8	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	16.8	
		Obergrenze	26.5	
	Median		20	
	Schiefe		0.3	0.6
	Kurtosis		-0.3	1.1

Zielgruppenspezifische Versorgungskonzepte in psychoonkologischen Ambulanzen

Die Tabelle 64 gibt zielgruppenspezifische Angebote in psychoonkologischen Ambulanzen wieder.

Tabelle 64: Psychoonkologische/psychosoziale Angebote für spezifische Zielgruppen in psychoonkologischen Ambulanzen

Zusätzlich zu Ihrem einheitlichen Versorgungskonzept für alle Krebspatienten: Für welche Zielgruppen hat Ihre psychoonkologische Ambulanz im Jahr 2016 zusätzlich psychoonkologische/psychosoziale Angebote mit einem ausgearbeiteten Konzept angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Angehörige und Personen des unmittelbaren sozialen Umfelds	47	61.0
Palliative Patienten	44	57.1
Paare	35	45.5
Familien	33	42.9
Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen mit Migrationshintergrund	24	31.2
Schmerzpatienten	23	29.9
Kinder (≤ 17 Jahre)	11	14.3
Keine spezielle Zielgruppe	29	37.7
Gesamt	77	

¹ Mehrfachantworten möglich

Fremdsprachenangebote in psychoonkologischen Ambulanzen

Die Angaben zur Frage nach Angeboten in einer Fremdsprache nach Einrichtungsform finden sich in Tabelle 65. Die Frage nach fremdsprachlichen Leistungen haben **49%** der psychoonkologischen Ambulanzen bejaht. Von den Einrichtungen, die angegeben haben, fremdsprachliche Leistungen anzubieten, erfolgte dies in 55% mit Hilfe von Dolmetschern.

Tabelle 65: Psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in einer Fremdsprache in psychoonkologischen Ambulanzen

Hat Ihre psychoonkologische Ambulanz im Jahr 2016 psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in einer Fremdsprache angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fremdsprachenangebot, ohne Dolmetscher	17	22.1	22.1
Fremdsprachenangebot, dolmetschergestützt	21	27.3	49.4
Kein Fremdsprachenangebot	39	50.6	100
Gesamt	77	100	

4.1.2.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Im Jahr 2016 haben die psychoonkologischen Ambulanzen durchschnittlich **139 Krebserkrankte** psychoonkologisch versorgt (Tabelle 66). Der Median betrug **67 Patientinnen und Patienten**. 95% der psychoonkologischen Ambulanzen gaben an, dass sie zwischen 98 und 181 Krebserkrankte versorgt haben.

Tabelle 66: Anzahl versorgter Krebserkrankte durch psychoonkologische Ambulanzen (n= 53)

Wie viele Krebspatienten wurden im Jahr 2016 insgesamt in Ihrer psychoonkologischen Ambulanz psychoonkologisch versorgt?	Statistik		Std.-Fehler
	Mittelwert	139.2	20.6
Standardabweichung	149.9		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	97.8	
	Obergrenze	180.5	
Median	67		
Schiefe	1.5	0.3	
Kurtosis	1.6	0.6	

Darüber hinaus gaben die psychoonkologischen Ambulanzen an, dass sie im Durchschnitt **49 Angehörige von Krebserkrankten** psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt haben (Tabelle 67). Der **Median** betrug **15 Angehörige** von Krebserkrankten.

Tabelle 67: Anzahl versorgter Angehöriger von Krebserkrankten in psychoonkologischen Ambulanzen (n= 64)

Wie viele Angehörige von Krebspatienten wurden in Ihrer psychoonkologischen Ambulanz im Jahr 2016 insgesamt ambulant psychoonkologisch/psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			49.0
Standardabweichung			93.4	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		25.7	
	Obergrenze		72.4	
Median			15	
Schiefe			3.5	0.3
Kurtosis			13.0	0.6

Im Durchschnitt fanden in psychoonkologischen Ambulanzen **6 Kontakte pro Krebspatientin und -patient** bzw. angehörige Person statt (Tabelle 68). Der Median der durchschnittlichen Kontakte pro Krebspatientin und -patient bzw. angehörige Person betrug **3,5**.

Tabelle 68: Anzahl der Kontakte pro Krebspatientin und -patient oder Angehöriger in psychoonkologischen Ambulanzen (n= 54)

Wie viele Kontakte haben Sie durchschnittlich mit einem Krebspatienten (und/oder Angehörigen), den Sie psychoonkologisch/psychosozial versorgen (nur bezogen auf die psychoonkologische Ambulanz)?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			5.9
Standardabweichung			7.5	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		3.9	
	Obergrenze		8.0	
Median			3.5	
Schiefe			4.4	0.3
Kurtosis			23.4	0.6

4.1.2.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligten Beschäftigten

Anzahl der Beschäftigten mit einem psychoonkologischen/psychosozialen Leistungsangebot

Tabelle 69 zeigt, wie viele Beschäftigte insgesamt in den psychoonkologischen Ambulanzen im Jahr 2016 an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligt gewesen sind. Demnach haben durchschnittlich **3,3 Beschäftigte** psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen in den psychoonkologischen Ambulanzen angeboten. Der Median betrug **2 Beschäftigte**. In 95% der psychoonkologischen Ambulanzen waren zwischen 2,6 und 4,1 Beschäftigte an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligt.

Tabelle 69: Anzahl psychoonkologischer/psychosozialer Beschäftigten in psychoonkologischen Ambulanzen (n= 77)

Wie viele Mitarbeiter (Festanstellung, Honorar und Praktikum) haben im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend psychoonkologische/psychosoziale Leistungen für Ihre psychoonkologische Ambulanz angeboten?	Statistik		Std.-Fehler
	Mittelwert	3.3	
Standardabweichung	3.3		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	2.6	
	Obergrenze	4.1	
Median	2		
Schiefe	3.3		0.3
Kurtosis	14.6		0.6

Beruflicher Hintergrund, Beschäftigungsstatus und –dauer der Beschäftigten

Tabelle 70 zeigt die Häufigkeiten der bei den Beschäftigten vertretenen Berufsgruppen. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Mehrheit der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in den psychoonkologischen Ambulanzen Psychologinnen und Psychologen (67%) oder Ärztinnen und Ärzte (17%) gewesen sind.

Tabelle 70: Beruf der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in psychoonkologischen Ambulanzen

Welchen Beruf hat dieser Mitarbeiter bzw. diese Honorarkraft?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychologe	161	67.4	67.4
Arzt	40	16.7	84.1
Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge	19	8.0	92.1
Sonstige	18	7.5	99.6
Kunst- oder Musiktherapeut	6	-	
Weitere	12	-	
Pädagoge	1	0.4	100
Gesamt	239	100	

Tabelle 71 zeigt die Häufigkeiten der Beschäftigungsverhältnisse der Angestellten bzw. Honorarkräfte oder Personen im Praktikum in psychoonkologischen Ambulanzen. Die große Mehrheit der Beschäftigten waren im Jahr 2016 **fest angestellt (95%)**. 5% arbeiteten auf Honorarbasis und 1% absolvierten ein Praktikum.

Tabelle 71: Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in psychoonkologischen Ambulanzen

Welches Beschäftigungsverhältnis hatte dieser Mitarbeiter bzw. diese Honorarkraft in 2016?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Angestellt	224	94.5	94.5
Honorar/Konsiliar	11	4.6	99.2
Praktikum	2	0.8	100
Gesamt	237	100	

Der Tabelle 72 ist weiterhin zu entnehmen, dass **65% der angestellten Beschäftigten über einen unbefristeten Arbeitsvertrag** verfügten.

Tabelle 72: Art der Anstellung der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in psychoonkologischen Ambulanzen

Welches Beschäftigungsverhältnis hatte dieser Mitarbeiter bzw. Konsiliar in 2016?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Angestellt, unbefristet	146	65.2	65.2
Angestellt, befristet	78	34.8	100
Gesamt	224	100	

Die Dauer der Beschäftigung der Angestellten im Jahr 2016 findet sich in Tabelle 73. Im Durchschnitt waren die Angestellten 11,4 Monate im Jahr 2016 in den psychoonkologischen Ambulanzen beschäftigt. **88% der Angestellten** waren für **12 Monate** beschäftigt.

Tabelle 73: Wie viele Monate waren die Beschäftigten in psychoonkologischen Ambulanzen (n= 229)

Wie viele Monate war Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft im Jahr 2016 beschäftigt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			11.4
Standardabweichung			1.9	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		11.1	
	Obergrenze		11.6	
Median			12	
Schiefe			-3.2	0.2
Kurtosis			9.7	0.3

Wochenarbeitsstunden

Die Höhe der von den Beschäftigten geleisteten Wochenarbeitsstunden in psychoonkologischer bzw. psychosozialer Tätigkeit findet sich in Tabelle 74. Im Durchschnitt wurde je Arbeitskraft bzw. Honorarkraft **16,6 Wochenarbeitsstunden** psychoonkologisch bzw. psychosozial in den psychoonkologischen Ambulanzen gearbeitet.

Tabelle 74: Wochenarbeitsstunden psychoonkologischer Beschäftigter bzw. Honorarkräfte in psychoonkologischen Ambulanzen (n= 229)

Wie viele Stunden pro Woche hat Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft psychoonkologisch/psychosozial im Jahr 2016 gearbeitet?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			16.6
Standardabweichung			11.9	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		15.0	
	Obergrenze		18.1	
Median			15	
Schiefe			0.5	0.2
Kurtosis			-0.8	0.3

Psychoonkologische Qualifikation sowie psychotherapeutische oder fachärztliche Weiterbildung

Tabelle 75 und Tabelle 76 berichten Angaben zur psychoonkologischen Fort- und Weiterbildung sowie zur psychotherapeutischen oder fachärztlichen Weiterbildung der Beschäftigten in psychoonkologischen Ambulanzen (Gesamt).

71 % aller Beschäftigten bzw. Honorarkräfte, die im Jahr 2016 an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung in psychoonkologischen Ambulanzen beteiligt waren, verfügten über eine psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung (von der DKG anerkannt). Weitere 8% befanden sich im Jahr 2016 bereits in der psychoonkologischen Fort- oder Weiterbildung.

Tabelle 75: Psychoonkologische Weiterbildung (DKG-anerkannt) von Beschäftigten in psychoonkologischen Ambulanzen

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine DKG-anerkannte psychoonkologische Weiterbildung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	167	71.4	71.4
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	18	7.7	79.1
Keine psychoonkologische Weiterbildung	49	20.9	100
Gesamt	234	100	

¹ psychoonkologische Fort- und Weiterbildungscurricula, die einen Umfang von mindestens 120 Fortbildungseinheiten á 45 Min. haben und von der DKG anerkannt wurden

Die Mehrheit der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in **psychoonkologischen Ambulanzen** verfügten zudem über eine psychotherapeutische Ausbildung oder fachärztliche Qualifizierung (55%, Tabelle 28) bzw. befanden sich im Jahr 2016 bereits in psychotherapeutischer bzw. fachärztlicher Aus- bzw. Weiterbildung (22%, Tabelle 76).

Tabelle 76: Psychotherapeutische oder fachärztliche Qualifizierung von Beschäftigten in psychoonkologischen Ambulanzen

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine psychotherapeutische bzw. fachärztliche Qualifizierung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	122	55.2	55.2
Aktuell in Qualifizierung	48	21.7	76.9
Keine psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	51	23.1	100
Gesamt	221	100	

¹ Für die Berufsgruppe der Psychologen: Approbation als Psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in einem von dem G-BA anerkannten Therapieverfahren: Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie); für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte: abgeschlossene Weiterbildung zum FA für Psychiatrie und Psychotherapie, FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FA für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie oder in Weiterbildung fachgebundene Psychotherapie.

Die durchschnittliche Berufserfahrung von Beschäftigten in psychoonkologischen Ambulanzen betrug **9,3 Jahre**. Der Median betrug **7 Jahre**. 95% aller Beschäftigten in psychoonkologischen Ambulanzen hatten eine durchschnittliche Berufserfahrung zwischen 8,3 und 10,3 Jahren (Tabelle 77).

Tabelle 77: Berufserfahrung der Beschäftigten in psychoonkologischen Ambulanzen (n= 232)

Über wie viel psychosoziale Berufserfahrung in Jahren verfügte Ihr Mitarbeiter bis einschließlich 2016 geschätzt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			9.3
Standardabweichung			7.8	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		8.3	
	Obergrenze		10.3	
Median			7	
Schiefe			1.0	0.2
Kurtosis			0.1	0.3

Unter den insgesamt 48 Beschäftigten in psychoonkologischen Ambulanzen, die über keine psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung verfügen, betrug die durchschnittliche Berufserfahrung 5,5 Jahre.

4.1.2.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Die Abbildung 9 stellt den durchschnittlichen Anteil der Finanzquellen zur Finanzierung der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung durch psychoonkologische Ambulanzen dar. Demnach gaben die psychoonkologischen Ambulanzen an, dass die **gesetzlichen Krankenkassen im Durchschnitt zu 60 %** für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung aufgekommen sind. Andere Finanzquellen waren zu 17% an der Finanzierung beteiligt. Die Privaten Krankenkassen kamen im Durchschnitt 9% und das Land im Durchschnitt zu 4% der Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung auf.

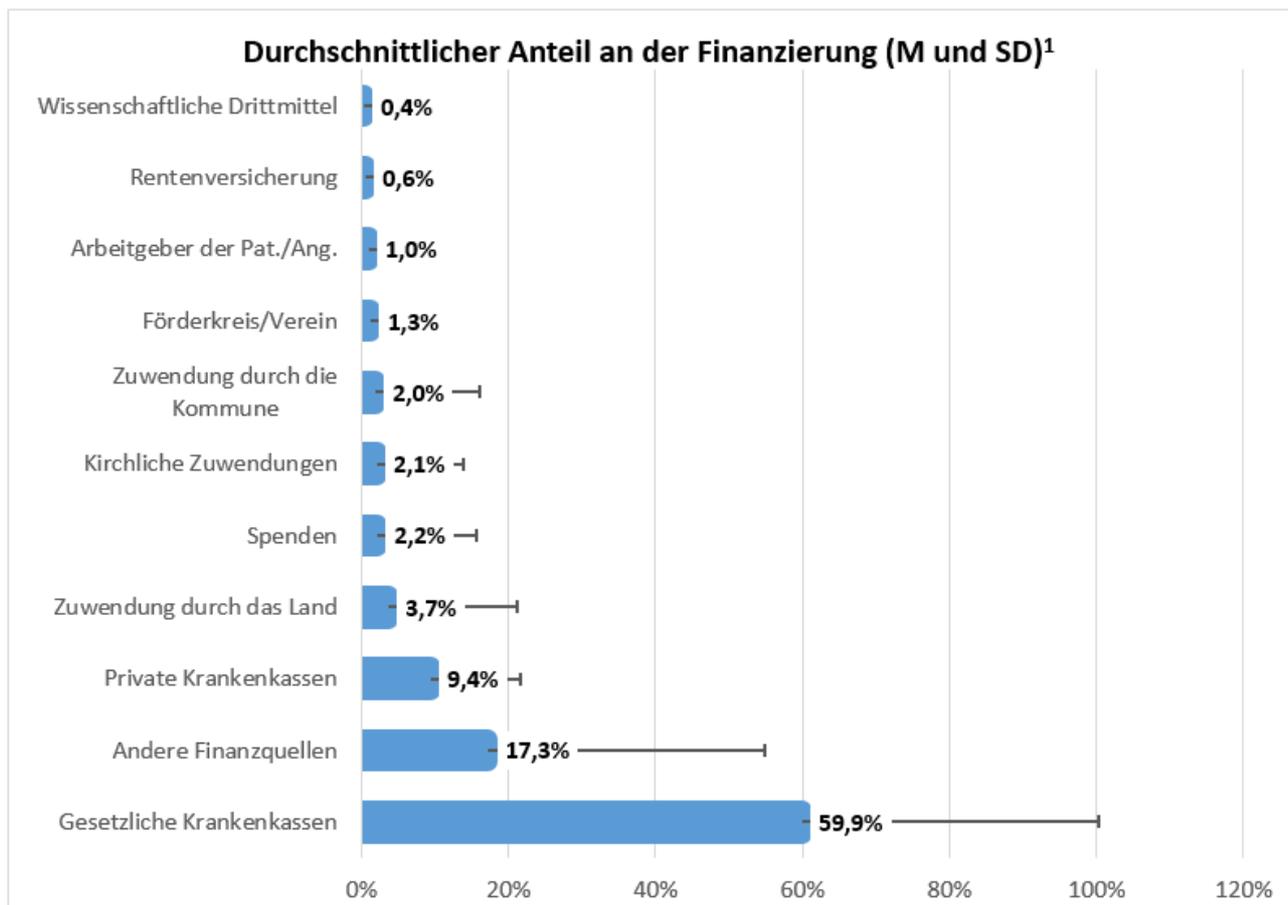


Abbildung 9: Anteil der Finanzquellen am Gesamtbudget für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung innerhalb der psychoonkologischen Ambulanzen

¹ Durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung: Bezieht sich auf die jeweilige Finanzierungsquelle (d.h. Mittelwert des Finanzierungsanteils einer Finanzquelle über alle Einrichtungen hinweg), daher Abweichungen von 100% möglich.

Personal-, Sach-, Investitions- sowie sonstige jährliche Kosten

Zu Fragen der jährlichen Personalkosten liegen Angaben von 22 der teilnehmenden 78 psychoonkologischen Ambulanzen vor. Die Verteilung der durchschnittlich angegebenen Personal-, Sach-, Investitions- sowie sonstigen Kosten ist der Tabelle 78 zu entnehmen.

Die psychoonkologischen Ambulanzen haben angegeben, dass die Personalkosten im Jahr 2016 durchschnittlich **100.000 Euro** betragen haben. Der Median betrug **47.000 Euro**. 95 % der psychoonkologischen Ambulanzen haben Personalkosten zwischen 42.900 Euro und 157.200 Euro angegeben.

Tabelle 78: Personal-, Sach-, Investitions- sowie sonstige jährliche Kosten der psychoonkologischen Ambulanzen (n= 22)

Personalkosten (1000€/2016)		Statistik ¹	Std.-Fehler
Mittelwert		100.1	27.5
Standardabweichung		128.8	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	42.9	
	Obergrenze	157.2	
Median		47.0	
Schiefe		1.7	0.5
Kurtosis		2.2	1.0
Sachkosten (1000€/2016)		Statistik	Std.-Fehler
Mittelwert		3.3	1.1
Standardabweichung		4.0	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	0.8	
	Obergrenze	5.7	
Median		2.1	
Schiefe		1.1	0.6
Kurtosis		-0.5	1.2
Investitionsmittel (1000€/2016)		Statistik	Std.-Fehler
Mittelwert		2.3	1.0
Standardabweichung		3.1	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	0.09	
	Obergrenze	4.6	
Median		1.4	
Schiefe		1.9	0.7
Kurtosis		3.9	1.3
Sonstige Kosten (1000€/2016)		Statistik	Std.-Fehler
Mittelwert		0.5	0.1
Standardabweichung		0.3	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	0.1	
	Obergrenze	0.8	
Median		0.5	
Schiefe		0.2	0.9
Kurtosis		1.2	1.7

¹ Angaben in 1000€/Jahr

4.1.2.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Dokumentation

Am häufigsten wurde angegeben, dass in psychoonkologischen Ambulanzen teils handschriftlich und teils EDV-basiert dokumentiert wurde (51%) (Tabelle 79). Weitere 35% der psychoonkologischen Ambulanzen gaben an, die Dokumentation EDV-basiert durchgeführt zu haben. 14% gaben an, ausschließlich handschriftlich dokumentiert zu haben.

Tabelle 79: Art der Dokumentation in psychoonkologischen Ambulanzen

Wie wurden die psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen durch Ihre Mitarbeiter in 2016 dokumentiert?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Teils handschriftlich, teils EDV-basiert	38	51.4	48.7
EDV-basiert	26	35.1	83.3
Handschriftlich	10	13.5	100
Keine Dokumentation	0	0	100
Gesamt	75	100	

Wartezeiten

Bezogen auf die Wartezeiten bis zum regulären Beginn der psychoonkologischen Versorgung gaben **9% der psychoonkologischen Ambulanzen** an, dass keine Wartezeit bestanden habe (Tabelle 80). Insgesamt 72% der Einrichtungen geben an, dass sie einen regulären Versorgungsbeginn innerhalb von 7 Tagen anbieten konnten. Die Wartezeit bis zum regulären Versorgungsbeginn betrug im Durchschnitt 7 Tage (M= 6,8; SD= 7,1; Median= 3 Tage, Range 0 bis 30 Tage).

Tabelle 80: Wartezeit für regulären psychoonkologischen Versorgungsbeginn in psychoonkologischen Ambulanzen

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 nach der Kontaktaufnahme mit Ihrer psychoonkologischen Ambulanz durchschnittlich auf den regulären Versorgungsbeginn durch Ihre psychoonkologische Ambulanz warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	6	8.6	8.6
Wartezeit bis zu 7 Tagen	44	62.9	71.5
Wartezeit bis zu 14 Tagen	13	18.6	90.1
Wartezeit bis zu 21 Tagen	4	5.7	95.8
Wartezeit bis zu 31 Tagen	3	4.3	100
Wartezeit über 1 Monat	-	-	-
Gesamt	70	100	

Im Krisenfall reduzierte sich die Wartezeit bis zum Versorgungsbeginn in psychoonkologischen Ambulanzen auf durchschnittlich 2 Tage ($M= 1,8$; $SD= 4,4$; Median= 0 Tage, Range 0 bis 28 Tage). Insgesamt 64% der psychoonkologischen Ambulanzen haben angegeben, dass sie im Krisenfall einen Versorgungsbeginn noch am selben Tag anbieten konnten (Tabelle 81).

Tabelle 81: Wartezeit für Versorgungsbeginn im Krisenfall in psychoonkologischen Ambulanzen

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Krisenfall Jahr 2016 nach der Kontaktaufnahme mit Ihrer psychoonkologischen Ambulanz durchschnittlich auf den psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn durch Ihre psychoonkologische Ambulanz warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	45	64.3	64.3
Versorgungsbeginn <u>nicht</u> am selben Tag	25	35.7	100
Gesamt	70	100	

Versorgungsbarrieren

26% der befragten psychoonkologischen Ambulanzen haben angegeben, dass sie **allen Krebserkrankte und ihren Angehörigen** ein passendes Angebot machen konnten. Von den Einrichtungen, die angegeben haben, dass sie den Krebserkrankten und ihren Angehörigen kein passendes Angebot anbieten konnten (74%), gaben 50% an, dass unzureichende Versorgungskapazitäten Grund für Abweisungen gewesen seien (Tabelle 82). 47% gaben an, dass die Entfernung vom Wohnort zum Be-

handlungsangebot zu groß gewesen sei, und 43% nannten Sprachbarrieren bei nicht-deutschsprachigen Krebserkrankten als Grund für die Abweisung von Patientinnen und Patienten mit einem psychoonkologischen Unterstützungsbedarf.

Tabelle 82: Gründe für abgewiesene Patientinnen und Patienten in psychoonkologischen Ambulanzen

Aus welchen Gründen konnte Ihre psychoonkologische Ambulanz im Jahr 2016 für Krebspatienten und ihren Angehörigen mit einem psychoonkologischen Unterstützungsanliegen ggf. kein passendes ambulantes Behandlungsangebot vorhalten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Unzureichende Versorgungskapazitäten	29	50.0
Entfernung vom Wohnort zum Behandlungsangebot zu groß	27	46.6
Sprachbarrieren	25	43.1
Das Angebot einer anderen Einrichtung war für den Bedarf passender	18	31.0
Keine Finanzierungsmöglichkeit der Fahrtkosten	14	24.1
Keine (ausreichende) Finanzierung des Behandlungsangebots	10	17.2
Sonstige	7	12.1
Gesamt	58	100

¹ Mehrfachantworten möglich

Räumlichkeiten, Barrierefreiheit und Erreichbarkeit

Es zeigt sich, dass 94% der psychoonkologischen Ambulanzen angegeben haben, Räumlichkeiten für ungestörte Beratungsgespräche vorhalten zu können (Tabelle 83).

Tabelle 83: Räumlichkeiten für ungestörte Beratungsgespräche in psychoonkologischen Ambulanzen

Standen in Ihrer psychoonkologischen Ambulanz in 2016 gesonderte Räumlichkeiten für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung zur Verfügung, in denen ungestörte Beratungsgespräche oder Behandlungen möglich waren

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ja, für alle Gespräche	47	68.1	68.1
Ja, aber nur für einen Teil der Gespräche	18	26.1	94.2
Nein, keine gesonderten Räumlichkeiten	4	5.8	100
Gesamt	69	100	

Barrierefreie Beratungsräume gaben **93% der psychoonkologischen Ambulanzen** an und weitere 4% konnten Alternativen, wie z.B. telefonische Beratungen, anbieten (Tabelle 84).

Tabelle 84: Barrierefreiheit in psychoonkologischen Ambulanzen

Verfügte Ihre psychoonkologische Ambulanz in 2016 über barrierefreie Behandlungs- bzw. Beratungsräume für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Barrierefreiheit	64	92.8	92.8
Keine Barrierefreiheit	2	2.9	95.7
Nein, aber Alternativen wurden angeboten ¹	3	4.3	100
Gesamt	69	100	

¹ z.B. telefonische Beratungen

Insgesamt **99% der psychoonkologischen Ambulanzen** gaben an, dass sie gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen gewesen sind (Tabelle 85).

Tabelle 85: Erreichbarkeit mit ÖPNV von psychoonkologischen Ambulanzen

War Ihre psychoonkologische Ambulanz in 2016 mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar (d.h. die nächste Haltestelle war nicht mehr als 500m entfernt)?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gute Erreichbarkeit mit ÖPNV	67	98.5	98.5
Keine gute Erreichbarkeit mit ÖPNV	1	1.5	100
Gesamt	68	100	

¹ z.B. telefonische Beratungen

Und nahezu alle psychoonkologische Ambulanzen (91%) konnten auf Parkplätze in unmittelbarer Nähe der Ambulanz verweisen (Tabelle 86).

Tabelle 86: Parkmöglichkeiten bei psychoonkologischen Ambulanzen

Verfügte Ihre Psychoonkologische Ambulanz in 2016 über direkte Parkmöglichkeiten (d.h. die nächste Parkmöglichkeit war nicht mehr als 500m entfernt)?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Direkte Parkmöglichkeiten	62	91.2	91.2
Keine direkten Parkmöglichkeiten	6	8.8	100
Gesamt	68	100	

Standard Operating Procedures (SOPs)

Es gaben 28% der psychoonkologischen Ambulanzen an, dass keine schriftlich ausgearbeiteten Standards vorgelegen haben (Tabelle 87). Bei den **72% der psychoonkologischen Ambulanzen mit vorliegenden SOPs** handelte es sich in 79% der Fälle um ein verbindliches Rahmenkonzept.

Tabelle 87: Vorliegen schriftlich ausgearbeiteter Standards in psychoonkologischen Ambulanzen

Lagen in 2016 schriftlich ausgearbeitete Standards (z.B. SOPs¹), Leitfäden oder Versorgungskonzepte für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung Ihrer psychoonkologischen Ambulanz vor, die den Mitarbeitern und Honorarkräften zur Verfügung standen?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Es lagen keine SOPs vor	22	28.2	28.2
Es lagen SOPs vor	56	71.8	100
Gesamt	78	100	

¹ SOP= „Standard Operating Procedure“, d.h. bindende Abläufe

Supervision

67% der psychoonkologischen Ambulanzen gaben an, ein fallbezogenes Supervisionsangebot für die psychoonkologischen bzw. psychosozialen Beschäftigten zur Verfügung gestellt zu haben (Tabelle 88).

Tabelle 88: Supervision in psychoonkologischen Ambulanzen

Stellte Ihre psychoonkologische Ambulanz für die an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Honorarkräfte im Jahr 2016 ein fallbezogenes Supervisionsangebot bereit?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Supervision	41	67.2	67.2
Keine Supervision	20	32.8	100
Gesamt	61	100	

Fortbildungen

Die Frage nach einer verpflichtenden psychoonkologischen Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte bejahten **65% der psychoonkologischen Ambulanzen** (Tabelle 89).

Tabelle 89: Psychoonkologische Weiter- und Fortbildung in psychoonkologischen Ambulanzen

Waren die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Honorarkräfte (einschließlich aller Ihrer eventuellen Außenstellen) im Jahr 2016 verpflichtet sich **psychoonkologisch** weiter- bzw. fortzubilden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychoonkologische Fort- und Weiterbildung	43	65.2	65.2
Keine psychoonkologische Fort- und Weiterbildung	23	34.8	100
Gesamt	66	100	

Eine Verpflichtung zur Teilnahme an einer psychosozialen Fort- und Weiterbildung wurde von 65% der psychoonkologischen Ambulanzen angegeben (Tabelle 90).

Tabelle 90: Psychosoziale Weiter- und Fortbildung in psychoonkologischen Ambulanzen

Waren die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Honorarkräfte im Jahr 2016 verpflichtet sich **psychosozial** weiter- bzw. fortzubilden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychosoziale Fort- und Weiterbildung	43	65.2	65.2
Keine psychosoziale Fort- und Weiterbildung	23	34.8	100
Gesamt	66	100	

Einsatz standardisierter Erhebungsinstrumente

Der Einsatz standardisierter Selbstbeurteilungsinstrumente wird von **72% psychoonkologischen Ambulanzen** angegeben (Tabelle 91).

Tabelle 91: Einsatz standardisierter Selbstbeurteilungsinstrumente in psychoonkologischen Ambulanzen

Kamen im Jahr 2016 in Ihrer psychoonkologischen Ambulanz Fragebögen (Selbstbeurteilungsinstrumente) für die Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen zum Einsatz?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten	56	71.8	71.8
Kein Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten	22	28.2	100
Gesamt	78	100	

Die Instrumente wurden von fast allen psychoonkologischen Ambulanzen zum Screening bzw. der Eingangsdiagnostik verwendet (82%), in einem deutlich kleineren Anteil aber auch zur Verlaufsevaluation (26%) und zur Abschlussevaluation (5%) bzw. Katamnese (5%).

4.1.3 Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

4.1.3.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Die Abbildung 10 stellt das Flowchart für den Rücklauf für Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt dar. **Initial** konnten **1.380 Niedergelassene** mit einem psychoonkologischen Schwerpunkt identifiziert werden. Im weiteren Projektverlauf wurden nachträglich zwei weitere Anbietende mit aufgenommen, die sich an die Projektleitung gewandt und um eine Teilnahme an der Befragung gebeten haben. Von den 1.382 identifizierten Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt mussten jedoch 231 aus der Untersuchung ausgeschlossen werden, da diese zum einen – wie eine Nachprüfung ergab - irrtümlich rekrutiert wurden (n=114), lediglich Selbstzahlende behandelt haben (n=72), eine Kontaktaufnahme leider nicht möglich war (n=18) oder im Jahr 2016 noch gar kein psychotherapeutisches bzw. fachärztliches Angebot vorgehalten haben (n=18). Weitere Gründe zum Ausschluss bestanden darin, dass im Jahr 2016 keine Krebserkrankten vorstellig gewesen seien (n=6) bzw. dass die Praxis im Jahr 2016 aufgrund des Ruhestandes bereits geschlossen gewesen sei (n=3). **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **1.151 Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt** für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben 894 der insgesamt 1.151 Niedergelassenen: 879 psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt haben nicht auf die Einladung reagiert, 11 gaben an aus organisatorischen Gründen nicht teilnehmen zu können, zwei haben bekundet kein Interesse zu haben und zwei, dass sie keine Zeit hätten.

In die Auswertung einbezogen werden konnten demnach **257 Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt**. Dies entspricht einer Teilnahmequote von **22%**.

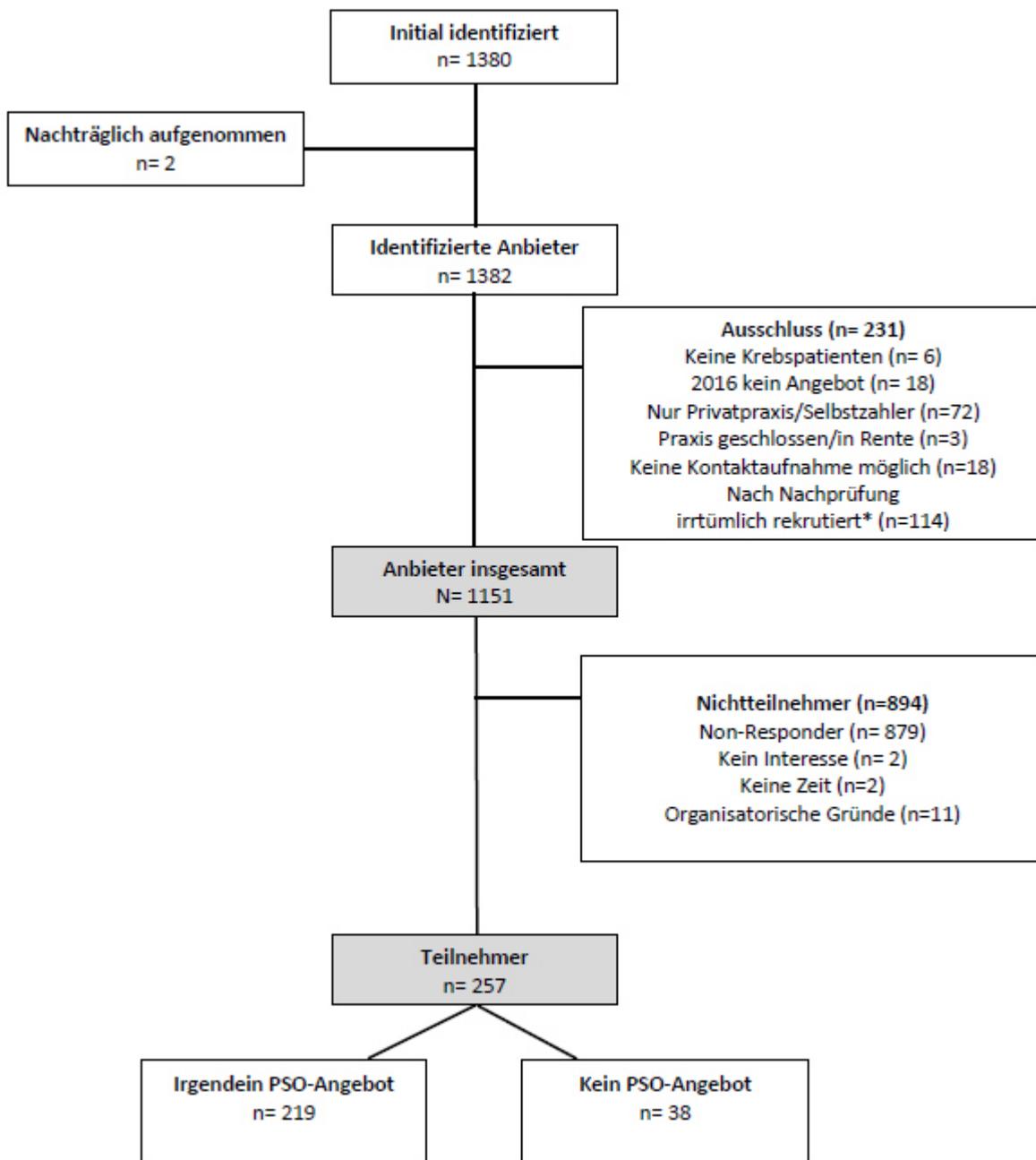


Abbildung 10: Flowchart Rücklauf für Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

4.1.3.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische Angebote durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Von den insgesamt 257 Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, die an der Befragung teilgenommen haben, gaben **85%** an,

im Jahr 2016 grundsätzlich ein psychoonkologisches Angebot für Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen angeboten zu haben (Tabelle 92). Von den verbleibenden 9% Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, die angegeben haben, dass sie kein psychoonkologisches Angebot bereit gehalten haben, gaben 57% an, dass sich im Jahr 2016 keine Krebserkrankten und/oder Angehörige mit einem psychoonkologischen Bedarf bzw. Anliegen vorgestellt haben.

Tabelle 92: Psychoonkologische Angebote durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Haben Sie im Jahr 2016 grundsätzlich psychoonkologische Angebote für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen vorgehalten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
PSO-Angebot	219	85.2	85.2
Kein PSO-Angebot	38	14.8	100
Gesamt	257	100	

Spektrum psychoonkologischer Angebote bei Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Von den insgesamt 219 Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt haben **99%** im Jahr 2016 eine Richtlinien-Psychotherapie

für Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen angeboten. Die Mehrheit dieser Psychotherapien (53%) waren Verhaltenstherapien (Tabelle 93).

Tabelle 93: Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) für Krebserkrankte durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischer Weiterbildung

Haben Sie im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen ambulante psychotherapeutische Leistungen nach den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) angeboten und diese nach EBM oder GBÄ bzw. GOP abgerechnet? ¹			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Richtlinien-Psychotherapie	216	98.6	98.6
Verhaltenstherapie ²	115	52.5	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ²	101	46.1	
Analytische Psychotherapie ²	12	5.5	
Keine Richtlinien-Psychotherapie abgerechnet	3	1.4	100
Gesamt	219	100	

¹ Dies schließt auch Kostenerstattungsverfahren mit ein

² Mehrfachantworten möglich

Innerhalb der Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) haben 24% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung noch EMDR und 1% neuropsychologische Therapie für Krebserkrankte und ihre Angehörigen angeboten (Tabelle 94).

Tabelle 94: EMDR und neuropsychologische Therapie für Krebserkrankte durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Haben Sie innerhalb der Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) im Jahr 2016 folgende ambulante psychotherapeutische Verfahren, Methoden bzw. Interventionen für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten? ¹		
	Häufigkeit	Gültige Prozente
EMDR ²	52	24.0
Neuropsychologische Therapie ²	2	0.9
Keine der genannten Verfahren	165	75.1
Gesamt	219	100

¹ Dies schließt auch Kostenerstattungsverfahren mit ein

² Mehrfachantworten möglich

28% (n=61) der befragten ambulanten Anbietenden waren Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Tabelle 100 und Tabelle 101). Von diesen Ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten gaben insgesamt 33% an, dass sie psychiatrische Gespräche oder Behandlungen für

Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen angeboten haben (Tabelle 95). 48% gaben an, dass sie Medikamente zur Behandlung psychischer Belastungen verschrieben haben (Tabelle 96).

Tabelle 95: Psychiatrische Leistungen für Krebserkrankte durch Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Für Ärzte: Haben Sie im Jahr 2016 folgende ambulante Leistungen mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Psychiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung ²	20	32.8
Mitbetreuung in häuslicher Umgebung, beschützenden Einrichtungen oder Heimen	21	34.4
<u>Keine</u> der genannten Leistungen	22	36.1
Gesamt	61	100

¹ Mehrfachantworten möglich; ² entsprechend der Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Tabelle 96: Weitere Leistungen für Krebserkrankte durch Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Für Ärzte: Haben Sie im Jahr 2016 folgende Leistungen mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Beratung mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung	55	90.2
Vermittlung medizinischer Fachinformationen	50	82.0
Verschreibung von Medikamenten zur Behandlung psychischer Belastung (Angst, Anspannung, Schlafstörung) bei Krebspatienten	29	47.5
<u>Keine</u> der genannten Leistungen	2	3.3
Gesamt	61	100

¹ Mehrfachantworten möglich

Psychoonkologische Gruppenangebote durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten

95% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten gaben an, dass sie im Jahr 2016 keine psychoonkologischen Leistungen als Gruppenkontakte angeboten haben.

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote als Hausbesuche

Insgesamt haben **38%** der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten

mit psychoonkologischem Schwerpunkt angegeben, dass sie im Jahr 2016 Hausbesuche mit psychoonkologischen Leistungen angeboten haben. Der durchschnittliche Umkreis, in welchem psychoonkologische Leistungen als Hausbesuch angeboten wurden, betrug 16 km. Der Median betrug 12 km. 95% der erbrachten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt erfolgten in einem Umkreis zwischen 13 und 19 km. Die Mehrheit der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (49%) gab an, dass keine Hausbesuche angeboten wurden, es jedoch auch keine Anfragen nach Hausbesuchen gegeben habe. Insgesamt 13% berichteten, dass zwar nach Hausbesuchen angefragt worden sei, aber trotzdem keine Hausbesuche angeboten wurden.

Fremdsprachenangebote durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Von den Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt gaben **12%** an, dass sie psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen für nicht-deutschsprachige Krebserkrankte angeboten haben (Tabelle 97).

Tabelle 97: Psychoonkologische Leistungen in einer Fremdsprache durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Haben Sie im Jahr 2016 psychoonkologische Leistungen in einer Fremdsprache angeboten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fremdsprachenangebot, ohne Dolmetscher	24	11.2	11.2
Fremdsprachenangebot, dolmetschergestützt	2	0.9	12.1
Kein Fremdsprachenangebot	189	87.9	100
Gesamt	215	100	

4.1.3.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Im Jahr 2016 haben die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt **durchschnittlich 37 Krebserkrankte** psychoonkologisch versorgt (Tabelle 98). Der **Median betrug 14 Patientinnen und Patienten**. 95% der Psychologischen

und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben angegeben, dass sie zwischen 28 und 46 Krebserkrankte versorgt haben.

Tabelle 98: Anzahl versorgter Krebserkrankte durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt (n= 196)

Wie viele Krebspatienten haben Sie im Jahr 2016 insgesamt ambulant psychoonkologisch beraten bzw. behandelt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			37.0
Standardabweichung			64.1	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		28.0	
	Obergrenze		46.0	
Median			14	
Schiefe			3.5	0.4
Kurtosis			15.6	1.4

Der Tabelle 99 ist zu entnehmen, dass Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt im Jahr 2016 zusätzlich im Durchschnitt **9 Angehörige** von Krebserkrankte psychoonkologisch versorgt haben. Der Median betrug **3 Angehörige**.

Tabelle 99: Anzahl versorgter Angehöriger von Krebserkrankten durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt (n= 196)

Wie viele Angehörige von Krebspatienten haben Sie im Jahr 2016 insgesamt psychoonkologisch beraten bzw. behandelt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			8.8
Standardabweichung			18.9	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		6.2	
	Obergrenze		11.5	
Median			3	
Schiefe			5.3	0.2
Kurtosis			33.7	0.4

Die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt gaben zudem an, dass im Durchschnitt 15% (SD= 21,2; Median= 5, Range 0 bis 100) der im Einzelkontakt erbrachten psychoonkologischen Leistungen im Kontakt mit den Angehörigen der Krebserkrankten erbracht worden seien.

4.1.3.4 Ausbildung der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Die Tabelle 100 gibt Auskunft über die Art der Praxis, in welcher die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt arbeiteten. Mit **70%** arbeitete die Mehrheit der Niedergelassenen als Psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeut. Insgesamt 11% der Anbietenden führten den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und 7% der Anbietenden gaben unter „Sonstige Praxis“ an, dass sie als Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten arbeiteten.

Tabelle 100: Art der Praxis von Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Um welche Art der Praxis handelt es sich dabei?			
	Häufig- keit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychotherapeutische bzw. psychiatrische Praxis	203	92.7	92.7
Psychologische Psychotherapie	154	70.3	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	2	0.9	
Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	2	0.9	
Psychiatrie und Psychotherapie/Nervenheilkunde	6	2.7	
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	23	10.5	
Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie	-	-	
Sonstige: „Ärztliche Psychotherapie“	16	7.3	
Hausarzt-/Allgemeinmedizinische Praxis	6	2.7	95.0
Andere Facharztpraxis	10	4.6	100
Gesamt	219	100	

In Übereinstimmung mit Tabelle 100 geht aus der Tabelle 101 hervor, dass es sich bei 71% der ambulanten Anbietenden mit psychoonkologischem Schwerpunkt um Psychologinnen und Psychologen handelte. 28% haben ein Studium der Humanmedizin abgeschlossen und 1% der ambulanten Anbietenden haben Soziale Arbeit bzw. Sozialpädagogik studiert.

Tabelle 101: Studienabschluss der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

In welchem Fach haben Sie Ihren Studienabschluss erreicht? ¹			
	Häufigkeit	Gültige Prozen-te	Kumulierte Prozen-te
Psychologie	156	71.2	71.2
Soziale Arbeit/Sozialpädagogik	2	0.9	72.1
Humanmedizin	61	27.9	100
Gesamt	219	100	

¹ Fach mit dem höchsten Abschluss

Von den Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die angegeben haben, mit psychoonkologischem Schwerpunkt zu arbeiten, berichteten **76%**, dass sie eine **psychoonkologische Weiterbildung abgeschlossen** haben bzw. sich im Jahr 2016 in psychoonkologischer Weiterbildung befunden zu haben (Tabelle 102). 24% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt verfügten über keine spezifische (von der DKG anerkannte) psychoonkologische Weiterbildung.

Tabelle 102: Psychoonkologische Weiterbildung (DKG-angemerkt) von Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Haben Sie eine von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte, curriculare Weiterbildung oder Fortbildung in Psychoonkologie ¹ absolviert?			
	Häufigkeit	Gültige Prozen-te	Kumulierte Prozen-te
Abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	165	75.7	75.7
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	1	0.5	76.2
Keine psychoonkologische Weiterbildung	52	23.9	100
Gesamt	218	100	

¹ psychoonkologische Fort- und Weiterbildungscurricula, die einen Umfang von mindestens 120 Fortbildungseinheiten á 45 Min. haben und von der DKG anerkannt wurden

Die Tabelle 103 gibt die Berufserfahrung von Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt wieder. 27% der ambulanten Anbietenden verfügten über 11 bis 20 Jahre Berufserfahrung in der psychotherapeutischen bzw. psychiatri-

schen Versorgungsarbeit mit Krebserkrankten. 18% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten berichteten sogar, dass sie mehr als 20 Jahre psychoonkologische Berufserfahrung hatten.

Tabelle 103: Berufserfahrung von Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Wie viel Berufserfahrung in der psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgungsarbeit mit Krebspatienten und/oder ihren Angehörigen weisen Sie auf? ¹			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Bis zu 2 Jahre	16	7.4	7.4
2-5 Jahre	37	17.2	24.7
6-10 Jahre	65	30.2	54.9
11-15 Jahre	33	15.4	70.2
16-20 Jahre	25	11.6	81.9
Über 20 Jahre	39	18.1	100
Gesamt	215	100	

Die Berufserfahrung von Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, die jedoch über keine psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung verfügt haben, ist in Tabelle 104 dargestellt. Demnach verfügten 65% der Psychotherapeutinnen und -therapeuten ohne psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung über eine Berufserfahrung von 6 Jahren oder mehr.

Tabelle 104: Berufserfahrung von Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt ohne psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung (DKG-anerkannt)

Wie viel Berufserfahrung in der psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgungsarbeit mit Krebspatienten und/oder ihren Angehörigen weisen Sie auf? ¹			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Bis zu 2 Jahre	8	16.3	16.3
2-5 Jahre	9	18.4	34.7
6-10 Jahre	15	30.8	65.3
11-15 Jahre	6	12.2	77.6
16-20 Jahre	3	6.1	83.7
Über 20 Jahre	8	16.3	100
Gesamt	49	100	

4.1.3.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Abbildung 11 zeigt den Anteil der jeweiligen Finanzquelle am Gesamtbudget für die psychoonkologische durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt. Demnach kamen die **gesetzlichen Krankenkassen** durchschnittlich über alle Niedergelassenen für **85%** der Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung auf. Im Durchschnitt wurden zudem 9% durch Private Krankenkassen und 5% durch Beihilfe finanziert.

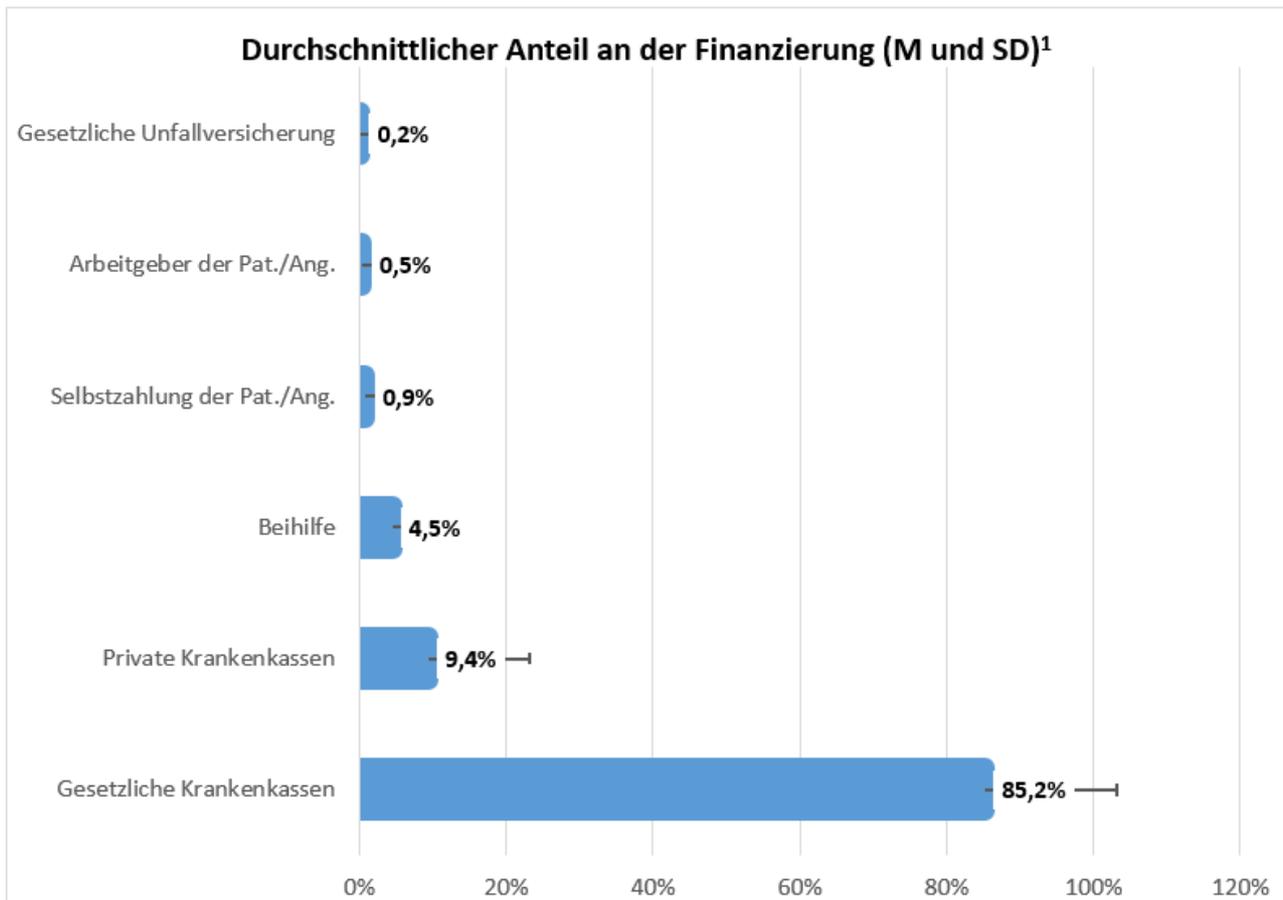


Abbildung 11: Anteil der Finanzquellen am Gesamtbudget für die psychoonkologische Versorgung von Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

¹ Durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung: Bezieht sich auf die jeweilige Finanzierungsquelle (d.h. Mittelwert des Finanzierungsanteils einer Finanzquelle über alle Einrichtungen hinweg), daher Abweichungen von 100% möglich.

4.1.3.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Dokumentation

52% der befragten Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt gaben an, dass die psychoonkologischen Leistungen handschriftlich dokumentiert wurden. 12% berichteten, dass sie EDV-basiert dokumentiert haben. Teils

handschriftlich und teils EDV-basiert haben 34% der befragten Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt dokumentiert.

Wartezeiten

Bezogen auf die Wartezeiten bis zum regulären Beginn der psychoonkologischen Versorgung gaben 2% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt an, dass keine Wartezeit bestanden habe (Tabelle 105). **82%** der Anbietenden geben an, dass sie einen regulären Versorgungsbeginn innerhalb von 31 Tagen anbieten konnten. Die Wartezeit bis zum regulären Versorgungsbeginn betrug im Durchschnitt **28 Tage** (M= 27.5 Tage; SD= 37.6 Tage; Median= 14 Tage, Range 0 bis 260 Tage).

Tabelle 105: Wartezeit für regulären psychoonkologischen Versorgungsbeginn durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 durchschnittlich auf den regulären psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgungsbeginn warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	3	1.5	1.5
Wartezeit bis zu 7 Tagen	35	17.9	19.4
Wartezeit bis zu 14 Tagen	78	39.8	59.2
Wartezeit bis zu 21 Tagen	22	11.2	70.4
Wartezeit bis zu 31 Tagen	23	11.7	82.1
Wartezeit über 1 Monat	35	17.9	100
Gesamt	196	100	

Im Krisenfall reduzierte sich die Wartezeit bis zum Versorgungsbeginn bei Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt auf durchschnittlich 11 Tage (M= 10.7; SD= 23.1; Median= 5 Tage, Range 0 bis 200 Tage).

Räumlichkeiten, Barrierefreiheit und Erreichbarkeit

41% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt verfügten über barrierefreie Behandlungs- bzw. Beratungsräume für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung (Tabelle 106).

Tabelle 106: Barrierefreiheit der Praxisräume von Psychoonkologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Verfügten Sie im Jahr 2016 über barrierefreie Behandlungs- bzw. Beratungsräume für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Barrierefreiheit	83	41.3	41.3
Keine Barrierefreiheit	108	53.7	95.0
Nein, aber Alternativen wurden angeboten ¹	10	5.0	100
Gesamt	201	100	

¹ z.B. telefonische Beratungen

Von den Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt waren 92% gut mit dem öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) erreichbar (Tabelle 107) und 89% geben an, dass sie über nahegelegene Parkmöglichkeiten verfügten (Tabelle 108).

Tabelle 107: Erreichbarkeit der Praxisräume von Psychoonkologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt mit ÖPNV

Waren Ihre Behandlungs-/Beratungsräume im Jahr 2016 mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar (d.h. die nächste Haltestelle war nicht mehr als 500m entfernt)?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gute Erreichbarkeit mit ÖPNV	185	92.0	92.0
Keine gute Erreichbarkeit mit ÖPNV	13	6.5	98.5
Keine gute Erreichbarkeit mit ÖPNV, aber Alternativen wurden angeboten ¹	3	1.5	100
Gesamt	201	100	

¹ z.B. telefonische Beratungen

Tabelle 108: Parkmöglichkeiten in der Nähe der Praxisräume von Psychoonkologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Verfügten Sie im Jahr 2016 über direkte Parkmöglichkeiten (d.h. die nächste Parkmöglichkeit war nicht mehr als 500m entfernt)?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Direkte Parkmöglichkeiten	180	89.1	89.1
Keine direkten Parkmöglichkeiten	19	9.4	98.5
Keine direkten Parkmöglichkeiten, aber Alternativen wurden angeboten ¹	3	1.5	100
Gesamt	202	100	

Supervision und Fortbildungen

Tabelle 109 stellt dar, dass **30%** der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt im Jahr 2016 kein Supervisionsangebot wahrgenommen haben.

Tabelle 109: Supervision durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Haben Sie im Jahr 2016 im Rahmen Ihrer ambulanten psychoonkologischen Versorgungsarbeit ein Supervisionsangebot wahrgenommen?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Supervision	142	70.3	70.3
Keine Supervision	60	29.7	100
Gesamt	202	100	

Tabelle 110 stellt dar, dass **50%** der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt angegeben haben, dass sie sich im Jahr 2016 zu psychoonkologischen Themen fort- bzw. weitergebildet haben.

Tabelle 110: Weiter- und Fortbildung durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Haben Sie im Jahr 2016 an einer Fort- oder Weiterbildung zu psychoonkologischen Themen teilgenommen?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fort- und Weiterbildung	99	50.3	50.3
Keine Fort- und Weiterbildung	98	49.7	100
Gesamt	197	100	

Versorgungsbarrieren

Von den befragten Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt haben 38% angegeben, dass sie allen Krebserkrankten und ihren Angehörigen ein passendes Angebot machen konnten. Von den Anbietenden, die angegeben haben, dass sie den Krebserkrankten und ihren Angehörigen kein passendes Angebot anbieten konnten, gaben **71%** an, dass **unzureichende Versorgungskapazitäten** Grund für Abweisungen gewesen seien (Tabelle 111). 29% hielten das Angebot einer anderen Einrichtung für geeigneter und 24% gaben an, dass die Entfernung vom Wohnort zum Behandlungsangebot zu groß gewesen sei.

Tabelle 111: Gründe für abgewiesene Patientinnen und Patienten durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Aus welchen Gründen konnten Sie im Jahr 2016 für Krebspatienten und ihren Angehörigen mit einem psychoonkologischen Unterstützungsanliegen ggf. kein passendes ambulantes Behandlungsangebot vorhalten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Unzureichende Versorgungskapazitäten	84	71.2
Das Angebot einer anderen Einrichtung war für den Bedarf passender	35	29.7
Entfernung vom Wohnort zum Behandlungsangebot zu groß	28	23.7
Sonstige	25	21.2
Sprachbarrieren	15	12.7
Keine Finanzierungsmöglichkeit des Behandlungsangebots	9	7.6
Gesamt	118	100

¹ Mehrfachantworten möglich

29% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt gaben zudem an, dass sich zwar Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen mit einem psychoonkologischen Unterstützungsbedarf vorgestellt haben, diesen jedoch kein psychoonkologisches Versorgungsangebot vorgehalten werden konnte, da sie nicht die Kriterien für eine ICD-10 F-Diagnose erfüllten (Tabelle 112).

Tabelle 112: ICD-10 F-Diagnosekriterien als Versorgungsbarriere unter Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Haben sich im Jahr 2016 Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen vorgestellt, die psychoonkologischen Unterstützungsbedarf hatten, aber nicht vollständig die Kriterien für eine ICD-10 F-Diagnose erfüllten?			
	Häufigkeit	Gültige Pro-zente	Kumulierte Prozen-te
Ja, psychoonkologischer Bedarf vorhanden, aber keine ICD-10 F-Diagnose erfüllt	57	28.5	28.5
Nein	143	71.5	100
Gesamt	200	100	

Screening

Von den Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten gaben **57%** an, dass im Rahmen ihrer psychoonkologischen Versorgungsarbeit Selbstbeurteilungsinstrumente für die Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen zum Einsatz gekommen sind.

Informationen und Kooperationen

Von den Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt gaben 78% an, dass sie über Informationen zu anderen Einrichtungen bzw. Behandelnden mit psychoonkologischen Angeboten verfügten (Tabelle 113). Insgesamt war die Informiertheit am höchsten in Bezug auf Krebsberatungsstellen (60%) und Einrichtungen der stationären onkologischen Versorgung (49%) sowie (Psycho)onkologische Selbsthilfegruppen (37%). Am geringsten war die Informiertheit in Bezug auf Psychiatrische Institutsambulanzen (23%) sowie Psychoonkologische Spezialambulanzen bzw. psychoonkologische Dienste (13%).

Über schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen bzw. Behandelnden mit psychoonkologischen Angeboten verfügten 13% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt.

Tabelle 113: Informationen über psychoonkologische Einrichtungen und Angebote durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt

Verfügten Sie im Jahr 2016 über schriftliche Informationen (z.B. ausliegende Broschüren, Flyer) zu anderen Einrichtungen bzw. Behandelern mit psychoonkologischen Angeboten in Ihrer Region, über die Sie sich informieren konnten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Nein, ich verfügte über keine schriftlichen Informationen zu anderen Einrichtungen	31	14.2
Krebsberatungsstellen	130	59.6
Einrichtungen der stationären onkologischen Versorgung	107	49.1
(Psycho)onkologische Selbsthilfegruppen oder -verbände	80	36.7
Stationäre Hospize	72	33.0
Niedergelassene Psychotherapeuten, ggf. mit einer psychoonkologischen Weiterbildung	70	32.1
Ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen	67	30.7
Einrichtungen der ambulanten onkologischen Versorgung	62	28.4
Ambulante palliativmedizinische Angebote	59	27.1
Ambulante Hospizdienste	58	26.6
Stationäre palliativmedizinische Angebote	52	23.9
Psychiatrische Institutsambulanzen	49	22.5
Psychoonkologische Spezialambulanzen oder psychoonkologische Dienste	28	12.8
Gesamt	218	

¹ Mehrfachantworten möglich

4.1.4 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs)

4.1.4.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

In der Abbildung 12 ist das Flowchart des Rücklaufs für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) dargestellt. **Initial** konnten **659 PIAs** identifiziert werden. Von den 659 PIAs mussten 90 ausgeschlossen werden: Der größte Teil (n= 74), weil in 2016 keine Krebserkrankten versorgt wurden oder überhaupt kein Angebot bestanden hat, bei 14 Einrichtungen hatte die Nachprüfung ergeben, dass sie irrtümlich identifiziert wurden. **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **569 PIAs** für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben 494 der insgesamt 569 PIAs, wobei 487 nicht auf unsere Einladung reagiert haben, vier aus organisatorischen Gründen nicht an der Befragung teilnehmen konnten und drei angegeben haben, kein Interesse an einer Teilnahme an unserer Befragung zu haben.

In die Auswertung einbezogen werden konnten 75 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs). Dies entspricht einer Teilnahmequote von **13%**.

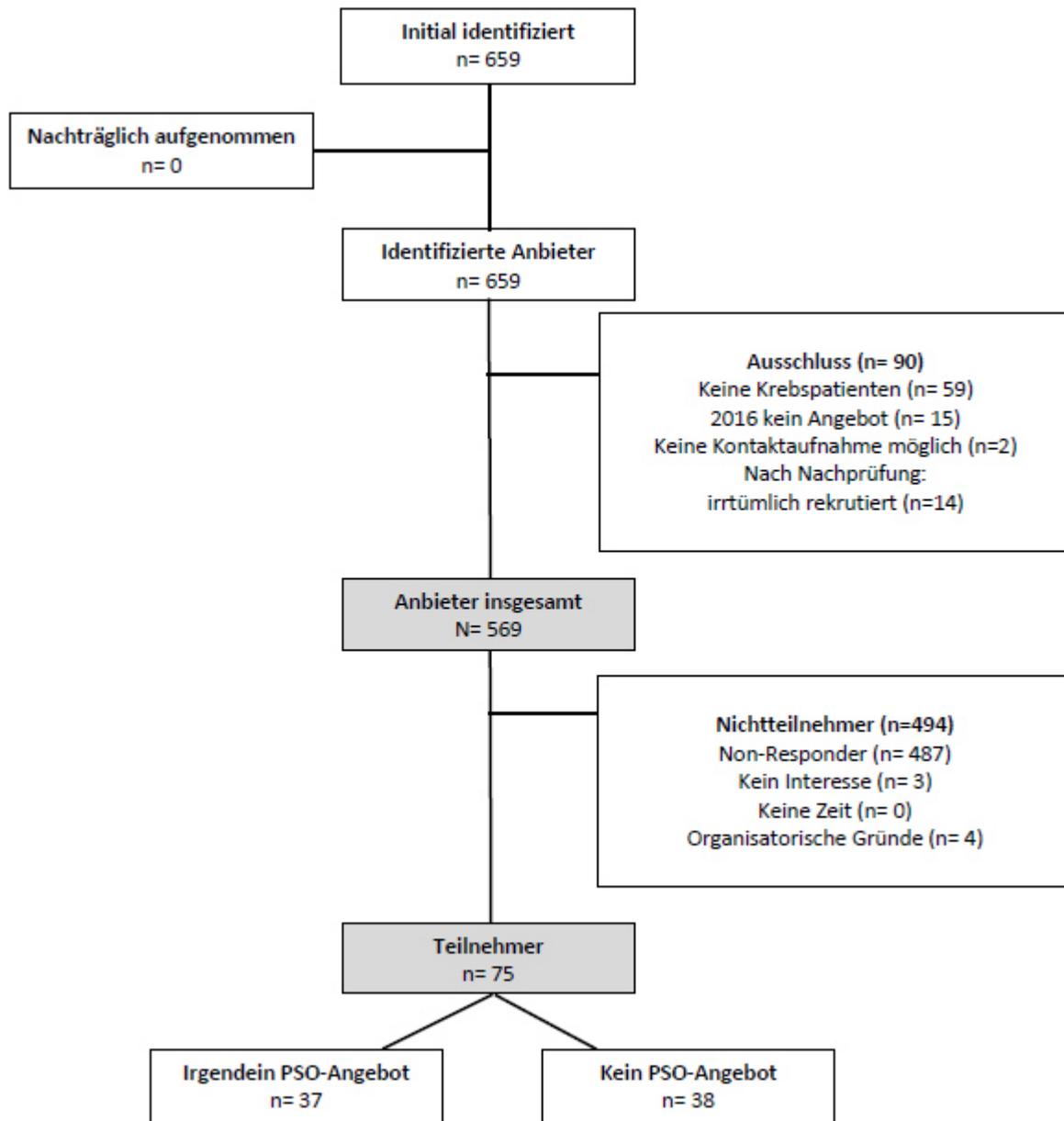


Abbildung 12: Flowchart Rücklauf für Psychiatrische Institutsambulanzen

4.1.4.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote in Psychiatrischen Institutsambulanzen

Von den insgesamt 75 Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs), die an der Befragung teilgenommen haben, gaben **51%** an, über **kein psychotherapeutisches bzw. psychiatrisches Versorgungsangebot für Krebs Erkrankte und/oder ihre Angehörige** zu verfügen (Tabelle 114). Zudem gaben 89% der PIAs ohne ein psychoonkologisches Angebot an, dass sich im Jahr 2016 durchaus Krebs Erkrankte und/oder Angehörige mit einem psychoonkologischen Unterstützungsbedarf vorgestellt haben. Diesen konnte jedoch kein Angebot gemacht werden.

Tabelle 114: Psychoonkologische/psychosoziale Angebote in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Hat Ihre PIA im Jahr 2016 grundsätzlich psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
PSO-Angebot	37	49.3	49.3
Kein PSO-Angebot	38	50.7	100
Gesamt	75	100	

Spektrum psychoonkologischer und psychosozialer Angebote in Psychiatrischen Institutsambulanzen

Von den 49% der Psychiatrischen Institutsambulanzen, die ein psychoonkologisches Versorgungsangebot vorgehalten haben (Tabelle 114), gaben wiederum **76%** an, dass sie im Jahr 2016 ein Richtlinien-Psychotherapieangebot für Krebserkrankte bzw. ihre Angehörige vorgehalten haben (Tabelle 115).

Tabelle 115: Richtlinien-Psychotherapieelemente (G-BA) für Krebserkrankte in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Hat Ihre PIA im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen Elemente einer Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Richtlinien-Psychotherapie	28	75.7	75.7
Verhaltenstherapie ¹	21	56.7	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ¹	18	48.6	
Analytische Psychotherapie ¹	2	5.4	
Keine Richtlinien-Psychotherapie	9	24.3	100
Gesamt	37	100	

¹ Mehrfachantworten möglich

92% der PIAs gaben an, dass sie anderweitige psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen angeboten haben (Tabelle 116), wobei Krisenintervention (65%), supportive Psychotherapie (60%) und Entspannungsverfahren (54%) die am häufigsten genannten psychotherapeutischen bzw. psychologischen Leistungen darstellten.

Tabelle 116: Psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Hat Ihre PIA im Jahr 2016 folgende psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen ¹ für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychologische Verfahren	34	91.9	91.9
<u>Keine</u> psychologischen Verfahren	3	8.1	100
Gesamt	37	100	

¹ Systemische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie, Interpersonelle Psychotherapie (IPT), Psychodramatherapie, EMDR, Neuropsychologische Therapie, Krisenintervention, Psychologisch-supportive Begleitung (bei subsyndromaler Belastung, auch: supportive Psychotherapie), Entspannungsverfahren, Imaginative Verfahren, Sexualtherapeutische Interventionen, Traumatherapeutische Interventionen, Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Stressbewältigungs-/Stressimpfungstraining, Fatigue-Training, Paarkommunikationstraining, Sonstige.

95% der PIAs haben angegeben, dass sie im Jahr 2016 irgendeine Form der psychiatrischen Behandlung für Krebs Erkrankte und/oder ihre Angehörigen angeboten haben.

Tabelle 117: Psychiatrische Leistungen für Krebs Erkrankte in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Hat Ihre PIA im Jahr 2016 folgende ambulante psychiatrische Leistungen für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Psychiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	32	86.5
Mitbetreuung in häuslicher Umgebung, beschützenden Einrichtungen oder Heimen	13	35.1
<u>Keine</u> der genannten Leistungen	2	5.4
Gesamt	37	

¹ Mehrfachantworten möglich

Irgendeine Form der Beratung für Krebs Erkrankte und/oder ihre Angehörigen haben **92% der PIAs** angeboten (Tabelle 118). Am häufigsten habe es sich dabei um psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung (65%), die Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote (54%) oder die psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung (43%) gehandelt.

Tabelle 118: Beratungsleistungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Welche der folgenden Beratungsleistungen hat Ihre PIA im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung	24	64.9
Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische/psychosoziale Angebote	20	54.1
Psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung	16	43.2
Vermittlung medizinischer Basisinformationen	15	40.5
Vermittlung medizinischer Fachinformationen ²	10	27.0
Informationsveranstaltungen zu psychoonkologischen/psychosozialen Themen	6	16.2
Keine Beratungsleistungen	3	8.1
Gesamt	37	

¹ Mehrfachantworten möglich² nur durch Ärztinnen und Ärzte

Künstlerische Therapieformen seien von 62% der PIAs angeboten worden (Tabelle 119). Am häufigsten habe es sich dabei um Kunsttherapie gehandelt (27%).

Tabelle 119: Künstlerische Therapieformen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Welche der folgenden künstlerischen Therapieformen hat Ihre PIA im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Kunsttherapie	10	27.0
Musiktherapie	8	21.6
Bewegungs- bzw. Tanztherapie	8	21.6
Sonstige künstlerische Therapieformen	6	16.2
Keine künstlerischen Therapieformen	14	37.8
Gesamt	37	

¹ Mehrfachantworten möglich

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote als Hausbesuche

Insgesamt gaben **24% der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)** an, dass sie im Jahr 2016 Hausbesuche mit psychoonkologischen Leistungen angeboten haben. Der durchschnittliche Umkreis, in welchem psychoonkologische Leistungen als Hausbesuch angeboten wurden, betrug 24 km.

Der Median betrug 20 km. Die Mehrheit der PIAs (56%) gaben an, dass keine Hausbesuche angeboten wurden, es jedoch auch keine Anfragen nach Hausbesuchen gegeben habe. Insgesamt 21% der PIAs berichteten, dass zwar Hausbesuche angefragt worden seien, aber trotzdem keine Hausbesuche angeboten wurden.

Psychoonkologische Gruppenangebote in Psychiatrischen Institutsambulanzen

86% der Psychiatrischen Institutsambulanzen gaben an, dass sie im Jahr 2016 keine psychoonkologischen Leistungen als Gruppenkontakte angeboten haben.

Fremdsprachenangebote in Psychiatrischen Institutsambulanzen

74% der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) haben angegeben, dass sie keine psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen für nicht-deutschsprachige Krebserkrankte anbieten konnten (Tabelle 120).

Tabelle 120: Psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in einer Fremdsprache in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Hat Ihre Psychiatrische Institutsambulanz im Jahr 2016 psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in einer Fremdsprache angeboten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fremdsprachenangebot, ohne Dolmetscher	5	14.7	14.7
Fremdsprachenangebot, dolmetschergestützt	4	11.8	26.5
Kein Fremdsprachenangebot	25	73.5	100
Gesamt	34	100	

4.1.4.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Die Tabelle 121 gibt Auskunft über die versorgten Krebserkrankten in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs). Im Durchschnitt wurden im Jahr 2016 **60 Krebserkrankte** psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt. Der **Median** betrug **22 Patientinnen und Patienten**.

Tabelle 121: Anzahl versorgter Krebserkrankte in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) (n= 26)

Wie viele Krebspatienten wurden in Ihrer PIA im Jahr 2016 insgesamt psychoonkologisch/psychosozial beraten bzw. versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			59.6
Standardabweichung			144.9	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		1.1	
	Obergrenze		118.1	
Median			22	
Schiefe			4.7	0.5
Kurtosis			22.9	0.9

Der Tabelle 122 ist zu entnehmen, dass die PIAs im Jahr 2016 im Durchschnitt 13 Angehörige von Krebserkrankten psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt haben. Der Median betrug 7 Angehörige.

Tabelle 122: Anzahl versorgter Angehörige von Krebserkrankten in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) (n= 26)

Wie viele Angehörige von Krebspatienten wurden in Ihrer PIA im Jahr 2016 insgesamt psychoonkologisch/psychosozial beraten bzw. versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			12.5
Standardabweichung			14.1	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		6.8	
	Obergrenze		18.2	
Median			7	
Schiefe			1.4	0.5
Kurtosis			1.1	0.9

4.1.4.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte

Im Jahr 2016 waren im Durchschnitt **4,2 Beschäftigte** an der psychoonkologischen Versorgung in Psychiatrischen Institutsambulanzen beteiligt (Tabelle 123). Der Median betrug **4 Beschäftigte**. 95% der PIAs gaben an, dass sie zwischen 3 und 5,4 Beschäftigte hatten, die an der psychoonkologischen Versorgung beteiligt gewesen sind.

Tabelle 123: Anzahl psychoonkologischer/psychosozialer Beschäftigter in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) (n= 20)

Wie viele Mitarbeiter (Festanstellung und Praktikum) und Honorarkräfte haben insgesamt im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend psychotherapeutische und/oder psychiatrische Leistungen mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung für Ihre PIA angeboten?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			4.2
Standardabweichung			2.6	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		3.0	
	Obergrenze		5.4	
Median			4	
Schiefe			0.8	0.5
Kurtosis			0.2	2.8

Die PIAs gaben zudem an, dass im Durchschnitt 16% der an der psychoonkologischen Versorgung beteiligten Beschäftigten und Honorarkräfte eine von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte, curriculare Weiterbildung in der Psychoonkologie absolviert hatten. 95% der PIAs gaben den Anteil an psychoonkologisch qualifizierten Beschäftigten und Honorarkräften zwischen 2 und 29% an. Zudem haben sich 4% der Beschäftigten und Honorarkräfte im Jahr 2016 in entsprechender Weiterbildung in Psychoonkologie befunden.

Im Durchschnitt wurden in einer Psychiatrischen Institutsambulanz **9,3 Wochenarbeitsstunden** für die psychoonkologische Versorgung von Krebskranken und/oder ihren Angehörigen erbracht (Tabelle 124). Der Median der Wochenarbeitsstunden für Krebskranken und/oder ihre Angehörigen betrug 5. Zudem haben 95% der PIAs angegeben, dass sie zwischen 3 und 15 Wochenarbeitsstunden psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Leistungen für Krebskranken und/oder ihre Angehörigen erbracht haben.

Tabelle 124: Anzahl der psychoonkologischen Wochenarbeitsstunden in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) (n= 20)

Bitte schätzen Sie: Wie viele Wochenarbeitsstunden haben die oben genannten Mitarbeiter und Honorarkräfte insgesamt psychotherapeutische und/oder psychiatrische Leistungen mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung im Jahr 2016 durchschnittlich erbracht?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			9.3
Standardabweichung			12.7	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		3.4	
	Obergrenze		15.2	
Median			5	
Schiefe			2.4	0.5
Kurtosis			5.7	1.0

4.1.4.5 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Dokumentation

Von den befragten Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) gaben **39%** an, dass die psychoonkologischen Leistungen teils handschriftlich und teils EDV-basiert dokumentiert wurden. 36% berichten, dass sie ausschließlich EDV-basiert dokumentiert haben. Ausschließlich handschriftlich haben 18% der PIAs dokumentiert. Und 6% der PIAs haben angegeben, dass die psychoonkologischen Leistungen gar nicht dokumentiert wurden.

Wartezeiten

Bezogen auf die Wartezeiten bis zum regulären Beginn der psychoonkologischen Versorgung gaben 3% der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) an, dass im Jahr 2016 keine Wartezeit bestanden habe (Tabelle 125). **87% der PIAs** gaben an, dass sie einen regulären Versorgungsbeginn innerhalb von 31 Tagen anbieten konnten. Die Wartezeit bis zum regulären Versorgungsbeginn betrug im Durchschnitt über alle PIAs **20 Tage** (M= 19,9; SD= 28,7; Range 1 bis 120 Tage).

Tabelle 125: Wartezeit für regulären psychoonkologischen Versorgungsbeginn in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 durchschnittlich auf den regulären psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgungsbeginn in Ihrer PIA warten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	1	3.2	3.2
Wartezeit bis zu 7 Tagen	12	38.7	41.9
Wartezeit bis zu 14 Tagen	12	38.7	80.6
Wartezeit bis zu 21 Tagen	-	-	-
Wartezeit bis zu 31 Tagen	2	6.5	87.1
Wartezeit über 1 Monat	4	12.9	100
Gesamt	31	100	

Im Krisenfall konnte in 63% der PIAs ein Versorgungsbeginn noch am selben Tag der Kontaktaufnahme angeboten werden. Bei den verbleibenden 37% der PIAs betrug die Wartezeit bis zum Versorgungsbeginn im Krisenfall durchschnittlich 15 Tage (M= 14,9; SD= 35,1; Range 1 bis 120 Tage).

Räumlichkeiten, Barrierefreiheit und Erreichbarkeit

Die Mehrheit (**97%**) der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) gab an, dass sie über barrierefreie Räumlichkeiten für psychoonkologische bzw. psychosoziale Beratungs- oder Behandlungsgespräche verfügt (Tabelle 126).

Tabelle 126: Barrierefreiheit in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Verfügte Ihre PIA in 2016 über barrierefreie Behandlungs- bzw. Beratungsräume für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Barrierefreiheit	32	97.0	97.0
Nein, aber Alternativen wurden angeboten ¹	1	3.0	100
Keine Barrierefreiheit	-	-	
Gesamt	33	100	

¹ z.B. telefonische Beratungen

94% der PIAs waren gut mit ÖPNV erreichbar (Tabelle 127) und 85% gaben an, dass sie über nahegelegene Parkmöglichkeiten verfügen (Tabelle 128).

Tabelle 127: Erreichbarkeit mit ÖPNV von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

War Ihre PIA in 2016 mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar (d.h. die nächste Haltestelle war nicht mehr als 500m entfernt, z.B. für Angehörige von Krebspatienten)?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gute Erreichbarkeit mit ÖPNV	31	93.9	93.9
Keine gute Erreichbarkeit mit ÖPNV	1	3.0	97.0
Keine gute Erreichbarkeit mit ÖPNV, aber Alternativen wurden angeboten ¹	1	3.0	100
Gesamt	33	100	

¹ z.B. telefonische Beratungen

Tabelle 128: Parkmöglichkeiten in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Verfügte Ihre PIA in 2016 über direkte Parkmöglichkeiten (d.h. die nächste Parkmöglichkeit war nicht mehr als 500m entfernt, z.B. für Angehörige von Krebspatienten)?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Direkte Parkmöglichkeiten	28	84.8	84.8
Keine direkten Parkmöglichkeiten	5	15.2	100
Keine direkten Parkmöglichkeiten, aber Alternativen wurden angeboten ¹	0	0	
Gesamt	33	100	

Standard Operating Procedures (SOPs)

43% der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) gaben an, dass schriftlich ausgearbeitete Standards (SOPs), Leitfäden oder Versorgungskonzepte für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung von Krebskranken oder ihren Angehörigen vorgelegen haben. 57% der PIAs verfügten nicht über ausgearbeitete Standards (SOPs), Leitfäden oder Versorgungskonzepte.

Supervision und Fortbildungen

Tabelle 129 stellt dar, dass **61% der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)** ihren psychoonkologischen bzw. psychosozialen Beschäftigten ein Supervisionsangebot zur Verfügung stellten.

Tabelle 129: Supervision in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Stellte Ihre PIA für die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Honorarkräfte im Jahr 2016 ein fallbezogenes Supervisionsangebot bereit?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Supervision	20	60.6	60.6
Keine Supervision	13	39.4	100
Gesamt	33	100	

22% der PIAs haben angegeben, dass ihre Beschäftigten bzw. Honorarkräfte verpflichtet waren, sich psychoonkologisch fortzubilden (Tabelle 130). 36% der PIAs gaben zudem an, dass psychosoziale Fortbildungen verpflichtend für die an der psychoonkologischen Versorgung beteiligten Beschäftigten gewesen seien (Tabelle 131).

Tabelle 130: Psychoonkologische Weiter- und Fortbildung in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Waren die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Honorarkräfte im Jahr 2016 verpflichtet sich regelmäßig psychoonkologisch weiter- bzw. fortzubilden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fort- und Weiterbildung	8	22.2	22.2
Keine Fort- und Weiterbildung	28	77.8	100
Gesamt	36	100	

Tabelle 131: Psychosoziale Weiter- und Fortbildung in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Waren die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Honorarkräfte im Jahr 2016 verpflichtet sich regelmäßig psychosozial weiter- bzw. fortzubilden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fort- und Weiterbildung	12	36.4	36.4
Keine Fort- und Weiterbildung	21	73.6	100
Gesamt	33	100	

Versorgungsbarrieren

Lediglich 35% der befragten Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) haben angegeben, dass sie allen Krebserkrankten und ihren Angehörigen ein passendes Angebot machen konnten. Von den PIAs, die angegeben haben, dass sie den Krebserkrankten und ihren Angehörigen kein passendes Angebot anbieten konnten, gaben 46% an, dass unzureichende Versorgungskapazitäten Grund für Abweisungen gewesen seien (Tabelle 132).

Tabelle 132: Gründe für abgewiesene Patientinnen und Patienten in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Aus welchen Gründen konnte Ihre PIA im Jahr 2016 für Krebspatienten und ihren Angehörigen mit einem psychoonkologischen Unterstützungsanliegen ggf. kein passendes ambulantes Behandlungsangebot vorhalten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Unzureichende Versorgungskapazitäten	11	45.8
Entfernung vom Wohnort zum Behandlungsangebot zu groß	6	25.0
Die PIA hielt keine spezifische psychoonkologische Leistung bereit	5	20.8
Das Angebot einer anderen Einrichtung war für den Bedarf passender	5	20.8
Sonstige	5	20.8
Sprachbarrieren	5	20.8
Keine Finanzierungsmöglichkeit der Fahrtkosten	4	16.7
Gesamt	24	100

¹ Mehrfachantworten möglich

63% der PIAs gaben zudem an, dass sich zwar Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen mit einem psychoonkologischen Unterstützungsbedarf vorgestellt haben, diesen jedoch kein psychoonkologisches Versorgungsangebot vorgehalten werden konnte, da sie nicht die Kriterien für eine ICD-10 F-Diagnose erfüllten (Tabelle 133).

Tabelle 133: ICD-10 F-Diagnosekriterien als Versorgungsbarriere in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Haben sich im Jahr 2016 Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen vorgestellt, die psychoonkologischen Unterstützungsbedarf hatten, aber nicht vollständig die Kriterien für eine ICD-10 F-Diagnose erfüllten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ja, psychoonkologischer Bedarf vorhanden, aber keine ICD-10 F-Diagnose erfüllt	20	62.5	62.5
Nein	12	37.5	100
Gesamt	32	100	

Screening

35% der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) gaben an, dass im Rahmen ihrer psychoonkologischen Versorgungsarbeit Selbstbeurteilungsinstrumente für die Krebserkrankten und/oder ihre Angehörigen zum Einsatz gekommen sind.

Informationen und Kooperationen

76% der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) verfügten über Informationen zu anderen Einrichtungen bzw. Behandelnden mit psychoonkologischen Angeboten (Tabelle 134). Insgesamt war die Informiertheit am höchsten in Bezug auf Einrichtungen der stationären onkologischen Versorgung (61%) und niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten (46%). Am geringsten war die Informiertheit in Bezug auf psychoonkologische Spezialambulanzen oder psychoonkologische Dienste (14%) sowie ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen (16%).

Über schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen bzw. Behandelnden mit psychoonkologischen Angeboten verfügten 13% der PIAs.

Tabelle 134: Informationen über psychoonkologische Einrichtungen und Angebote in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)

Verfügte Ihre PIA im Jahr 2016 über schriftliche Informationen (z.B. ausliegende Broschüren, Flyer) zu anderen Einrichtungen bzw. Behandelnden mit psychoonkologischen Angeboten in Ihrer Region, über die sich Ihre Mitarbeiter und Honorarkräfte informieren konnten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Nein, ich verfügte über <u>keine</u> schriftlichen Informationen zu anderen Einrichtungen	9	24.3
Einrichtungen der stationären onkologischen Versorgung	17	60.7
Niedergelassene Psychotherapeuten, ggf. mit einer psychoonkologischen Weiterbildung	17	45.9
Psychiatrische Institutsambulanzen	15	40.5
Stationäre Hospize	13	35.1
Krebsberatungsstellen	11	29.7
Ambulante Hospizdienste	9	24.3
(Psycho)onkologische Selbsthilfegruppen oder -verbände	9	24.3
Ambulante palliativmedizinische Angebote	8	21.6
Einrichtungen der ambulanten onkologischen Versorgung	7	18.9
Stationäre palliativmedizinische Angebote	7	18.9
Ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen	6	16.2
Psychoonkologische Spezialambulanzen oder psychoonkologische Dienste	5	13.5
Gesamt	37	100

¹ Mehrfachantworten möglich

4.1.5 Onkologische Gemeinschaftspraxen

Initial konnten bundesweit **303 onkologische Gemeinschaftspraxen** identifiziert werden. Von den 303 identifizierten onkologischen Gemeinschaftspraxen konnten 25 aus der Untersuchung ausgeschlossen werden, da diese irrtümlich rekrutiert wurden ($n=3$) bzw. weil kein Kontakt zur Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden konnte ($n=22$). **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **278 onkologische Gemeinschaftspraxen** für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben 270 der insgesamt 278 onkologischen Gemeinschaftspraxen: 258 Gemeinschaftspraxen haben nicht auf die Einladung reagiert, 8 Einrichtungen hatten kein Interesse an der Befragung teilzunehmen und 2 Einrichtungen gaben an, keine Zeit für eine Teilnahme zu haben.

In die Auswertung einbezogen werden konnten 8 onkologische Gemeinschaftspraxen. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 2,9%.

Aufgrund der äußerst geringen Teilnahmequote sehen wir von einer Auswertung der Angaben der insgesamt acht Teilnehmenden ab. Allerdings kann für die spätere Einschätzung der psychoonkologischen Versorgungssituation berücksichtigt werden, dass von den acht Einrichtungen vier angegeben, ein psychoonkologisches Angebot vorgehalten zu haben.

4.1.6 Psychologische sowie Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

4.1.6.1 Identifizierte Anbietende und Rücklauf

Die Abbildung 13 stellt das Flowchart zum Rücklauf für die Zufallsstichprobe der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten dar, welche von der KBV zur Verfügung gestellt wurde. **Initial** konnten **4.461 Anbietende** identifiziert werden. Im weiteren Projektverlauf wurde ein weiterer Psychotherapeutinnen und -therapeut mit aufgenommen, der sich aktiv an die Projektleitung gewandt hat. Von den 4.462 Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mussten 731 aus der Untersuchung ausgeschlossen werden: 289 Anbietende gaben an, dass sie im Jahr 2016 keine Krebserkrankten versorgt haben, 14 hätten im Jahr 2016 noch gar nicht an der vertragspsychotherapeutischen bzw. vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen, bei 62 Anbietenden war eine Kontaktaufnahme weder schriftlich noch telefonisch möglich, 8 gaben

an im Jahr 2016 bereits im Ruhestand gewesen zu sein und 37 der identifizierten Anbietenden berichteten, dass sie im Angestelltenverhältnis arbeiten würden. Weitere 239 Anbietende wurden ausgeschlossen, da sie bereits an einer anderen Studie teilnehmen würden und 82 Anbietende wurden bereits unter „Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischer Weiterbildung“ identifiziert und angeschrieben. **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **3.731 Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten** (KBV-Zufallsstichprobe) für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen. Diese Stichprobe ist als eine ergänzende Stichprobe zu denjenigen Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einem identifizierten psychoonkologischen Schwerpunkt zu verstehen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben 3.558 der insgesamt 3.731 Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten: 3.533 Anbietende haben nicht auf die Einladung reagiert, 12 Anbietende berichteten von organisatorischen Gründen als Nichtteilnahmegrund, 11 gaben an, kein Interesse an einer Teilnahme an der Befragung zu haben und 2 Anbietende meldeten uns zurück, dass sie keine Zeit haben würden.

In die Auswertung einbezogen werden konnten **173 Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten**. Dies entspricht einer Teilnahmequote von **5%**.

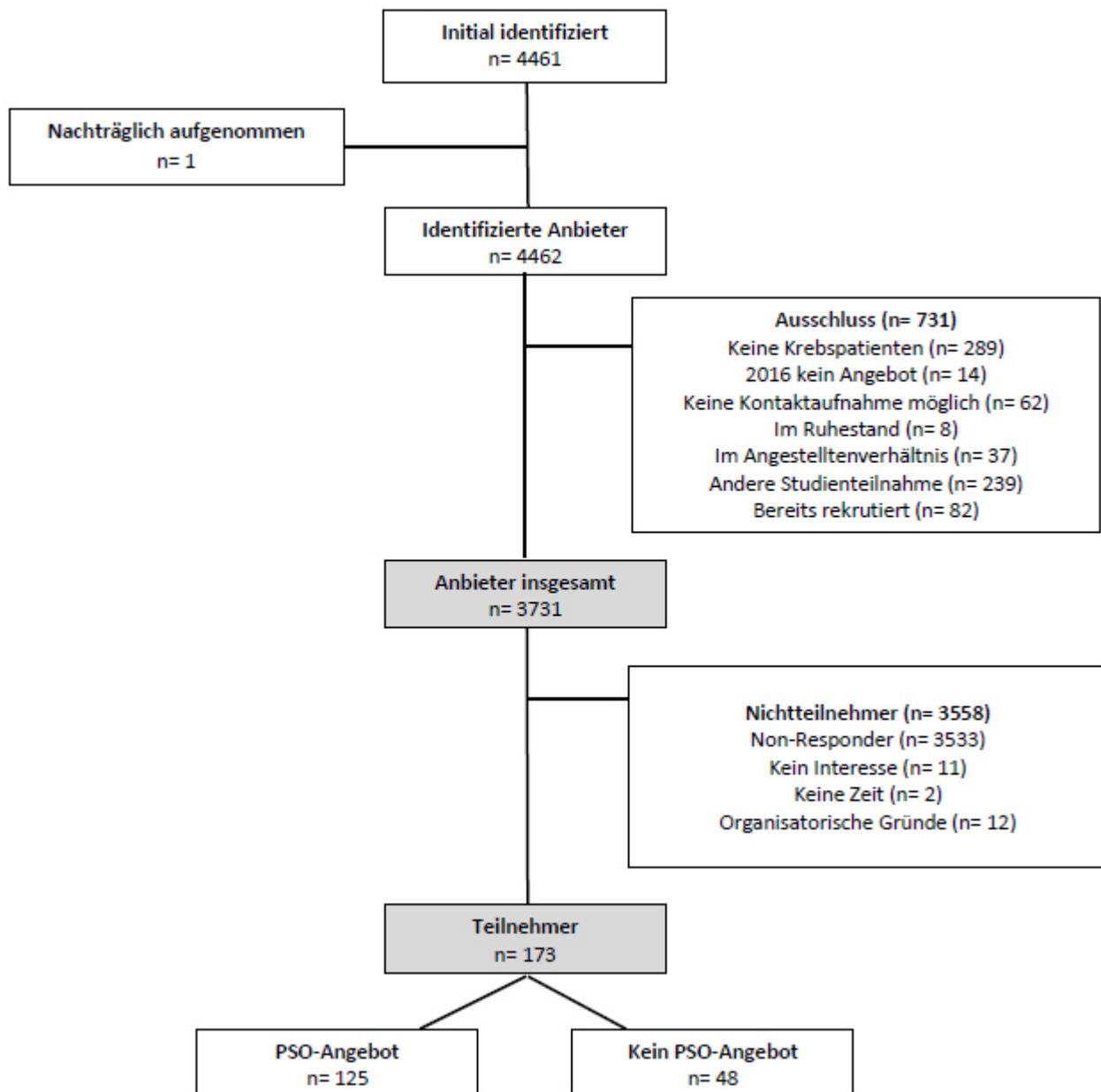


Abbildung 13: Flowchart Rücklauf für Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

4.1.6.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische Angebote durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Von den insgesamt 173 Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die an der Befragung teilgenommen haben, geben **60%** an, grundsätzlich ein psychoonkologisches Angebot für Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen angeboten zu haben (Tabelle 135). Von den Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die angeben, dass sie kein

psychoonkologisches Angebot bereithalten, geben 96% an, dass sich im Jahr 2016 Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen mit einem psychoonkologischen Bedarf bzw. Anliegen vorgestellt haben.

Tabelle 135: Psychoonkologische Angebote durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Haben Sie im Jahr 2016 grundsätzlich psychoonkologische Angebote für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
PSO-Angebot	125	72.3	72.3
Kein PSO-Angebot	48	27.7	100
Gesamt	173	100	

Spektrum psychoonkologischer Angebote bei Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Von den insgesamt 125 Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben **98%** im Jahr 2016 eine Richtlinien-Psychotherapie für Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen angeboten. Die Mehrheit dieser Psychotherapien (54%) waren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien (Tabelle 136). Zusätzlich geben 23% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten an, dass sie im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapien EMDR und 4%, dass sie neuropsychologische Therapie angeboten haben (Tabelle 137).

Tabelle 136: Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) für Krebserkrankte durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Haben Sie im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen ambulante psychotherapeutische Leistungen nach den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) angeboten und diese nach EBM oder GBÄ bzw. GOP abgerechnet? ¹			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Richtlinien-Psychotherapie	123	98.4	98.4
Verhaltenstherapie ²	53	42.4	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ²	68	54.4	
Analytische Psychotherapie ²	15	12.0	
Keine Richtlinien-Psychotherapie	2	1.6	100
Gesamt	125	100	

¹ Dies schließt auch Kostenerstattungsverfahren mit ein

² Mehrfachantworten möglich

Tabelle 137: EMDR und neuropsychologische Therapie für Krebserkrankte durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Haben Sie innerhalb der Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) im Jahr 2016 folgende ambulante psychotherapeutische Verfahren, Methoden bzw. Interventionen für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten? ¹

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
EMDR ²	29	23.4	23.4
Neuropsychologische Therapie ²	5	4.0	27.4
Keine der genannten Verfahren	90	72.6	100
Gesamt	124	100	

¹ Dies schließt auch Kostenerstattungsverfahren mit ein

² Mehrfachantworten möglich

61% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geben an, dass sie psychiatrische Gespräche, Behandlungen und/oder Beratungen für Krebserkrankte und/oder ihre Angehörige angeboten haben (Tabelle 138).

Tabelle 138: Psychiatrische Leistungen für Krebserkrankte durch Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Haben Sie im Jahr 2016 folgende ambulante Leistungen für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Psychiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	49	39.5
Mitbetreuung in häuslicher Umgebung, beschützenden Einrichtungen oder Heimen	11	8.9
Keine der genannten Leistungen	75	60.5
Gesamt	124	100

¹ Mehrfachantworten möglich

Psychoonkologische Gruppenangebote durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

99% der befragten Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe) geben an, dass sie im Jahr 2016 keine psychoonkologischen Gruppenangebote für Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen angeboten haben.

Fremdsprachenangebote in der Psychotherapie

Lediglich **5%** der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geben an, dass sie psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen für nicht-deutschsprachige Krebskranke angeboten haben (Tabelle 139).

Tabelle 139: Psychoonkologische Leistungen in einer Fremdsprache durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Haben Sie im Jahr 2016 psychoonkologische Leistungen in einer Fremdsprache angeboten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fremdsprachenangebot, ohne Dolmetscher	6	5.0	5.0
Fremdsprachenangebot, dolmetschergestützt	-	-	-
Kein Fremdsprachenangebot	115	95.0	100
Gesamt	121	100	

4.1.6.3 Versorgte Krebskranke und Angehörige

Die Tabelle 140 gibt Auskunft über die versorgten Krebskranken durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Im Durchschnitt wurden im Jahr 2016 **10 Krebskranke** psychoonkologisch durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten versorgt. Der **Median beträgt 3 Patientinnen und Patienten**. 95% aller Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geben an, dass sie im Jahr 2016 zwischen 4 und 17 Krebskranke versorgt haben.

Tabelle 140: Anzahl versorgter Krebskranker durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (n= 117) (KBV-Zufallsstichprobe)

Wie viele Krebspatienten haben Sie im Jahr 2016 insgesamt ambulant psychoonkologisch beraten bzw. behandelt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			10.2
Standardabweichung			35.9	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		3.7	
	Obergrenze		16.8	
Median			3	
Schiefe			8.2	.2
Kurtosis			75.4	.4

Der Tabelle 141 ist zu entnehmen, dass Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Jahr 2016 im Durchschnitt **4 Angehörige** von Krebserkrankten psychoonkologisch versorgt haben. Der **Median** beträgt **3 Angehörige**.

Tabelle 141: Anzahl versorgter Angehöriger von Krebserkrankten durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (n= 114) (KBV-Zufallsstichprobe)

Wie viele Angehörige von Krebspatienten haben Sie im Jahr 2016 insgesamt psychoonkologisch beraten bzw. behandelt?			Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		4.0
	Standardabweichung		8.9	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	2.3	
		Obergrenze	5.6	
	Median		2	
	Schiefe		6.2	.2
	Kurtosis		48.9	.5

Dabei geben die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten an, dass im Durchschnitt 20% der im Einzelkontakt erbrachten psychoonkologischen Leistungen im Kontakt mit den Angehörigen der Krebserkrankten erbracht worden sein.

4.1.6.4 Ausbildung der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten

62% der Anbietenden geben an, dass sie als Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten arbeiten, 5% als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und 7% würden sowohl die Approbation als Psychologische Psychotherapeutin bzw. Psychologischer Psychotherapeut als auch als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -therapeut führen (Tabelle

142). 8% arbeiten als Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 10% als Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und 2% als Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie (Tabelle 142).

Tabelle 142: Art der Praxis von Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Um welche Art der Praxis handelt es sich dabei?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychologische Psychotherapie	76	61.8	61.8
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	6	4.9	66.7
Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	8	6.5	73.2
Psychiatrie und Psychotherapie/Nervenheilkunde	10	8.1	81.3
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	12	9.8	91.1
Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie	2	1.6	92.7
Sonstige	9	7.3	100
Gesamt	123	100	

15% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geben an, dass sie eine psychoonkologische Weiterbildung abgeschlossen haben bzw. sich derzeit in psychoonkologischer Weiterbildung befinden (Tabelle 143). Die Mehrheit der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (85%) geben an, dass sie nicht über eine psychoonkologische Weiterbildung verfügen.

Tabelle 143: Psychoonkologische Weiterbildung (DKG-anerkannt) von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Haben Sie eine von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte, curriculare Weiterbildung oder Fortbildung in Psychoonkologie ¹ absolviert?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	17	13.7	13.7
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	2	1.6	15.3
Keine psychoonkologische Weiterbildung	105	84.7	100
Gesamt	124	100	

¹ psychoonkologische Fort- und Weiterbildungscurricula, die einen Umfang von mindestens 120 Fortbildungseinheiten á 45 Min. haben und von der DKG anerkannt wurden

Tabelle 144 zeigt die Berufserfahrung in der psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Versorgung von Krebserkrankten und ihren Angehörigen durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten. **40% der Anbietenden** geben an, dass sie 10 Jahre oder weniger Berufserfahrung in der psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Versorgung von Krebserkrankten und ihren Angehörigen haben. Über mehr als 10 Jahre Berufserfahrung verfügen 60% der befragten Anbietenden.

Tabelle 144: Berufserfahrung von Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Wie viel Berufserfahrung in der psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgungsarbeit mit Krebspatienten und/oder ihren Angehörigen weisen Sie auf?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Bis zu 2 Jahre	9	7.4	7.4
2-5 Jahre	15	12.3	19.7
6-10 Jahre	25	20.5	40.2
11-15 Jahre	17	13.9	54.1
16-20 Jahre	21	17.2	71.3
Über 20 Jahre	35	28.7	100
Gesamt	122	100	

4.1.6.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Abbildung 14 zeigt den Anteil der jeweiligen Finanzquelle am Gesamtbudget für die psychoonkologische Versorgung durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Demnach geben die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten an,

dass die **Gesetzlichen Krankenkassen** im Durchschnitt zu 92% für die Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung aufkommen.

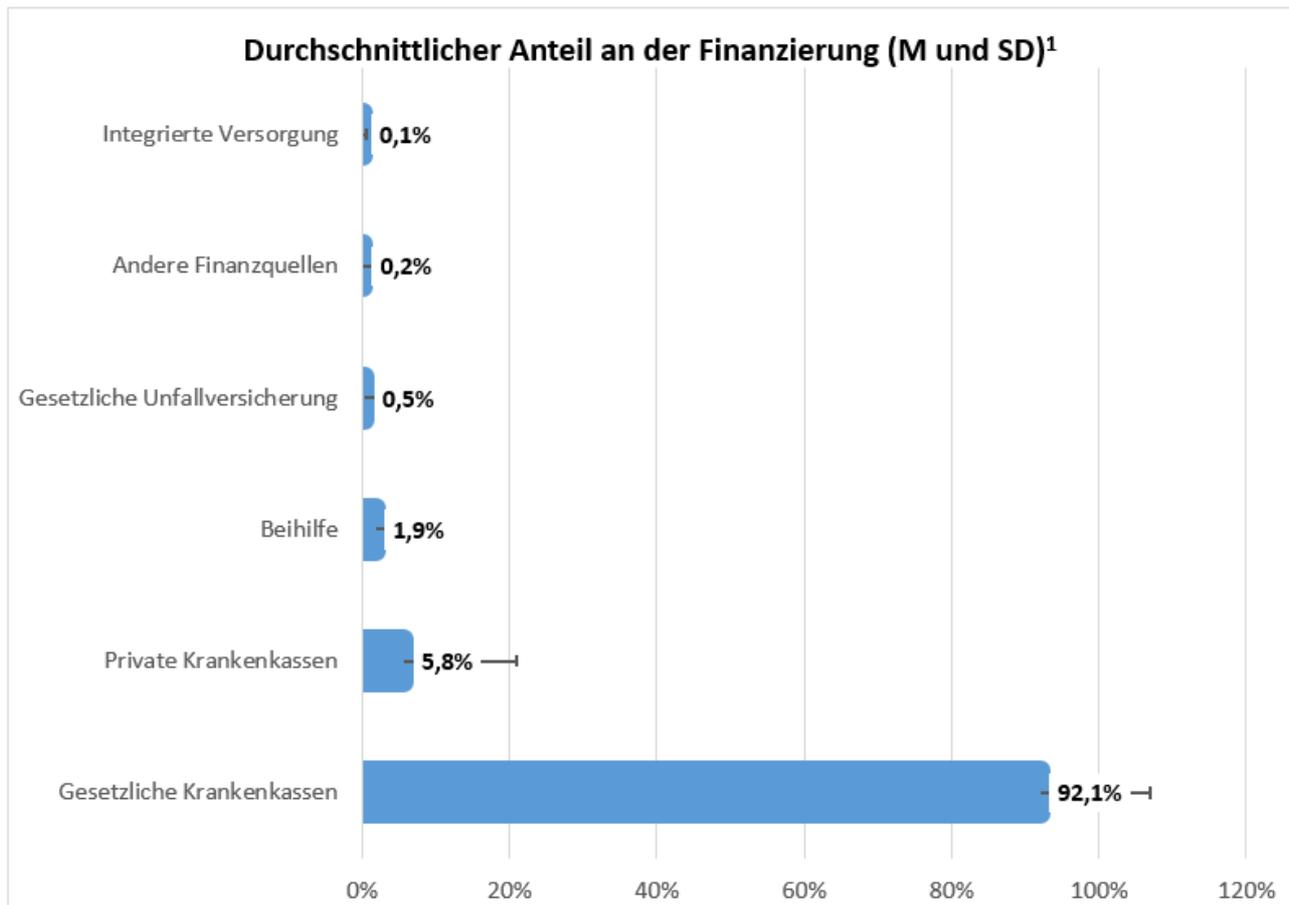


Abbildung 14: Anteil der Finanzquellen am Gesamtbudget für die psychoonkologische Versorgung durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

¹ *Durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung:* Bezieht sich auf die jeweilige Finanzierungsquelle (d.h. Mittelwert des Finanzierungsanteils einer Finanzquelle über alle Einrichtungen hinweg), daher Abweichungen von 100% möglich.

4.1.6.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Dokumentation

53% der befragten Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geben an, dass die psychoonkologischen Leistungen handschriftlich dokumentiert wurden. Lediglich 13% berichten, dass sie EDV-basiert dokumentiert haben. Teils handschriftlich und teils EDV-basiert haben 35% der befragten Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten dokumentiert.

Wartezeiten

Bezogen auf die Wartezeiten bis zum regulären Beginn der psychoonkologischen Versorgung geben 3% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten an, dass keine Wartezeit besteht (Tabelle 145). 71% der Anbietenden geben an, dass sie einen regulären Versorgungsbeginn innerhalb von 31 Tagen anbieten können. Die Wartezeit bis zum regulären Versorgungsbeginn beträgt 36 Tage ($M= 36.2$; $SD= 39.0$; Range 0-180 Tage).

Tabelle 145: Wartezeit für regulären psychoonkologischen Versorgungsbeginn durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 durchschnittlich auf den regulären psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgungsbeginn warten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	3	2.9	2.9
Wartezeit bis zu 7 Tagen	13	12.5	15.4
Wartezeit bis zu 14 Tagen	24	23.1	38.5
Wartezeit bis zu 21 Tagen	15	14.4	52.9
Wartezeit bis zu 31 Tagen	19	18.3	71.2
Wartezeit über 1 Monat	30	28.8	100
Gesamt	104	100	

Im Krisenfall reduziert sich die Wartezeit bis zum Versorgungsbeginn bei Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf durchschnittlich **12 Tage** ($M= 12.1$; $SD= 20.7$; Range 1 bis 180 Tage).

Fortbildungen

Tabelle 146 stellt dar, dass nur 21% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten angegeben haben, dass sie sich im Jahr 2016 zu psychoonkologischen Themen fort- bzw. weitergebildet haben.

Tabelle 146: Weiter- und Fortbildung durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Haben Sie im Jahr 2016 an einer Fort- oder Weiterbildung zu psychoonkologischen Themen teilgenommen?			
	Häufigkeit	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Fort- und Weiterbildung	21	20.6	20.6
<u>Keine</u> Fort- und Weiterbildung	81	79.4	100
Gesamt	102	100	

Versorgungsbarrieren

50% der befragten Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben angegeben, dass sie allen Krebserkrankten und ihren Angehörigen ein passendes Angebot machen konnten. Von den Anbietenden, die angegeben haben, dass sie den Krebserkrankten und ihren Angehörigen kein passendes Angebot anbieten konnten, gaben 54% an, dass unzureichende Versorgungskapazitäten Grund für Abweisungen gewesen seien (Tabelle 147). 12% der befragten Anbietenden hielten das Angebot einer anderen Einrichtung für geeigneter.

Tabelle 147: Gründe für abgewiesene Patientinnen und Patienten durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBZ-Zufallsstichprobe)

Aus welchen Gründen konnten Sie im Jahr 2016 für Krebspatienten und ihren Angehörigen mit einem psychoonkologischen Unterstützungsanliegen ggf. kein passendes ambulantes Behandlungsangebot vorhalten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozenze
Unzureichende Versorgungskapazitäten	41	53.9
Das Angebot einer anderen Einrichtung war für den Bedarf passender	9	11.8
Keine Finanzierungsmöglichkeit der Fahrtkosten	6	7.9
Entfernung vom Wohnort zum Behandlungsangebot zu groß	5	6.6
Sonstige	5	6.6
Sprachbarrieren	1	1.3
Gesamt	76	100

¹ Mehrfachantworten möglich

11% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten gaben zudem an, dass sich Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen mit einem psychoonkologischen Unterstützungsbedarf vorgestellt haben, welche jedoch nicht die Kriterien für eine ICD-10 F-Diagnose erfüllt

haben und denen vor diesem Hintergrund keine psychoonkologische Versorgungsleistung angeboten werden konnte.

Tabelle 148: ICD-10 F-Diagnosekriterien als Versorgungsbarriere bei Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)

Haben sich im Jahr 2016 Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen vorgestellt, die psychoonkologischen Unterstützungsbedarf hatten, aber nicht vollständig die Kriterien für eine ICD-10 F-Diagnose erfüllten?			
	Häufigkeit	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Ja, psychoonkologischer Bedarf vorhanden, aber keine ICD-10 F-Diagnose erfüllt	12	10.6	10.6
Nein	101	89.4	100
Gesamt	113	100	

4.1.7 Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (KBV-Zufallsstichprobe)

4.1.7.1 Identifizierte Anbietende und Rücklauf

Die Abbildung 15 stellt das Flowchart für den Rücklauf der Zufallsstichprobe der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte dar, welche von der KBV zur Verfügung gestellt wurde. **Initial** konnten **6.134 Anbietende** identifiziert werden. Von den 6.134 Fachärztinnen und -ärzten mussten 391 aus der Untersuchung ausgeschlossen werden. 189 Anbietende gaben an, dass sie im Jahr 2016 keine Krebserkrankte versorgt haben, bei 136 Fachärztinnen und -ärzten konnte kein Kontakt hergestellt werden, 19 Anbietende befanden sich im Jahr 2016 bereits im Ruhestand, acht wurden als falsch rekrutiert ausgeschlossen und drei haben im Jahr 2016 keine vertragsärztlichen Leistungen angeboten. **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **5.804 niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte** für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben 5.448 der insgesamt 5.804 Fachärztinnen und -ärzte, wobei der Großteil (n= 5.387) nicht auf die Einladung reagiert haben.

In die Auswertung einbezogen werden konnten **356 Fachärztinnen und -ärzte**. Dies entspricht einer Teilnahmequote von **6%**.

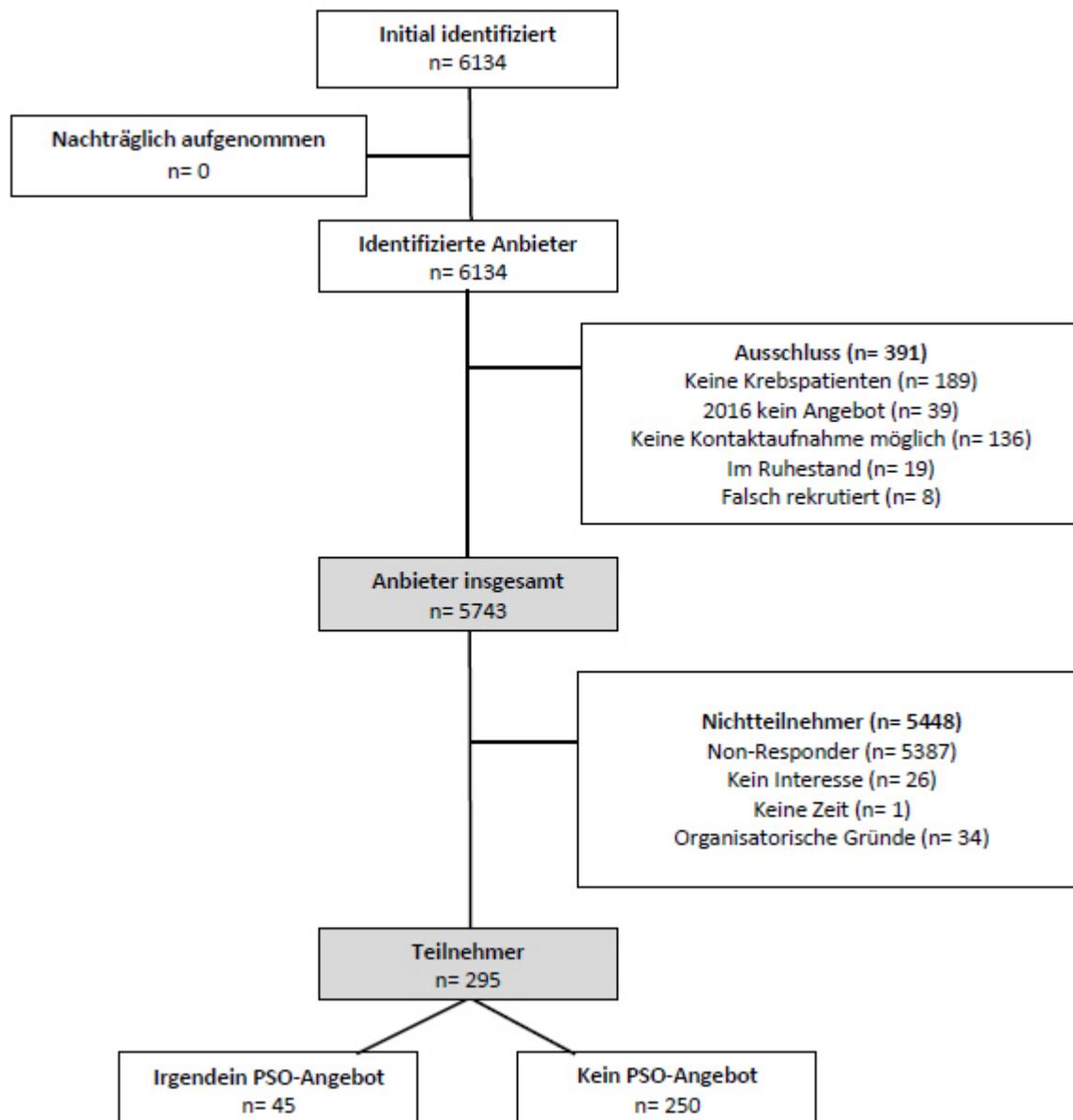


Abbildung 15: Flowchart Rücklauf für niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (KBV-Zufallsstichprobe)

4.1.7.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische Angebote durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte

Von den insgesamt 295 niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten, die an der Befragung teilgenommen haben, gaben 15% an, grundsätzlich ein psychoonkologisches Angebot für Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen angeboten zu haben (Tabelle 149). 85% der Fachärztinnen und -ärzte haben im Jahr 2016 kein psychoonkologisches Angebot für Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen vorgehalten. Von den Fachärztinnen und -ärzten, die angegeben haben, dass sie kein

psychoonkologisches Angebot bereitgehalten haben, gaben 96% an, dass sich im Jahr 2016 durchaus Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen mit einem psychoonkologischen Bedarf bzw. Anliegen vorgestellt haben.

Tabelle 149: Psychoonkologische Angebote durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (KBV-Zufallsstichprobe)

Haben Sie im Jahr 2016 neben Ihrer fachärztlichen medizinischen Versorgung psychoonkologische Angebote für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen bereitgehalten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
PSO-Angebot	45	15.3	15.3
Kein PSO-Angebot	250	84.7	100
Gesamt	295	100	

Spektrum psychoonkologischer und psychosozialer Angebote durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte

Die Fachärztinnen und -ärzte wurden durch eine Freitextangabe gebeten, ihr psychoonkologisches Angebot zu spezifizieren. Die Tabelle 150 gibt Auskunft über die Angaben der Fachärztinnen und -ärzte. Die Mehrheit (42%) berichtete, dass sie Gesprächsangebote mit psychologischem bzw. psychoonkologischem Schwerpunkt angeboten haben. Von den Fachärztinnen und -ärzten antworteten 28% auf diese Frage, dass sie an psychoonkologisches Fachpersonal vermittelt haben und 26% gaben an, dass ihr psychoonkologisches Angebot ihre allgemeine hausärztliche Betreuung bzw. Beratung von onkologischen Patientinnen und Patienten umfasst habe.

Tabelle 150: Spektrum psychoonkologischer Angebote durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (KBV-Zufallsstichprobe)

Bitte spezifizieren Sie im Folgenden das von Ihnen bereitgestellte psychoonkologische Angebot?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Gesprächsangebot mit psychologischem/psychoonkologischem Schwerpunkt	18	41.9
Vermittlung an psychoonkologisches Fachpersonal	12	27.9
Allgemeine hausärztliche Betreuung/Beratung onkologischer Patienten	11	25.6
Psychosomatische Grundversorgung	8	18.6
Medizinische Beratung	7	30.1
Palliativmedizinische Begleitung	5	11.6
Psychosoziales Beratungsangebot	5	11.6
Sonstige (Qi Gong, Krisenintervention)	3	7.0
Sozialpädiatrische Beratung	1	2.3
Soziale und sozialrechtliche Beratung	1	2.3
Gesamt	43	

¹ Mehrfachantworten möglich

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote als Hausbesuche

64% der Fachärztinnen und -ärzte gaben an, dass sie im Jahr 2016 Hausbesuche mit psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen angeboten haben. Der durchschnittliche Umkreis, in welchem psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen als Hausbesuch angeboten wurden, betrug 13,5 km. Der Median betrug 12 km. 95% der erbrachten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen durch ambulante Hospizdienste erfolgten in einem Umkreis zwischen 10 km und 17 km.

4.1.7.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Im Jahr 2016 haben Fachärztinnen und -ärzte im Durchschnitt **127 Krebserkrankte** fachärztlich behandelt (Tabelle 151). Der Median fachärztlich versorgter Krebserkrankter betrug **50**.

Tabelle 151: Anzahl fachärztlich behandelter Krebserkrankter (n= 40) (KBV-Zufallsstichprobe)

Wie viele Krebspatienten haben Sie im Jahr 2016 insgesamt fachärztlich beraten bzw. behandelt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			127.4
Standardabweichung			258.7	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		44.6	
	Obergrenze		210.2	
Median			50	
Summe			40	
Schiefe			3.8	0.4
Kurtosis			14.4	0.7

Der Anteil der fachärztlich versorgten Krebserkrankten, die zusätzlich psychoonkologisch beraten bzw. behandelt wurden, betrug im Durchschnitt 43% (Tabelle 152). **95% der Fachärztinnen und -ärzte** gaben an, dass der Anteil psychoonkologisch versorgter Krebserkrankten zwischen 33% und 53% betrug.

Tabelle 152: Anteil (%) der Krebserkrankten, die psychoonkologisch durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte versorgt wurden (n= 41) (KBV-Zufallsstichprobe)

Wie hoch war der Anteil der oben angegebenen Krebspatienten und ggf. ihren Angehörigen, die Sie psychoonkologisch beraten bzw. behandelt haben?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			43.3
Standardabweichung			32.1	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		33.1	
	Obergrenze		53.4	
Median			35	
Schiefe			0.5	0.4
Kurtosis			-1.0	0.7

Daraus ergibt sich, dass die durchschnittliche Anzahl psychoonkologisch versorgter Patientinnen und Patienten durch die an der Befragung teilnehmenden Fachärztinnen und -ärzte **45 Krebserkrankte** betrug (Tabelle 153). Der Median betrug **19,5 Krebserkrankte**. 95% der Fachärztinnen und -ärzte haben zwischen 25 und 66 Krebserkrankte psychoonkologisch versorgt.

Tabelle 153: Anzahl versorgter Krebserkrankte durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (n= 40) (KBV-Zufallsstichprobe)

Wie hoch war der Anteil der oben angegebenen Krebspatienten und ggf. ihren Angehörigen, die Sie psychoonkologisch beraten bzw. behandelt haben?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			45.3
Standardabweichung			61.6	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		25.0	
	Obergrenze		65.5	
Median			19.5	
Summe			38	
Schiefe			2.0	0.4
Kurtosis			3.8	0.8

Dabei betrug die durchschnittliche psychoonkologische Beratungs- bzw. Behandlungsdauer (aufsummiert über alle Kontaktmomente) im Durchschnitt **65 Minuten** (Tabelle 154). Der Median betrug **55 Minuten**. In 95% der Fälle betrug die aufsummierte durchschnittliche psychoonkologische Beratungs- bzw. Behandlungsdauer zwischen 46 Minuten und 83 Minuten.

Tabelle 154: Dauer der psychoonkologischen Behandlung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (n= 41) (KBV-Zufallsstichprobe)

Wie lange hat diese psychoonkologische Beratung bzw. Behandlung durchschnittlich in Minuten gedauert? ¹			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			64.5
Standardabweichung			57.9	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		46.3	
	Obergrenze		82.8	
Median			55	
Summe			41	
Schiefe			2.3	0.4
Kurtosis			6.3	0.7

¹ Anmerkung: Dauer pro Patientin und Patient insgesamt aufsummiert über mehrere Kontaktmomente

4.1.7.4 Ausbildung der niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzte

60% der Fachärztinnen und -ärzte gaben an, dass die psychoonkologischen Leistungen in einer Allgemeinarztpraxis erbracht wurden (Tabelle 155). Die verbleibenden 40% gaben an, dass sie in einer sonstigen Facharztpraxis gearbeitet haben.

Tabelle 155: Art der Praxis von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten (KBV-Zufallsstichprobe)

Um welche Art der Praxis handelt es sich dabei?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Allgemeinmedizinische Praxis	27	60.0	60.0
Facharztpraxis	18	40.0	100
Gynäkologie und Geburtshilfe	10		
Innere Medizin	2		
Neurologie	1		
Anästhesiologie	1		
Kinderheilkunde und Jugendmedizin	1		
Gastroenterologie	1		
Urologie	1		
Humangenetik	1		
Gesamt	45	100	

86% der Fachärztinnen und -ärzte, die psychoonkologische Angebote für Krebs Erkrankte und/oder ihre Angehörige vorgehalten haben, gaben ab, dass sie über keine psychoonkologische Weiterbildung verfügten (Tabelle 156).

Tabelle 156: Psychoonkologische Weiterbildung (DKG-anerkannt) von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten (KBV-Zufallsstichprobe)

Verfügen Sie über eine DKG-anerkannte psychologische Weiterbildung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	6	14.0	14.0
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	-	-	-
Keine psychoonkologische Weiterbildung	37	86.0	100
Gesamt	43	100	

¹ psychoonkologische Fort- und Weiterbildungscurricula, die einen Umfang von mindestens 120 Fortbildungseinheiten á 45 Min. haben und von der DKG anerkannt wurden

4.1.7.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Abbildung 16 zeigt den Anteil der jeweiligen Finanzquelle am Gesamtbudget für die psychoonkologische Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte. Demnach gaben die Fachärztinnen und -ärzte an, dass die **Gesetzlichen Krankenkassen** im Durchschnitt zu **80%** für die Finanzierung ihrer psychoonkologischen Versorgung aufgekommen sind.

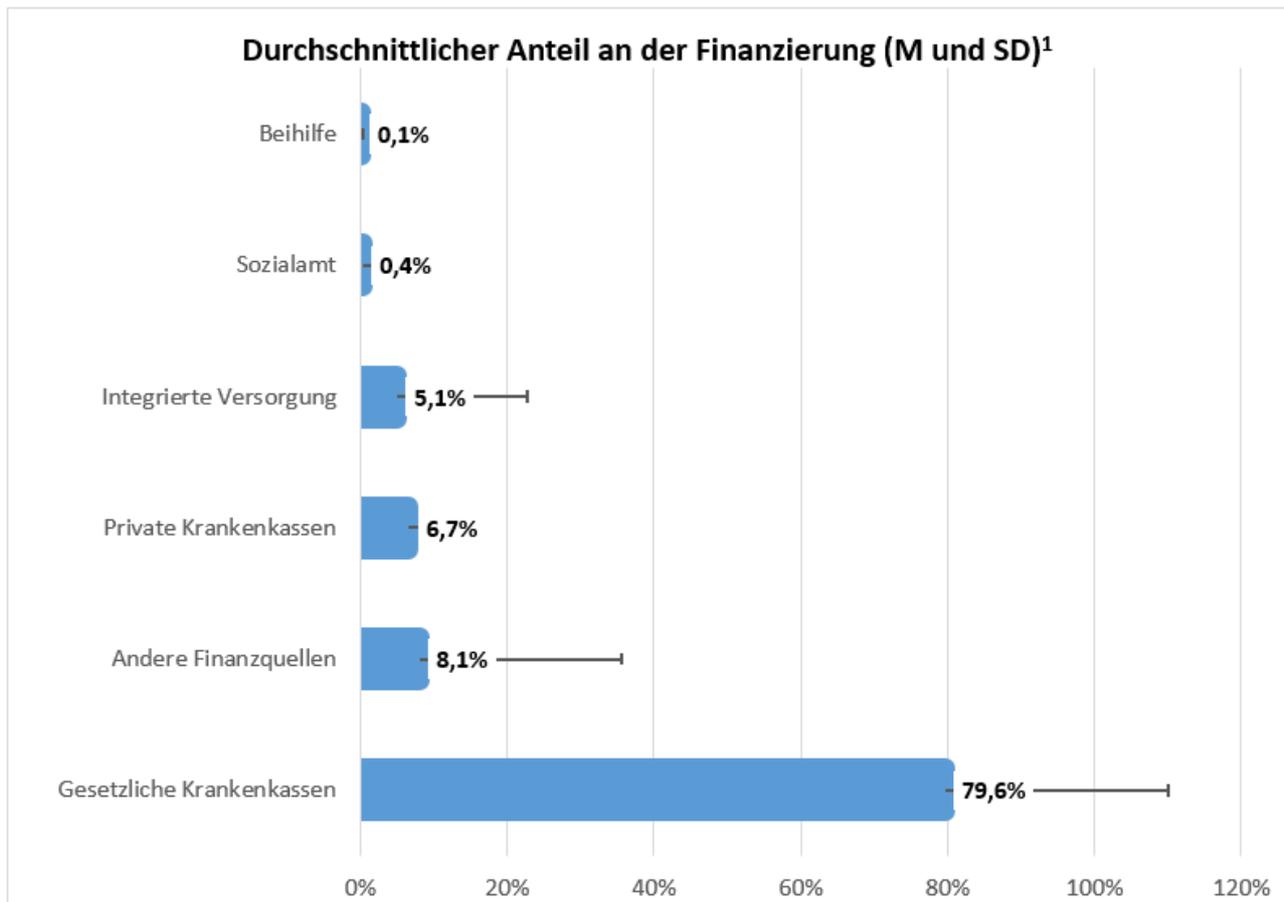


Abbildung 16: Anteil der Finanzquellen am Gesamtbudget für die ambulante psychoonkologische Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (KBV-Zufallsstichprobe)

¹ *Durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung:* Bezieht sich auf die jeweilige Finanzierungsquelle (d.h. Mittelwert des Finanzierungsanteils einer Finanzquelle über alle Einrichtungen hinweg), daher Abweichungen von 100% möglich.

4.1.7.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Dokumentation

37% der befragten und Fachärztinnen und -ärzte gaben an, dass die psychoonkologischen Leistungen EDV-basiert dokumentiert wurden. 21% berichteten, dass sie handschriftlich dokumentiert haben. Teils handschriftlich und teils EDV-basiert haben 35% der befragten Fachärztinnen und -ärzte dokumentiert und 7% führten gar keine Dokumentation über ihre psychoonkologische Versorgung.

Fortbildungen

Tabelle 157 stellt dar, dass **35% der Fachärztinnen und -ärzte** angegeben haben, dass sie im Jahr 2016 an einer Fort- oder Weiterbildung zu psychoonkologischen Themen teilgenommen haben.

Tabelle 157: Weiter- und Fortbildung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (KBV-Zufallsstichprobe)

Haben Sie im Jahr 2016 an einer Fort- oder Weiterbildung zu psychoonkologischen Themen teilgenommen?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fort- und Weiterbildung	15	34.9	34.9
Keine Fort- und Weiterbildung	28	65.1	100
Gesamt	43	100	

Versorgungsbarrieren

51% der befragten Fachärztinnen und -ärzte, die grundsätzlich ein psychoonkologisches Angebot vorgehalten haben, haben angegeben, dass sie allen Krebserkrankten ein passendes psychoonkologisches Angebot vorhalten konnten. Von den Fachärztinnen und -ärzten, die angegeben haben, dass sie einigen Krebserkrankten kein passendes psychoonkologisches Angebot anbieten konnten, gaben 39% an, dass unzureichende Versorgungskapazitäten Grund für Abweisungen gewesen seien (Tabelle 158). 22% der befragten Fachärztinnen und -ärzte hielten das Angebot einer anderen Einrichtung für geeigneter.

Tabelle 158: Gründe für abgewiesene Patientinnen und Patienten durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (KBZ-Zufallsstichprobe)

Aus welchen Gründen konnten Sie im Jahr 2016 für Krebspatienten und ihren Angehörigen mit einem psychoonkologischen Unterstützungsanliegen ggf. kein passendes ambulantes Behandlungsangebot vorhalten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Unzureichende Versorgungskapazitäten ²	9	39.1
Das Angebot einer anderen Einrichtung war für den Bedarf passender	5	21.7
Entfernung vom Wohnort zum Behandlungsangebot zu groß	3	13.0
Sonstige	3	13.0
Sprachbarrieren	2	8.7
Keine Finanzierungsmöglichkeit der Fahrtkosten	1	4.3
Gesamt	23	100

¹ Mehrfachantworten möglich

² Aufgrund meines medizinischen Versorgungsauftrages kann ich nur sehr begrenzt Angebote mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung anbieten

Informationen und Kooperationen

27% der Fachärztinnen und -ärzte gaben an, dass sie über keinerlei Informationen zu anderen Einrichtungen bzw. Behandelnden mit psychoonkologischen Angeboten hatten (Tabelle 159). Insgesamt war die Informiertheit am höchsten in Bezug auf Einrichtungen der stationären onkologischen Versorgung (77%) und ambulanten palliativmedizinischen Angeboten (71%) sowie ambulanten Hospizdiensten (62%). Am geringsten war die Informiertheit in Bezug auf niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (41%), psychoonkologische Spezialambulanzen bzw. psychoonkologische Dienste (15%) sowie Selbsthilfegruppenangebote (15%).

Über schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen bzw. Behandelnden mit psychoonkologischen Angeboten verfügten lediglich 14% der Fachärztinnen und -ärzte.

Tabelle 159: Informationen über psychoonkologische Einrichtungen und Angebote durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (KBV-Zufallsstichprobe)

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Nein , ich verfügte über <u>keine</u> schriftlichen Informationen zu anderen Einrichtungen	9	26.5
Einrichtungen der stationären onkologischen Versorgung	26	76.5
Ambulante palliativmedizinische Angebote	24	70.6
Ambulante Hospizdienste	21	61.8
Einrichtungen der ambulanten onkologischen Versorgung	20	58.8
Stationäre Hospize	19	55.9
Stationäre palliativmedizinische Angebote	19	55.9
Krebsberatungsstellen	17	50.0
Psychiatrische Institutsambulanzen	16	47.1
Ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen	14	41.2
Niedergelassene Psychotherapeuten, ggf. mit einer psychoonkologischen Weiterbildung	14	41.2
Psychoonkologische Spezialambulanzen oder psychoonkologische Dienste	5	14.7
(Psycho)onkologische Selbsthilfegruppen oder -verbände	5	14.7
Gesamt	34	100

¹ Mehrfachantworten möglich

4.1.8 Psychotherapeutische und/oder psychiatrische Gemeinschaftspraxen

Bundesweit wurden nach Ausschluss insgesamt **153 Psychotherapeutische und/oder psychiatrische Gemeinschaftspraxen** angeschrieben und für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen. Insgesamt haben lediglich 4 Einrichtungen auf unsere Einladung reagiert, was einer Teilnahmequote von unter 3% entspricht. Aufgrund der geringen Teilnahmequote werden die Angaben der Teilnehmenden nicht ausgewertet.

4.1.9 Psychotherapeutische Ausbildungsinstitute

4.1.9.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Initial wurden bundesweit insgesamt **197 psychotherapeutische Ausbildungsinstitute** identifiziert. Von diesen 197 Ausbildungsinstituten wurden 26 aus der Studie ausgeschlossen, da im Jahr 2016

keine Krebserkrankten und/oder ihre Angehörigen vorstellig gewesen seien (n= 23), eine Kontaktaufnahme zu den Ausbildungsinstituten nicht möglich war (n=2) oder das Ausbildungsinstitut im Jahr 2016 noch nicht bestanden hat (n=1). **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **171 psychotherapeutische Ausbildungsinstitute** für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben 148 der insgesamt 171 psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute: 147 Ausbildungsinstitute haben nicht auf die Einladung reagiert und eine gab an aus organisatorischen Gründen nicht an der Befragung teilnehmen zu können.

In die Auswertung einbezogen werden konnten demnach **23 psychotherapeutische Ausbildungsinstitute**. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 13,5%.

4.1.9.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische Angebote in psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten

Von den psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten, die an der Befragung teilgenommen haben, geben **39%** an, dass sie ein psychotherapeutisches Angebot für Krebserkrankte und/oder ihre Angehörigen vorhalten (Tabelle 160). Von den Ausbildungsinstituten, die keine psychotherapeutischen Angebote für Krebserkrankte und/oder Angehörige vorhalten (61%), berichten wiederum 93%, dass sich im Jahr 2016 Krebserkrankte und/oder Angehörige mit einem psychoonkologischen Unterstützungsbedarf vorgestellt haben.

Tabelle 160: Psychoonkologische Angebote durch psychotherapeutische Ausbildungsinstitute

Hat Ihr Ausbildungsinstitut im Jahr 2016 grundsätzlich psychotherapeutische Leistungen für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
PSO-Angebot	9	39.1	39.1
Kein PSO-Angebot	14	60.9	100
Gesamt	23	100	

Spektrum psychoonkologischer und psychosozialer Angebote durch psychotherapeutische Ausbildungsinstitute

Die Tabelle 161 gibt Auskunft über die von den psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten angebotenen Richtlinien-Psychotherapieverfahren.

Tabelle 161: Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) für Krebs Erkrankte in psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten

Hat Ihr Ausbildungsinstitut im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen ambulante psychotherapeutische Leistungen nach den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Richtlinien-Psychotherapie	9	100	100
Verhaltenstherapie ¹	6	66.7	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ¹	3	33.3	
Analytische Psychotherapie ¹	1	11.1	
Keine Richtlinien-Psychotherapie	-	-	
Gesamt	9	100	

¹ Mehrfachantworten möglich

4.1.9.3 Versorgte Krebs erkrankte und Angehörige

Im Durchschnitt wurden in den Ausbildungsinstituten **14,7 Krebs erkrankte** und/oder Angehörige psychotherapeutisch unter psychoonkologischer Schwerpunktsetzung versorgt (Tabelle 162). Der Median beträgt **10 Krebs erkrankte**.

Tabelle 162: Anzahl versorgter Krebs erkrankte und Angehörige (Gesamt) in psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten (n= 7)

Wie viele Krebspatienten und/oder Angehörige wurden in Ihrem Ausbildungsinstitut im Jahr 2016 insgesamt psychotherapeutisch unter psychoonkologischer Schwerpunktsetzung versorgt?	Statistik		Std.-Fehler
	Mittelwert	14.7	5.0
Standardabweichung	13.3		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	2.4	
	Obergrenze	27.0	
Median	10		
Schiefe	1.4	0.8	
Kurtosis	1.3	1.6	

4.1.9.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte

Im Durchschnitt haben in den Ausbildungsinstituten **8,3 Ausbildungsteilnehmende** psychotherapeutische Leistungen für Krebs Erkrankte und/oder ihre Angehörigen angeboten (Tabelle 163)

Tabelle 163: Anzahl psychoonkologischer Beschäftigter in psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten (n= 7)

Wie viele Ausbildungsteilnehmer haben insgesamt im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend psychotherapeutische Leistungen mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung in Ihrem Ausbildungsinstitut angeboten?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			8.3
Standardabweichung			9.9	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze			0.0
	Obergrenze			17.5
Median			5	
Schiefe			2.3	0.8
Kurtosis			5.6	2.6

4.1.9.5 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Seminar- und Lehrangebote zu psychoonkologischen Themen

Von den psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten geben 88% an, dass sie im Jahr 2016 im Rahmen der angebotenen Ausbildung zur Psychologische Psychotherapeutin und zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder -therapeuten auch Seminar- und Lehrangebote zu psychoonkologischen Themen angeboten haben. Der durchschnittliche Umfang der psychoonkologischen Seminar- und Lehrangebote beträgt 11 Stunden (M= 10.7; SD= 3.6; Range 6-16).

4.1.10 Ambulante Hospizdienste

4.1.10.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Die Abbildung 17 stellt das Flowchart des Rücklaufs für ambulante Hospizdienste dar. **Initial** konnten **1.062 ambulante Hospizdienste** identifiziert werden. Im weiteren Projektverlauf wurde nachträglich eine weitere Einrichtung mit aufgenommen, deren Leitung sich an die Projektleitung gewandt hat. Von den 1063 identifizierten stationären Hospizen mussten 285 aus der Untersuchung ausgeschlossen werden. Bei insgesamt 262 Einrichtungen stellte sich im Rahmen einer Nachprüfung heraus, dass es sich nicht um ambulante Hospizdienste, sondern um Hospizgruppen bzw. Sitzwachen handelte. Bei weiteren 20 Einrichtungen war eine Kontaktaufnahme nicht möglich. Ein ambulanter

Hospizdienst meldete uns zurück, dass er keine Krebserkrankte versorgt habe und zwei Hospizdienste gaben an, dass sie im Jahr 2016 noch nicht bestanden haben. **Insgesamt** wurden demnach bundesweit *778 ambulante Hospizdienste* für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben 600 der insgesamt 778 ambulanten Hospizdienste: 597 Einrichtungen haben nicht auf die Einladung reagiert, eine Einrichtung gab an, keine Zeit zur Teilnahme an der Befragung zu haben und zwei Einrichtungen meldeten uns zurück, dass sie aus organisatorischen Gründen nicht teilnehmen könnten.

In die Auswertung einbezogen werden konnten **178 ambulante Hospizdienste**. Dies entspricht einer Teilnahmequote von **23%**.

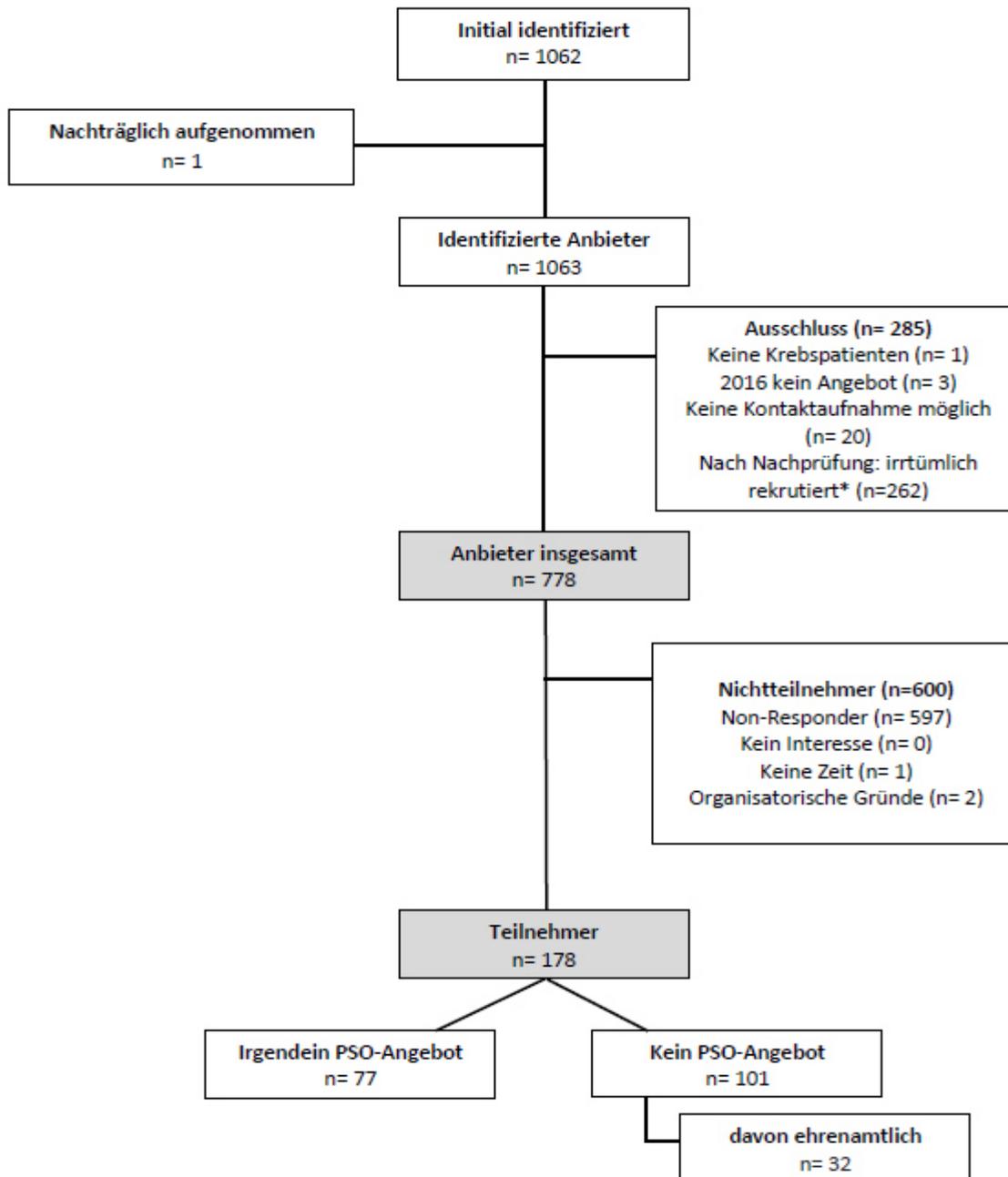


Abbildung 17: Flowchart Rücklauf für ambulante Hospizdienste

4.1.10.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote in ambulanten Hospizdiensten

Von den insgesamt 178 ambulanten Hospizdiensten, die an der Befragung teilgenommen haben, geben **61%** (n= 109) an, grundsätzlich ein psychoonkologisches bzw. psychosoziales Angebot für Krebserkrankte angeboten zu haben (Tabelle 164). Von diesen 109 Einrichtungen bieten jedoch 29% lediglich ein ehrenamtliches psychoonkologisches bzw. psychosoziales Angebot an. Ein finanziertes

psychoonkologisches bzw. psychosoziales Angebot wird von **71% dieser 109 ambulanten Hospizdienste** bereitgestellt (n= 77).

Tabelle 164: Psychoonkologische/psychosoziale Angebote in ambulanten Hospizdiensten

Hat Ihr ambulantes Hospiz im Jahr 2016 grundsätzlich psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
PSO-Angebot	109	61.2	61.2
davon finanziert	77	70.6	
davon ehrenamtlich	32	29.4	
Kein PSO-Angebot	69	38.8	100
Gesamt	178	100	

Spektrum psychoonkologischer und psychosozialer Angebote in ambulanten Hospizdiensten

Der Tabelle 165 ist zu entnehmen, dass 9% der ambulanten Hospizdienste Elemente der Richtlinien-Psychotherapieverfahren⁸ anbieten.

Tabelle 165: Elemente einer Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) in ambulanten Hospizdiensten

Hat Ihr ambulanter Hospizdienst im Jahr 2016 Elemente einer Richtlinien-Psychotherapie (G-BA)¹ für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Richtlinien-Psychotherapieelemente	7	9.1	9.1
Keine Richtlinien-Psychotherapieelemente	70	90.9	100
Gesamt	77	100	

¹ Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie

Dagegen geben 52% der ambulanten Hospizdienste an, dass sie außerhalb der Psychotherapie-Richtlinien (G-BA) psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen anbieten (Tabelle 166). Kriseninterventionen (74%), Entspannungsverfahren (41%) und Achtsamkeitsbasierte Verfahren (41%) wurden dabei am häufigsten angeboten.

⁸ Unter „Elementen einer Richtlinienpsychotherapie“ sind verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische oder psychoanalytische Techniken und psychotherapeutische Interventionen zu verstehen, die von approbierten oder in Ausbildung befindlichen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten **außerhalb** einer beantragten Kurz- oder Langzeittherapie Anwendung finden, etwa in psychoonkologischen Beratungsgesprächen oder im Rahmen von konsiliarischen Kontakten.

Tabelle 166: Psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen in ambulanten Hospizdiensten

Hat Ihr ambulanter Hospizdienst im Jahr 2016 auch außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen ¹ für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychologische Verfahren	40	51.9	51.9
Keine psychologischen Verfahren	37	48.1	100
Gesamt	77	100	

¹ Systemische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie, Interpersonelle Psychotherapie (IPT), Psychodramatherapie, EMDR, Neuropsychologische Therapie, Krisenintervention, Psychologisch-supportive Begleitung (bei subsyndromaler Belastung, auch: supportive Psychotherapie), Entspannungsverfahren, Imaginative Verfahren, Sexualtherapeutische Interventionen, Traumatherapeutische Interventionen, Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Stressbewältigungs-/Stressimpfungstraining, Fatigue-Training, Paarkommunikationstraining, Sonstige.

Beratungsleistungen wurden von **94% aller ambulanten Hospizdienste** angeboten. Die Tabelle 167 zeigt, dass die Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote mit 71% am häufigsten angeboten worden ist. Medizinische Basisinformationen wurden von 64% der ambulanten Hospizdienste vermittelt und eine psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung haben 61% der ambulanten Hospizdienste angeboten.

Tabelle 167: Beratungsleistungen in ambulanten Hospizdiensten

Welche der folgenden Beratungsleistungen hat Ihr ambulanter Hospizdienst im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische/psychosoziale Angebote	55	71.4
Vermittlung medizinischer Basisinformationen	49	63.6
Psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung	47	61.0
Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung	25	32.5
Informationsveranstaltungen zu psychoonkologischen/psychosozialen Themen	22	28.6
Sonstige Beratungsleistungen	19	24.7
Vermittlung medizinischer Fachinformationen ²	2	2.6
Keine Beratungsleistungen	5	6.5
Gesamt	77	

¹ Mehrfachantworten möglich

² nur durch Ärztinnen und Ärzte

Die Mehrheit der ambulanten Hospizdienste (75%) bietet keine künstlerischen Therapieformen an (Tabelle 168).

Tabelle 168: Künstlerische Therapieformen in ambulanten Hospizdiensten

Welche der folgenden künstlerischen Therapieformen hat Ihr ambulanter Hospizdienst im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozenze
Kunsttherapie	7	9.1
Sonstige künstlerische Therapieformen	4	5.2
Musiktherapie	3	3.9
Bewegungs- bzw. Tanztherapie	1	1.3
Keine künstlerischen Therapieformen	58	75.3
Gesamt	77	

¹ Mehrfachantworten möglich

Ausschließlich alle ambulanten Hospizdienste geben an, dass sie irgendeine unterstützende und/oder begleitende Leistung angeboten haben (Tabelle 169). Sterbebegleitung (92%) und Trauerbegleitung (92%) wurden dabei am häufigsten angeboten.

Tabelle 169: Unterstützende und begleitende Leistungen in ambulanten Hospizdiensten

Welche der folgenden unterstützenden und begleitenden Leistungen hat Ihr ambulanter Hospizdienst im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozenze
Sterbebegleitung	71	92.2
Trauerbegleitung	71	92.2
Sitzwache	53	68.8
Palliative Begleitung	50	64.9
Sonstige unterstützenden und begleitenden Leistungen	14	18.2
Keine Beratungsleistungen	-	-
Gesamt	77	

¹ Mehrfachantworten möglich

4.1.10.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Tabelle 170 gibt Auskunft über die Anzahl psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgter Krebserkrankte durch ambulante Hospizdienste. Im Durchschnitt wurden **56 Krebserkrankte** im Jahr 2016 durch ambulante Hospizdienste psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt. Der **Median** beträgt

37 Krebserkrankte. 95% der ambulanten Hospizdienste haben im Jahr 2016 zwischen 37 und 75 Krebserkrankte psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt.

Tabelle 170: Anzahl versorgter Krebserkrankte in ambulanten Hospizdiensten (n= 58)

Wie viele Krebspatienten wurden durch Ihren ambulanten Hospizdienst im Jahr 2016 insgesamt psychoonkologisch/psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			56.0
Standardabweichung			40.7	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		36.9	
	Obergrenze		75.1	
Median			37	
Schiefe			4.2	.3
Kurtosis			23.3	.6

Die Tabelle 171 gibt Aufschluss über die im Jahr 2016 psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgten Angehörigen von Krebserkrankten. Die ambulanten Hospizdienste haben im Durchschnitt 54 Angehörige von Krebserkrankten versorgt. Der Median beträgt 50 Patientinnen und Patienten.

Tabelle 171: Anzahl versorgter Angehörige von Krebserkrankten in ambulanten Hospizdiensten (n= 56)

Wie viele Angehörige von Krebspatienten wurden durch Ihren ambulanten Hospizdienst im Jahr 2016 insgesamt psychoonkologisch/psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			54.0
Standardabweichung			41.9	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		42.7	
	Obergrenze		65.3	
Median			50	
Schiefe			1.1	.3
Kurtosis			1.5	.6

Die in den stationären Hospizen im Einzelkontakt erbrachten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen für Krebserkrankte und ihre Angehörige verteilen sich wie in Tabelle 172 dargestellt.

Tabelle 172: Psychoonkologische und psychosoziale Leistungen als Einzelkontakt in ambulanten Hospizdiensten (n=82)

In einer durchschnittlichen Woche in 2016 erbrachten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen als Einzelkontakt (gültige Prozente, %)

	Richtlinien- Psychothe- rapie (Ele- mente; G- BA) ¹	Psychotherapeuti- sche Verfahren und Interventio- nen ²	Beratung mit psychologi- schem Schwerpunkt	Beratung mit sozialem und sozialrechtli- chem Schwer- punkt	Beratung mit medizi- nischem Schwer- punkt	Künstlerische Therapiefor- men ³	Unterstüt- zende und begleitende Leistungen ⁴
Ja	0.0	3.9	23.4	55.8	27.3	2.6	66.2
Nein	100.0	96.1	76.6	44.2	72.7	97.4	33.8

¹ Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie

² Systemische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie, Interpersonelle Psychotherapie (IPT), Psychodramatherapie, EMDR, Neuropsychologische Therapie, Krisenintervention, Psychologisch-supportive Begleitung (bei subsyndromaler Belastung, auch: supportive Psychotherapie), Entspannungsverfahren, Imaginative Verfahren, Sexualtherapeutische Interventionen, Traumatherapeutische Interventionen, Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Stressbewältigungs-/Stressimpfungstraining, Fatigue-Training, Paarkommunikationstraining

³ Musiktherapie, Kunsttherapie, Bewegungs- bzw. Tanztherapie

⁴ Sterbebegleitung, Palliative Begleitung, Trauerbegleitung, Sitzwache

Dabei geben die ambulanten Hospizdienste an, dass im Durchschnitt 49% der im Einzelkontakt erbrachten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen im Kontakt mit den Angehörigen der Krebserkrankten erbracht worden sein.

4.1.10.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte

Im Durchschnitt beschäftigen die ambulanten Hospizdienste 2,5 Angestellte bzw. Konsiliarisch Tätige, die an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung der Krebserkrankten und ihrer Angehörigen beteiligt sind (Tabelle 173). Der Median beträgt **2 Beschäftigte**. In 95% der ambulanten Hospizdienste sind 2 bis 3 Beschäftigte bzw. Konsiliarisch Tätige an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligt.

Tabelle 173: Anzahl psychoonkologischer/psychosozialer Beschäftigter in ambulanten Hospizdiensten (n= 66)

Wie viele Mitarbeiter und Konsiliare haben insgesamt im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in Ihrem ambulanten Hospizdienst angeboten			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			2.5
Standardabweichung			2.0	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		2.0	
	Obergrenze		3.0	
Median			2	
Schiefe			2.5	.3
Kurtosis			7.3	.6

Der Tabelle 174 ist zu entnehmen, dass die Mehrheit der an der psychoonkologischen Versorgung beteiligten Beschäftigten bzw. Honorarkräften in ambulanten Hospizdiensten Krankenpflegende (30%), Sozialarbeitende/sozialpädagogische Fachkräfte (19%) oder Palliativfachkräfte (15%) sind.

Tabelle 174: Beruf der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in ambulanten Hospizdiensten

Welchen Beruf hat Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Sonstige	77	75.5	75.5
Krankenpfleger	31	30.4	
Palliativfachkraft	15	14.7	
Koordinator	7	6.9	
Pädagoge	3	2.9	
Theologe	2	2.0	
Andere	8	7.8	
Missing	11	10.8	
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	19	18.6	94.1
Arzt	4	3.9	98.0
Psychologe	2	2.0	100
Gesamt	102	100	

Im Durchschnitt sind **86% der psychoonkologisch tätigen Beschäftigten** in ambulanten Hospizdiensten angestellt (Tabelle 175). Dabei sind **93%** der angestellten Beschäftigten **unbefristet angestellt** und lediglich 7% der angestellten Beschäftigten befristet angestellt.

Tabelle 175: Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in ambulanten Hospizdiensten

Welches Beschäftigungsverhältnis hatte dieser Mitarbeiter bzw. Konsiliar in 2016?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Angestellt	122	85.9	85.9
Honorar/Konsiliar	10	7.0	93.0
Praktikum	10	7.0	100
Gesamt	142	100	

Im Durchschnitt sind die Beschäftigten bzw. Konsiliarisch Tätigen im Jahr 2016 über 11,5 Monate beschäftigt gewesen (Tabelle 176). Der Median beträgt **12 Monate**.

Tabelle 176: Wie viele Monate waren die Beschäftigten in ambulanten Hospizdiensten beschäftigt (n= 132)

Wie viele Monate war Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar im Jahr 2016 beschäftigt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		11.5	0.2
Standardabweichung		1.8		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	11.2		
	Obergrenze	11.8		
Median		12		
Schiefe		-3.8	0.2	
Kurtosis		13.6	0.4	

Der Tabelle 177 ist zu entnehmen, dass die Beschäftigten und Konsiliarisch Tätigen in den ambulanten Hospizdiensten im Durchschnitt **17 Stunden pro Woche** psychoonkologisch bzw. psychosozial tätig waren. Der **Median** beträgt **15 Wochenarbeitsstunden**.

Tabelle 177: Wochenarbeitsstunden psychoonkologischer Beschäftigter in ambulanten Hospizdiensten (n= 97)

Wie viele Stunden pro Woche hat Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar psychoonkologisch/psychosozial im Jahr 2016 gearbeitet?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		16.9	1.2
Standardabweichung		11.6		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	14.6		
	Obergrenze	19.2		
Median		15		
Schiefe		.4	0.2	
Kurtosis		-.9	0.5	

Die Mehrheit der psychoonkologisch bzw. psychosozial tätigen Beschäftigten in ambulanten Hospizdiensten verfügte über keine psychoonkologische Weiterbildung (90%, Tabelle 178).

Tabelle 178: Psychoonkologische Weiterbildung (DKG-anerkannt) in ambulanten Hospizdiensten

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine DKG-anerkannte psychologische Weiterbildung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	11	8.9	8.9
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	1	0.8	9.7
Keine psychoonkologische Weiterbildung	112	90.3	100
Gesamt	124	100	

¹ psychoonkologische Fort- und Weiterbildungscurricula, die einen Umfang von mindestens 120 Fortbildungseinheiten á 45 Min. haben und von der DKG anerkannt wurden

Die Beschäftigten in ambulanten Hospizdiensten verfügen zudem zu **91%** über keine psychotherapeutische bzw. fachärztliche Qualifikation (Tabelle 179).

Tabelle 179: Psychotherapeutische oder fachärztliche Qualifizierung in ambulanten Hospizdiensten

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine psychotherapeutische bzw. fachärztliche Qualifizierung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	12	9.6	9.6
Aktuell in Qualifizierung	2	1.6	11.2
Keine psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	111	88.8	100
Gesamt	125	100	

¹ Für die Berufsgruppe der Psychologen: Approbation als Psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in einem von dem G-BA anerkannten Therapieverfahren: Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie); für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte: abgeschlossene Weiterbildung zum FA für Psychiatrie und Psychotherapie, FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FA für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie oder in Weiterbildung fachgebundene Psychotherapie.

4.1.10.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Abbildung 18 zeigt den Anteil der jeweiligen Finanzquelle am Gesamtbudget für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung innerhalb der ambulanten Hospizdienste. Demnach kommen die **gesetzlichen Krankenkassen** durchschnittlich über alle ambulanten Hospize für **67%** der Finanzierung der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung auf. Im Durchschnitt werden 21% durch Spendengelder, 6% durch die privaten Krankenkassen und 3% durch Förderkreise erbracht.

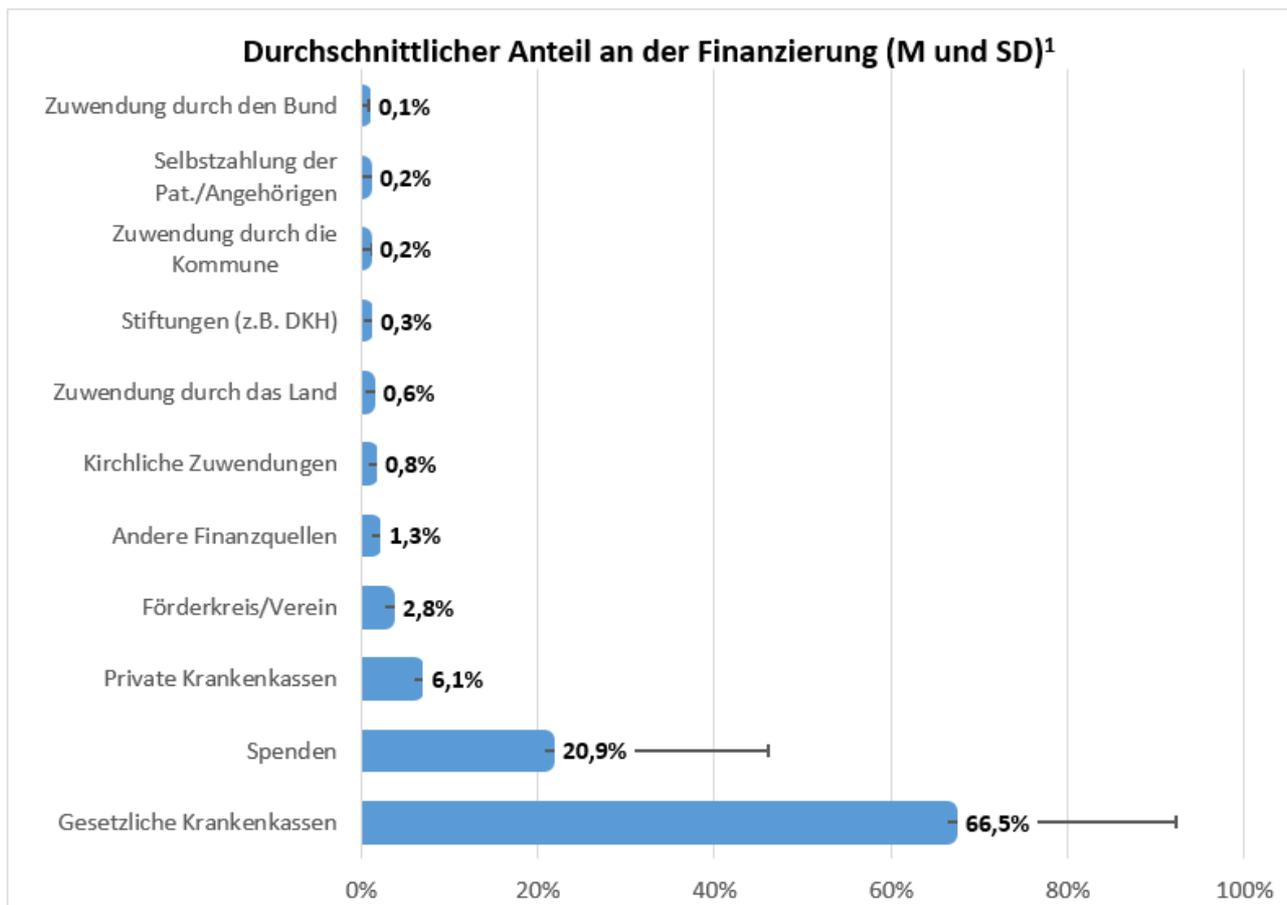


Abbildung 18: Anteil der Finanzquellen am Gesamtbudget für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung innerhalb der ambulanten Hospizdienste

¹ Durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung: Bezieht sich auf die jeweilige Finanzierungsquelle (d.h. Mittelwert des Finanzierungsanteils einer Finanzquelle über alle Einrichtungen hinweg), daher Abweichungen von 100% möglich.

4.1.10.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Dokumentation

58% der befragten ambulanten Hospizdienste geben an, dass die psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen teils handschriftlich und teils EDV-basiert dokumentiert haben. **18%** geben an, dass sie ausschließlich handschriftlich dokumentiert haben und **11%** berichten, dass sie ausschließlich EDV-basiert dokumentiert haben. **13%** der befragten ambulanten Hospizdienste führen gar keine Dokumentation.

Wartezeiten

Bezogen auf die Wartezeiten bis zum regulären Beginn der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung geben **24%** der ambulanten Hospizdienste an, dass keine Wartezeit besteht (Tabelle

180). Die ambulanten Hospizdienste, die einen Versorgungsbeginn nicht am selben Tag gewährleisten können, geben an, dass eine Wartezeit von durchschnittlich **2 Tagen** besteht ($M= 2.3$; $SD= 1.69$; Range 1-10 Tage).

Tabelle 180: Wartezeit für regulären psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn in ambulanten Hospizdiensten

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 durchschnittlich auf den regulären psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn innerhalb Ihres ambulanten Hospizdienstes warten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	13	23.6	23.6
Versorgungsbeginn <u>nicht</u> am selben Tag	42	76.4	100
Gesamt	55	100	

Standard Operating Procedures (SOPs)

65% der stationären Hospize geben an, dass schriftlich ausgearbeitete Standards (SOPs), Leitfäden oder Versorgungskonzepte für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung von Krebskranken oder ihren Angehörigen vorliegen. 35% der stationären Hospize verfügen nicht über ausgearbeitete Standards (SOPs), Leitfäden oder Versorgungskonzepte.

Supervision und Fortbildungen

Tabelle 181 stellt dar, dass **85% der ambulanten Hospizdienste** ihren psychoonkologischen bzw. psychosozialen Beschäftigten ein Supervisionsangebot zur Verfügung stellen. Nur 27% der ambulanten Hospizdienste geben an, dass ihre Beschäftigten bzw. Konsiliarisch Tätigen verpflichtet waren, sich psychoonkologisch bzw. psychosozial fortzubilden (Tabelle 182).

Tabelle 181: Supervision in ambulanten Hospizdiensten

Stellte Ihr ambulanter Hospizdienst für die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Konsiliare im Jahr 2016 ein fallbezogenes Supervisionsangebot bereit?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Supervision	46	85.2	85.2
Keine Supervision	8	14.8	100
Gesamt	54	100	

Tabelle 182: Weiter- und Fortbildung in ambulanten Hospizdiensten

Waren die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Konsiliare im Jahr 2016 verpflichtet sich psychoonkologisch/psychosozial weiter- bzw. fortzubilden?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fort- und Weiterbildung	15	27.3	27.3
Keine Fort- und Weiterbildung	40	72.7	100
Gesamt	55	100	

4.1.11 Ambulante Palliativdienste

4.1.11.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Initial konnten bundesweit **360 Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung** identifiziert werden. Von den 360 ambulanten Palliativdiensten konnten 66 aus der Untersuchung ausgeschlossen werden (Abbildung 19). **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **294 Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung** für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben 249 der insgesamt 294 Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung: 245 ambulante Palliativdienste haben nicht auf die Einladung reagiert, zwei Einrichtungen hatten kein Interesse an der Befragung teilzunehmen und zwei Einrichtungen gaben an, keine Zeit für eine Teilnahme zu haben.

In die Auswertung einbezogen werden konnten **45 Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung**. Dies entspricht einer Teilnahmequote von **15%**.

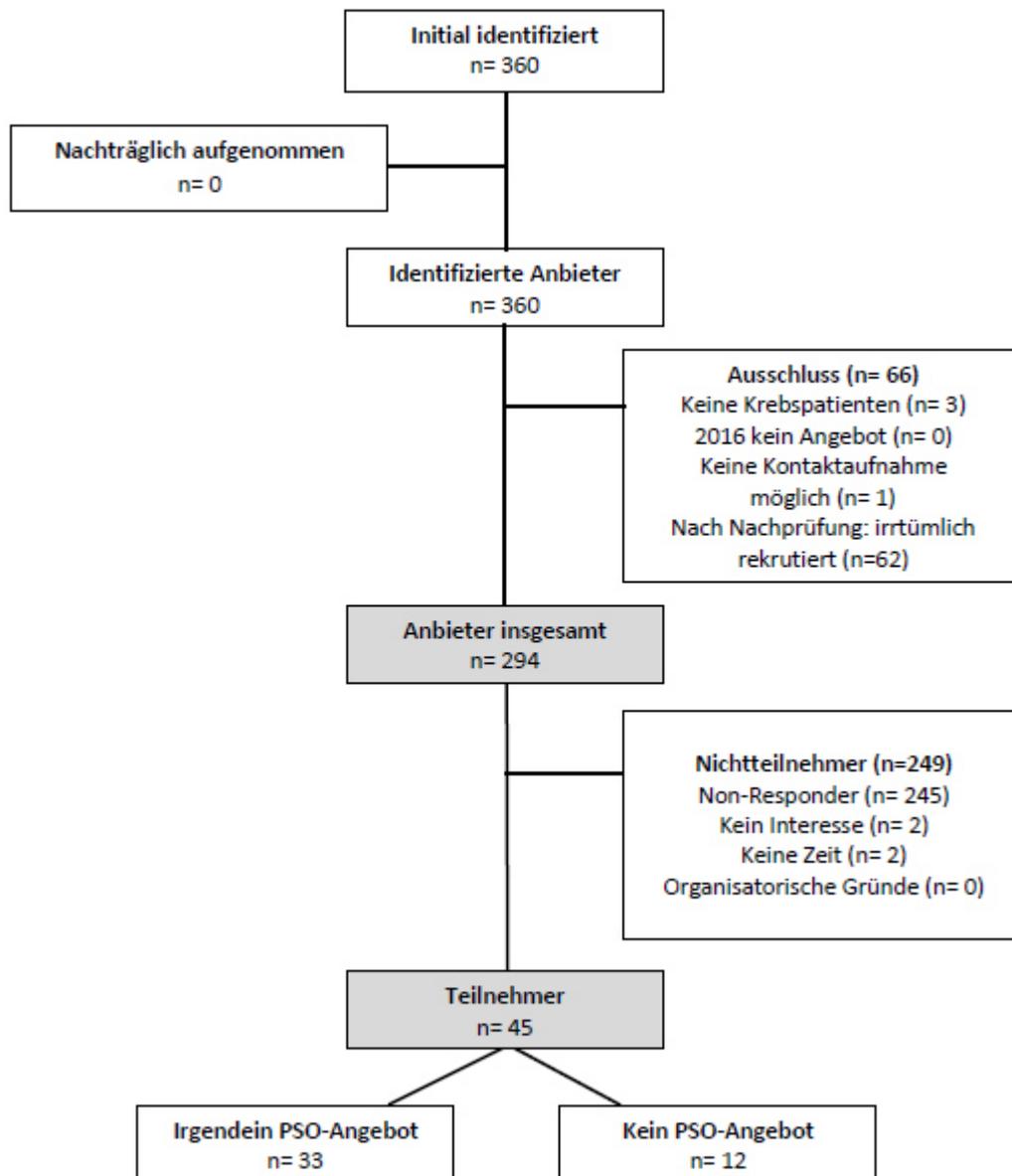


Abbildung 19: Flowchart Rücklauf für ambulante Palliativdienste

4.1.11.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote in ambulanten Palliativdiensten

Von den insgesamt 45 ambulanten Palliativdiensten, die an der Befragung teilgenommen haben, geben **73%** an, grundsätzlich ein psychoonkologisches bzw. psychosoziales Angebot für Krebs- erkrankte angeboten zu haben (Tabelle 183).

Tabelle 183: Psychoonkologische/psychosoziale Angebote in ambulanten Palliativdiensten

Hat Ihr ambulanter Palliativdienst im Jahr 2016 grundsätzlich psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
PSO-Angebot	33	73.3	73.3
Kein PSO-Angebot	12	26.7	100
Gesamt	45	100	

Spektrum psychoonkologischer und psychosozialer Angebote in ambulanten Hospizdiensten

Der Tabelle 184 ist zu entnehmen, dass lediglich 15% der ambulanten Hospizdienste Elemente der Richtlinien-Psychotherapieverfahren⁹ anbieten.

Tabelle 184: Elemente einer Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) in ambulanten Palliativdiensten

Hat Ihr ambulanter Palliativdienst im Jahr 2016 Elemente einer Richtlinien-Psychotherapie (G-BA)¹ für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Richtlinien-Psychotherapieelemente	5	15.2	15.2
Keine Richtlinien-Psychotherapieelemente	28	84.8	100
Gesamt	33	100	

¹ Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie

⁹ Unter „Elementen einer Richtlinienpsychotherapie“ sind verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische oder psychoanalytische Techniken und psychotherapeutische Interventionen zu verstehen, die von approbierten oder in Ausbildung befindlichen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten **außerhalb** einer beantragten Kurz- oder Langzeittherapie Anwendung finden, etwa in psychoonkologischen Beratungsgesprächen oder im Rahmen von konsiliarischen Kontakten.

Es geben jedoch **76% der ambulanten Palliativdienste** an, dass sie außerhalb der Psychotherapie-Richtlinien (G-BA) psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen anbieten (Tabelle 185). Kriseninterventionen (55%), Psychologisch-supportive Begleitung (39%) und Gesprächspsychotherapie (36%) wurden dabei am häufigsten angeboten.

Tabelle 185: Psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen in ambulanten Palliativdiensten

Hat Ihr ambulanter Palliativdienst im Jahr 2016 auch außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen¹ für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychologische Verfahren	25	75.8	75.8
Keine psychologischen Verfahren	8	24.2	100
Gesamt	33	100	

¹ Systemische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie, Interpersonelle Psychotherapie (IPT), Psychodramatherapie, EMDR, Neuropsychologische Therapie, Krisenintervention, Psychologisch-supportive Begleitung (bei subsyndromaler Belastung, auch: supportive Psychotherapie), Entspannungsverfahren, Imaginative Verfahren, Sexualtherapeutische Interventionen, Traumatherapeutische Interventionen, Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Stressbewältigungs-/Stressimpfungstraining, Fatigue-Training, Paarkommunikationstraining, Sonstige.

94% aller ambulanten Palliativdienste geben an, dass sie Beratungsleistungen angeboten haben (Tabelle 186). Am häufigsten wurde psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung angeboten (79%). Auch die Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote wurde mit 76% und die Vermittlung medizinischer Basisinformationen 76% sehr häufig angeboten.

Tabelle 186: Beratungsleistungen in ambulanten Palliativdiensten

Welche der folgenden Beratungsleistungen hat Ihr ambulanter Palliativdienst im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung	26	78.8
Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische/psychosoziale Angebote	25	75.8
Vermittlung medizinischer Basisinformationen	25	75.8
Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung	18	54.5
Vermittlung medizinischer Fachinformationen ²	17	51.5
Informationsveranstaltungen zu psychoonkologischen/psychosozialen Themen	9	27.3
Keine Beratungsleistungen	2	
Gesamt	33	

¹ Mehrfachantworten möglich

² nur durch Ärztinnen und Ärzte

Die Mehrheit der ambulanten Hospizdienste (61%) bietet keine künstlerischen Therapieformen an (Tabelle 187/Tabelle 168).

Tabelle 187: Künstlerische Therapieformen in ambulanten Palliativdiensten

Welche der folgenden künstlerischen Therapieformen hat Ihr ambulanter Palliativdienst im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Kunsttherapie	6	18.2
Musiktherapie	7	21.2
Bewegungs- bzw. Tanztherapie	3	9.1
Keine künstlerischen Therapieformen	20	60.6
Gesamt	33	

¹ Mehrfachantworten möglich

Die ambulanten Palliativdienste geben zu **91%** an, dass sie irgendeine unterstützende und/oder begleitende Leistung angeboten haben (Tabelle 188). Sterbebegleitung (82%) und Trauerbegleitung (49%) wurden dabei am häufigsten angeboten.

Tabelle 188: Unterstützende und begleitende Leistungen in ambulanten Palliativdiensten

Welche der folgenden unterstützenden und begleitenden Leistungen hat Ihr ambulanter Palliativdienst im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Sterbebegleitung	27	81.8
Trauerbegleitung	16	48.5
Sitzwache	6	18.2
Keine Beratungsleistungen	3	9.1
Gesamt	33	

¹ Mehrfachantworten möglich

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote durch ambulante Palliativdienste als Hausbesuche

Der durchschnittliche Umkreis, in welchem psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen als Hausbesuch angeboten werden, beträgt 50 km. Der **Median** beträgt **32,5 km**. 95% der ambulanten Palliativdienste geben an, dass sie psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen in einem Umkreis zwischen 36 km und 65 km anbieten.

Tabelle 189: Umkreis in km, in denen ambulante Palliativdienste Hausbesuche angeboten haben

Bitte schätzen Sie: Im Umkreis von wie vielen Kilometern hat Ihre Einrichtung der ambulanten Palliativversorgung im Jahr 2016 Hausbesuche mit psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen angeboten?	Statistik		Std.-Fehler
	Mittelwert	50.3	7.1
Standardabweichung	40.1		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	35.9	
	Obergrenze	64.8	
Median	32.5		
Schiefe	1.5	.4	
Kurtosis	1.1	.8	

4.1.11.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Tabelle 190 gibt Ausschuss über die Anzahl psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgter Krebserkrankte durch ambulante Palliativdienste. Im Durchschnitt wurden **176 Krebserkrankte** im Jahr 2016 durch ambulante Palliativdienste psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt. Der **Median**

beträgt **140 Krebserkrankte**. 95% der ambulanten Palliativdienste haben im Jahr 2016 zwischen 89 und 263 Krebserkrankte psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt.

Tabelle 190: Anzahl versorgter Krebserkrankte in ambulanten Palliativdiensten (n= 27)

Wie viele Krebspatienten wurden durch Ihren ambulanten Palliativdienst im Jahr 2016 insgesamt psychoonkologisch/psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			175.9
Standardabweichung			220.3	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		88.7	
	Obergrenze		263.0	
Median			140	
Schiefe			2.4	.5
Kurtosis			7.4	.9

Die Tabelle 191 gibt Aufschluss über die im Jahr 2016 psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgten Angehörigen von Krebserkrankten. Die ambulanten Palliativdienste haben im Durchschnitt 132 Angehörige von Krebserkrankten versorgt. Der Median beträgt 52.5 Patientinnen und Patienten.

Tabelle 191: Anzahl versorgter Angehörige von Krebserkrankten in ambulanten Palliativdiensten (n= 26)

Wie viele Angehörige von Krebspatienten wurden durch Ihren ambulanten Palliativdienst im Jahr 2016 insgesamt psychoonkologisch/psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			131.7
Standardabweichung			218.7	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		43.3	
	Obergrenze		220.0	
Median			52.5	
Schiefe			3.0	.5
Kurtosis			10.8	.9

Die in den ambulanten Palliativdiensten im Einzelkontakt erbrachten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen für Krebserkrankte und ihre Angehörige verteilen sich wie in Tabelle 192 dargestellt.

Tabelle 192: Psychoonkologische und psychosoziale Leistungen als Einzelkontakt in ambulanten Palliativdiensten (n=33)

In einer durchschnittlichen Woche in 2016 erbrachten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen als Einzelkontakt (Gültige Prozente, %)							
	Richtlinien- Psychothe- rapie (Ele- mente; G- BA) ¹	Psychotherapeuti- sche Verfahren und Interventio- nen ²	Beratung mit psychologi- schem Schwerpunkt	Beratung mit sozialem und sozialrechtli- chem Schwer- punkt	Beratung mit medizi- nischem Schwer- punkt	Künstlerische Therapiefor- men ³	Unterstüt- zende und begleitende Leistungen ⁴
Ja	-	18.2	45.5	60.6	42.4	-	66.7
Nein	-	81.8	54.5	39.4	57.6	-	33.3

¹ Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie

² Systemische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie, Interpersonelle Psychotherapie (IPT), Psychodramatherapie, EMDR, Neuropsychologische Therapie, Krisenintervention, Psychologisch-supportive Begleitung (bei subsyndromaler Belastung, auch: supportive Psychotherapie), Entspannungsverfahren, Imaginative Verfahren, Sexualtherapeutische Interventionen, Traumatherapeutische Interventionen, Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Stressbewältigungs-/Stressimpfungstraining, Fatigue-Training, Paarkommunikationstraining

³ Musiktherapie, Kunsttherapie, Bewegungs- bzw. Tanztherapie

⁴ Sterbebegleitung, Trauerbegleitung, Sitzwache

Dabei geben die ambulanten Palliativdienste an, dass im Durchschnitt **52%** der im Einzelkontakt erbrachten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen im Kontakt mit den Angehörigen der Krebserkrankten erbracht worden sein.

4.1.11.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte

Der Tabelle 193 ist zu entnehmen, dass im Durchschnitt **4 Beschäftigte** an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung durch ambulante Palliativdienste beteiligt sind. Der **Median** beträgt **3 Beschäftigte**.

Tabelle 193: Anzahl psychoonkologischer/psychosozialer Beschäftigter in ambulanten Palliativdiensten (n= 33)

Wie viele Mitarbeiter und Honorarkräfte haben insgesamt im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in Ihrem ambulanten Palliativdienst angeboten			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			3.8
Standardabweichung			3.7	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		2.4	
	Obergrenze		5.1	
Median			3	
Schiefe			2.3	.4
Kurtosis			6.7	.8

Der Tabelle 194 ist zu entnehmen, dass die Mehrheit der an der psychoonkologischen Versorgung beteiligten Beschäftigten bzw. Honorarkräften in ambulanten Palliativdiensten Sozialarbeitende bzw. Sozialpädagogische Fachkräfte (25%) oder Ärztinnen und Ärzte (25%) sind. Auch Palliative Care Fachkräfte sind mit 19% häufig an der psychoonkologischen Versorgung beteiligt.

Tabelle 194: Beruf der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in ambulanten Palliativdiensten

Welchen Beruf hat Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Sonstige	31	33.7	33.7
Palliative Care Fachkraft	17	18.5	
Onkologische Fachkrankenpflege	6	6.5	
Kinderkrankenschwester	3	3.3	
GKP	2	2.2	
Tiergestützte Heilpädagogin	1	1.1	
Altenpflegerin	1	1.1	
Missing	1	1.1	
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	23	25.0	58.7
Arzt	23	25.0	83.7
Psychologe	15	16.3	100
Gesamt	92	100	

Im Durchschnitt sind **73%** der psychoonkologisch/psychosozial tätigen Beschäftigten in ambulanten Palliativdiensten angestellt (Tabelle 195). Dabei sind **93% der angestellten Beschäftigten unbefristet** angestellt und lediglich 7% der angestellten Beschäftigten befristet angestellt.

Tabelle 195: Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in ambulanten Palliativdiensten

Welches Beschäftigungsverhältnis hatte Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft in 2016?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Angestellt	67	72.8	72.8
Honorar/Konsiliar	25	27.2	100
Praktikum	-	-	
Gesamt	92	100	

Im Durchschnitt sind die Beschäftigten im Jahr 2016 über 11,7 Monate beschäftigt gewesen (Tabelle 196). 96% der Beschäftigten waren über das gesamte Jahr 2016, also **12 Monate**, beschäftigt.

Tabelle 196: Wie viele Monate waren die Beschäftigten in ambulanten Palliativdiensten beschäftigt (n= 90)

Wie viele Monate war Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft im Jahr 2016 beschäftigt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			11.7
Standardabweichung			1.3	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		11.5	
	Obergrenze		12.0	
Median			12	
Schiefe			-5.9	.3
Kurtosis			36.8	.5

Der Tabelle 197 ist zu entnehmen, dass die Beschäftigten und Honorarkräfte in den Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung im Durchschnitt **17 Stunden pro Woche** psychoonkologisch bzw. psychosozial tätig waren. Der **Median beträgt 10 Wochenarbeitsstunden**.

Tabelle 197: Wochenarbeitsstunden psychoonkologischer Beschäftigter in ambulanten Palliativdiensten (n= 92)

Wie viele Stunden pro Woche hat Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft psychoonkologisch/psychosozial im Jahr 2016 gearbeitet?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			16.9
Standardabweichung			13.8	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		14.0	
	Obergrenze		19.7	
Median			10	
Schiefe			.5	.3
Kurtosis			-1.3	.5

Die Mehrheit der psychoonkologisch bzw. psychosozial tätigen Beschäftigten in ambulanten Palliativdiensten verfügen über keine psychoonkologische Weiterbildung (65%, Tabelle 198).

Tabelle 198: Psychoonkologische Weiterbildung (DKG-anerkannt) in ambulanten Palliativdiensten

Verfügt Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft über eine DKG-anerkannte psychologische Weiterbildung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	27	30.0	30.0
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	5	5.6	35.6
Keine psychoonkologische Weiterbildung	58	64.4	100
Gesamt	90	100	

¹ psychoonkologische Fort- und Weiterbildungscurricula, die einen Umfang von mindestens 120 Fortbildungseinheiten á 45 Min. haben und von der DKG anerkannt wurden

Die Beschäftigten in ambulanten Palliativdiensten verfügen zudem zu 66% über keine psychotherapeutische bzw. fachärztliche Qualifikation (Tabelle 199).

Tabelle 199: Psychotherapeutische oder fachärztliche Qualifizierung in ambulanten Palliativdiensten

Verfügt Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft über eine psychotherapeutische bzw. fachärztliche Qualifizierung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	25	28.4	28.4
Aktuell in Qualifizierung	5	5.7	34.1
Keine psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	58	65.9	100
Gesamt	88	100	

¹ Für die Berufsgruppe der Psychologen: Approbation als Psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in einem von dem G-BA anerkannten Therapieverfahren: Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie); für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte: abgeschlossene Weiterbildung zum FA für Psychiatrie und Psychotherapie, FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FA für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie oder in Weiterbildung fachgebundene Psychotherapie.

4.1.11.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Abbildung 20 stellt den durchschnittlichen Anteil der einzelnen Finanzquellen für die Finanzierung des psychoonkologischen bzw. psychosozialen Angebots durch Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung dar. Demnach kommen die **gesetzlichen Krankenkassen** durchschnittlich über alle ambulanten Palliativdienste für **51%** der Finanzierung der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung auf. Im Durchschnitt werden 19% durch andere Finanzquellen, 16% durch Spendengelder, 6% durch die Privaten Krankenkassen und 4% durch Wohlfahrtsverbände erbracht.

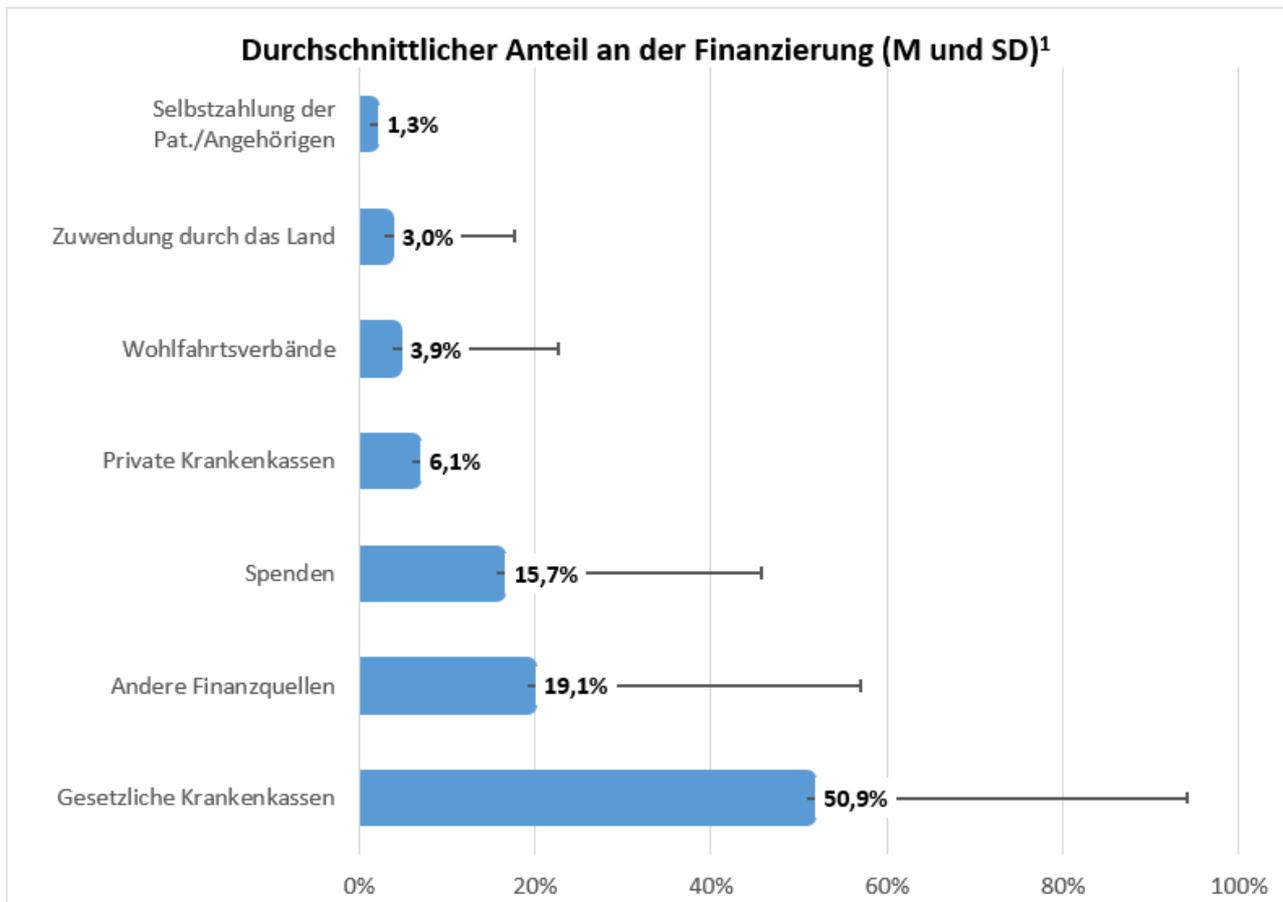


Abbildung 20: Anteil der Finanzquellen am Gesamtbudget für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung innerhalb der ambulanten Palliativdienste

¹ Durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung: Bezieht sich auf die jeweilige Finanzierungsquelle (d.h. Mittelwert des Finanzierungsanteils einer Finanzquelle über alle Einrichtungen hinweg), daher Abweichungen von 100% möglich.

4.1.11.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Dokumentation

85% der befragten ambulanten Palliativdienste geben an, dass die psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen EDV-basiert dokumentiert wurden. 9% geben an, dass sie teils handschriftlich, teils EDV-basiert und 6%, dass sie ausschließlich handschriftlich dokumentiert haben. 6% der befragten ambulanten Palliativdienste führen gar keine Dokumentation.

Wartezeiten

Bezogen auf die Wartezeiten bis zum regulären Beginn der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung geben 15% der ambulanten Palliativdienste an, dass keine Wartezeit besteht (Ta-

belle 200 (Tabelle 180). Die ambulanten Palliativdienste, die einen Versorgungsbeginn nicht am selben Tag gewährleisten können, geben an, dass eine Wartezeit von durchschnittlich **4 Tagen** besteht (M= 4.6; SD= 3.2; Median= 3.5; Range 1 bis 14 Tage).

Tabelle 200: Wartezeit für psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn in ambulanten Palliativdiensten

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 durchschnittlich auf den regulären psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn innerhalb Ihres ambulanten Palliativdienstes warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	5	18.5	18.5
Versorgungsbeginn nicht am selben Tag	22	81.5	100
Gesamt	27	100	

Supervision und Fortbildungen

Tabelle 201 stellt dar, dass **81% der Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung** ihren psychoonkologischen bzw. psychosozialen Beschäftigten ein Supervisionsangebot zur Verfügung stellen. Nur 27% der ambulanten Palliativdienste geben an, dass ihre Beschäftigten bzw. Konsiliarisch Tätigen verpflichtet waren sich psychoonkologisch bzw. psychosozial fortzubilden (Tabelle 202).

Tabelle 201: Supervision in ambulanten Palliativdiensten

Stellte Ihr ambulanter Palliativdienst für die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Konsiliare im Jahr 2016 ein fallbezogenes Supervisionsangebot bereit?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Supervision	21	80.8	80.8
Keine Supervision	5	19.2	100
Gesamt	26	100	

Tabelle 202: Weiter- und Fortbildung in ambulanten Palliativdiensten

Waren die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Konsiliare im Jahr 2016 verpflichtet sich psychoonkologisch/psychosozial weiter- bzw. fortzubilden?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fort- und Weiterbildung	8	26.6	26.6
Keine Fort- und Weiterbildung	19	70.4	100
Gesamt	27	100	

Informationen und Kooperationen

Die Tabelle 203 gibt Auskunft über die in ambulanten Palliativdiensten ausliegenden Informationen zu anderen psychoonkologischen Einrichtungen und Angeboten in der Region. Über schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen bzw. Behandelnden mit psychoonkologischen Angeboten verfügten lediglich 33% der Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung.

Tabelle 203: Informationen über psychoonkologische Einrichtungen und Angebote in ambulanten Palliativdiensten

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Nein , ich verfügte über <u>keine</u> schriftlichen Informationen zu anderen Einrichtungen	2	6.1
Ambulante Hospizdienste	23	69.7
Stationäre Hospize	22	66.7
Einrichtungen der stationären onkologischen Versorgung	18	54.5
Ambulante palliativmedizinische Angebote	18	54.5
Stationäre palliativmedizinische Angebote	18	54.5
Krebsberatungsstellen	18	54.5
Einrichtungen der ambulanten onkologischen Versorgung	16	48.5
(Psycho)onkologische Selbsthilfegruppen oder -verbände	15	45.5
Ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen	13	39.4
Niedergelassene Psychotherapeuten, ggf. mit einer psychoonkologischen Weiterbildung	12	
Psychiatrische Institutsambulanz	9	
Psychoonkologische Spezialambulanz oder psychoonkologische Dienste	7	
Gesamt	33	

¹ Mehrfachantworten möglich

4.1.12 Psychosoziale Teams in der Pädiatrischen Onkologie – Nachsorge

In der Pädiatrischen Onkologie wurden die Psychosozialen Teams sowohl zur psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung im Rahmen der Akutversorgung als auch im Rahmen der ambulanten Nachsorge befragt. Die Ergebnisse in Bezug auf die Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie sind im Kapitel 4.2.6 enthalten. Im Folgenden werden die Ergebnisse in Hinblick auf die ambulante Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie dargestellt.

4.1.12.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Angeschrieben wurden die 60 Behandlungseinrichtungen, die innerhalb der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) in Deutschland kooperieren. Von diesen haben **18 Einrichtungen** an der Befragung teilgenommen, was einem Anteil von **30%** entspricht.

4.1.12.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Aus der Tabelle 204 geht hervor, dass von den 18 Einrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben, 17 psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie angeboten haben.

Tabelle 204: Setting der erbrachten psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen in der Pädiatrischen Onkologie

In welchem Bereich hat Ihr psychosozialer Dienst/Ihr psychosoziales Team in der Pädiatrischen Onkologie psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen im Jahr 2016 erbracht?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
In der Akutversorgung von krebskranken Kindern und Ihren Familien	1	5.6	5.6
Nur in der Nachsorge von krebskranken Kindern und ihren Familien	1	5.6	11.2
Sowohl in der Akutversorgung als auch in der Nachsorge von krebskranken Kindern und ihren Familien	16	88.8	100
Gesamt	18	100	

Aus der Tabelle 205 geht zudem hervor, dass es sich bei diesen Nachsorgeeinrichtungen mehrheitlich um Einrichtungen der Kliniken (59%) sowie um Beratungsstellen (24%) gehandelt hat.

Tabelle 205: Art der Einrichtung in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

In welcher Art der Einrichtung hat Ihr psychosozialer Dienst/Ihr psychosoziales Team Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie im Jahr 2016 erbracht?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Spezialambulanz	1	5.9	5.9
Beratungsstelle	4	23.5	29.4
Klinikeinrichtung	10	58.8	88.2
Angebot eines Elternvereins	2	11.8	100
Gesamt	17	100	

Spektrum psychoonkologischer und psychosozialer Angebote in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Aus der Tabelle 206 geht das Leistungsspektrum der psychosozialen Dienste bzw. Teams in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie hervor. Die psychosozialen Dienste bzw. Teams haben demnach im Jahr 2016 mehrheitlich psychosoziale Beratung (82%), supportive Therapien bzw. Kriseninterventionen (71%) und Informationen und Orientierungshilfe (71%) angeboten.

Tabelle 206: Psychoonkologisches/psychosoziales Leistungsspektrum in der Nachsorge durch psychosoziale Dienste und Teams in der Pädiatrischen Onkologie

Welche der folgenden Leistungen hat Ihr psychosozialer Dienst/Ihr psychosoziales Team in der Pädiatrischen Onkologie im Jahr 2016 für krebskranke Kinder und ihre Familien in der Nachsorge erbracht?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Psychosoziale Beratung	14	82.4
Supportive Therapie/Krisenintervention	12	70.6
Information und Orientierungshilfe	12	70.6
Soziale und sozialrechtliche Beratung und Unterstützung	11	64.7
Psychoedukative Maßnahmen	11	64.7
Krankheitsspezifische Verlaufsdiagnostik	11	64.7
Vermittlung rehabilitativer Maßnahmen/Nachsorgeorganisation	11	64.7
Familien-, Paar- und Erziehungsberatung	11	64.7
Psychosoziale Anamnese	10	58.8
Beratung und Unterstützung bei schulischer Integration	10	58.8
Neuropsychologische Diagnostik	9	52.9
Angebote für verwaiste Familien	8	47.1
Familienfreizeit	6	35.3
Kunst- und Musiktherapie	5	29.4
Spiel- und Gestaltungspädagogik	4	23.5
Gesprächsgruppen für Eltern	4	23.5
Entspannungsverfahren	2	11.8
Kognitives Training	1	5.9
Kunst- und Musiktherapie	1	5.9
Psychotherapie	1	5.9
Gesamt	17	

¹ Mehrfachantworten möglich

Form der Angebote in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Dabei wurden 82% der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie persönlich, d.h. Face-to-Face, angeboten (Tabelle 207).

Tabelle 207: Form der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Angebote in der Nachsorge durch psychosoziale Dienste und Teams in der Pädiatrischen Onkologie

In welcher Form werden die psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen in der Regel (d.h. als Basisangebot) angeboten? ¹		
	Häufigkeit ²	Gültige Prozenzte
Persönlich, Face-to-Face	14	82.4
Telefonisch	13	76.5
E-Mail	10	58.8
Videotelefonie (z.B. Skype)	-	-
Chat	-	-
Foren	-	-
E-Health-Angebote	-	-
Gesamt	17	

¹ Dies schließt Terminvereinbarungen nicht mit ein

² Mehrfachantworten möglich

Hausbesuche in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Von den 17 psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Pädiatrischen Onkologie geben 10 (59%) an, dass sie im Jahr 2016 auch Hausbesuche, Schulbesuche oder andere Begleitungen angeboten haben. Die Hausbesuche, Schulbesuche oder andere Begleitungen wurden dabei durchschnittlich im Umkreis von 107 km durchgeführt (M= 107.0 km; SD= 53.1 km; Median= 100 km; Range 50 bis 200 km). Bezogen auf den Umfang der Hausbesuche zeigen die Auswertungen, dass diese bei 39% der krebskranken Kindern und ihren Familien stattfanden (M= 38.9%; SD= 24.7%; Median= 27.5%; Range 10 bis 80%).

Behandlung von Risikogruppen in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Von den psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie geben 77% an grundsätzlich auch Patientinnen und Patienten aus Risikogruppen psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt zu haben. Die psychosozialen Dienste bzw. Teams, die im Rahmen der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie auch Risikogruppen psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt haben, geben an, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten aus Risikogruppen an allen krebskranken Kindern und ihren Familien im Durchschnitt 38% betrug (M= 38.8%; SD= 24.7%; Median= 27.5; Range 10 bis 80%).

Aus der Tabelle 208 geht hervor um welche Risikogruppen es sich dabei gehandelt hat.

Tabelle 208 Behandlung von Risikogruppen durch psychosoziale Dienste und Teams in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Um welche Risikogruppen handelt es sich dabei?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Rezidivpatienten	13	76.5
Patienten mit schlechter oder unklarer Prognose	13	76.5
Alleinerziehender Elternteil	13	76.5
Hirntumorpatienten	12	70.6
Familien mit Migrationshintergrund	12	70.6
Familien mit einem hohen Ausmaß krankheitsunabhängiger psychosozialer Belastungen	12	70.6
Palliativpatienten	11	64.7
Flüchtlingsfamilien bzw. Familien im Asylverfahren	11	64.7
Patienten in kritischen Übergangssituationen (z.B. Vorbereitung einer Transplantation)	11	64.7
Patienten, die eine Stammzelltransplantation erhalten haben	11	64.7
Patienten mit psychischen Auffälligkeiten o. zusätzlichen Erkrankungen	11	64.7
Familien, bei denen ein Angehöriger psychisch oder körperlich erkrankt ist	10	58.8
Patienten/Familien mit individuellem Heilungsversuch (Phase I/II Studien)	9	52.9
Patienten, die eine eingreifende Operation benötigen (z.B. Amputation)	8	47.1
Gesamt	17	

¹ Mehrfachantworten möglich

Angebote für Geschwisterkinder in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

In der Nachsorge haben im Jahr 2016 36% der psychosozialen Dienste bzw. Teams Angebote für Geschwisterkinder von krebskranken Kindern angeboten (Tabelle 209).

Tabelle 209: Angebote für Geschwister in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Gab es im Jahr 2016 ein separates (d.h. spezifisches Angebot, wie z.B. Geschwisterbetreuung, Geschwistertertage, Geschwisterfreizeiten usw.) psychoonkologisches/psychosoziales Angebot für Geschwisterkinder innerhalb der Nachsorge?			
	Häufigkeit	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Ja, es gab ein separates Angebot für Geschwisterkinder	5	35.7	35.7
Kein separates Angebot für Geschwisterkinder	9	64.3	100
Gesamt	14	100	

77% der psychosozialen Dienste bzw. Teams geben zudem an, dass es im Jahr 2016 krebskranke Kinder bzw. Familien gegeben hat, die auf Grund von Sprachbarrieren bzw. fehlender Dolmetscher nicht bzw. nur eingeschränkt in der Nachsorge betreut werden konnten.

Fremdsprachenangebote in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Die Mehrheit der psychosozialen Dienste bzw. Teams halten in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie keine Fremdsprachenangebote bereit (53%, Tabelle 210).

Tabelle 210: Fremdsprachenangebote in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Hat Ihr psychosozialer Dienst bzw. Ihr psychosoziales Team in der Nachsorge im Jahr 2016 psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in einer Fremdsprache angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Fremdsprachenangebot, dolmetschergestützt	7	41.2
Fremdsprachenangebot, ohne Dolmetscher	2	11.8
Kein Fremdsprachenangebot	9	52.9
Gesamt	17	

¹ Mehrfachantworten möglich

4.1.12.3 Versorgte krebskranke Kinder und ihre Familien

Anzahl psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgter krebskranker Kinder und ihrer Familien in der Nachsorge

Die Tabelle 211 enthält die Anzahl an Neuaufnahmen in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie und der Tabelle 212 ist die Anzahl der im Jahr 2016 durch den psychosozialen Dienst bzw. das psychosoziale Team versorgten Kinder zu entnehmen.

Im Jahr 2016 wurden in der Nachsorge in den pädiatrischen-onkologischen Einrichtungen im Durchschnitt 70 krebskranke Kinder neu aufgenommen (Tabelle 211). Psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt wurden in der Nachsorge durchschnittlich 107 krebskranke Kinder und ihre Familien (Tabelle 212). Der Median beträgt 70 krebskranke Kinder und Familien.

Tabelle 211: Anzahl an Neuaufnahmen in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie (n= 12)

Wie viele Neuaufnahmen (krebskranke Kinder und ihre Familien) gab es in Ihrem psychosozialen Dienst/psychosozialen Team in der Nachsorge im Jahr 2016 insgesamt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			70.3
Standardabweichung			56.7	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		33.0	
	Obergrenze		107.5	
Median			47.5	
Schiefe			1.1	0.6
Kurtosis			0.5	1.3

Tabelle 212: Anzahl der psychoonkologisch/psychosozial versorgten krebskranken Kindern und ihrer Familien in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie (n= 12)

Wie viele krebskranke Kinder und ihre Familien wurden in der Nachsorge im Jahr 2016 insgesamt durch Ihren psychosozialen Dienst/ Ihr psychosoziales Team psychoonkologisch/psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			107.3
Standardabweichung			111.0	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		36.8	
	Obergrenze		177.7	
Median			70	
Schiefe			1.9	0.6
Kurtosis			2.4	1.2

Aus der Tabelle 213 geht hervor, dass zusätzlich im Durchschnitt 13 Geschwisterkinder von krebskranken Kindern in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie betreut worden sind.

Tabelle 213: Anzahl der psychoonkologisch/psychosozial versorgten Geschwisterkinder von krebskranken Kindern in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie (n= 5)

Wie viele Geschwisterkinder wurden im Jahr 2016 von Ihrem psychosozialen Dienst/Ihrem psychosozialen Team in der Nachsorge separat psychoonkologisch/psychosozial betreut?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			13.4
Standardabweichung			16.1	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		-5.3	
	Obergrenze		32.1	
Median			8	
Schiefe			2.1	0.9
Kurtosis			4.5	2

4.1.12.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte

Der Tabelle 214 ist zu entnehmen, dass im Jahr 2016 im Durchschnitt 4,4 Beschäftigte und Honorarkräfte an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie beteiligt gewesen sind. Dies entspricht im Durchschnitt 2,4 Vollzeitstellen, die den psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Nachsorge der Pädiatrischen Onkologie zur Verfügung gestanden haben, um krebserkrankte Kinder und ihre Familien psychoonkologisch bzw. psychosozial zu versorgen (Tabelle 215)

Tabelle 214: Anzahl psychoonkologischer/psychosozialer Beschäftigter in der Nachsorge durch psychosoziale Dienste und Teams in der Pädiatrischen Onkologie (n= 14)

Wie viele Mitarbeiter und Honorarkräfte haben insgesamt im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend psychoonkologische/psychosoziale Leistungen für Ihren psychosozialen Dienst bzw. Ihr psychosoziales Team in der Nachsorge erbracht?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			4.4
Standardabweichung			3.6	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		2.3	
	Obergrenze		6.4	
Median			3.5	
Schiefe			1.5	0.6
Kurtosis			1.7	1.2

Tabelle 215: Anzahl psychoonkologischer/psychosozialer Vollzeitstellen in der Nachsorge durch psychosoziale Dienste und Teams in der Pädiatrischen Onkologie (n= 14)

Wie vielen Vollzeitstellen entspricht dies?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			2.4
Standardabweichung			2.0	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		1.3	
	Obergrenze		3.6	
Median			1.8	
Schiefe			1.1	0.6
Kurtosis			0.5	1.2

4.1.12.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Die Abbildung 21 stellt den Anteil der jeweiligen Finanzquellen an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung in der Nachsorge der Pädiatrischen Onkologie dar. Demnach wurde im Jahr 2016 die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung durch die psychosozialen Dienste bzw. Teams im Durchschnitt zu 78% durch Spendengelder aufrechterhalten.

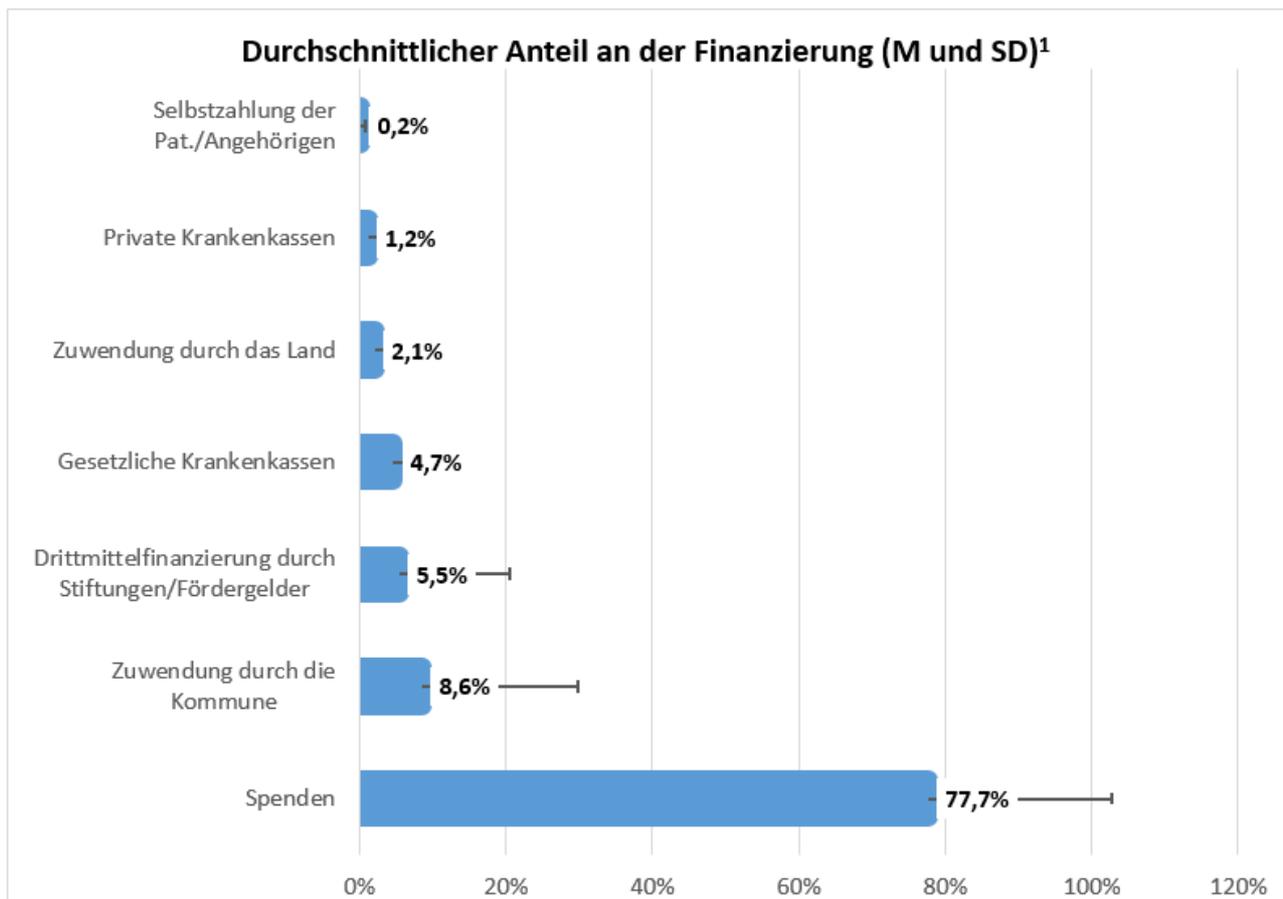


Abbildung 21: Anteil der Finanzquellen am Gesamtbudget für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung durch Psychosoziale Dienste bzw. Teams in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

¹ Durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung: Bezieht sich auf die jeweilige Finanzierungsquelle (d.h. Mittelwert des Finanzierungsanteils einer Finanzquelle über alle Einrichtungen hinweg), daher Abweichungen von 100% möglich.

4.1.12.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Wartezeiten in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Von den psychosozialen Diensten bzw. Teams gaben 20% an, dass keine Wartezeit bis zum Versorgungsbeginn in der Nachsorge bestehe (Tabelle 216). Von den 80% der psychosozialen Dienste bzw. Teams, die eine Wartezeit bis zum regulären Versorgungsbeginn in der Nachsorge hatten, wurde die durchschnittliche Wartezeit mit 7,3 Tagen angegeben (SD= 4,8 Tage; Median= 7 Tage; Range 1 bis 14 Tage).

Tabelle 216: Wartezeit für regulären Versorgungsbeginn durch psychosoziale Dienste und Teams in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Wie lange mussten krebskranke Kinder und ihre Familien im Jahr 2016 nach der Kontaktaufnahme mit Ihrem psychosozialen Dienst/Ihrem psychosozialen Team durchschnittlich auf den regulären Versorgungsbeginn warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	2	20.0	16.7
Versorgungsbeginn nicht am selben Tag	8	80.0	100
Gesamt	10	100	

Im Krisenfall betrug die Wartezeit bei 67% der psychosozialen Dienste bzw. Teams 0 Tage, bei 25% 2 Tage und bei 8% 3 Tage.

Supervision in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Von den psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie geben 54% an, dass sie kein Supervisionsangebot bereit gehalten haben (Tabelle 217).

Tabelle 217: Supervision in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Hat Ihr psychosozialer Dienst bzw. Ihr psychosoziales Team in der Nachsorge ein Supervisionsangebot für die Mitarbeiter bzw. Honorarkräfte im Jahr 2016 angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Supervision	6	46.2	46.2
Keine Supervision	7	53.8	100
Gesamt	13	100	

Einsatz von diagnostischen Verfahren in der Pädiatrischen Onkologie

Von den psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Pädiatrischen Onkologie haben 88% angegeben, dass sie im Rahmen der Nachsorge diagnostischen Verfahren angewandt haben. Die Tabelle 218 gibt Auskunft über die eingesetzten diagnostischen Verfahren.

Tabelle 218: Einsatz diagnostischer Verfahren in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Kamen im Jahr 2016 innerhalb Ihres psychosozialen Dienstes/Teams in der Nachsorge regelhaft bzw. bei Bedarf für alle krebskranken Kinder und ggf. ihren Familien die folgenden diagnostischen Verfahren zum Einsatz?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Psychosoziale Anamnese	11	64.7
Neuropsychologische Diagnostik	8	47.1
Vertiefende Diagnostik, ggf. Hinzuziehung von fachpsychologischer/ fachpsychiatrischer Kompetenz	7	41.2
Ergänzende Diagnostik bei Verdacht auf soziale Konfliktlage – Interviews	5	29.4
Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität	4	23.5
Familiengenogramm	4	23.5
Ressourcen- und Belastungsprofil	2	11.8
Keine der genannten Verfahren	2	11.8
Gesamt	17	

¹ Mehrfachantworten möglich

Kooperationen in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Die Tabelle 219 gibt Aufschluss über die Kooperationseinrichtungen von Psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie.

Tabelle 219: Kooperationseinrichtungen von psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie

Mit welchen der folgenden Kooperationspartnern vernetzte sich Ihr psychosozialer Dienst bzw. Ihr psychosoziales Team in der Nachsorge im Jahr 2016?		
	Häufigkeit ¹	Gültige %
Nein , es bestanden keine Kooperationen mit den genannten Einrichtungen/Netzwerken	-	-
Familienorientierte Rehabilitationseinrichtungen	13	76.5
Elterninitiativen/-vereine	12	70.6
Psychosoziale Dienste/Teams in anderen pädiatrischen Kliniken	11	64.7
Jugendrehabilitationseinrichtungen	10	58.8
SAPPV-Teams	10	58.8
Regionalgruppen	10	58.8
Niedergelassene Psychotherapeuten, ggf. mit einer psychoonkologischen Weiterbildung	10	58.8
Walddpiratencamp	9	52.9
Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	9	52.9
Frühfördereinrichtungen	7	41.2
Neuropsychologische Frührehabilitationseinrichtungen	5	29.4
Nachsorgestellen (z.B. KONA)	5	29.4
Gesamt	17	

¹ Mehrfachantworten möglich

4.2 Psychoonkologische Versorgung im stationären Setting

4.2.1 Psychoonkologische Dienste

4.2.1.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Psychoonkologische Ambulanzen wurden auf Grundlage eines sehr umfangreichen Fragebogens gemeinsam mit den psychoonkologischen Diensten erhoben. Die Informationen zu den identifizierten Einrichtungen sowie zum Rücklauf kann demzufolge dem Kapitel 4.1.2.1 entnommen werden. Das Flowchart für den Rücklauf zu den psychoonkologischen Ambulanzen und Diensten ist in Abbildung 8 dargestellt.

4.2.1.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Der Tabelle 220 ist zu entnehmen, dass 53% der angeschriebenen psychoonkologischen Ambulanzen bzw. Dienste psychoonkologische/psychosoziale Leistungen im ambulanten Setting erbracht haben. 74% der psychosozialen Ambulanzen und Dienste geben an, dass sie im stationären Setting konsiliarische (d.h. aufsuchende) Leistungen erbracht haben und 65% berichten, dass sie im stationären Setting die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung in Form eines Liaisondienstes erbracht haben.

Tabelle 220: Setting der psychoonkologischen Leistungen durch psychoonkologische Ambulanzen bzw. Dienste

In welchem Setting wurden im Jahr 2016 durch Ihre psychoonkologische Ambulanz bzw. Ihren psychoonkologischen Dienst psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen erbracht?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Es wurden psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen im <u>ambulanten</u> Setting erbracht	77	53.3
Es wurden psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen im stationären Setting erbracht – aufsuchend auf Anforderung (<u>Konsiliardienst</u>)	107	73.8
Es wurden psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen im stationären Setting erbracht – fest zugeteilte Mitarbeiter auf den Stationen (<u>Liaisondienst</u>)	94	64.8
Gesamt	145	100

¹ Mehrfachantworten möglich

Im Folgenden erfolgt die Auswertung der Angaben zu den im stationären Setting erbrachten psychoonkologischen Leistungen: getrennt für den Konsiliar- und den Liaisondienst.

4.2.1.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Anzahl versorgter Krebserkrankte und Angehöriger durch den Konsiliardienst

Im Durchschnitt wurden **764 Krebserkrankte durch die Konsiliardienste** der psychoonkologischen Ambulanzen psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt (Tabelle 221). Dabei betrug die **durchschnittliche Anzahl an Kontakten pro Patientin oder Patient 2,6** (Tabelle 222). Die Anzahl durchschnittlich versorgter Krebserkrankte durch den Liaisondienst ist der Tabelle 223 zu entnehmen.

Tabelle 221: Anzahl psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgter Krebserkrankte durch den Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste (n= 82)

Wie viele Krebspatienten (und/oder Angehörige) wurden im Jahr 2016 stationär durch den Konsiliardienst Ihres psychoonkologischen Dienstes insgesamt psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		764.0
	Standardabweichung		1225.5	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	494.7	
		Obergrenze	1033.2	
	Median		420.5	
	Schiefe		4.6	0.3
	Kurtosis		27.8	0.5

Tabelle 222: Anzahl der Kontakte pro Krebspatientin und -patient oder Angehöriger im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste (n= 69)

Wie viele Kontakte haben Sie durchschnittlich mit einem Krebspatienten (und/oder Angehörigen), den Sie psychoonkologisch/psychosozial versorgen (nur bezogen auf den Konsiliardienst)?			Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		2.6
	Standardabweichung		1.2	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	2.3	
		Obergrenze	2.8	
	Median		2	
	Schiefe		1.0	0.3
	Kurtosis		1.2	0.6

Anzahl versorgter Krebserkrankte und Angehörige durch den Liaisondienst

Im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste wurden im Durchschnitt **494 Krebserkrankte** psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt (Tabelle 223). Der **Median** beträgt **355 Krebserkrankte**. Die durchschnittliche Anzahl an Kontakten pro Patientin oder Patient bzw. Angehöriger betrug im Liaisondienst 3,1 (Tabelle 224).

Tabelle 223: Anzahl psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgter Krebserkrankte durch den Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste (n= 66)

Wie viele Krebspatienten wurden im Jahr 2016 stationär durch den Liaisondienst Ihres psychoonkologischen Dienstes insgesamt psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		494.2
	Standardabweichung		552.4	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	358.4	
		Obergrenze	630.0	
	Median		355	
	Schiefe		3.6	0.3
	Kurtosis		16.7	0.6

Tabelle 224: Anzahl der Kontakte pro Krebspatientin und -patient oder Angehöriger im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste (n= 69)

Wie viele Kontakte haben Sie durchschnittlich mit einem Krebspatienten (und/oder Angehörigen), den Sie psychoonkologisch/psychosozial versorgen (nur bezogen auf den Liaisondienst)?			Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		3.1
	Standardabweichung		1.7	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	2.6	
		Obergrenze	3.5	
	Median		3	
	Schiefe		1.4	0.3
	Kurtosis		3.4	0.6

4.2.1.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte

Anzahl der Beschäftigten im psychoonkologischen Dienst

Im Durchschnitt beschäftigten die psychoonkologischen Dienste im Rahmen ihres konsiliarischen Angebots **3 Beschäftigte** bzw. Honorarkräfte (Tabelle 225). Im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste waren durchschnittlich **2,8 Beschäftigte** an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligt (Tabelle 226).

Tabelle 225: Anzahl psychosozialer Beschäftigter im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste (n= 92)

Wie viele Mitarbeiter (Festanstellung und Praktikum) sowie Honorarkräfte haben insgesamt im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend stationäre psychosoziale Leistungen für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Konsiliardienst in Ihrem psychoonkologischen Dienst angeboten?			Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		3.0
	Standardabweichung		2.0	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	2.5	
		Obergrenze	3.4	
	Median		2	
	Schiefe		1.3	0.3
	Kurtosis		1.1	0.5

Tabelle 226: Anzahl psychosozialer Beschäftigter im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste (n= 80)

Wie viele Mitarbeiter (Festanstellung und Praktikum) sowie Honorarkräfte haben insgesamt im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend stationäre psychosoziale Leistungen für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Liaisondienst in Ihrem psychoonkologischen Dienst angeboten?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			2.8
Standardabweichung			1.8	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		2.4	
	Obergrenze		3.2	
Median			2	
Schiefe			1.2	0.3
Kurtosis			1.2	0.5

Beruflicher Hintergrund, Beschäftigungsstatus und –dauer der Beschäftigten

Aus der Tabelle 227 (Konsiliardienst) sowie der Tabelle 228 (Liaisondienst) geht hervor, welchen beruflichen Hintergrund die Beschäftigten bzw. Honorarkräfte im psychoonkologischen Dienst hatten. Die Mehrheit der Beschäftigten im psychoonkologischen Dienst waren Psychologinnen und Psychologen. Der Anteil betrug im Konsiliardienst **69%** und im Liaisondienst **73%**. Ärztinnen und Ärzte waren im Konsiliardienst mit 16% und im Liaisondienst mit 11% vertreten.

Tabelle 227: Beruf der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste

Welchen Beruf hat dieser Mitarbeiter bzw. diese Honorarkraft?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychologe	184	69.4	69.4
Arzt	43	16.2	85.7
Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge	20	7.5	93.2
Sonstige	12	4.5	97.7
Theologe	2	0.8	
Psychologiestudent	2	0.8	
Krankenpfleger	2	0.8	
Rehabilitationspsychologe	1	0.4	
Psychosoziale Onkologin	1	0.4	
Trauerbegleiter	1	0.4	
Bankkauffrau	1	0.4	
„Design“	1	0.4	
Familien- und Lebensberater	1	0.4	
Pädagoge	6	2.3	100
Gesamt	265	100	

Tabelle 228: Beruf der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste

Welchen Beruf hat dieser Mitarbeiter bzw. diese Honorarkraft?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychologe	160	73.4	73.4
Arzt	24	11.0	84.4
Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge	13	6.0	90.4
Sonstige	17	7.8	98.2
Kunst- bzw. Musiktherapeut	5	2.3	
Krankenpfleger	3	1.4	
Psychologiestudent	2	0.9	
Theologe	1	0.5	
Familien- und Lebensberater	1	0.5	
Pflegepädagoge	1	0.5	
Psychoonkologischer Berater	1	0.5	
Rehabilitationspsychologe	1	0.5	
Sekretär	1	0.5	
Pädagoge	4	1.8	100
Gesamt	218	100	

Die Mehrheit der an der psychoonkologischen Versorgung durch psychoonkologische Dienste beteiligten Beschäftigten befand sich in einem Angestelltenverhältnis. Dies traf auf **95%** der Beschäftigten im Konsiliardienst (Tabelle 229) und auf **94%** der Beschäftigten im Liaisondienst (Tabelle 230) zu.

Tabelle 229: Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste

Welches Beschäftigungsverhältnis hatte dieser Mitarbeiter bzw. diese Honorarkraft in 2016?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Angestellt	249	95.0	95.0
Honorar/Konsiliar	11	4.2	99.2
Praktikum	2	0.8	100
Gesamt	262	100	

Tabelle 230: Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste

Welches Beschäftigungsverhältnis hatte dieser Mitarbeiter bzw. diese Honorarkraft in 2016?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Angestellt	202	93.5	93.5
Honorar/Konsiliar	9	4.2	97.7
Praktikum	5	2.3	100
Gesamt	216	100	

Die Dauer der Beschäftigung der Beschäftigten im Jahr 2016 findet sich in Tabelle 231 für die Beschäftigten des Konsiliardienstes und in Tabelle 232 für die Beschäftigten des Liaisondienstes. Im Durchschnitt waren die Beschäftigten 11,1 Monate in den Konsiliardiensten als auch in den Liaisondiensten beschäftigt.

Tabelle 231: Monate der Beschäftigung von Beschäftigten und Honorarkräften im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste (n= 254)

Wie viele Monate war Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft im Jahr 2016 beschäftigt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		11.1	0.2
Standardabweichung		2.5		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	10.8		
	Obergrenze	11.4		
Median		12		
Schiefe		-2.8	0.2	
Kurtosis		6.5	.3	

Tabelle 232: Monate der Beschäftigung von Beschäftigten und Honorarkräften im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste (n= 213)

Wie viele Monate war Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft im Jahr 2016 beschäftigt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		11.1	0.2
Standardabweichung		2.5		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	10.7		
	Obergrenze	11.4		
Median		12		
Schiefe		-2.8	0.2	
Kurtosis		6.6	0.3	

Wochenarbeitsstunden

Aus der Tabelle 233 sowie der Tabelle 234 geht die durchschnittliche Anzahl an Wochenarbeitsstunden von Beschäftigten in den Psychoonkologischen Diensten hervor. Für den Konsiliardienst wurde eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von **19,3 Stunden** angegeben (Tabelle 233). Der **Median** beträgt **20 Wochenarbeitsstunden**. Für den Liaisondienst lag die Wochenarbeitszeit mit **22,3 Stunden** etwas höher (Tabelle 234).

Tabelle 233: Wochenarbeitsstunden psychoonkologischer Beschäftigter bzw. Honorarkräfte im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste (n= 243)

Wie viele Stunden pro Woche hat Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft psychoonkologisch/psychosozial im Jahr 2016 gearbeitet?	Statistik		Std.-Fehler
	Mittelwert	19.3	
Standardabweichung	11.2		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	17.9	
	Obergrenze	20.7	
Median	20		
Schiefe	0.1		0.2
Kurtosis	-0.9		0.3

Tabelle 234: Wochenarbeitsstunden psychoonkologischer Beschäftigter bzw. Honorarkräfte im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste (n= 206)

Wie viele Stunden pro Woche hat Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Honorarkraft psychoonkologisch/psychosozial im Jahr 2016 gearbeitet?	Statistik		Std.-Fehler
	Mittelwert	22.3	
Standardabweichung	10.0		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	20.9	
	Obergrenze	23.7	
Median	20		
Schiefe	0.1		0.2
Kurtosis	-0.8		0.3

Psychoonkologische Qualifikation sowie psychotherapeutische oder fachärztliche Weiterbildung

Durchschnittlich verfügten **72% der Beschäftigten im Konsiliardienst** über eine psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung (Tabelle 235). Weitere 10% befanden sich in Weiterbildung zum Psychoonkologen. In den **Liaisondiensten** war der Anteil von Beschäftigten mit einer psychoonkologischen Fort- oder Weiterbildung mit **75%** etwas höher (Tabelle 236). Hinzu kamen 10% Liaisondienstbeschäftigte, die sich bereits in Fort- bzw. Weiterbildung in Psychoonkologie befanden.

Tabelle 235: Psychoonkologische Weiterbildung (DKG-anerkannt) von Beschäftigten im Konsiliardienst der Psychoonkologischen Dienste

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine DKG-anerkannte psychoonkologische Weiterbildung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	187	71.6	71.6
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	26	10.0	81.6
Keine psychoonkologische Weiterbildung	48	18.4	100
Gesamt	261	100	

¹ psychoonkologische Fort- und Weiterbildungscurricula, die einen Umfang von mindestens 120 Fortbildungseinheiten á 45 Min. haben und von der DKG anerkannt wurden

Tabelle 236: Psychoonkologische Weiterbildung (DKG-anerkannt) von Beschäftigten im Liaisondienst der Psychoonkologischen Dienste

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine DKG-anerkannte psychoonkologische Weiterbildung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	157	75.1	75.1
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	21	10.0	85.1
Keine psychoonkologische Weiterbildung	31	14.8	100
Gesamt	209	100	

¹ psychoonkologische Fort- und Weiterbildungscurricula, die einen Umfang von mindestens 120 Fortbildungseinheiten á 45 Min. haben und von der DKG anerkannt wurden

Der Anteil an Beschäftigten mit einer psychotherapeutischen bzw. fachärztlichen Qualifizierung betrug in den Konsiliardiensten **48%** (Tabelle 237) und in den Liaisondiensten **45%** (Tabelle 238). Zusätzlich arbeiteten in den Konsildiensten 29% Beschäftigte, die sich gegenwärtig in psychotherapeutischer Ausbildung bzw. in fachärztlicher Weiterbildung befanden. In den Liaisondiensten betrug der Anteil an Beschäftigten in Aus- bzw. Weiterbildung 20%.

Tabelle 237: Psychotherapeutische oder fachärztliche Qualifizierung von Beschäftigten im Konsiliardienst der psychonkologischen Dienste

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine psychotherapeutische bzw. fachärztliche Qualifizierung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	114	47.9	47.9
Aktuell in Qualifizierung	69	29.0	76.9
Keine psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	55	23.1	100
Gesamt	238	100	

¹ Für die Berufsgruppe der Psychologen: Approbation als Psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in einem von dem G-BA anerkannten Therapieverfahren: Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie); für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte: abgeschlossene Weiterbildung zum FA für Psychiatrie und Psychotherapie, FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FA für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie oder in Weiterbildung fachgebundene Psychotherapie.

Tabelle 238: Psychotherapeutische oder fachärztliche Qualifizierung von Beschäftigten im Liaisondienst der psychonkologischen Dienste

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine psychotherapeutische bzw. fachärztliche Qualifizierung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	90	45.2	45.2
Aktuell in Qualifizierung	39	19.6	64.8
Keine psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	70	35.2	100
Gesamt	199	100	

¹ Für die Berufsgruppe der Psychologen: Approbation als Psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in einem von dem G-BA anerkannten Therapieverfahren: Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie); für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte: abgeschlossene Weiterbildung zum FA für Psychiatrie und Psychotherapie, FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FA für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie oder in Weiterbildung fachgebundene Psychotherapie.

Die Berufserfahrung der Beschäftigten in den Konsiliardiensten ist der Tabelle 239 zu entnehmen und der Anteil der Beschäftigten im Liaisondienst der Tabelle 240.

Tabelle 239: Berufserfahrung der Beschäftigten im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste (n= 261)

Über wie viel psychosoziale Berufserfahrung in Jahren verfügte Ihr Mitarbeiter bis einschließlich 2016 geschätzt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			8.1
Standardabweichung			7.3	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		7.2	
	Obergrenze		9.0	
Median			6	
Schiefe			1.2	0.2
Kurtosis			0.9	0.3

Tabelle 240: Berufserfahrung der Beschäftigten im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste (n= 209)

Über wie viel psychosoziale Berufserfahrung in Jahren verfügte Ihr Mitarbeiter bis einschließlich 2016 geschätzt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			9.0
Standardabweichung			7.2	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		8.0	
	Obergrenze		9.9	
Median			8	
Schiefe			0.9	0.2
Kurtosis			0.2	0.3

4.2.1.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Finanzierung des Konsiliardienstes der psychoonkologischen Dienste

Die Tabelle 241 gibt Auskunft über die Finanzierung des Konsiliardienstes der psychoonkologischen Dienste. Die Finanzierung des Liaisondienstes ist in Tabelle 242 enthalten.

Mit **59%** gab die Mehrheit an, dass die psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen des Konsiliardienstes durch klinikinterne Mittelzuwendungen finanziert wurden, d.h. für jede Anforderung wurden Mittel von der anfordernden Klinik/Einrichtung an den psychoonkologischen Dienst übertragen. Weitere 12% gaben an, die Beschäftigten im Krankenhaus bzw. in der Klinik seien fest angestellt gewesen und 9% berichteten, dass dem psychoonkologischen Dienst Eigenmittel/Budget zur Verfügung gestanden habe. Unter „Sonstige Finanzierung“ sind die jeweiligen Antworten der psychoonkologischen Dienste aufgeführt.

Tabelle 241: Finanzierung des Konsiliardienstes in psychoonkologischen Diensten

Wie wurden die psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen im stationären Setting (ausschließlich Konsiliardienst) durch Ihren psychoonkologischen Dienst finanziert?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumu- lierte Pro- zente
Der Konsiliardienst wird klinikintern durch Mittelzuwendungen finanziert	48	59.3	59.3
Der psychoonkologische Dienst verfügt über Eigenmittel/Budget	7	8.6	67.9
Anstellung im Klinikum bzw. Krankenhaus	10	12.4	80.3
Sonstige Finanzierung	16	19.8	100
„IV-Vertrag mit der AOK“	1		
„als Teil der Abteilung Onkologie“	1		
„Dazu kann ich keine konkreten Angaben machen. Ich laufe unter dem Personalschlüssel Pflege“	1		
„Der POD ist bei uns im Haus der psychosomatischen und psychotherapeutischen Abteilung angegliedert, die den Konsildienst finanziert“	1		
„Durch die bestehende Stelle im Liaisondienst der Palliativstation“	1		
„Eigenmittel/Spendengelder“	1		
„Eine monatliche Pauschale“	1		
„hausintern“	1		
„Finanzierung über Klinik (...). Wichtig: Am (...) sind in den verschiedenen Tumorzentren eigene psychoonkologische Mitarbeiter zusätzlich zu der Psychosomatischen Ambulanz und über das (...) organisiert und finanziert!“	1		
„Keine direkte Finanzierung des Konsildienstes. Finanzierung der psychoonkologischen Stellenanteile über verschiedene beteiligte Kliniken“	1		
„Keine zusätzliche Vergütung außer des allgemeinen Tagessatzes“	1		
„über die Tumorboard-Erlöse“	1		
„Wir sind in einer psychologischen Beratungsstelle angestellt und werden in zwei Krankenhäuser entsandt. Die Lohnkosten werden von den Kliniken an die Beratungsstelle gezahlt. Wir gehören in die Regelversorgung, fast ausschließlich den Organzentren zugeordnet und das Krankenhaus kann unsere Leistungen nicht der Krankenkasse in Rechnung stellen“	1		
„Wird ohne Finanzierung mit übernommen, wenn die Kernaufgaben abgedeckt sind.“	1		
„Zuordnung der Kollegen je Klinik“	1		
„Über einen Kooperationsvertrag, in dem Stundenentgelte vereinbart wurden“	1		
Gesamt	81	100	

Finanzierung des Liaisondienstes der psychoonkologischen Dienste

Der Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste wurde ebenfalls mehrheitlich durch klinikinterne Mittelzuwendungen finanziert (**62%**, Tabelle 242). Weitere 12% der Liaisondienste gaben an, dass der Psychoonkologische Dienst über Eigenmittel verfügte, um das Liaisonangebot zur Verfügung zu stellen und ebenfalls 12% gaben an, dass die Beschäftigten des Liaisondienstes über die jeweiligen Kliniken bzw. Krankenhäuser angestellt waren.

Tabelle 242: Finanzierung des Liaisondienstes in psychoonkologischen Dienstes

Wie wurden die psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen im stationären Setting (ausschließlich Liaisondienst) durch Ihren psychoonkologischen Dienst finanziert?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumu- lierte Pro- zente
Der Liaisondienst wurde klinikintern durch Mittelzuwendungen finanziert	45	61.6	61.6
Der Psychoonkologische Dienst verfügt über Eigenmittel/Budget, um ein Liaisonangebot zur Verfügung zu stellen.	9	12.3	73.8
Anstellung im Klinikum bzw. Krankenhaus	9	13.7	87.5
Sonstige Finanzierung	9	12.3	100
„Das Klinikum leistet Zahlungen an die Krebsberatungsstelle für den POD“	1		
„Das Psychoonkologische Team der (...) ist fester Bestandteil des Gesamtkonzeptes der Klinik, verfügt über kein eigenes Budget, wird von den Einnahmen der Klinik mitfinanziert.“	1		
„Die Klinik finanziert das Angebot im Rahmen einer Kooperation mit der Krebsberatungsstelle.“	1		
„Die Klinik finanziert den Dienst über eine Kooperation mit der Krebsberatungsstelle“	1		
„Haushaltsstelle (kein Liaisondienst, sondern integriertes Versorgungsmodell)“	1		
„hausintern“	1		
„keine zusätzliche Vergütung außer des Tagessatzes“	1		
„Kooperationsvertrag, wurde bereits erläutert“	1		
„Mitarbeiter wird über Kooperationsvertrag von der Klinik bezahlt“	1		
Gesamt	73	100	

4.2.1.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Dokumentation in psychoonkologischen Diensten

Sowohl im Konsiliardienst (Tabelle 243) als auch im Liaisondienst (Tabelle 244) wurden die psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen mehrheitlich teils handschriftlich, teils EDV-basiert dokumentiert.

Tabelle 243: Art der Dokumentation im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste

Wie wurden die stationären psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen durch die Mitarbeiter des Konsiliardienstes in 2016 dokumentiert?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Teils handschriftlich, teils EDV-basiert	35	40.2	40.2
EDV-basiert	44	50.6	90.8
Handschriftlich	8	9.2	100
Keine Dokumentation	-	-	-
Gesamt	87	100	

Tabelle 244: Art der Dokumentation im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste

Wie wurden die stationären psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen durch die Mitarbeiter des Liaisondienstes in 2016 dokumentiert?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Teils handschriftlich, teils EDV-basiert	39	47.6	47.6
EDV-basiert	34	41.5	89.1
Handschriftlich	7	8.5	97.6
Keine Dokumentation	2	2.4	100
Gesamt	82	100	

Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen in psychoonkologischen Diensten

Die Durchführung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurde von **34%** der Konsiliardienste (Tabelle 245) und von **30%** der Liaisondienste (Tabelle 246) angegeben.

Dabei wurden von den Konsildiensten in 48% der Fälle systematische Nutzeranalysen sowie in 24% der Fälle Nachbefragungen genannt. Die Liaisondienste gaben an, in 29% der Fälle systematische Nutzeranalysen und in 33% der Fälle Nachbefragungen durchzuführen. In Einzelnennungen wurden sowohl vom Konsiliardienst als auch dem Liaisondienst insbesondere die Maßnahmen interner bzw. Zertifizierungs-Audits sowie Qualitätszirkel genannt.

Tabelle 245: Qualitätssicherungsmaßnahmen im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste

Wurden in Ihrem Konsiliardienst im Jahr 2016 weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung durchgeführt?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Qualitätssicherungsmaßnahmen	29	34.1	34.1
Keine Qualitätssicherungsmaßnahmen	56	65.9	100
Gesamt	85	100	

Tabelle 246: Qualitätssicherungsmaßnahmen im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste

Wurden in Ihrem Liaisondienst im Jahr 2016 weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung durchgeführt?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Qualitätssicherungsmaßnahmen	22	29.7	29.7
Keine Qualitätssicherungsmaßnahmen	52	70.3	100
Gesamt	74	100	

Supervision in psychoonkologischen Diensten

Das supervisorische Angebot, welches im Konsiliardienst bzw. im Liaisondienst den an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligten Beschäftigten zur Verfügung gestellt wurde, ist in der Tabelle 247 bzw. der Tabelle 248 abgebildet. Sowohl in Konsiliardienst als auch im Liaisondienst stellten die psychoonkologischen Dienste in 58% den Beschäftigten und Honorarkräften ein Supervisionsangebot bereit.

Tabelle 247: Supervision für Beschäftigte im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste

Stellte Ihr Psychoonkologischer Dienst für die Mitarbeiter, die an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung (ausschließlich Konsiliardienst) der stationären Patienten beteiligt waren, im Jahr 2016 ein fallbezogenes Supervisionsangebot bereit?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Supervision	51	58.0	58.0
Keine Supervision	37	42.0	100
Gesamt	88	100	

Tabelle 248: Supervision für Beschäftigte im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste

Stellte Ihr psychoonkologischer Dienst für die Mitarbeiter, die an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung (ausschließlich Liaisondienst) der stationären Patienten beteiligt waren, im Jahr 2016 ein fallbezogenes Supervisionsangebot bereit?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Supervision	45	57.7	57.7
Keine Supervision	33	42.3	100
Gesamt	78	100	

Psychoonkologische Fortbildungen in psychoonkologischen Diensten

Die Beschäftigten des psychoonkologischen Konsiliardienstes waren im Durchschnitt zu 65% verpflichtet, sich regelmäßig zu psychoonkologischen Themen weiter- bzw. fortzubilden (Tabelle 249). Die Beschäftigten des psychoonkologischen Liaisondienstes waren im Durchschnitt zu 69% verpflichtet, sich psychoonkologisch weiter- bzw. fortzubilden (Tabelle 250).

Tabelle 249: Psychoonkologische Weiter- und Fortbildung im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste

Waren die Mitarbeiter Ihres Konsiliardienstes im Jahr 2016 verpflichtet, sich regelmäßig psychoonkologisch weiter- bzw. fortzubilden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychoonkologische Fort- und Weiterbildung	56	65.1	65.1
Keine psychoonkologische Fort- und Weiterbildung	30	34.9	100
Gesamt	86	100	

Tabelle 250: Psychoonkologische Weiter- und Fortbildung im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste

Waren die Mitarbeiter Ihres Liaisondienstes im Jahr 2016 verpflichtet, sich regelmäßig psychoonkologisch weiter- bzw. fortzubilden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychoonkologische Fort- und Weiterbildung	52	69.3	69.3
Keine psychoonkologische Fort- und Weiterbildung	23	30.7	100
Gesamt	75	100	

Psychosoziale Fortbildungen in psychoonkologischen Diensten

Die Verpflichtung zur Fortbildung in psychosozialen Themen wurde nur von 27% der Konsiliardienste (Tabelle 251) und von 26% der Liaisondienste (Tabelle 252) angegeben.

Tabelle 251: Psychosoziale Weiter- und Fortbildung in im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste

Waren die Mitarbeiter Ihres Konsiliardienstes im Jahr 2016 verpflichtet, sich regelmäßig psychosozial weiter- bzw. fortzubilden?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychosoziale Fort- und Weiterbildung	23	27.1	27.1
Keine psychosoziale Fort- und Weiterbildung	62	72.9	100
Gesamt	85	100	

Tabelle 252: Psychosoziale Weiter- und Fortbildung in im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste

Waren die Mitarbeiter Ihres Liaisondienstes im Jahr 2016 verpflichtet, sich regelmäßig psychosozial weiter- bzw. fortzubilden?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychosoziale Fort- und Weiterbildung	19	25.7	25.7
Keine psychosoziale Fort- und Weiterbildung	55	74.3	100
Gesamt	74	100	

Einsatz standardisierter Erhebungsinstrumente in psychoonkologischen Diensten

Sowohl im Konsiliardienst als auch im Liaisondienst kamen im Jahr 2016 zu ca. **80%** Selbstbeurteilungsinstrumente zum Einsatz, um Krebserkrankte (und ihre Angehörigen) im stationären Setting zu befragen.

4.2.2 Psychosoziale Dienste

4.2.2.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Die Abbildung 22 stellt das Flowchart des Rücklaufs für psychosoziale Dienste dar. **Initial** konnten **812 psychosoziale Dienste** identifiziert werden. Von den 812 identifizierten psychosozialen Diensten mussten 188 aus der Untersuchung ausgeschlossen werden, da eine Kontaktaufnahme nicht

möglich war (n= 155), die psychosozialen Diensten im Jahr 2016 keine Krebserkrankten versorgt haben (n= 16), eine Nachprüfung ergab, dass die Einrichtungen irrtümlich rekrutiert wurde (n= 9) oder weil die psychosozialen Dienste im Jahr 2016 noch nicht bestanden haben (n= 8). **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **624 psychosoziale Dienste** für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben **562** der insgesamt 624 psychosozialen Dienste: 559 psychosoziale Dienste haben nicht auf die Einladung reagiert, zwei Einrichtungen gaben an, aus organisatorischen Gründen nicht teilnehmen zu können und ein psychosozialer Dienst meldete uns zurück, kein Interesse an der Teilnahme zu haben.

In die Auswertung einbezogen werden konnten 62 psychosoziale Dienste. Dies entspricht einer Teilnahmequote von **10%**.

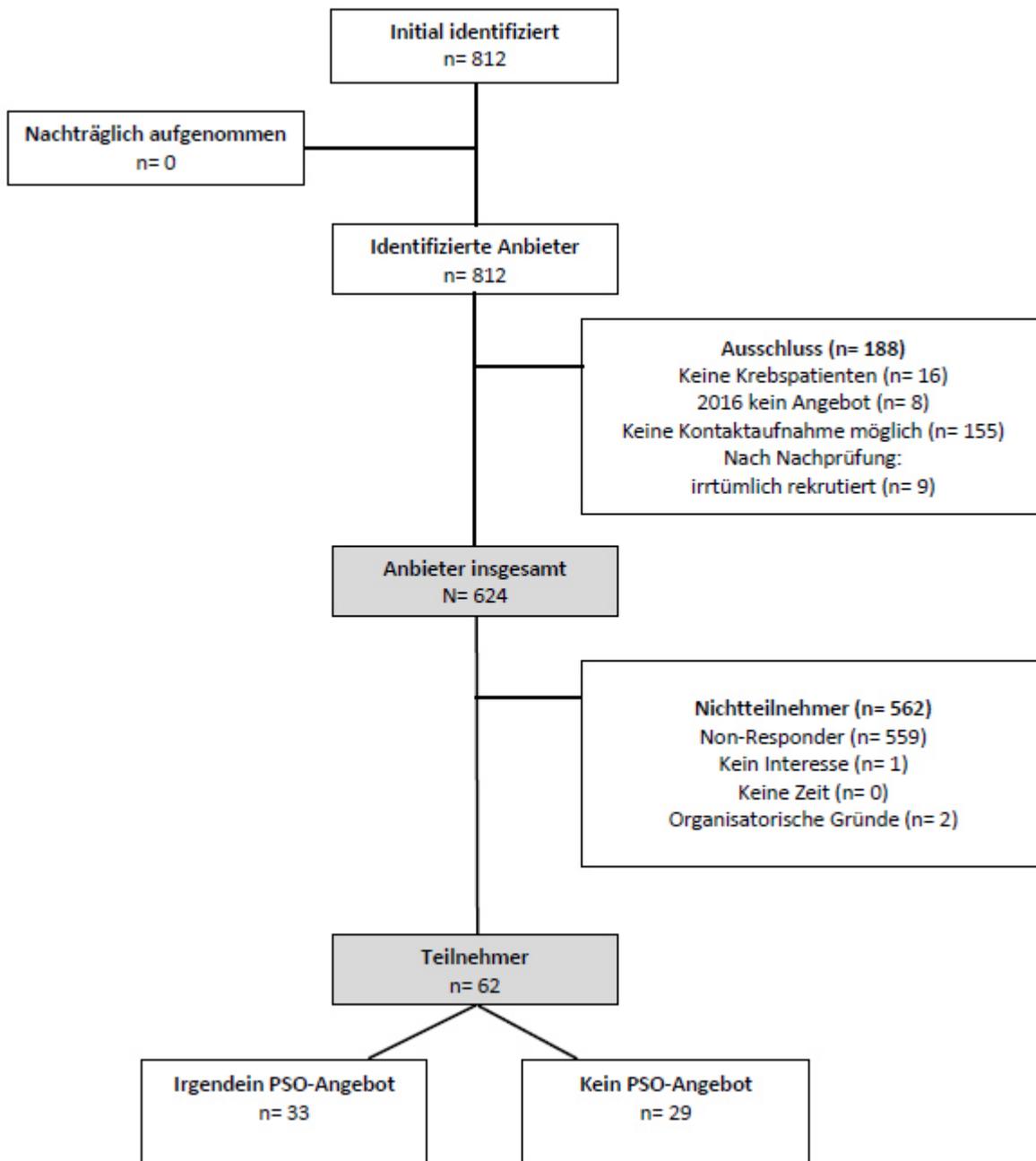


Abbildung 22: Flowchart Rücklauf für Psychosoziale Dienste

4.2.2.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychosoziale Angebote in psychosozialen Diensten

Von den insgesamt 62 psychosozialen Diensten, die an der Befragung teilgenommen haben, gaben **53%** an, grundsätzlich ein psychosoziales Angebot mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung für Krebserkrankte angeboten zu haben (Tabelle 253).

Tabelle 253: Psychosoziale Angebote mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung in psychosozialen Diensten

Hat Ihr Psychosozialer Dienst im Jahr 2016 grundsätzlich psychosoziale Leistungen mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
PSO-Angebot	33	53.2	53.2
Kein PSO-Angebot	29	46.8	100
Gesamt	62	100	

Spektrum psychosozialer Angebote in psychosozialen Diensten

Das Spektrum der von psychosozialen Diensten vorgehaltenen Beratungsleistungen gibt Tabelle 254 wieder. Psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung wurde von **94% der psychosozialen Dienste** angeboten, eine psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung von 49% der psychosozialen Dienste. Unter „Sonstige Beratungsleistungen“ wurden Entspannungsverfahren (6%), Ernährungsberatung (3%), Schminkkurse (3%), Klärung der weiteren Versorgung (3%), Rehabilitation (3%) sowie sozialpädagogische Unterstützung (3%) genannt.

Tabelle 254: Beratungsleistungen in psychosozialen Diensten

Welche der folgenden Beratungsleistungen hat Ihr psychosozialer Dienst im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung	31	93.9
Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische/psychosoziale Angebote	29	87.9
Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung	16	48.5
Informationsveranstaltungen zu psychoonkologischen/psychosozialen Themen	9	27.3
Sonstige Beratungsleistungen	7	21.2
Keine Beratungsleistungen	-	-
Gesamt	33	

¹ Mehrfachantworten möglich

4.2.2.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Die Tabelle 255 gibt Auskunft über die stationär versorgten Krebserkrankten durch psychosoziale Dienste. Im Durchschnitt wurden im Jahr 2016 **694 Krebserkrankten** (und Angehörige) psychosozial versorgt. Der **Median** beträgt **400 Patientinnen und Patienten**.

Tabelle 255: Anzahl versorgter Krebserkrankter (und Angehörige) durch psychosoziale Diensten (n= 27)

Wie viele Krebspatienten (und Angehörige) wurden stationär durch den psychosozialen Dienst im Jahr 2016 insgesamt psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			694.6
Standardabweichung			1016.1	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		292.6	
	Obergrenze		1096.6	
Median			400	
Schiefe			3.8	0.5
Kurtosis			17.2	0.9

Der Anteil der psychosozialen Leistungen, die durch Angehörige von Krebserkrankten in Anspruch genommen wurde, betrug im Durchschnitt 34% (SD= 27,5).

Tabelle 256 gibt Auskunft über die Anzahl an Kontakten, die durchschnittlich mit einem Krebserkrankten und/oder Angehörigen erfolgten. Im Durchschnitt fanden pro Krebspatientin und -patient und/oder Angehörigem **3,5 Kontakte** statt. Der **Median** beträgt **3 Kontakte**.

Tabelle 256: Anzahl Kontakte pro Krebspatientin und -patient (und/oder Angehöriger) durch psychosoziale Dienste (n= 33)

Wie viele Kontakte haben Sie durchschnittlich mit einem Patienten (und/oder Angehörigen), den Sie psychosozial versorgen?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			3.5
Standardabweichung			1.8	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		2.8	
	Obergrenze		4.1	
Median			3	
Schiefe			1.5	0.4
Kurtosis			2.1	0.8

Zudem gaben die psychosozialen Dienste an, dass im Durchschnitt 20% der psychosozialen Leistungen nicht im stationären, sondern im ambulanten Setting erbracht worden sind.

4.2.2.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte

Im Durchschnitt beschäftigten die psychosozialen Dienste **4,6 Beschäftigte** bzw. Honorarkräfte, die an der psychosozialen Versorgung der Krebserkrankten und ihrer Angehörige beteiligt gewesen sind (Tabelle 257). Der **Median** beträgt 4 Beschäftigte.

Tabelle 257: Anzahl psychosozialer Beschäftigter in psychosozialen Diensten (n= 33)

Wie viele Mitarbeiter (Festanstellung und Praktikum) sowie Honorarkräfte haben insgesamt im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend stationäre psychosoziale Leistungen für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen in Ihrem psychosozialen Dienst angeboten?			Statistik	Std.-Fehler
		Mittelwert		4.6
	Standardabweichung		3.9	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	3.3	
		Obergrenze	6.0	
	Median		4	
	Schiefe		2.5	0.4
	Kurtosis		7.9	0.8

Der Tabelle 258 ist zu entnehmen, dass die Mehrheit der an der psychosozialen Versorgung beteiligten Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in psychosozialen Diensten Sozialarbeitende bzw. Sozialpädagogische Fachkräfte (64%) war. Weiterhin waren zu 10% Krankenpflegende, zu 10% Psychologinnen und Psychologen und zu 4% Ärztinnen und Ärzte an der Versorgung in psychosozialen Diensten beteiligt.

Tabelle 258: Beruf der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in psychosozialen Diensten

Welchen Beruf hat Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	83	64.3	64.3
Sonstige	29	22.5	86.7
Krankenpfleger	13	10.1	
Arzt	5	3.9	
Case Manager	3	2.3	
Bürokauffrau	1	0.8	
„Laie mit Fortbildung“	1	0.8	
Ärztlicher Psychotherapeut	1	0.8	
Qualitätsmanager	1	0.8	
Sozialarbeiter mit psychoonkol. Zusatzqualifikation	1	0.8	
Altenpfleger	1	0.8	
Sozialwissenschaftler	1	0.8	
Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen	1	0.8	
Psychologe	13	10.1	96.8
Pädagoge	4	3.2	100
Gesamt	129		

Im Mittel verfügten die an der psychosozialen Versorgung beteiligten Beschäftigten in psychosozialen Diensten über 12,5 Jahre Berufserfahrung. Der Median beträgt 10 Jahre Berufserfahrung.

Tabelle 259: Berufserfahrung psychosozialer Beschäftigter in psychosozialen Diensten (n= 122)

Über wie viel psychosoziale Berufserfahrung in Jahren verfügte Ihr Mitarbeiter bis einschließlich 2016 geschätzt?		Statistik		Std.-Fehler
Mittelwert			12.5	0.8
Standardabweichung			9.1	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		10.9	
	Obergrenze		14.1	
Median			10	
Schiefe			0.6	0.2
Kurtosis			-0.4	0.4

Tabelle 260 zeigt die Häufigkeiten der Beschäftigungsverhältnisse der Angestellten bzw. Honorarkräfte in psychosozialen Diensten. Die **große Mehrheit der Beschäftigten** war im Jahr 2016 **fest angestellt** (96%). 4% arbeiteten auf Honorarbasis.

Tabelle 260: Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in psychosozialen Diensten

Welches Beschäftigungsverhältnis hatte dieser Mitarbeiter bzw. diese Honorarkraft in 2016?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Angestellt	125	96.2	96.2
Honorar/Konsiliar	5	3.8	100
Praktikum	-	-	
Gesamt	130	100	

Tabelle 261 ist weiterhin zu entnehmen, dass **93%** der angestellten Beschäftigten in Psychosozialen Diensten über einen **unbefristeten Arbeitsvertrag** verfügten.

Tabelle 261: Art der Anstellung der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in psychosozialen Diensten

Welches Beschäftigungsverhältnis hatte dieser Mitarbeiter bzw. diese Honorarkraft in 2016?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Angestellt, unbefristet	116	92.8	92.8
Angestellt, befristet	9	7.2	100
Gesamt	125	100	

Die Dauer der Beschäftigung der Beschäftigten im Jahr 2016 findet sich in Tabelle 262. Im Durchschnitt waren die Beschäftigten 11,4 Monate im Jahr 2016 beschäftigt.

Tabelle 262: Wie viele Monate waren die Beschäftigten in psychosozialen Diensten beschäftigt (n= 125)

Wie viele Monate war Ihr Mitarbeiter bzw. diese Honorarkraft im Jahr 2016 im psychosozialen Dienst beschäftigt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			11.4
Standardabweichung			2.2	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze			11.0
	Obergrenze			11.8
Median			12	
Schiefe			-3.8	0.2
Kurtosis			13.9	0.4

Die Höhe der von den Beschäftigten geleisteten Wochenarbeitsstunden in psychosozialer Tätigkeit findet sich in Tabelle 263. Im Durchschnitt hat ein Beschäftigter bzw. eine Honorarkraft **22,2 Wochenarbeitsstunden** psychosozial in den psychosozialen Diensten gearbeitet. Der Median beträgt **20 Wochenarbeitsstunden**.

Tabelle 263: Wochenarbeitsstunden psychosozialer Beschäftigter in psychosozialen Diensten (n= 121)

Wie viele Stunden pro Woche hat Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar psychoonkologisch/psychosozial im Jahr 2016 gearbeitet?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			22.2
Standardabweichung			13.6	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		19.7	
	Obergrenze		24.6	
Median			20	
Schiefe			0.0	0.2
Kurtosis			-1.5	0.4

Die Tabelle 264 zeigt Angaben zur psychoonkologischen Weiterbildung der Beschäftigten in psychosozialen Diensten. 22% aller Beschäftigten bzw. Honorarkräfte, die im Jahr 2016 an der psychosozialen Versorgung in Psychosozialen Diensten beteiligt waren, verfügten über eine psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung (von der DKG anerkannt). Weitere 5% befanden sich im Jahr 2016 in der psychoonkologischen Fort- oder Weiterbildung.

Tabelle 264: Psychoonkologische Weiterbildung (DKG-anerkannt) in psychosozialen Diensten

Verfügt dieser Mitarbeiter bzw. diese Honorarkraft über eine DKG-anerkannte psychoonkologische Weiterbildung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	28	22.0	22.0
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	6	4.7	26.7
Keine psychoonkologische Weiterbildung	93	73.3	100
Gesamt	127	100	

¹ psychoonkologische Fort- und Weiterbildungscurricula, die einen Umfang von mindestens 120 Fortbildungseinheiten á 45 Min. haben und von der DKG anerkannt wurden

4.2.2.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Die Tabelle 265 gibt Auskunft über die Finanzierung der psychosozialen Dienste. **44%** gaben an, dass die psychosozialen Leistungen des psychosozialen Dienstes durch klinikinterne Mittelumwidmungen bzw. interne Leistungsverrechnungen finanziert wurden. Weitere 8% gaben an, dass dem psychosozialen Dienst Eigenmittel/Budget zur Verfügung standen. Unter „Sonstige Finanzierung“ sind die jeweiligen Antworten der psychosozialen Dienste aufgeführt. Von den insgesamt 13 Antworten lassen 10 darauf schließen, dass der psychosoziale Dienst durch eine Anstellung in der jeweiligen Klinik finanziert wurde.

Tabelle 265: Finanzierung von psychosozialen Diensten

Wie wurden die psychosozialen Leistungen durch Ihren psychosozialen Dienst finanziert?			
	Häufigkeit	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Der psychosoziale Dienst wird klinikintern durch Mittelumwidmungen finanziert	12	44.4	44.4
Der Psychosoziale Dienst verfügt über Eigenmittel/Budget	2	7.5	51.9
Sonstige Finanzierung	13	48.1	100
„Mitarbeiter sind Angestellte des Krankenhauses, Refinanzierung über die Krankenkassen findet nicht statt“	1		
„Pauschal übers Klinikum finanziert“	1		
„Angestelltenverhältnis – Gehalt für Leistung“	1		
„Arbeitgeber“	1		
„Beratung erfolgt innerhalb der Anstellung als klinischer Sozialdienst“	1		
„Psychosoziale Dienst wird durch den Sozialarbeiter der Klinik geleistet und nicht extra finanziert“	1		
„DRG Fallpauschale“	1		
„Feste Planstelle in der Klinik“	1		
„Finanzierung im Rahmen der DRG“	1		
„Im Rahmen der tariflichen Gehaltsleistungen. Kein Extrabudget“	1		
„Ist im Klinikum angestellt“	1		
„Klinikfinanzierung AG“	1		
„Nicht bekannt, da alle MA Angestellte des Klinikums sind“	1		
Gesamt	27	100	

4.2.2.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Dokumentation

Insgesamt **46% der psychosozialen Dienste** gaben an, dass sie EDV-basiert dokumentierten und ebenso 46% gaben an, dass sie teils handschriftlich, teils EDV-basiert dokumentierten. 6% der Psychosozialen Dienste dokumentierten ausschließlich handschriftlich.

Räumlichkeiten, Barrierefreiheit und Erreichbarkeit

84% der psychosozialen Dienste gaben an, dass für alle oder zumindest einen Teil der Gespräche gesonderte Räumlichkeiten für ungestörte Beratungen zur Verfügung standen (Tabelle 266).

Tabelle 266: Räumlichkeiten für ungestörte Beratungsgespräche in psychosozialen Diensten

Standen in Ihrem psychosozialen Dienst in 2016 gesonderte Räumlichkeiten für die psychosoziale Versorgung zur Verfügung, in denen ungestörte Beratungsgespräche oder Behandlungen möglich waren

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ja, für alle Gespräche	14	43.8	43.8
Ja, aber nur für einen Teil der Gespräche	13	40.6	84.4
Nein, keine gesonderten Räumlichkeiten	5	15.6	100
Gesamt	32	100	

Fortbildungen

Eine Verpflichtung zur Teilnahme an einer psychosozialen Fort- und Weiterbildung wurde von 41% der psychosozialen Dienste angegeben (Tabelle 267).

Tabelle 267: Psychosoziale Weiter- und Fortbildung psychosozialen Diensten

Waren die Mitarbeiter Ihres psychosozialen Dienstes im Jahr 2016 verpflichtet, sich psychosozial weiter- bzw. fortzubilden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychosoziale Fort- und Weiterbildung	13	40.6	40.6
Keine psychosoziale Fort- und Weiterbildung	19	59.4	100
Gesamt	32	100	

Information und Kooperation

Von den befragten psychosozialen Diensten gaben **37%** an, dass schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit anderen psychosozialen Einrichtungen bzw. Behandelnden vorlagen.

4.2.3 Krankenhäuser, Zentren und Kliniken

4.2.3.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Die Abbildung 23 stellt das Flowchart des Rücklaufs für die Zentren und Kliniken dar. **Initial** konnten 16.244 Zentren und Kliniken identifiziert werden. Von den 16.244 identifizierten Einrichtungen konnten jedoch 13.493 Zentren und Kliniken wieder aus der Untersuchung ausgeschlossen werden. Die Mehrheit der Einrichtungen (n= 10.769) wurde ausgeschlossen, da in einer vorausgegangenen Aussendung bereits Psychoonkologische Ambulanzen (4.1.2) bzw. Psychoonkologische Dienste (4.2.1) oder Psychosoziale Dienste (4.2.2) angeschrieben und zu einer Teilnahme eingeladen wurden, die den jeweiligen Zentren bzw. Kliniken zuzuordnen waren. Ein Ausschluss geschah demzufolge, um eine doppelte Erfassung von psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen über den Konsiliar- bzw. Liaisondienst zu verhindern. Weiterhin wurden Einrichtungen ausgeschlossen, da eine Kontaktaufnahme nicht möglich war (n= 2008), die Krankenhäuser bzw. Kliniken angaben, dass sie gar keine Krebserkrankten versorgt hatten (n= 101), die Einrichtungen irrtümlich rekrutiert wurden (n= 610) oder im Jahr 2016 noch gar keine Leistungen vorgehalten wurden (n= 5). **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **2.751 Zentren und Kliniken** für eine Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben **2.613** der insgesamt 2.751 Zentren und Kliniken, wobei 2.612 Nichtteilnehmende nicht auf die Einladung reagiert haben.

In die Auswertung einbezogen werden konnten *138 Zentren und Kliniken*. Dies entspricht einer Teilnahmequote von **5%**.

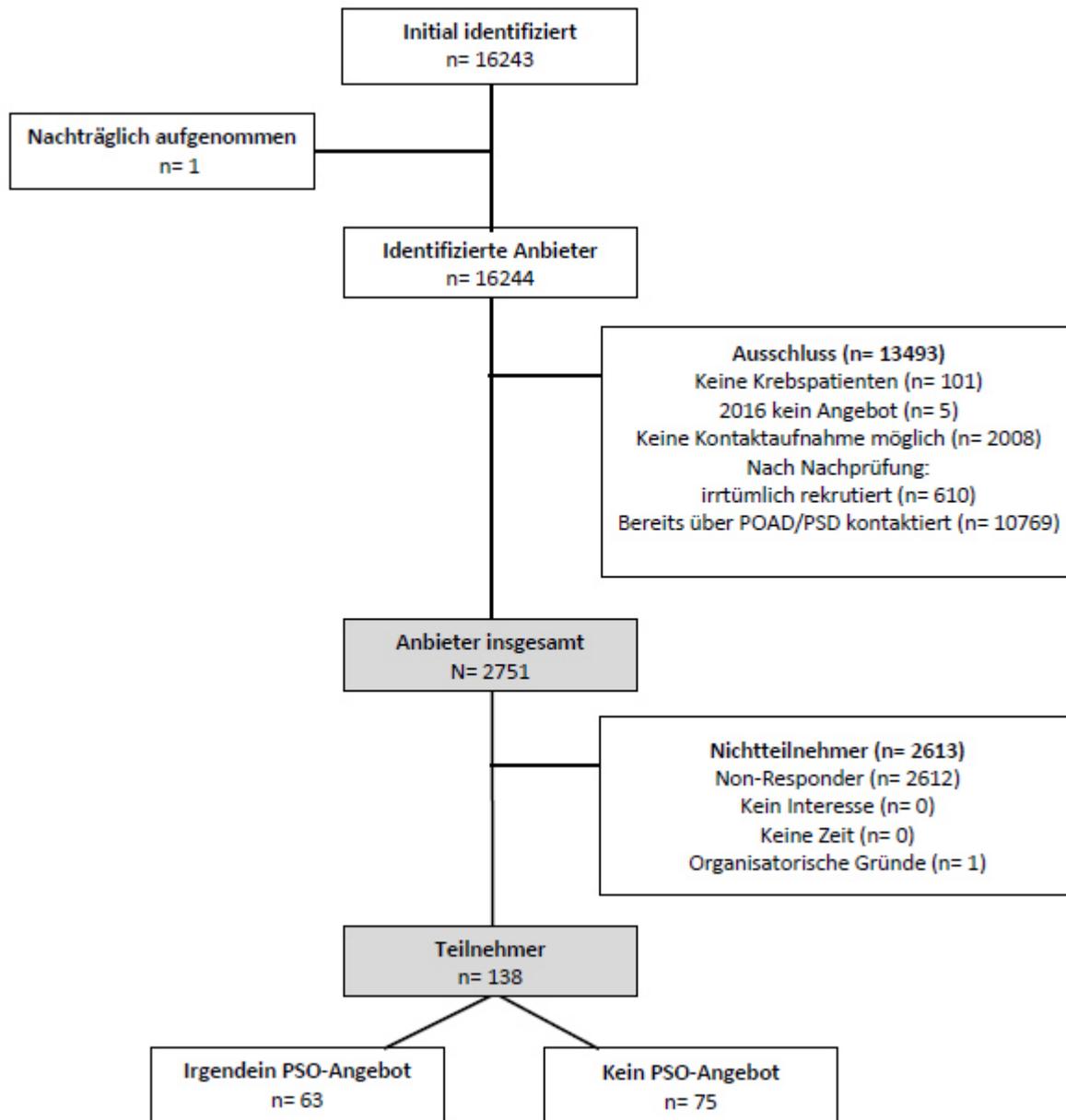


Abbildung 23: Flowchart Rücklauf für Krankenhäuser, Zentren und Kliniken

4.2.3.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote in Krankenhäusern, Zentren und Kliniken

Tabelle 268 gibt Auskunft über das psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebot in Krankenhäusern, Zentren und Kliniken. Demnach hielten **25% der Kliniken** sowohl ein psychoonkologisches als auch ein psychosoziales Angebot für Krebserkrankte vor. Weitere 17% hielten ausschließlich ein psychoonkologisches und 3% ausschließlich ein psychosoziales Angebot vor. Weder ein psychoonkologisches noch ein psychosoziales Angebot wurde von 54% der Krankenhäuser, Zentren und Kliniken vorgehalten.

Tabelle 268: Psychoonkologische und/oder psychosoziale Angebote in Krankenhäusern, Zentren und Kliniken

Hat Ihre Klinik im Jahr 2016 grundsätzlich psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen für Krebspatienten (und/oder ihre Angehörigen) angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Ja, wir haben sowohl ein psychoonkologisches als auch ein psychosoziales Angebot für Krebspatienten vorgehalten	35	25.4	25.4
Ja, wir haben ein psychoonkologisches Angebot für Krebspatienten vorgehalten	24	17.4	42.8
Ja, wir haben ein psychosoziales Angebot für Krebspatienten vorgehalten	4	2.9	45.7
Nein, wir haben kein psychoonkologisches oder psychosoziales Angebot für Krebspatienten vorgehalten	75	54.3	100
Gesamt	138	100	

Setting der psychoonkologischen Versorgung

79% der Krankenhäuser, Zentren und Kliniken **mit einem psychoonkologischen** Angebot gaben an, dass dieses durch feste Beschäftigte (Liaisondienst) gewährleistet wurde (Tabelle 269).

Tabelle 269: Setting der psychoonkologischen Angebote in Krankenhäusern, Zentren und Kliniken

In welchem Setting hat Ihre Klinik im Jahr 2016 psychoonkologische Leistungen für Krebspatienten (und/oder ihre Angehörigen) angeboten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Konsiliarische Versorgung ²	33	53.2
Liaison-Versorgung	29	46.8
Gesamt	62	100

¹ Mehrfachantworten möglich

² auf ärztliche Anordnung wird bei Bedarf ein aufsuchendes Angebot durch einen Psychoonkologen veranlasst

³ durch einen regelmäßigen anwesenden in Ihrer Klinik festangestellten Psychoonkologen

Setting der psychosozialen Versorgung

55% der Krankenhäuser, Zentren und Kliniken **mit einem psychosozialen** Angebot gaben an, dass dieses durch feste Beschäftigte (Liaisondienst) gewährleistet wurde und/oder 47% gaben an, dass sie Sozialarbeitende auf ärztliche Anordnung hin anforderten (Tabelle 270).

Tabelle 270: Setting der psychosozialen Angebote in Krankenhäusern, Zentren und Kliniken

In welchem Setting hat Ihre Klinik im Jahr 2016 psychosoziale Leistungen für Krebspatienten (und/oder ihre Angehörigen) angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Konsiliarische Versorgung ²	18	46.2
Liaison-Versorgung ²	21	53.8
Gesamt	39	100

¹ Mehrfachantworten möglich

² auf ärztliche Anordnung wird bei Bedarf ein aufsuchendes Angebot durch einen Sozialarbeiter veranlasst

³ durch einen regelmäßigen anwesenden in Ihrer Klinik festangestellten Sozialarbeiter

4.2.3.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Der Tabelle 271 ist zu entnehmen, dass die Krankenhäuser, Zentren und Kliniken im Jahr 2016 im Durchschnitt **453 Krebserkrankte** medizinisch versorgt haben. Der **Median** betrug **250 Krebserkrankte**. 95% der Einrichtungen haben zwischen 308 und 599 Krebserkrankte medizinisch behandelt.

Tabelle 271: Anzahl medizinisch behandelter Krebserkrankte in Krankenhäusern, Zentren und Kliniken (n= 63)

Wie viele Krebspatienten wurden im Jahr 2016 in Ihrer Klinik insgesamt medizinisch behandelt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			453.6
Standardabweichung			577.4	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		308.2	
	Obergrenze		599.1	
Median			250	
Schiefe			2.9	0.3
Kurtosis			10.6	0.6

Umfang der psychoonkologischen Versorgung

Dem gegenüber steht der Umfang der Versorgung des psychoonkologischen Konsiliardienstes bzw. des psychoonkologischen Liaisondienstes in den Krankenhäusern, Zentren und Kliniken.

82% der Einrichtungen, die ihre psychoonkologische Versorgung über einen Konsiliardienst abdecken, berichteten, dass sie in einer durchschnittlichen Versorgungswoche den Psychoonkologen im Umfang von bis zu 5 Wochenarbeitsstunden anforderten (Tabelle 272). 18% gaben einen psychoonkologischen Versorgungsumfang (Konsiliardienst) über 10 Wochenarbeitsstunden an.

Tabelle 272: Umfang der Versorgung des psychoonkologischen Konsiliardienstes in Krankenhäusern, Zentren und Kliniken

Bitte schätzen Sie: im Umfang von wie vielen Wochenstunden haben Sie in einer durchschnittlichen Versorgungswoche im Jahr 2016 ein aufsuchendes Angebot (Konsiliardienst) durch einen Psychoonkologen veranlasst?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nicht mehr als 1 Std./Woche	8	24.2	24.2
2 bis 3 Std./Woche	13	39.4	63.6
4 bis 5 Std./Woche	6	18.2	81.8
6 bis 10 Std./Woche	-	-	
11 bis 15 Std./Woche	1	3.0	84.8
16 bis 20 Std./Woche	2	6.1	90.9
mehr als 20 Std./Woche	3	9.1	100
Gesamt	33	100	

Von den Einrichtungen, die die psychoonkologische Versorgung mit einem psychoonkologischen Liaisonbeschäftigten abdeckten, berichteten 21%, dass dieser im Umfang von bis zu 10 Wochenarbeitsstunden und 36%, dass dieser im Umfang von 11 bis 20 Wochenarbeitsstunden angestellt gewesen sei (Tabelle 273). 7% gaben an, dass ihre psychoonkologische Versorgung im Liaisondienst im Umfang von 21 bis 30 Std. und 36%, dass sie im Umfang von mehr als 31 Std. gewährleistet wurde.

Tabelle 273: Umfang der Versorgung des psychoonkologischen Liaisondienstes in Krankenhäusern, Zentren und Kliniken

Im Umfang von wie vielen Wochenarbeitsstunden war der psychoonkologische Mitarbeiter im Jahr 2016 in Ihrer Klinik angestellt?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
bis 10 Std./Woche	6	21.4	21.4
11 bis 20 Std./Woche	10	35.7	57.1
21 bis 30 Std./Woche	2	7.1	64.3
mehr als 31 Std./Woche	10	35.7	100
Gesamt	28	100	

Umfang der psychosozialen Versorgung

Der Umfang der Versorgung des psychosozialen **Konsiliardienstes** ist in Tabelle 274 dargestellt. **67% der Krankenhäuser, Zentren und Kliniken** gaben an, dass psychosoziale Konsiliar-Beschäftigte im Umfang von bis zu fünf Std. angestellt waren, weitere 11% beschäftigten diese sechs bis 10 Stunden. 22% beschäftigten Sozialarbeitende im Umfang von mehr als 10 Stunden.

Tabelle 274: Umfang der Versorgung des psychosozialen Konsiliardienstes in Krankenhäusern, Zentren und Kliniken

Bitte schätzen Sie: im Umfang von wie vielen Wochenstunden haben Sie in einer durchschnittlichen Versorgungswoche im Jahr 2016 ein aufsuchendes Angebot (Konsiliardienst) durch einen Sozialarbeiter veranlasst?

	Häufigkeit	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
nicht mehr als 1 Std./Woche	3	16.7	16.7
2 bis 3 Std./Woche	5	27.8	44.4
4 bis 5 Std./Woche	4	22.2	66.7
6 bis 10 Std./Woche	2	11.1	77.8
11 bis 15 Std./Woche	1	5.6	83.3
16 bis 20 Std./Woche	3	16.7	100
mehr als 20 Std./Woche	-	-	
Gesamt	18	100	

Der Umfang der psychosozialen Versorgung durch den psychosozialen **Liaisondienst** ist in Tabelle 275 dargestellt. **35% der Krankenhäuser, Zentren und Kliniken** gaben an, dass psychosoziale Beschäftigte im Umfang von bis zu 20 Std. angestellt war. 65% beschäftigten Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter im Umfang von mehr als 21 Stunden.

Tabelle 275: Umfang der Versorgung des psychosozialen Liaisondienstes in Krankenhäusern, Zentren und Kliniken

Im Umfang von wie vielen Wochenarbeitsstunden war der psychosoziale Mitarbeiter im Jahr 2016 in Ihrer Klinik angestellt?

	Häufigkeit	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
bis 10 Std./Woche	4	20.0	20.0
11 bis 20 Std./Woche	3	15.0	35.0
21 bis 30 Std./Woche	3	15.0	50.0
mehr als 31 Std./Woche	10	50.0	100
Gesamt	20	100	

4.2.4 Stationäre Hospize

4.2.4.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Die Abbildung 24 stellt das Flowchart des Rücklaufs für stationäre Hospize dar. **Initial** konnten 255 stationäre Hospize identifiziert werden. Im weiteren Projektverlauf wurde nachträglich eine weitere Einrichtung mit aufgenommen, deren Leitung sich an die Projektleitung gewandt hatte. Von den **256 identifizierten stationären Hospizen** konnten drei aus der Untersuchung ausgeschlossen werden, da diese im Jahr 2016 noch nicht bestanden haben ($n=1$), bzw. weil kein Kontakt zum stationären Hospiz aufgenommen werden konnte ($n=2$). **Insgesamt** wurden demnach bundesweit **253 stationäre Hospize** zu einer Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben 188 der insgesamt 253 stationären Hospize: 185 Einrichtungen haben nicht auf die Einladung reagiert, zwei Einrichtungen hatten kein Interesse an der Befragung teilzunehmen und eine Einrichtung gab an, keine Zeit zur Teilnahme an der Befragung zu haben.

In die Auswertung einbezogen werden konnten **65 stationäre Hospize**. Dies entspricht einer Teilnahmequote von **26%**.

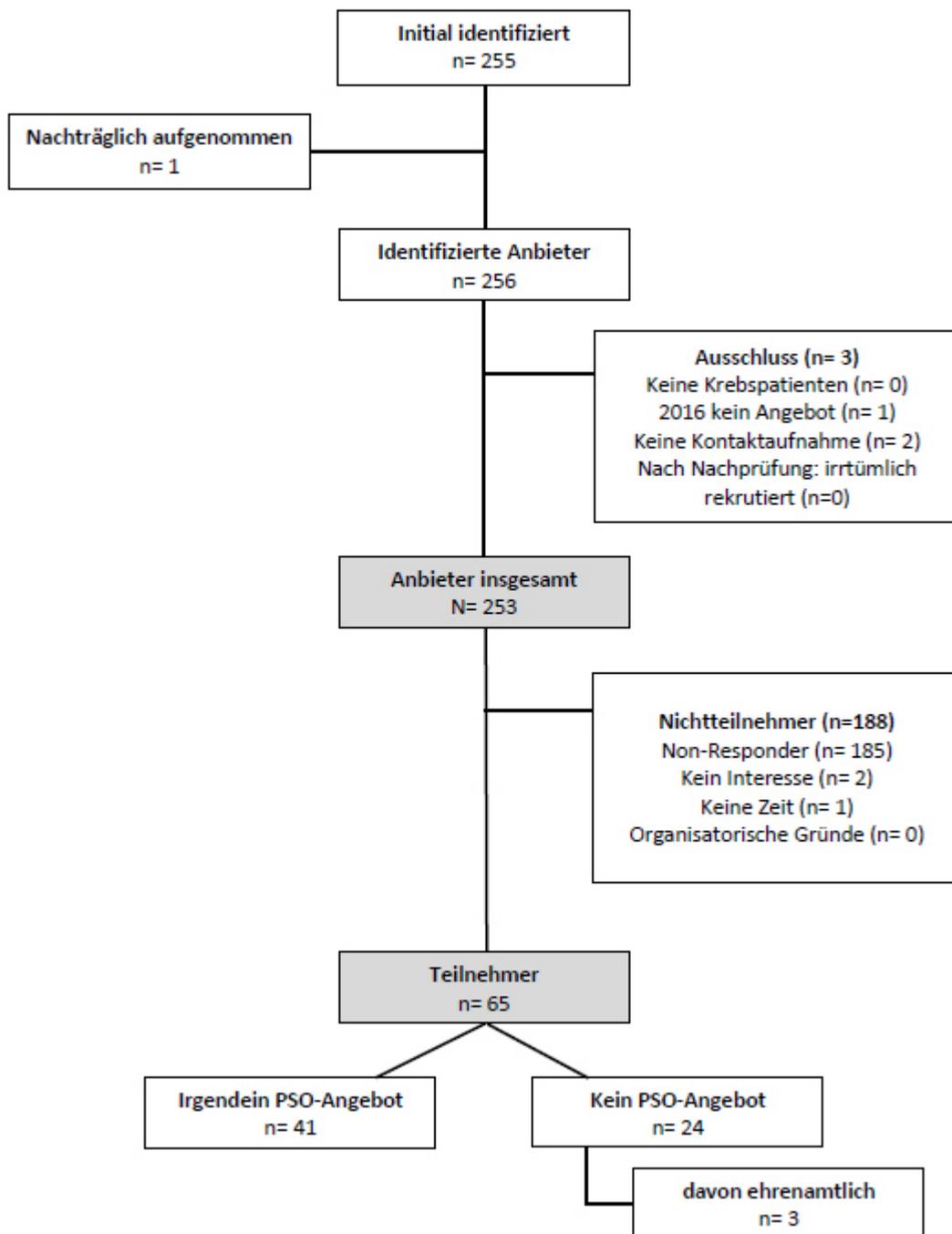


Abbildung 24: Flowchart Rücklauf für stationäre Hospize

4.2.4.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote in stationären Hospizen

Von den insgesamt 65 stationären Hospizen, die an der Befragung teilgenommen haben, gaben 63%

an, grundsätzlich ein psychoonkologisches bzw. psychosoziales Angebot für Krebserkrankte angeboten zu haben (Tabelle 276).

Tabelle 276: Psychoonkologische/psychosoziale Angebote in stationären Hospizen

Hat Ihr stationäres Hospiz im Jahr 2016 grundsätzlich psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
PSO-Angebot	41	63.1	63.1
Kein PSO-Angebot	24	36.9	100
Gesamt	65	100	

Spektrum psychoonkologischer und psychosozialer Angebote in stationären Hospizen

Von diesen insgesamt 41 stationären Hospizen, die psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote vorhielten, gaben 8% an, dass sie Leistungselemente einer Richtlinien-Psychotherapie¹⁰ angeboten haben (Tabelle 277).

Tabelle 277: Elemente einer Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) in stationären Hospizen

Hat Ihr stationäres Hospiz im Jahr 2016 Elemente einer Richtlinien-Psychotherapie (G-BA)¹ für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Richtlinien-Psychotherapieelemente	3	7.7	7.7
Keine Richtlinien-Psychotherapieelemente	36	92.3	100
Gesamt	39	100	

¹ Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie

67% der stationären Hospize gaben an, anderweitige psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen angeboten zu haben (Tabelle 278), wobei Krisenintervention (36%), Entspannungsverfahren (36%) und Gesprächspsychotherapie (21%) die am häufigsten genannten psychotherapeutischen bzw. psychologischen Leistungen darstellten.

¹⁰ Unter „Elementen einer Richtlinienpsychotherapie“ sind verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische oder psychoanalytische Techniken und psychotherapeutische Interventionen zu verstehen, die von approbierten oder in Ausbildung befindlichen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten **außerhalb** einer beantragten Kurz- oder Langzeittherapie Anwendung finden, etwa in psychoonkologischen Beratungsgesprächen oder im Rahmen von konsiliarischen Kontakten.

Tabelle 278: Psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen in stationären Hospizen

Hat Ihr stationäres Hospiz im Jahr 2016 auch außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie (G-BA) psychotherapeutische bzw. psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen¹ für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychologische Verfahren	26	66.7	7.7
Keine psychologischen Verfahren	13	33.3	100
Gesamt	39	100	

¹ Systemische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie, Interpersonelle Psychotherapie (IPT), Psychodramatherapie, EMDR, Neuropsychologische Therapie, Krisenintervention, Psychologisch-supportive Begleitung (bei subsyndromaler Belastung, auch: supportive Psychotherapie), Entspannungsverfahren, Imaginative Verfahren, Sexualtherapeutische Interventionen, Traumatherapeutische Interventionen, Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Stressbewältigungs-/Stressimpfungstraining, Fatigue-Training, Paarkommunikationstraining, Sonstige.

92% der befragten stationären Hospize gaben an, dass sie irgendeine Form der Beratung für Krebs-erkrankte und ihre Angehörigen angeboten haben. Am häufigsten wurden medizinische Basisinformationen vermittelt (67%) und eine psychosoziale Beratung mit sozialer bzw. sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung angeboten (49%) (Tabelle 279).

Tabelle 279: Beratungsleistungen in stationären Hospizen

Welche der folgenden Beratungsleistungen hat Ihr stationäres Hospiz im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Vermittlung medizinischer Basisinformationen	26	66.7
Psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung	22	56.4
Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische/psychosoziale Angebote	19	48.7
Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung	16	41.0
Vermittlung medizinischer Fachinformationen ²	16	41.0
Sonstige Beratungsleistungen	4	10.3
Informationsveranstaltungen zu psychoonkologischen/psychosozialen Themen	3	7.7
Keine Beratungsleistungen	3	7.7
Gesamt	39	

¹ Mehrfachantworten möglich

² nur durch Ärztinnen und Ärzte

Künstlerische Therapieformen angeboten zu haben, wurde von 85% der stationären Hospize angegeben (Tabelle 280).

Tabelle 280: Künstlerische Therapieformen in stationären Hospizen

Welche der folgenden künstlerischen Therapieformen hat Ihr stationäres Hospiz im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Musiktherapie	21	53.8
Kunsttherapie	18	46.2
Sonstige künstlerische Therapieformen	13	33.3
Bewegungs- bzw. Tanztherapie	1	2.6
Keine künstlerischen Therapieformen	6	15.4
Gesamt	39	

¹ Mehrfachantworten möglich

Ausnahmslos alle stationären Hospize gaben an, unterstützende und begleitende Leistungen wie Sterbebegleitung (97%), palliative Begleitung (97%), Trauerbegleitung (95%) oder Sitzwachen (85%) für Krebskranke angeboten zu haben (Tabelle 281).

Tabelle 281: Unterstützende und begleitende Leistungen in stationären Hospizen

Welche der folgenden unterstützenden und begleitenden Leistungen hat Ihr stationäres Hospiz im Jahr 2016 für Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen angeboten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Sterbebegleitung	38	97.4
Palliative Begleitung	38	97.4
Trauerbegleitung	37	94.9
Sitzwache	33	84.6
Sonstige unterstützenden und begleitenden Leistungen	8	20.5
Keine Beratungsleistungen	-	-
Gesamt	39	

¹ Mehrfachantworten möglich

Zielgruppenspezifische Versorgungskonzepte in stationären Hospizen

Die Tabelle 282 gibt zielgruppenspezifische Angebote in stationären Hospizen wieder. In erster Linie sind hier palliative Patientinnen und Patienten (75%), Angehörige und Personen des unmittelbaren sozialen Umfeldes (59%), Schmerzpatientinnen und -patienten (31%) und Familien (26%) zu nennen.

Tabelle 282: Psychoonkologische/psychosoziale Angebote für spezifische Zielgruppen in stationären Hospizen

Zusätzlich zu Ihrem einheitlichen Versorgungskonzept für alle Krebspatienten: Für welche Zielgruppen hat Ihr stationäres Hospiz im Jahr 2016 zusätzlich psychoonkologische/psychosoziale Angebote mit einem ausgearbeiteten Konzept angeboten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Palliative Patienten	29	74.4
Angehörige und Personen des unmittelbaren sozialen Umfelds	23	59.0
Schmerzpatienten	12	30.8
Familien	10	25.6
Kinder (≤ 17 Jahre)	8	20.5
Paare	5	12.8
Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen mit Migrationshintergrund	5	12.8
Adoleszente und junge Erwachsene (AYAs, Alter: 18-39 Jahre)	4	10.3
Sonstige Zielgruppen	7	17.9
Gesamt	39	

¹ Mehrfachantworten möglich

Fremdsprachenangebote in stationären Hospizen

Insgesamt **18% der stationären Hospize** gaben an, dass sie psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen für nicht-deutschsprachige Krebserkrankte, z.T. dolmetschergestützt, anbieten konnten (Tabelle 283).

Tabelle 283: Psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in einer Fremdsprache in stationären Hospizen

Hat Ihr stationäres Hospiz im Jahr 2016 psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in einer Fremdsprache angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozen-te	Kumulierte Prozen-te
Fremdsprachenangebot, ohne Dolmetscher	2	5.1	5.1
Fremdsprachenangebot, dolmetschergestützt	5	12.8	17.9
<u>Kein</u> Fremdsprachenangebot	32	82.1	100
Gesamt	39	100	

4.2.4.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Die Tabelle 284 gibt Auskunft über die versorgten Krebserkrankten in stationären Hospizen. Im Durchschnitt wurden im Jahr 2016 **81 Krebserkrankte** psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt. Der **Median** beträgt **82 Patientinnen und Patienten**.

Tabelle 284: Anzahl versorgter Krebserkrankte in stationären Hospizen (n= 28)

Wie viele Krebspatienten wurden in Ihrem stationären Hospiz im Jahr 2016 insgesamt psychoonkologisch/psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			80.9
Standardabweichung			57.5	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		56.6	
	Obergrenze		105.2	
Median			81.5	
Schiefe			0.1	0.5
Kurtosis			-1.5	0.9

Der Tabelle 285 ist zu entnehmen, dass die stationären Hospize im Jahr 2016 im Durchschnitt 98 Angehörige von Krebserkrankten psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt haben. Der Median beträgt 102 Angehörige.

Tabelle 285: Anzahl versorgter Angehörige von Krebserkrankten in stationären Hospizen (n= 24)

Wie viele Angehörige von Krebspatienten wurden in Ihrem stationären Hospiz im Jahr 2016 insgesamt psychoonkologisch/psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			97.6
Standardabweichung			101.6	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		54.7	
	Obergrenze		140.5	
Median			55	
Schiefe			.89	0.5
Kurtosis			-0.8	0.9

Dabei gaben die stationären Hospize an, dass im Durchschnitt **57%** der im Einzelkontakt erbrachten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen im Kontakt mit den Angehörigen der Krebserkrankten erfolgten.

4.2.4.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte

Im Durchschnitt beschäftigten die stationären Hospize **2,8 Angestellte** bzw. Konsiliarisch Tätige, die an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung der Krebserkrankten und ihrer Angehörigen beteiligt waren (Tabelle 286). Der **Median** beträgt **2 Beschäftigte**.

Tabelle 286: Anzahl psychoonkologischer/psychosozialer Beschäftigter in stationären Hospizen (n= 41)

Wie viele Mitarbeiter und Konsiliare haben insgesamt im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in Ihrem stationären Hospiz angeboten			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert		2.8	0.4
	Standardabweichung		2.6	
	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	2.0	
		Obergrenze	3.7	
	Median		2	
	Schiefe		2.4	0.4
	Kurtosis		6.7	0.7

Der Tabelle 287 ist zu entnehmen, dass 23% der an der psychoonkologischen Versorgung beteiligten Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in stationären Hospizen Sozialarbeitende bzw. sozialpädagogische Fachkräfte waren. 16% gehörten der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen an. Weiterhin waren zu 14% Seelsorger, zu 13% Musik- oder Kunsttherapeutinnen und -therapeuten und zu 8% Ärztinnen und Ärzte an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung in stationären Hospizen beteiligt.

Tabelle 287: Beruf der Beschäftigten bzw. Honorarkräfte in stationären Hospizen

Welchen Beruf hat Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Sonstige	46	54.1	54.1
Seelsorger	12	14.1	
Musik- oder Kunsttherapeut	11	12.9	
Krankenpfleger	7	8.2	
„Psychoonkologe“	4	4.7	
Pfarrer oder Theologe	3	3.5	
Trauerbegleiter	2	2.4	
Andere	7	8.2	
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	19	22.4	76.5
Psychologe	13	15.3	91.8
Arzt	7	8.2	100
Gesamt	85		

Im Durchschnitt waren **58%** der psychoonkologisch tätigen Beschäftigten angestellt (Tabelle 288). Dabei waren **95% der angestellten Beschäftigten unbefristet** und lediglich 5% der angestellten Beschäftigten befristet angestellt.

Tabelle 288: Beschäftigungsverhältnis der Angestellten bzw. Honorarkräfte in stationären Hospizen

Welches Beschäftigungsverhältnis hatte dieser Mitarbeiter bzw. Konsiliar in 2016?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Angestellt	47	57.3	57.3
Honorar/Konsiliar	33	40.3	97.6
Praktikum	2	2.4	100
Gesamt	82	100	

Im Mittel sind die Angestellten bzw. Konsiliarisch Tätigen im Jahr 2016 über 11 Monate beschäftigt gewesen (Tabelle 289).

Tabelle 289: Wie viele Monate waren die Beschäftigten in stationären Hospizen beschäftigt (n= 70)

Wie viele Monate war Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar im Jahr 2016 beschäftigt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			11.4
Standardabweichung			2.0	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		10.9	
	Obergrenze		11.8	
Median			12	
Schiefe			-3.6	0.3
Kurtosis			13.5	0.6

Der Tabelle 290 ist zu entnehmen, dass die Beschäftigten und Konsiliarisch Tätigen in den stationären Hospizen im Mittel **13 Stunden pro Woche** psychoonkologisch bzw. psychosozial tätig waren. Der **Median** beträgt **8 Wochenarbeitsstunden**.

Tabelle 290: Wochenarbeitsstunden psychoonkologischer Beschäftigter in stationären Hospizen (n= 67)

Wie viele Stunden pro Woche hat Ihr Mitarbeiter bzw. Konsiliar psychoonkologisch/psychosozial im Jahr 2016 gearbeitet?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			13.1
Standardabweichung			12.9	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		9.9	
	Obergrenze		16.2	
Median			8	
Schiefe			0.9	0.3
Kurtosis			-0.8	0.6

Die Mehrheit der psychoonkologisch bzw. psychosozial tätigen Beschäftigten in stationären Hospizen verfügte über keine psychoonkologische Weiterbildung (80%, Tabelle 291). Jedoch befanden sich 5% aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung.

Tabelle 291: Psychoonkologische Weiterbildung (DKG-anerkannt) in stationären Hospizen

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine DKG-anerkannte psychoonkologische Weiterbildung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	10	15.4	15.4
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	3	4.6	20.0
Keine psychoonkologische Weiterbildung	52	80.0	100
Gesamt	65	100	

¹ psychoonkologische Fort- und Weiterbildungscurricula, die einen Umfang von mindestens 120 Fortbildungseinheiten á 45 Min. haben und von der DKG anerkannt wurden

Die Beschäftigten in stationären Hospizen verfügten zudem zu 28% über eine psychotherapeutische bzw. fachärztliche Qualifikation bzw. befinden sich in 2% der Fälle in einer entsprechenden Aus- bzw. Weiterbildung (Tabelle 292).

Tabelle 292: Psychotherapeutische oder fachärztliche Qualifizierung in stationären Hospizen

Verfügt Ihr Mitarbeiter über eine psychotherapeutische bzw. fachärztliche Qualifizierung ¹ ?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	17	28.3	28.3
Aktuell in Qualifizierung	1	1.7	30.0
Keine psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	42	70.0	100
Gesamt	60	100	

¹ Für die Berufsgruppe der Psychologen: Approbation als Psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in einem von dem G-BA anerkannten Therapieverfahren: Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie); für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte: abgeschlossene Weiterbildung zum FA für Psychiatrie und Psychotherapie, FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FA für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie oder in Weiterbildung fachgebundene Psychotherapie.

4.2.4.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Abbildung 25 zeigt den Anteil der jeweiligen Finanzquelle am Gesamtbudget für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung innerhalb der stationären Hospize. Demnach kamen die **gesetzlichen Krankenkassen** durchschnittlich über alle stationären Hospize für **54%** der Finanzierung

der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung in diesen auf. Weiterhin wurden im Durchschnitt 31% durch Spendengelder, 7% durch die privaten Krankenkassen und 5% durch Stiftungen erbracht.

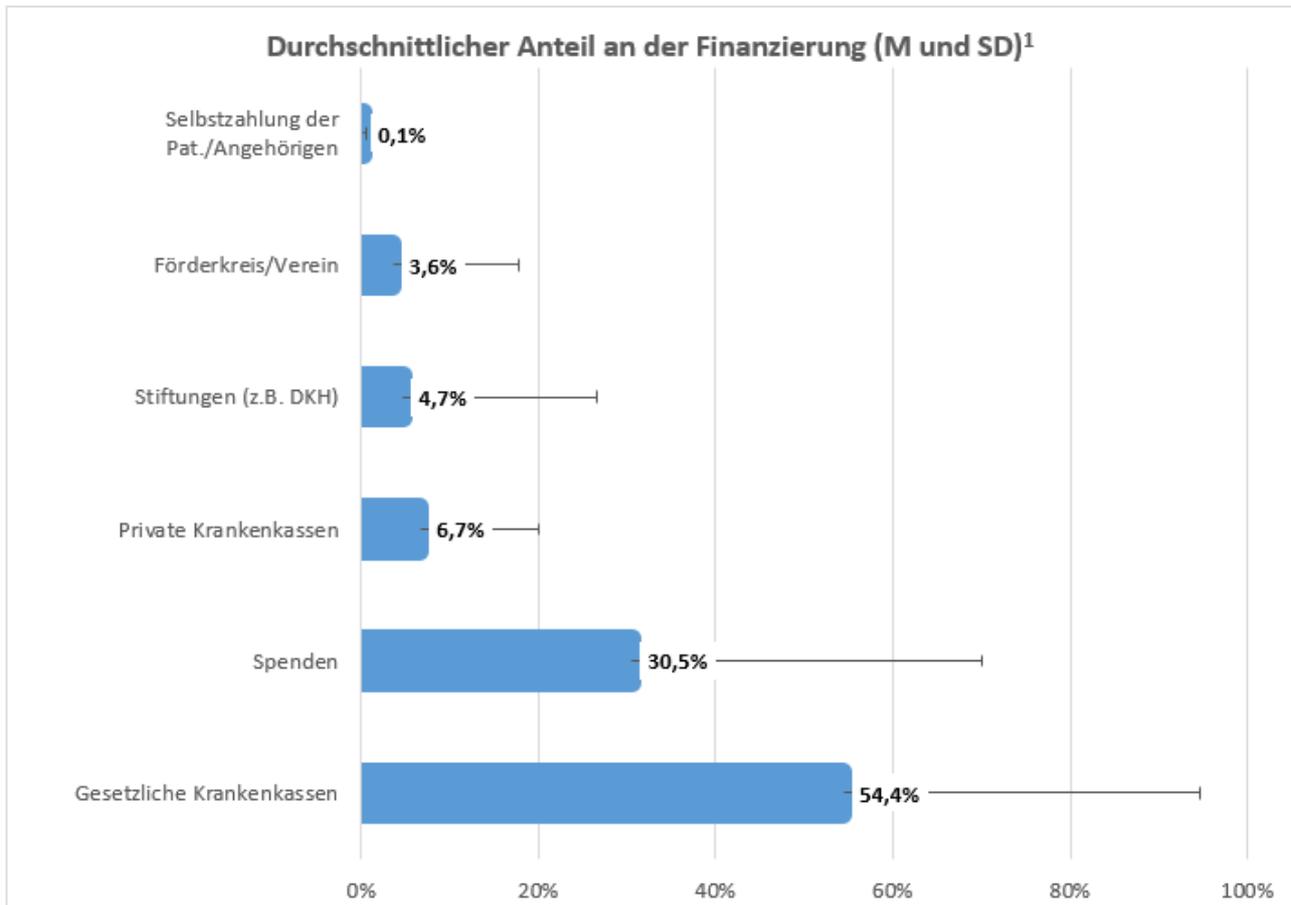


Abbildung 25: Anteil der Finanzquellen am Gesamtbudget für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung innerhalb des stationären Hospizes

¹ *Durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung:* Bezieht sich auf die jeweilige Finanzierungsquelle (d.h. Mittelwert des Finanzierungsanteils einer Finanzquelle über alle Einrichtungen hinweg), daher Abweichungen von 100% möglich.

4.2.4.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Dokumentation

48% der befragten stationären Hospize gaben an, dass die psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen handschriftlich dokumentiert wurden. Weitere 17% berichteten, dass sie EDV-basiert dokumentiert haben. Teils handschriftlich und teils EDV-basiert haben 14% der befragten Hospize dokumentiert und 21% führten keine spezielle Dokumentation für psychoonkologische Leistungen.

Wartezeiten

Bezogen auf die Wartezeiten bis zum regulären Beginn der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung gaben **54% der stationären Hospize** an, dass keine Wartezeit bestand (Tabelle 293). Die stationären Hospize, die einen Versorgungsbeginn nicht am selben Tag gewährleisten konnten, gaben an, dass eine Wartezeit von **durchschnittlich 2 Tagen** bestand (M= 2.3; SD= .91; Range 1-3 Tage).

Tabelle 293: Wartezeit für regulären psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn in stationären Hospizen

Wie lange mussten Krebspatienten und/oder ihre Angehörigen im Jahr 2016 durchschnittlich auf den regulären psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsbeginn innerhalb Ihres stationären Hospizes warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	14	53.8	53.8
Versorgungsbeginn <u>nicht</u> am selben Tag	12	46.2	100
Gesamt	26	100	

Räumlichkeiten, Barrierefreiheit und Erreichbarkeit

Die **Mehrheit (77%)** der stationären Hospize gab an, dass sie über gesonderte Räumlichkeiten für ungestörte psychoonkologische bzw. psychosoziale Beratungs- oder Behandlungsgespräche verfügte (Tabelle 294). Für 13% gilt es zumindest für einen Teil der Gespräche.

Tabelle 294: Räumlichkeiten für ungestörte Beratungsgespräche in stationären Hospizen

Standen in Ihrem stationären Hospiz in 2016 gesonderte Räumlichkeiten für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung zur Verfügung, in denen ungestörte Beratungsgespräche oder Behandlungen möglich waren (z.B. für Angehörige von Krebspatienten)?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ja, für alle Gespräche	23	76.7	76.7
Ja, aber nur für einen Teil der Gespräche	3	13.3	90.0
Nein, keine gesonderten Räumlichkeiten	4	10.0	100
Gesamt	30	100	

97% der stationären Hospize verfügten über barrierefreie Behandlungs- bzw. Beratungsräume für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung (Tabelle 295).

Tabelle 295: Barrierefreiheit in stationären Hospizen

Verfügte Ihr stationäres Hospiz in 2016 über barrierefreie Behandlungs- bzw. Beratungsräume für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung (z.B. für Angehörige von Krebspatienten)?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Barrierefreiheit	28	96.6	96.6
Keine Barrierefreiheit	1	3.4	100
Nein, aber Alternativen wurden angeboten ¹	-	-	
Gesamt	29	100	

¹ z.B. telefonische Beratungen

90% der stationären Hospize waren gut mit ÖPNV erreichbar (Tabelle 296) und 86% gaben an, dass sie über nahegelegene Parkmöglichkeiten verfügten (Tabelle 297).

Tabelle 296: Erreichbarkeit mit ÖPNV von stationären Hospizen

War Ihr stationäres Hospiz in 2016 mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar (d.h. die nächste Haltestelle war nicht mehr als 500m entfernt, z.B. für Angehörige von Krebspatienten)?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gute Erreichbarkeit mit ÖPNV	26	89.7	89.7
Keine gute Erreichbarkeit mit ÖPNV	1	3.4	93.1
Keine gute Erreichbarkeit mit ÖPNV, aber Alternativen wurden angeboten ¹	2	6.9	100
Gesamt	29	100	

¹ z.B. telefonische Beratungen

Tabelle 297: Parkmöglichkeiten von stationären Hospizen

Verfügte Ihr stationäres Hospiz in 2016 über direkte Parkmöglichkeiten (d.h. die nächste Parkmöglichkeit war nicht mehr als 500m entfernt, z.B. für Angehörige von Krebspatienten)?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Direkte Parkmöglichkeiten	25	86.2	86.2
Keine direkten Parkmöglichkeiten	2	6.9	93.1
Keine direkten Parkmöglichkeiten, aber Alternativen wurden angeboten ¹	2	6.9	100
Gesamt	29	100	

Standard Operating Procedures (SOPs)

47% der stationären Hospize gaben an, dass schriftlich ausgearbeitete Standards (SOPs), Leitfäden oder Versorgungskonzepte für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung von Krebs-

erkrankten oder ihren Angehörigen vorlagen. 53% der stationären Hospize verfügten nicht über ausgearbeitete Standards (SOPs), Leitfäden oder Versorgungskonzepte.

Supervision und Fortbildungen

Tabelle 298 stellt dar, dass **59% der stationären Hospize** ihren psychoonkologischen bzw. psychosozialen Beschäftigten ein Supervisionsangebot zur Verfügung stellten. 43% der stationären Hospize gaben an, dass ihre Beschäftigten bzw. Konsiliarisch Tätigen verpflichtet waren sich psychoonkologisch bzw. psychosozial fortzubilden (Tabelle 299).

Tabelle 298: Supervision in stationären Hospizen

Stellte Ihr stationäres Hospiz für die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Konsiliare im Jahr 2016 ein fallbezogenes Supervisionsangebot bereit?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Supervision	17	58.6	58.6
Keine Supervision	12	41.4	100
Gesamt	29	100	

Tabelle 299: Weiter- und Fortbildung in stationären Hospizen

Waren die an der psychoonkologischen/psychosozialen Versorgung beteiligten Mitarbeiter bzw. Konsiliare im Jahr 2016 verpflichtet sich psychoonkologisch/psychosozial weiter- bzw. fortzubilden?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fort- und Weiterbildung	17	42.5	42.5
Keine Fort- und Weiterbildung	23	57.5	100
Gesamt	40	100	

Informationen und Kooperationen

87% der stationären Hospize gaben an, dass sie Informationen zu anderen Einrichtungen bzw. Behandelnden mit psychoonkologischen Angeboten vorliegen hätten (Tabelle 300). Insgesamt war die Informiertheit am höchsten in Bezug auf ambulante Hospizdienste (77%) und Einrichtungen der sta-

tionären onkologischen Versorgung (57%). Am geringsten war die Informiertheit in Bezug auf Psychiatrische Institutsambulanzen (7%) und Psychoonkologische Selbsthilfegruppen (7%).

Über schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit anderen Einrichtungen bzw. Behandelnden mit psychoonkologischen Angeboten verfügten **35% der stationären Hospize**.

Tabelle 300: Informationen über psychoonkologische Einrichtungen und Angebote in stationären Hospizen

Verfügte Ihr stationäres Hospiz im Jahr 2016 über schriftliche Informationen (z.B. ausliegende Broschüren, Flyer) zu anderen Einrichtungen bzw. Behandlern mit psychoonkologischen Angeboten in Ihrer Region, über die sich Ihre Mitarbeiter bzw. Konsiliare informieren konnten?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Nein , ich verfügte über <u>keine</u> schriftlichen Informationen zu anderen Einrichtungen	4	9.8
Ambulante Hospizdienste	23	76.7
Einrichtungen der stationären onkologischen Versorgung	17	56.7
Krebsberatungsstellen	15	50.0
Ambulante palliativmedizinische Angebote	12	40.0
Einrichtungen der ambulanten onkologischen Versorgung	12	40.0
Stationäre Hospize	12	40.0
Stationäre palliativmedizinische Angebote	12	40.0
Niedergelassene Psychotherapeuten, ggf. mit einer psychoonkologischen Weiterbildung	5	16.7
Psychoonkologische Spezialambulanzen oder psychoonkologische Dienste	5	16.7
Ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtungen	3	10.0
Psychiatrische Institutsambulanzen	2	6.7
(Psycho)onkologische Selbsthilfegruppen oder -verbände	2	6.7
Gesamt	30	

¹ Mehrfachantworten möglich

4.2.5 Stationäre Palliativversorgung

4.2.5.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Die Abbildung 26 stellt das Flowchart für den Rücklauf für die stationäre Palliativversorgung dar. **Initial** konnten 391 Einrichtungen der stationären Palliativversorgung identifiziert werden. Von den 391 identifizierten Einrichtungen mussten 21 aus der Untersuchung ausgeschlossen werden, da eine Kontaktaufnahme nicht möglich war ($n=13$), eine Nachprüfung ergab, dass die Einrichtungen irrtümlich rekrutiert wurden ($n=5$) oder die stationäre Palliativversorgung der Einrichtung im Jahr 2016 noch nicht bestand ($n=3$). **Insgesamt** wurden demnach bundesweit 370 Einrichtungen der stationären Palliativversorgung zur Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Nicht an der Befragung teilgenommen haben 307 der insgesamt 370 Einrichtungen der stationären Palliativversorgung, wobei alle 307 Nichtteilnehmende nicht auf die Einladung reagiert haben.

In die Auswertung einbezogen werden konnten 63 Einrichtungen der stationären Palliativversorgung. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 17%.

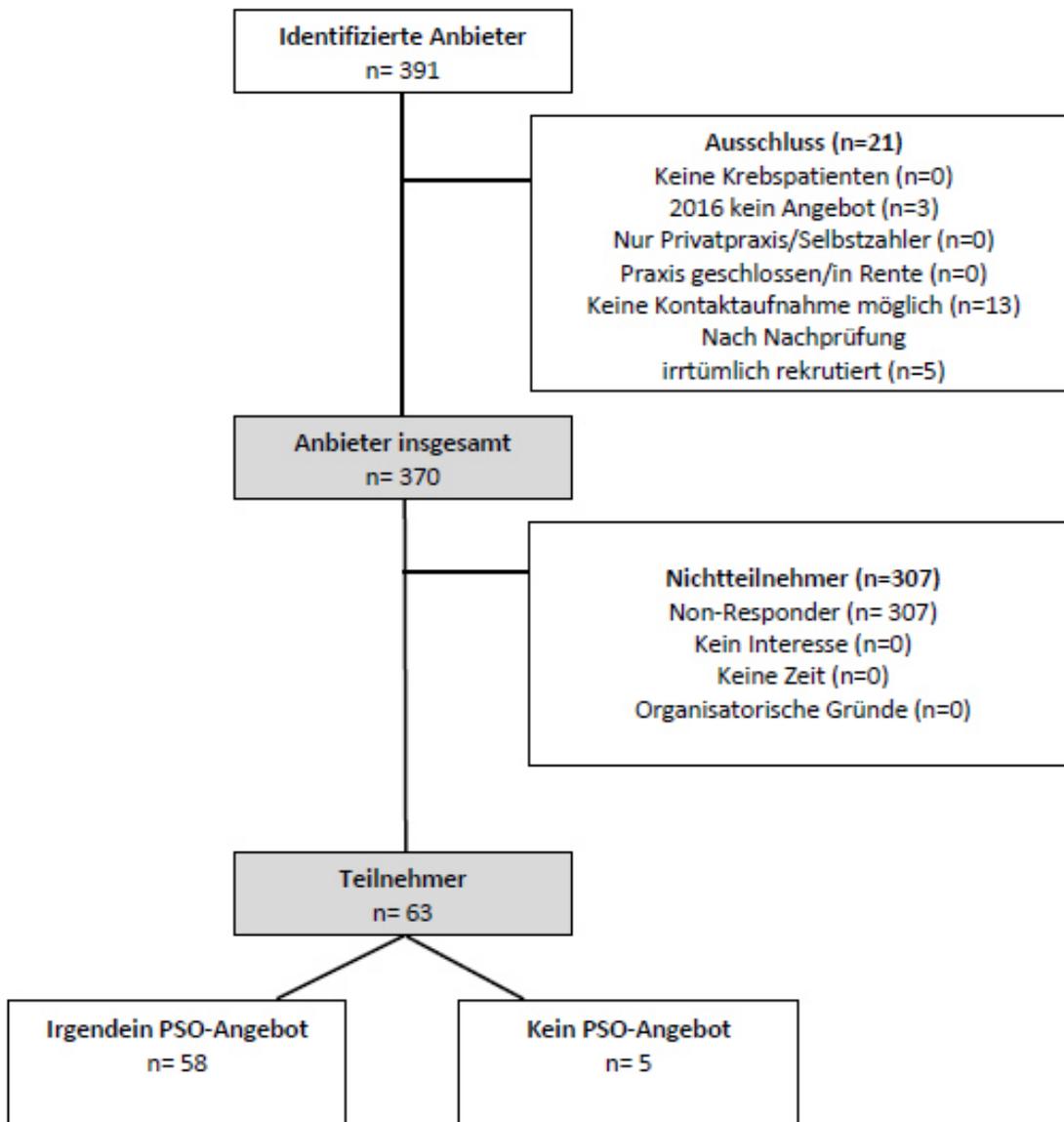


Abbildung 26: Flowchart Rücklauf für die stationäre Palliativversorgung

4.2.5.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote in Einrichtungen der stationären Palliativversorgung

Tabelle 301 gibt Auskunft über das psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebot in der stationären Palliativversorgung. Demnach hielten 68% der Einrichtungen der stationären Palliativversorgung sowohl ein psychoonkologisches als auch ein psychosoziales Angebot für Krebserkrankte vor. Weitere 21% hielten ausschließlich ein psychoonkologisches und 3% ausschließlich ein psychosoziales Angebot vor. Weder ein psychoonkologisches noch ein psychosoziales Angebot wurde von 8% der Einrichtungen der stationären Palliativversorgung angegeben.

Tabelle 301: Psychoonkologische und/oder psychosoziale Angebote in der stationären Palliativversorgung

Hat Ihre stationäre Palliativversorgung im Jahr 2016 grundsätzlich psychoonkologische/psychosoziale Leistungen für Krebspatienten (und/oder ihre Angehörigen) angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Pro- zente	Kumulierte Prozente
Ja, wir haben sowohl ein psychoonkologisches als auch ein psychosoziales Angebot für Krebspatienten vorgehalten	43	68.3	68.3
Ja, wir haben ein psychoonkologisches Angebot für Krebspatienten vorgehalten	13	20.6	88.9
Ja, wir haben ein psychosoziales Angebot für Krebspatienten vorgehalten	2	3.2	92.1
Nein, wir haben kein psychoonkologisches oder psychosoziales Angebot für Krebspatienten vorgehalten	5	7.9	100
Gesamt	63	100	

Setting der psychoonkologischen Versorgung

79% der Einrichtungen der stationären Palliativversorgung mit einem psychoonkologischen Angebot gaben an, dass dieses durch feste Beschäftigte (Liaisondienst) gewährleistet wurde (Tabelle 302). Eine konsiliarische Versorgung wurde von 21% angegeben.

Tabelle 302: Setting der psychoonkologischen Angebote in der stationären Palliativversorgung

In welchem Setting hat Ihre stationäre Palliativversorgung im Jahr 2016 psychoonkologische Leistungen für Krebspatienten (und/oder ihre Angehörigen) angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Konsiliarische Versorgung ¹	12	21.4	21.4
Liaisonversorgung ²	44	78.6	100
Gesamt	56	100	

¹ auf ärztliche Anordnung wird bei Bedarf ein aufsuchendes Angebot durch einen Psychoonkologen veranlasst

² durch einen regelmäßigen anwesenden in Ihrer Einrichtung festangestellten Psychoonkologen

Setting der psychosozialen Versorgung

76% der Einrichtungen der stationären Palliativversorgung mit einem psychosozialen Angebot gaben an, dass dieses durch feste Beschäftigte (Liaisondienst) gewährleistet wurde (Tabelle 303). Eine konsiliarische Versorgung gaben 24% an.

Tabelle 303: Setting der psychosozialen Angebote in der stationären Palliativversorgung

In welchem Setting hat Ihre stationäre Palliativversorgung im Jahr 2016 psychosoziale Leistungen für Krebspatienten (und/oder ihre Angehörigen) angeboten?			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Konsiliarische Versorgung	11	24.4	24.4
Liaisonversorgung	34	75.6	100
Gesamt	45	100	

4.2.5.3 Versorgte Krebserkrankte und Angehörige

Der Tabelle 304 ist zu entnehmen, dass die Einrichtungen der stationären Palliativversorgung im Jahr 2016 im Mittel 300 Krebserkrankte medizinisch versorgt haben. Der Median beträgt 250 Krebserkrankte. 95% der Einrichtungen haben zwischen 245 und 355 Krebserkrankte medizinisch behandelt.

Tabelle 304: Anzahl medizinisch behandelter Krebserkrankte in der stationären Palliativversorgung (n= 58)

Wie viele Krebspatienten wurden im Jahr 2016 in Ihrer stationären Palliativversorgung insgesamt medizinisch behandelt?		Statistik	Std.-Fehler
Mittelwert		299.7	27.3
Standardabweichung		207.9	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	245.0	
	Obergrenze	354.8	
Median		250	
Schiefe		2.2	0.3
Kurtosis		5.0	0.6

Umfang der psychoonkologischen Versorgung

Dem gegenüber steht der Umfang der Versorgung des psychoonkologischen Konsildienstes bzw. des psychoonkologischen Liaisondienstes in der stationären Palliativversorgung.

83% der Einrichtungen, die ihre psychoonkologische Versorgung über einen Konsildienst abdeckten, berichteten, dass sie in einer durchschnittlichen Versorgungswoche die psychoonkologisch Tätigen im Umfang von bis zu 10 Wochenarbeitsstunden anforderten (Tabelle 305).

Tabelle 305: Umfang der Versorgung des psychoonkologischen Konsildienstes in der stationären Palliativversorgung

Bitte schätzen Sie: im Umfang von wie vielen Wochenstunden haben Sie in einer durchschnittlichen Versorgungswoche im Jahr 2016 ein aufsuchendes Angebot (Konsiliardienst) durch einen Psychoonkologen veranlasst?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nicht mehr als 1 Std./Woche	3	25.0	25.0
2 bis 3 Std./Woche	2	16.7	41.7
4 bis 5 Std./Woche	2	16.7	58.4
6 bis 10 Std./Woche	3	25.0	83.4
11 bis 15 Std./Woche	1	8.3	91.7
16 bis 20 Std./Woche	-	-	-
mehr als 20 Std./Woche	1	8.3	100
Gesamt	12	100	

Von den Einrichtungen, die die psychoonkologische Versorgung mit psychoonkologischen Liaisonbeschäftigten abdeckten, berichteten 36%, dass dieser im Umfang von bis zu 10 Wochenarbeitsstunden und 23%, dass dieser im Umfang von 11 bis 20 Wochenarbeitsstunden angestellt gewesen sei (Tabelle 306). Jeweils 21% gaben an, dass ihre psychoonkologische Versorgung im Liaisondienst im Umfang von 21 bis 30 Stunden bzw. im Umfang von mehr als 31 Stunden gewährleistet wurde.

Tabelle 306: Umfang der Versorgung des psychoonkologischen Liaisondienstes in der stationären Palliativversorgung

Im Umfang von wie vielen Wochenarbeitsstunden war der psychoonkologische Mitarbeiter im Jahr 2016 in Ihrer stationären Palliativversorgung angestellt?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
bis 10 Std./Woche	16	36.4	34.4
11 bis 20 Std./Woche	10	22.7	59.1
21 bis 30 Std./Woche	9	20.5	79.6
mehr als 31 Std./Woche	9	20.5	100
Gesamt	44	100	

Umfang der psychosozialen Versorgung

Der Umfang der Versorgung des psychosozialen Konsiliardienstes ist in Tabelle 307 dargestellt. 46% der Einrichtungen der stationären Palliativversorgung gaben an, dass psychosoziale Konsiliar-Beschäftigte im Umfang von bis zu 10 Stunden tätig waren, weitere 55% im Umfang von 11 bis 20 Stunden.

Tabelle 307: Umfang der Versorgung des psychosozialen Konsiliardienstes in der stationären Palliativversorgung

Bitte schätzen Sie: im Umfang von wie vielen Wochenstunden haben Sie in einer durchschnittlichen Versorgungswoche im Jahr 2016 ein aufsuchendes Angebot (Konsiliardienst) durch einen Sozialarbeiter veranlasst?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nicht mehr als 1 Std./Woche	1	9.1	9.1
2 bis 3 Std./Woche	-	-	
4 bis 5 Std./Woche	3	27.3	36.4
6 bis 10 Std./Woche	1	9.1	45.5
11 bis 15 Std./Woche	4	36.4	82.1
16 bis 20 Std./Woche	2	18.2	100
mehr als 20 Std./Woche	-	-	
Gesamt	11	100	

Der Umfang der psychosozialen Versorgung durch den psychosozialen Liaisondienst ist in Tabelle 308 dargestellt. 44% der Einrichtungen der stationären Palliativversorgung gaben an, dass psychosoziale Beschäftigte im Umfang von bis zu 10 Std. angestellt waren. Weitere 29% beschäftigten Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter im Umfang von 11 bis 20 Std.

Tabelle 308: Umfang der Versorgung des psychosozialen Liaisondienstes in der stationären Palliativversorgung

Im Umfang von wie vielen Wochenarbeitsstunden war der psychosoziale Mitarbeiter im Jahr 2016 in Ihrer stationären Palliativversorgung angestellt?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
bis 10 Std./Woche	15	44.1	44.1
11 bis 20 Std./Woche	10	29.4	73.5
21 bis 30 Std./Woche	6	17.6	91.2
mehr als 31 Std./Woche	3	8.8	100
Gesamt	34	100	

4.2.6 Psychosoziale Teams in der Pädiatrischen Onkologie – stationäre Akutversorgung

4.2.6.1 Identifizierte Einrichtungen und Rücklauf

Angeschrieben wurden die 60 Behandlungseinrichtungen, die innerhalb der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) in Deutschland kooperieren. Von diesen haben **18 Einrichtungen** an der Befragung teilgenommen, was einem Anteil von **30%** entspricht.

4.2.6.2 Art und Spektrum der psychoonkologischen Leistungen

Psychoonkologische und psychosoziale Angebote in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Aus der Tabelle 309 geht hervor, dass 89% der psychosozialen Dienste bzw. Teams in der Pädiatrischen Onkologie sowohl in der Akutversorgung als auch in der Nachsorge von krebskranken Kindern und ihren Familien psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen erbracht haben. Jeweils eine Einrichtung hat ausschließlich in der Akutversorgung bzw. ausschließlich in der Nachsorge psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen erbracht.

Tabelle 309: Setting der erbrachten psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen in der Pädiatrischen Onkologie

In welchem Bereich hat Ihr psychosozialer Dienst/Ihr psychosoziales Team in der Pädiatrischen Onkologie psychoonkologische bzw. psychosoziale Leistungen im Jahr 2016 erbracht?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
In der Akutversorgung von krebskranken Kindern und Ihren Familien	1	5.6	5.6
Nur in der Nachsorge von krebskranken Kindern und ihren Familien	1	5.6	11.2
Sowohl in der Akutversorgung als auch in der Nachsorge von krebskranken Kindern und ihren Familien	16	88.8	100
Gesamt	18	100	

Spektrum psychoonkologischer und psychosozialer Angebote in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Die Tabelle 310 stellt das Leistungsspektrum der Basisversorgung in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie dar. Das Leistungsspektrum in der Intensivierten Versorgung in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie ist der Tabelle 311 zu entnehmen.

Angebote, die von psychosozialen Diensten und Teams in der Pädiatrischen Onkologie als Basisversorgung angeboten wurden sind psychoedukative Maßnahmen (100%), psychosoziale Anamnesen und Beratungen (jeweils 94%), Supportive Therapien bzw. Kriseninterventionen (94%), Kunst- und Musiktherapien (94%) sowie Information und Orientierungshilfen (94%).

Tabelle 310: Psychoonkologisches/Psychosoziales Leistungsspektrum (Basisversorgung) in der Akutversorgung durch psychosoziale Dienste und Teams in der Pädiatrischen Onkologie

Welche der folgenden Leistungen hat Ihr psychosozialer Dienst/Ihr psychosoziales Team in der Akutversorgung im Jahr 2016 für krebskranke Kinder und ihre Familien in der Basisversorgung erbracht?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Psychoedukative Maßnahmen	17	100
Psychosoziale Anamnese	16	94.1
Psychosoziale Beratung	16	94.1
Supportive Therapie/Krisenintervention	16	94.1
Kunst- und Musiktherapie	16	94.1
Information und Orientierungshilfe	16	94.1
Spiel- und Gestaltungspädagogik	15	88.2
Soziale und sozialrechtliche Beratung und Unterstützung	14	82.4
Kognitives Training	14	82.4
Vermittlung rehabilitativer Maßnahmen/Nachsorgeorganisation	14	82.4
Neuropsychologische Diagnostik	11	64.7
Krankheitsspezifische Verlaufsdiagnostik	8	47.1
Gesamt	17	

¹ Mehrfachantworten möglich

In der Integrierten Versorgung wurden durch die psychosozialen Dienste bzw. Teams in der Pädiatrischen Onkologie insbesondere Familien-, Paar- und Erziehungsberatungen (88%), Kunst- und Musiktherapien (88%) sowie Palliativbegleitungen (82%) angeboten (Tabelle 311).

Tabelle 311: Psychoonkologisches/psychosoziales Leistungsspektrum (Intensivierte Versorgung) in der Akutversorgung durch psychosoziale Dienste und Teams in der Pädiatrischen Onkologie

Welche der folgenden Leistungen hat Ihr psychosozialer Dienst/Ihr psychosoziales Team in der Akutversorgung im Jahr 2016 für krebskranke Kinder und ihre Familien in der <u>Intensivierten Versorgung</u> erbracht?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozen-te
Familien-, Paar- und Erziehungsberatung	15	88.2
Kunst- und Musiktherapie	15	88.2
Palliativbegleitung	14	82.4
Entspannungsverfahren	10	58.8
Psychotherapie	7	41.2
Gesamt	17	

¹ Mehrfachantworten möglich

Form der Angebote in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Aus der Tabelle 312 geht hervor, dass die Angebote der Psychosozialen Dienste bzw. Teams in der Pädiatrischen Onkologie persönlich (d.h. face-to-face) (100%) sowie telefonisch (71%) angeboten wurden.

Tabelle 312: Form der psychoonkologischen Angebote in der Akutversorgung durch psychosoziale Dienste und Teams in der Pädiatrischen Onkologie

In welcher Form werden die psychoonkologischen/psychosozialen Leistungen in der Regel (d.h. als Basisangebot) angeboten? ¹		
	Häufigkeit ²	Gültige Prozen-te
Persönlich, face-to-face	17	100
Telefonisch	12	70.6
E-Mail	10	58.8
Videotelefonie (z.B. Skype)	-	-
Chat	-	-
Foren	-	-
E-Health-Angebote	-	-
Gesamt		

¹ Dies schließt Terminvereinbarungen nicht mit ein

² Mehrfachantworten möglich

Hausbesuche in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

65% der psychosozialen Dienste bzw. Teams in der Pädiatrischen Onkologie gaben an, dass sie im Rahmen der Akutversorgung Hausbesuche, Schulbesuche oder andere Begleitungen zu anderen Diagnose-, Therapie- oder Beratungseinrichtungen mit psychoonkologischem Schwerpunkt angeboten haben. Der durchschnittliche Umkreis, in welchem die Hausbesuche, Schulbesuche oder andere Begleitungen stattgefunden haben, beträgt 82 km (M= 81.5; SD= 57.4; Median= 60 km; Range 15 bis 200 km).

Hausbesuche, Schulbesuche oder andere Begleitungen haben bei durchschnittlich 16% der Patientinnen und Patienten bzw. Familien stattgefunden (M= 16.3%; SD= 19.3%, Median= 10%, Range 1 bis 70%).

Behandlung von Risikogruppen in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

88% der psychosozialen Dienste bzw. Teams in der Pädiatrischen Onkologie gaben an, dass sie im Rahmen der Akutversorgung Risikogruppen behandelt haben. Der durchschnittliche Anteil von Patientinnen und Patienten aus Risikogruppen an den insgesamt versorgten krebskranken Kindern und ihren Familien betrug dabei 57% (M= 56.5%; SD= 21.4%; Median= 60%, Range 25 bis 100%).

Welche Risikogruppen von den psychosozialen Diensten und Teams in der Pädiatrischen Onkologie in der Akutversorgung behandelt wurden, ist der Tabelle 313 zu entnehmen.

Tabelle 313: Behandlung von Risikogruppen durch psychosoziale Dienste und Teams in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Um welche Risikogruppen handelt es sich dabei?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozenze
Rezidivpatienten	15	88.2
Patienten mit schlechter oder unklarer Prognose	15	88.2
Palliativpatienten	15	88.2
Alleinerziehender Elternteil	15	88.2
Flüchtlingsfamilien bzw. Familien im Asylverfahren	15	88.2
Hirntumorpatienten	14	82.4
Patienten/Familien mit individuellem Heilungsversuch (Phase I/II Studien)	14	82.4
Familien mit Migrationshintergrund	14	82.4
Patienten, die eine eingreifende Operation benötigen (z.B. Amputation)	13	76.5
Patienten in kritischen Übergangssituationen (z.B. Vorbereitung einer Transplantation)	13	76.5
Familien mit einem hohen Ausmaß krankheitsunabhängiger psychosozialer Belastungen	13	76.5
Patienten, die eine Stammzelltransplantation erhalten haben	12	70.6
Patienten mit psychischen Auffälligkeiten o. zusätzlichen Erkrankungen	12	70.6
Familien, bei denen ein Angehöriger psychisch oder körperlich erkrankt ist	10	70.6
Nicht in Deutschland wohnhafte Familien (Medizintouristen)	10	58.8
Gesamt	17	

Angebote für Geschwisterkinder in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

69% der psychoonkologischen Dienste bzw. Teams in der Pädiatrischen Onkologie gaben an, dass es ein separates Angebot für Geschwisterkinder gegeben hat (Tabelle 314).

Tabelle 314: Angebote für Geschwister in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Gab es im Jahr 2016 ein separates (d.h. spezifisches Angebot, wie z.B. Geschwisterbetreuung, Geschwistertertage, Geschwisterfreizeiten usw.) psychoonkologisches/psychosoziales Angebot für Geschwisterkinder in Ihrem psychosozialen Dienst/Team?			
	Häufigkeit	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Ja, es gab ein separates Angebot für Geschwisterkinder	11	68.8	68.8
Kein separates Angebot für Geschwisterkinder	5	31.2	100
Gesamt	16	100	

Von den psychosozialen Diensten bzw. Teams, die angegeben haben ein Angebot für Geschwisterkinder angeboten zu haben, geben 64% an, dass dieses Angebot ausreichend gewesen sei um den

Bedarf bzw. die Nachfrage abzudecken und 36% berichteten, dass das Angebot unzureichend gewesen sei, um den Bedarf bzw. die Nachfrage abzudecken.

Fremdsprachenangebote in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Die Angaben zur Frage nach Angeboten in einer Fremdsprache in der Akutversorgung durch die psychosozialen Dienste bzw. Teams in der Pädiatrischen Onkologie finden sich in Tabelle 315. Fremdsprachliche Leistungen bejahten insgesamt 77% der psychosozialen Dienste bzw. Teams.

Tabelle 315: Fremdsprachenangebote in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Hat Ihr psychosozialer Dienst bzw. Ihr Psychosoziales Team in der Akutversorgung im Jahr 2016 psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in einer Fremdsprache angeboten?		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Fremdsprachenangebot, dolmetschergestützt	13	76.5
Fremdsprachenangebot, ohne Dolmetscher	6	35.3
Kein Fremdsprachenangebot	4	23.5
Gesamt	17	

¹ Mehrfachantworten möglich

4.2.6.3 Versorgte krebskranke Kinder und ihre Familien

Anzahl psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgter krebskranker Kinder und ihrer Familien in der Akutversorgung

Die psychosozialen Dienste bzw. Psychosozialen Teams in der Pädiatrischen Onkologie gaben an, dass im Jahr 2016 im Durchschnitt 60 krebskranke Kinder bzw. ihre Familien neu aufgenommen worden seien (Tabelle 316). Im gleichen Jahr seien (über die Neuaufnahmen hinaus) durchschnittlich 75 krebskranke Kinder bzw. ihre Familien psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt worden (Tabelle 317). Der Median der psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgten Kinder und Familien lag bei 76.

Tabelle 316: Anzahl an Neuaufnahmen in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie (n= 14)

Wie viele Neuaufnahmen (krebskranke Kinder und ihre Familien) gab es in Ihrem psychosozialen Dienst/psychosozialen Team in der Akutversorgung im Jahr 2016 insgesamt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			59.5
Standardabweichung			43.9	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		34.2	
	Obergrenze		84.9	
Median			60	
Schiefe			1.0	0.6
Kurtosis			1.5	1.2

Tabelle 317: Anzahl der psychoonkologisch/psychosozial versorgten krebskranken Kindern und ihrer Familien in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie (n= 14)

Wie viele krebskranke Kinder und ihre Familien wurden im Jahr 2016 in der Akutversorgung insgesamt durch Ihren psychosozialen Dienst/Ihr psychosoziales Team psychoonkologisch/psychosozial versorgt?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			75.4
Standardabweichung			38.3	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		53.3	
	Obergrenze		97.5	
Median			76	
Schiefe			0.6	0.6
Kurtosis			0.3	1.2

Zusätzlich sind im Jahr 2016 im Durchschnitt 15 Geschwisterkinder von den psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Pädiatrischen Onkologie betreut worden (Tabelle 318).

Tabelle 318: Anzahl der psychoonkologisch/psychosozial versorgten Geschwisterkinder von krebskranken Kindern in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie (n= 11)

Wie viele Geschwisterkinder wurden im Jahr 2016 von Ihrem psychosozialen Dienst/Ihrem psychosozialen Team separat psychoonkologisch/psychosozial betreut?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			15.1
Standardabweichung			10.0	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		8.4	
	Obergrenze		21.8	
Median			10	
Schiefe			1.7	0.7
Kurtosis			3.3	1.3

4.2.6.4 An der psychoonkologischen Versorgung beteiligte Beschäftigte

Der Tabelle 319 ist zu entnehmen, dass in den Psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Pädiatrischen Onkologie im Durchschnitt 7,2 Beschäftigte an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Akutversorgung von krebskranken Kindern und ihren Familien beteiligt gewesen sind.

Tabelle 319: Anzahl psychoonkologischer/psychosozialer Beschäftigte in der Akutversorgung durch psychosoziale Dienste und Teams in der Pädiatrischen Onkologie (n= 17)

Wie viele Mitarbeiter und Honorarkräfte haben insgesamt im Verlauf des Jahres 2016 zeitweise oder fortlaufend psychoonkologische/psychosoziale Leistungen für Ihren psychosozialen Dienst bzw. Ihr psychosoziales Team in der Akutversorgung erbracht?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			7.2
Standardabweichung			4.2	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		5.0	
	Obergrenze		9.3	
Median			5	
Schiefe			2.0	0.6
Kurtosis			4.6	1.1

Dies entspricht im Durchschnitt 3,6 Vollzeitstellen, die den psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie zur Verfügung gestanden haben (Tabelle 320). Der Median betrug 3,35 Vollzeitstellen. 95% der psychosozialen Dienste bzw. Teams gaben an, dass ihnen in der Akutversorgung zwischen 2,3 und 4,9 Vollzeitstellen zur Verfügung stehen.

Tabelle 320: Anzahl psychoonkologischer/psychosozialer Vollzeitstellen in der Akutversorgung durch psychosoziale Dienste und Teams in der Pädiatrischen Onkologie (n= 16)

Wie vielen Vollzeitstellen entspricht dies?			Statistik	Std.-Fehler
	Mittelwert			3.6
Standardabweichung			2.5	
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze		2.3	
	Obergrenze		4.9	
Median			3.35	
Schiefe			1.6	.6
Kurtosis			4.1	1.1

4.2.6.5 Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung

Welchen Anteil die jeweiligen Finanzquellen am Budget für die Personalmittel in der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung in der Akutversorgung in der pädiatrischen Onkologie hatten, ist in Abbildung 27 dargestellt. Die Abbildung 28 stellt den Anteil der jeweiligen Finanzquellen

am Budget für die Sachmittel in der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung in der pädiatrischen Onkologie dar.

Die Personalmittel wurden mit durchschnittlich 49% mehrheitlich durch Spendengelder (z.B. Fördervereine) sowie mit durchschnittlich 38% durch Mittel der Kliniken finanziert (Abbildung 27). Die Sachmittel wurden hingegen im Durchschnitt zu 76% durch Spendengelder (z.B. Fördervereine) finanziert (Abbildung 28).

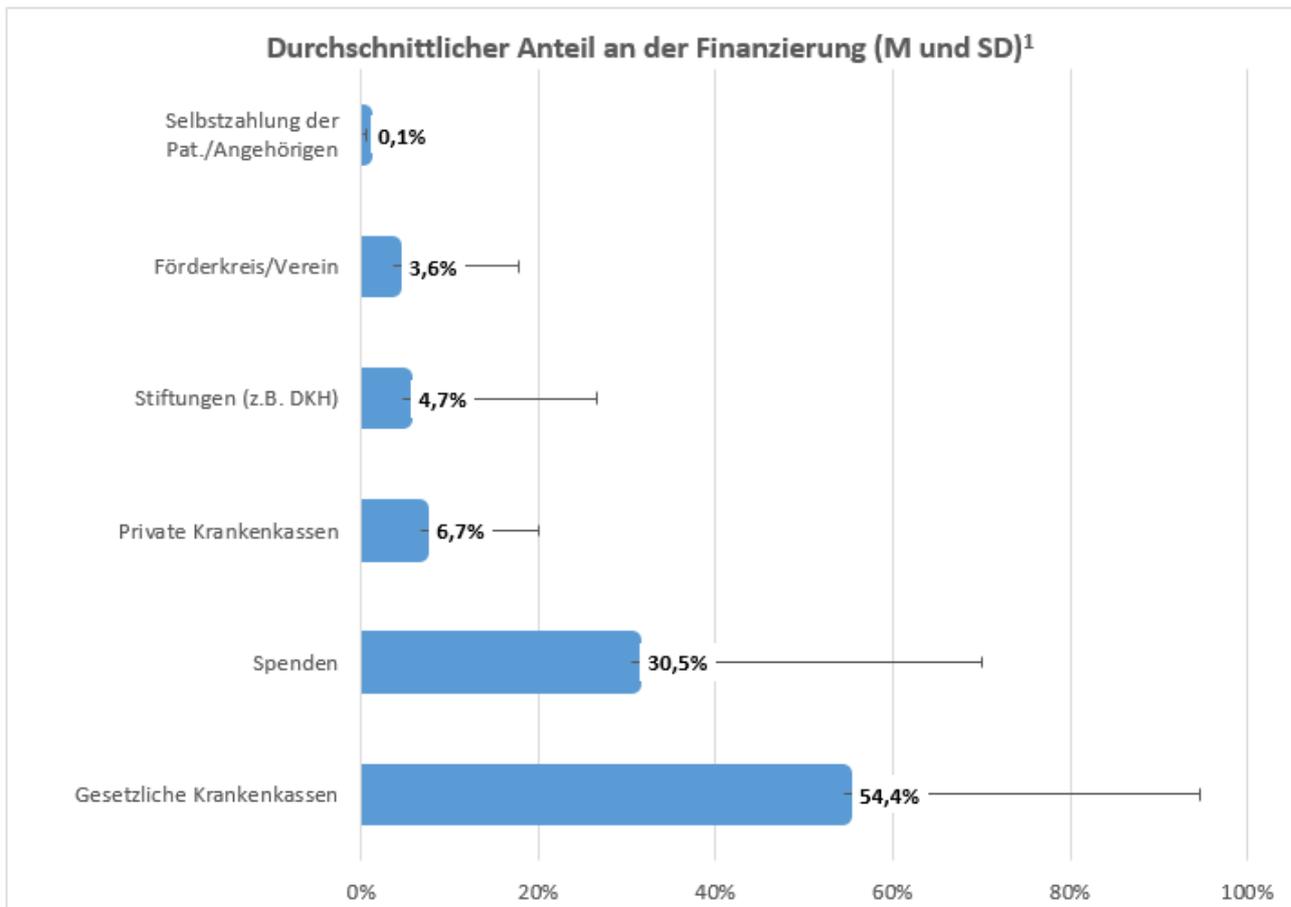


Abbildung 27: Anteil der Finanzquellen am Gesamtbudget für die Personalmittel in der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung durch Psychosoziale Dienste bzw. Teams in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie
¹ Durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung: Bezieht sich auf die jeweilige Finanzierungsquelle (d.h. Mittelwert des Finanzierungsanteils einer Finanzquelle über alle Einrichtungen hinweg), daher Abweichungen von 100% möglich.

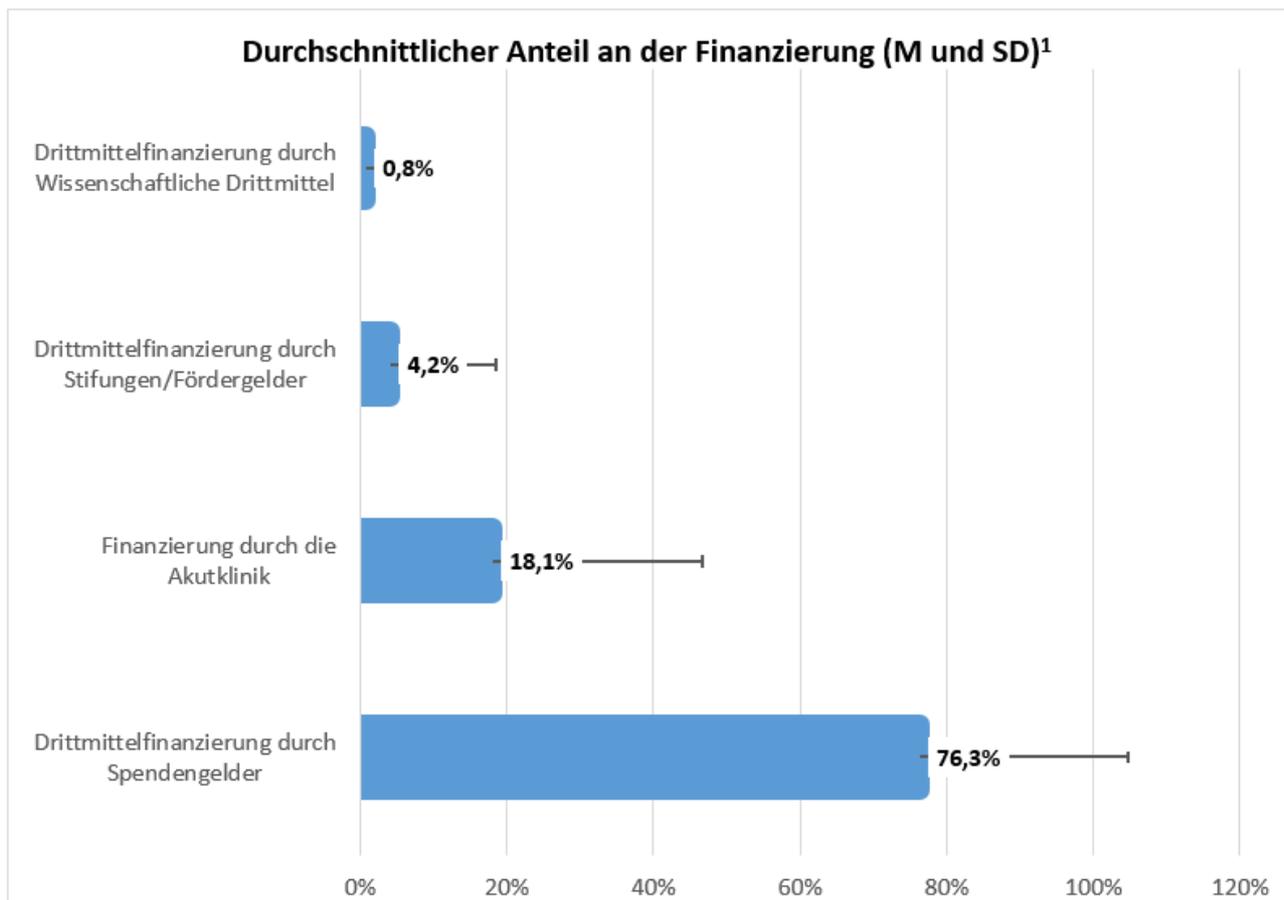


Abbildung 28: Anteil der Finanzquellen am Gesamtbudget für die Sachmittel in der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung durch Psychosoziale Dienste bzw. Teams in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie
¹ Durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung: Bezieht sich auf die jeweilige Finanzierungsquelle (d.h. Mittelwert des Finanzierungsanteils einer Finanzquelle über alle Einrichtungen hinweg), daher Abweichungen von 100% möglich.

4.2.6.6 Merkmale der Struktur- und Prozessqualität sowie Aspekte der Qualitätssicherung

Wartezeiten in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Bezogen auf die Wartezeiten bis zur ersten Kontaktaufnahme durch die psychosozialen Dienste bzw. Teams gaben 39% an, dass sie den Versorgungsbeginn noch am Tag der Aufnahme anbieten konnten (Tabelle 321). Unter den psychosozialen Diensten, die eine erste Kontaktaufnahme nicht am Tag der Aufnahme gewährleisten konnten, betrug die Wartezeit im Jahr 2016 im Durchschnitt 3,9 Tage (SD= 4.3 Tage; Median= 3 Tage, Range 1 bis 14 Tage).

Tabelle 321: Wartezeit für erste Kontaktaufnahme durch psychosoziale Dienste und Teams in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Wie lange mussten krebskranke Kinder und ihre Familien im Jahr 2016 nach dem ersten Eintreffen in der Klinik durchschnittlich auf die erste Kontaktaufnahme durch Ihren psychosozialen Dienst bzw. Ihr psychosoziales Team in der Akutversorgung warten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Versorgungsbeginn noch am selben Tag	5	38.5	38.5
Versorgungsbeginn nicht am selben Tag	8	61.5	100
Gesamt	13	100	

Im Krisenfall reduzierte sich jedoch die Wartezeit bis zur ersten Kontaktaufnahme durch die psychosozialen Dienste bzw. Teams: Von allen psychosozialen Diensten bzw. Teams gaben 92% an, dass sie im Krisenfall einen Versorgungsbeginn noch am selben Tag der Aufnahme gewährleisten konnten.

Supervision in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

62% der psychosozialen Dienste bzw. Teams in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie gaben an, dass ein Supervisionsangebot zur Verfügung gestanden habe (Tabelle 322).

Tabelle 322: Supervision in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Hat Ihr psychosozialer Dienst bzw. Ihr psychosoziales Team in der Akutversorgung ein Supervisionsangebot für die Mitarbeiter bzw. Honorarkräfte im Jahr 2016 angeboten?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Supervision	8	61.5	61.5
Keine Supervision	5	38.5	100
Gesamt	13	100	

Einsatz von diagnostischen Verfahren in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Der Tabelle 323 kann der Einsatz von diagnostischen Verfahren in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie entnommen werden. 94% der psychosozialen Dienste bzw. Teams in der Akutversorgung gaben an, dass im Jahr 2016 irgendein diagnostisches Verfahren zum Einsatz gekommen sei.

Tabelle 323: Einsatz diagnostischer Verfahren in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Kamen im Jahr 2016 innerhalb Ihres psychosozialen Dienstes/Teams in der Akutversorgung regelhaft bzw. bei Bedarf für alle krebserkrankten Kinder und ggf. ihren Familien die folgenden diagnostischen Verfahren zum Einsatz?

	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Psychosoziale Anamnese	12	75.0
Neuropsychologische Diagnostik	7	43.8
Vertiefende Diagnostik, ggf. Hinzuziehung von fachpsychologischer/fachpsychiatrischer Kompetenz	7	43.8
Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität	5	31.3
Ressourcen- und Belastungsprofil	4	25.0
Familiengenogramm	4	25.0
Ergänzende Diagnostik bei Verdacht auf soziale Konfliktlage – Interviews.	3	18.8
Keine der genannten Verfahren	1	5.9
Gesamt	17	

¹ Mehrfachantworten möglich

Standard Operating Procedures (SOPs) in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Es gaben 100% der psychosozialen Dienste und Teams in der pädiatrischen Onkologie an, dass schriftlich ausgearbeiteten Standards vorgelegen haben (Tabelle 324). Bei 77% der psychosozialen Dienste bzw. Teams in der Akutversorgung handelte es sich dabei um eine S3-Leitliniengerechte Versorgung. Weitere 35% gaben an, dass ein verbindliches Versorgungskonzept für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Tätigkeit vorgelegen habe.

Tabelle 324: Vorliegen schriftlich ausgearbeiteter Standards in der Akutversorgung in der pädiatrischen Onkologie

Lagen in 2016 schriftlich ausgearbeitete Standards (z.B. SOPs¹), Leitfäden oder Versorgungskonzepte für das psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgungsangebot Ihres psychosozialen Dienstes bzw. Teams in der Akutversorgung vor, die den Mitarbeitern und Honorarkräften zur Verfügung standen?

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Es lagen keine SOPs vor	-	-	-
Es lagen SOPs vor	17	100	100
Gesamt	17	100	

¹ SOP= „Standard Operating Procedure“, d.h. bindende Abläufe

Kooperationen in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Die Tabelle 325 gibt Aufschluss über die im Jahr 2016 bestandenen Kooperationen zwischen den psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Akutversorgung der Pädiatrischen Onkologie. Die meisten psychosozialen Dienste bzw. Teams haben mit familienorientierten Rehabilitationseinrichtungen (77%), Elterninitiativen und –vereinen (71%) sowie Jugendrehabilitationseinrichtungen und SAPPV-Teams (jeweils 65%) kooperiert.

Tabelle 325: Kooperationseinrichtungen von Psychosozialen Diensten bzw. Teams in der Akutversorgung in der Pädiatrischen Onkologie

Mit welchen der folgenden Kooperationspartnern vernetzte sich Ihr Psychosozialer Dienst bzw. Ihr Psychosoziales Team in der Akutversorgung im Jahr 2016		
	Häufigkeit ¹	Gültige Prozente
Nein , es bestanden keine Kooperationen mit den genannten Einrichtungen/Netzwerken	-	-
Familienorientierte Rehabilitationseinrichtungen	13	76.5
Elterninitiativen/-vereine	12	70.6
Jugendrehabilitationseinrichtungen	11	64.7
SAPPV-Teams	11	64.7
Regionalgruppen	10	58.8
Waldpiratencamp	10	58.8
Psychosoziale Dienste/Teams in anderen Pädiatrischen Kliniken	9	52.9
Niedergelassene Psychotherapeuten, ggf. mit einer psychoonkologischen Weiterbildung	9	52.9
Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	9	52.9
Frühfördereinrichtungen	7	41.2
Neuropsychologische Frührehabilitationseinrichtungen	6	35.3
Nachsorgestellen (z.B. KONA)	5	29.4
Gesamt	17	

¹ Mehrfachantworten möglich

4.2.7 Rehabilitation

4.2.7.1 Datengrundlage

Für die Auswertung der rehabilitativen Angebote wurde – wie im Kapitel 3 „Design und methodische Vorgehensweise“ beschrieben – **keine Primärerhebung** durchgeführt. Stattdessen wurde ein eigens für dieses wissenschaftliche Gutachten von der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung gestellter Datensatz verwendet, welcher Angaben zu den Patientinnen und Patienten sowie zu Art und

Umfang der von ihnen erhaltenen Leistungen und die Qualifikation der Leistungserbringenden enthält. Um diese Daten mit denen zur Inzidenz von Krebserkrankungen des Robert Koch-Instituts vergleichen zu können, wurden **nur Patientinnen und Patienten** ausgewertet, die eine **Erstdiagnose** aus dem Abschnitt „Bösartige Neubildungen“ (C00-C97) des Kapitels II der ICD-10 aufweisen. Es wurde nicht zwischen ambulanten und stationären rehabilitativen Leistungen unterschieden, da der Anteil ambulanter Angebote 2016 mit weniger als 2% sehr gering war (Deutsche Rentenversicherung, 2018) und bei den ganztägigen ambulanten Maßnahmen ein vergleichbares Leistungsspektrum vorgehalten wird. Um zu bestimmen, wie hoch der Anteil der Patientinnen und Patienten ist, die im Verlaufe der Rehabilitation auch primär psychoonkologische Leistungen erhalten haben, wurden in Anlehnung an die Reha-Therapiestandards (RTS) Brustkrebs (Deutsche Rentenversicherung, 2016) die Ziffern des Evidenzbasierten Therapiemoduls ETM 07 „Psychologische Interventionen und Künstlerische Therapien“ für die Berechnungen verwendet. In der vorherigen Version der RTS Brustkrebs bildeten die beiden Komponenten „Psychologische Interventionen“ und „Künstlerische Therapien“ noch jeweils ein eigenes ETM, die Zusammenlegung wird mit dem psychotherapeutischen Zugang der künstlerischen Therapien bei der Unterstützung der Krankheitsverarbeitung begründet. Ergänzend wurde für das vorliegende wissenschaftliche Gutachten eine getrennte Auswertung für die psychologischen Interventionen vorgenommen.

Weiterhin wurden zur Abschätzung der Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration die Ziffern des ETM 09 ausgewertet. Diese umfassen u.a. Beratung zu sozialen, beruflichen und sozialrechtlichen Themen und Möglichkeiten der Unterstützung bei sozialen oder beruflichen Problemlagen.

4.2.7.2 Stichprobe

Der Datensatz enthält KTL-Ziffern von **128.463 Rehabilitanden aus 123 Einrichtungen**. In der Auswertung zur Reha-Qualitätssicherung werden Rehabilitanden ausgeschlossen, deren Behandlungsdauer unter 18 und über 42 Tagen liegt (dies waren 2016 3.362 Rehabilitanden). Zur Beantwortung der Fragestellungen des Gutachtens haben wir jedoch alle Rehabilitanden einbezogen, da auch innerhalb von 17 Tagen bereits substanziell psychoonkologische Interventionen oder psychosoziale bzw. sozialrechtliche Beratungen erfolgen können. Der Anteil der **Frauen** beträgt **56,5%** und der Anteil der Männer 43,5%. Die Verteilung der Erstdiagnose nach ICD-10 ist Tabelle 326 zu entnehmen.

Die Belegung der onkologischen Rehabilitation erfolgt überregional bundesweit, so dass eine regionale Bestimmung der Anteile, wie sie bei den anderen Einrichtungen vorgenommen werden kann, nicht sinnvoll ist. Die Verteilung nach dem Wohnort der Rehabilitanden über die einzelnen Bundesländer entspricht mit geringen Abweichungen dem Bevölkerungsanteil des jeweiligen Bundeslandes und reicht von minus 3,7% in Bayern bis zu plus 2,8% in Sachsen (Daten hier nicht dargestellt).

Tabelle 326: Diagnoseverteilung der in der Stichprobe der Rehabilitanden aus der onkologischen Rehabilitation

Diagnosegruppe	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
C00-C14 Lippe, Mundhöhle, Pharynx	3.970	3,1%	3,1
C15-C26 Verdauungsorgane	21.847	17,0	20,1
C30-C39 Atmungsorgane	9.029	7,0	27,1
C40-C41 Knochen	299	0,2	27,4
C43-C44 Melanom, Haut	2.008	1,6	28,9
C45-C49 Mesenchelium	1.014	0,8	29,7
C50-C50 Mamma	36.926	28,7	58,5
C51-C58 weibliche Genitalorgane	8.137	6,3	64,8
C60, C62-C63 männliche Genitalorgane	957	0,7	65,5
C61 Prostata	19.444	15,1	80,7
C64-C68 Harnorgane	11.567	9,0	89,7
C69-C72 Auge, Gehirn, ZNS	1.614	1,3	90,9
C73-C75 Schilddrüse, endokrine Drüsen	1.395	1,1	92,0
C76-C80 ungenau bezeichnet	2.466	1,9	93,9
C81-C96 Lymphom, Leukämie	7.790	6,1	100,0
Gesamt	128.463	100,0	

4.2.7.3 Ergebnisse

Der Anteil der Rehabilitanden, die sowohl mindestens eine Leistung im Einzelkontakt, als auch in der Gruppe in den ausgewählten Ziffern des ETM07 erhalten haben, beträgt insgesamt **21,5%**. Weitere **45,7% der Rehabilitanden** haben mindestens eine Einzelleistung oder ein Gruppenangebot erhalten. Kein Angebot aus diesem Bereich, d.h. psychologische Interventionen und künstlerische Therapien, haben 32,9% erhalten. Die durchschnittliche Dauer über den Gesamtverlauf der Rehabilitation beträgt **257 Minuten**, der **Median** liegt bei **180 Minuten**.

Werden nur psychologische Leistungen, aber nicht die künstlerischen Therapien berücksichtigt, ergeben sich folgende Anteile für die Einzelangebote: **15,7% der Rehabilitanden** nehmen ein Angebot

in Anspruch, welches durchschnittlich **47 Minuten** dauert, 9,4% zwei Angebote und 7,4% drei und mehr Angebote, so dass insgesamt **32,4% der Rehabilitanden** ein Einzelangebot in Anspruch nehmen. **Mindestens eines der beiden psychologischen Gruppenangebote**, d.h. psychologische Gruppenarbeit störungsspezifisch oder problemorientiert, erhalten **46,6% der Rehabilitanden**, dies mit einer durchschnittlichen Dauer von **175 Minuten**. Nicht ganz die Hälfte der Rehabilitanden (43,2%), die keine psychologische Leistung im Einzelkontakt erhält, bekommt aber ein psychologisches Gruppenangebot.

In der Entwicklung der Reha-Therapiestandards wurde in einem aufwändigen Konsensprozess von Experten erarbeitet, mit welcher Mindestdauer pro Woche bzw. in der gesamten Rehabilitation die Leistungen durchgeführt werden sollten, damit eine qualitativ hochwertige Versorgung gesichert ist (Universitätsklinikum Freiburg - Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS), 2016). Im RTS Brustkrebs wurde für das ETM 07 eine Mindestdauer von 90 Minuten pro Woche zugrunde gelegt. Wird dieser Wert für die Auswertung verwendet, erhielten 2016 **22,4% der Rehabilitanden** ein Leistung des ETM 07 „Psychologische Interventionen und Künstlerische Therapien“ mit dem erforderlichen Mindestumfang, weitere **14,4% der Rehabilitanden** erhalten ein Angebot von mindestens 60 Minuten pro Woche.

Für das **ETM 09 „Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration“** lässt sich zeigen, dass 2016 für **93,4% der Rehabilitanden** mindestens eine Einzel- oder Gruppenleistung kodiert wurde. Die durchschnittliche Dauer dieser Leistungen im Verlauf der Rehabilitation betrug dabei 141 Minuten (SD = 97 Minuten, Median = 120 Minuten). Nur geringfügig geringer (91,4%) ist der Anteil der Rehabilitanden, für die mindestens eine Einzelleistung aus dem ETM09 kodiert wurde. In den RTS Brustkrebs wurde als Mindestdauer für Leistungen des ETM 09 **60 Minuten pro Rehabilitation** festgelegt. Dieses Kriterium ist für **79,7% der Rehabilitanden** erfüllt.

5 Zu den Fragestellungen des Gutachtens

Die Fragestellungen des Gutachtens lassen sich im Arbeitspaket 1 in sechs Bereiche und im Arbeitspaket 2 in drei Bereiche wie folgt gruppieren:

Arbeitspaket 1: Bundesweite Bestandsaufnahme des Versorgungsangebotes

1. Angebote

- 1) Welche **Angebotsarten und -formen** der Diagnose und Behandlung bestehen und widmen sich die unterschiedlichen Einrichtungen weiteren **speziellen Zielgruppen**, wie z.B. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund?
- 2) In welchem Ausmaß erfolgt die Bereitstellung von psychoonkologischen Angeboten auch für **Patientinnen und Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen**?

2. Personal

- 1) Welche **personellen Kapazitäten** stehen den jeweiligen Leistungserbringenden zur Verfügung (u.a. Anzahl der Beschäftigten, Wochenarbeitsstunden oder auch Zeit, welche pro Patientin und Patient aufgewendet wird)?
- 2) Welchen **Ausbildungsgrad und berufliche (Zusatz-)Qualifikation** weisen die in den einzelnen Einrichtungen tätigen Beschäftigten auf?

3. Kosten und Finanzierung

- 1) Wie hoch sind die **Gesamtkosten** von psychoonkologischen/psychosozialen Angeboten und welche **Kostenstrukturen** bestehen?
- 2) Wie bzw. durch welche **Kostenträger** werden die einzelnen Angebotsformen bzw. Leistungskomponenten finanziert?

4. Aspekte der Qualität

- 1) Inwieweit sind Merkmale der Struktur- und Prozessqualität wie **Dokumentation**, **Räumlichkeiten** für ungestörte Gespräche, **Barrierefreiheit** und **Erreichbarkeit** von den Leistungserbringenden erfüllt?
- 2) Liegen **Standard Operating Procedures** vor, werden standardisierte **Selbstbeurteilungsinstrumente** eingesetzt und erfolgt eine **Supervision** der Beschäftigten?
- 3) Liegen Informationen zu und **Kooperationsvereinbarungen** mit anderen psychoonkologischen/psychosozialen Einrichtungen vor?

5. **Kriterienkatalog:** Wo lassen sich die einzelnen Einrichtungen im Hinblick auf die vorliegenden Kriterien für eine adäquate psychoonkologische Versorgung einordnen?

6. Umfang der Versorgung

- 1) Wie hoch ist der **Versorgungsgrad in den einzelnen Einrichtungen**, d.h. insbesondere Anzahl versorgter Patientinnen und Patienten, abgewiesene Anfragen von Krebserkrankten oder auch Wartezeiten auf einen Termin?
- 2) Welche **Unterschiede** in der Verteilung der psychoonkologischen/psychosozialen Einrichtungen bestehen auf Ebene der einzelnen Bundesländer bzw. Regionen?

Arbeitspaket 2: Analyse der Versorgungssituation und Schlussfolgerungen

1. Wie hoch ist der **Versorgungsbedarf** insgesamt und auf regionaler Ebene?
2. Wie hoch ist der **Deckungsgrad** für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung in Deutschland unter Einbezug der ermittelten Bedarfe und Kapazitäten insgesamt und auf regionaler Ebene?
3. Welche **Schlussfolgerungen** und **Empfehlungen** lassen sich für eine zukünftige, bedarfsgerechte Gestaltung des psychoonkologischen Versorgungsangebots in Deutschland ableiten?

5.1 Arbeitspaket 1: Bundesweite Bestandsaufnahme des Versorgungsangebotes

In den folgenden Abschnitten soll auf die zentralen Fragestellungen des Arbeitspakets 1 des Gutachtens Bezug genommen werden.

Die Grundlage für die Auswertung bilden vergleichende Tabellen auf der Basis der im Kapitel „Deskriptive Ergebnisse“ dargestellten Auswertungen. In den Tabellen sind – sofern nicht anders angegeben – alle Angaben in % aufgeführt. Nicht alle Fragen wurden allen Anbietenden bzw. Einrichtungen gestellt. Nicht gestellte Fragen und Ergebnisse, welche auf nicht ausreichend verwertbaren Angaben beruhen, sind in den Tabellen durch Auslassungen kenntlich gemacht. Wie im Abschnitt 3.1.6 (Auswertung und statistische Kennwerte) beschrieben, wurden in Anlehnung an Analysen zu Response-Raten bei Befragungen von Organisationen (vgl. u.a. Baruch & Holtom, 2008; Fulton, 2016) in den vergleichenden Tabellen in der Regel nur Ergebnisse von Angebots- bzw. Einrichtungen aufgenommen, deren **Rücklauf nicht deutlich unter 20%** lag (ebenfalls durch Auslassungen kenntlich gemacht). Die Ergebnisse zu den **Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)** wurden trotz eines nicht ausreichenden Rücklaufs in die Tabellen mitaufgenommen, da wir auf der Basis einer telefonischen Anfrage bei Zufallsstichproben der Non-Responder, welche lediglich in einer Auskunft bestanden, ob ein psychoonkologisches Angebot vorgehalten wurde (Prüfung des Einschlusskriteriums), davon ausgehen können, dass ein hoher Teil derjenigen PIA, die ein psychoonkologisches Angebot vorhalten, auch teilgenommen haben.

Angebote zur psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung im Rahmen der **Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie** stellen innerhalb der Befragung eine Besonderheit dar. Ihr Angebot unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von den Angeboten anderer Einrichtungen. Beispiele dafür sind die drei Settings „Basisversorgung in der Akutversorgung“, „Intensivierte Akutversorgung“ sowie „Nachsorge“, die Versorgung von Geschwisterkindern, Begleitungen zur Schule, Spielzimmer als notwendige räumliche Voraussetzungen oder das Angebot von Spiel- und Gestaltungspädagogik, so dass die Erhebungsinstrumente erheblich angepasst werden mussten. Diese spezifischen Ergebnisse sind deshalb nicht in den vergleichenden Tabellen aufgeführt, sondern erfolgen in zusammengefasster Textform am Ende der jeweiligen Fragestellung des Gutachtens.

5.1.1 Psychoonkologische und psychosoziale Angebote

Der folgende Abschnitt widmet sich der Frage, welche verschiedenen **Angebotsarten und -formen** der Diagnose und Therapie von den Leistungserbringenden angeboten werden und ob sie sich weiteren **speziellen Zielgruppen** widmen. Eine weitere Frage dieses Abschnitts bezieht sich auf das Ausmaß der Bereitstellung von psychoonkologischen Angeboten auch für Patientinnen und Patienten mit **nicht-onkologischen Erkrankungen** (Fragestellungen 1.1. und 1.2.).

Form des psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungsangebots nach Einrichtungen

Die verschiedenen und grundsätzlich angebotenen **Angebotsformen**, die im Rahmen der Befragung erhoben wurden, gliedern sich in Elemente der Richtlinien-Psychotherapie, weitere psychologische Verfahren, Methoden und Interventionen, Beratungsleistungen, künstlerische Therapieformen sowie unterstützende bzw. begleitende Leistungen. Die entsprechenden Ergebnisse finden sich in Tabelle 327 bis Tabelle 331. Tabelle 332 enthält darüber hinaus die Ergebnisse zum durchschnittlichen Umfang pro Einrichtung des im Folgenden dargestellten Spektrums der grundsätzlich vorgehaltenen Angebotsformen.

Richtlinien-Psychotherapien mit einem psychoonkologischen Schwerpunkt (siehe Tabelle 327) wurden – innerhalb der vertragspsychotherapeutischen sowie -ärztlichen Regelversorgung – erwartungsgemäß vor allem durch **Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten** mit psychoonkologischem Schwerpunkt (**99%**) durchgeführt, etwa je zur Hälfte in der Orientierung verhaltenstherapeutisch (**53%**) bzw. tiefenpsychologisch fundiert (**46%**). Darüber hinaus zählten **Elemente der Richtlinien-Psychotherapie** zum Angebotsspektrum weiterer psychoonkologi-

scher Anbietenden und Einrichtungen. Darunter sind verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische oder psychoanalytische Techniken und psychotherapeutische Interventionen zu verstehen, die von approbierten oder in Ausbildung befindlichen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten **außerhalb** einer beantragten Kurz- oder Langzeittherapie Anwendung finden, etwa in psychoonkologischen Beratungsgesprächen oder im Rahmen von konsiliarischen Kontakten. Von den **psychoonkologischen Ambulanzen** gaben **71%** an, dass sie Elemente der Richtlinien-Psychotherapie grundsätzlich vorgehalten haben. Dies geschah in den psychoonkologischen Ambulanzen mehrheitlich mit den Schwerpunkten in **Verhaltenstherapie (62%)** und in **tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (38%)**. Weiterhin gaben **76% der psychiatrischen Institutsambulanzen** an, dass sie Elemente der Richtlinien-Psychotherapie für Krebs Erkrankte angeboten haben (zu **57%** mit dem Schwerpunkt **Verhaltenstherapie**). In den anderen Einrichtungen kamen Elemente der Richtlinien-Psychotherapie – ebenfalls den Erwartungen entsprechend – kaum zum Einsatz (zwischen 7-9%).

Tabelle 327: Spektrum von Elementen der Richtlinien-Psychotherapie nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Richtlinien-Psychotherapieelemente	99	7	76	9	71	-	-	8
Verhaltenstherapie	53	4	57	-	62	-	-	-
Tiefenpsycholog. fundierte Psychotherapie	46	3	49	-	38	-	-	-
Analytische Psychotherapie	6	0	5	-	4	-	-	-
<u>Keine</u> Richtlinien-Psychotherapieelemente	1	94	24	-	30	-	-	-

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Das grundsätzliche Vorhalten **weiterer psychotherapeutischer bzw. psychologischer Verfahren, Methoden und Interventionen** (wie z.B. Kriseninterventionen, psychologisch-supportive Begleitungen, Entspannungsverfahren oder achtsamkeitsbasierte Verfahren) wurde mit hohen Anteilen von psychoonkologischen Ambulanzen (**97%**), psychiatrischen Institutsambulanzen (**92%**) und Krebsberatungsstellen (**72%**) sowie stationären Hospizen (**67%**) und ambulanten Hospizdiensten (**52%**) angegeben (siehe Tabelle 328).

Psychosoziale Beratungsleistungen (Tabelle 329) wurden im Hinblick auf die Schwerpunktsetzung in eher psychologische und in eher soziale bzw. sozialrechtliche Beratungen unterschieden. Beratungsleistungen mit eher **psychologischer Schwerpunktsetzung** wurden primär in zahlreichen **psychoonkologischen Ambulanzen (92%)** sowie in **Krebsberatungsstellen (71%)** angeboten, in **ambulanten Hospizdiensten (33%)** sowie in **stationären Hospizen (41%)** deutlich seltener. **Soziale und sozialrechtliche Beratungen** wurden in fast allen **Krebsberatungsstellen** angeboten (92%).

Tabelle 328: Spektrum von psychologischen Verfahren, Methoden und Interventionen nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Psychologische Verfahren, Methoden, Interventionen¹	-	72	92	52	97	-	-	67

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

¹ Systemische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie, Interpersonelle Psychotherapie (IPT), Psychodramatherapie, EMDR, Neuropsychologische Therapie, Krisenintervention, Psychologisch-supportive Begleitung (bei subsyndromaler Belastung, auch: supportive Psychotherapie), Entspannungsverfahren, Imaginative Verfahren, Sexualtherapeutische Interventionen, Traumatherapeutische Interventionen, Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Stressbewältigungs-/Stressimpfungstraining, Fatigue-Training, Paarkommunikationstraining, Sonstige.

Tabelle 329: Spektrum von Beratungsleistungen nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Beratungsleistungen	-	99	92	93	96	-	-	92
Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung	-	71	65	33	93	-	-	41
Psychosoziale Beratung mit sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung	-	92	43	61	19	-	-	56
Vermittlung medizinischer Basisinformationen	-	69	41	64	69	-	-	67
Vermittlung medizinischer Fachinformationen (nur durch Ärzte)	-	9	27	3	18	-	-	41
Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder Angebote	-	80	54	71	83	-	-	49
Informationsveranstaltungen zu psychoonkologischen/psychosozialen Themen	-	55	16	29	74	-	-	8
Sonstige Beratungsleistungen	-	0	-	25	0	-	-	10
Keine Beratungsleistungen	-	1	8	7	4	-	-	8

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkolo-

gische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Die **Vermittlung medizinischer Basisinformation** wurde von der Mehrheit aller Anbietenden und Einrichtungen als grundsätzliches Angebot für Krebserkrankte und Angehörige vorgehalten (**41% bis 69%**). Ebenso berichteten viele Anbietende und Einrichtungen, ihre Krebserkrankten und Angehörige an andere Angebote weitervermittelt zu haben (psychoonkologische Ambulanzen: 83%, Krebsberatungsstellen: 80%, ambulante Hospizdienste: 71%). **Informationsveranstaltungen** zu psychoonkologischen bzw. psychosozialen Themen wurden von 71% der psychoonkologischen Ambulanzen und von 55% der Krebsberatungsstellen grundsätzlich angeboten.

In der **Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie** finden sich **Angebote zur psychoonkologischen bzw. psychosozialen Unterstützung** in allen drei Settings, d.h. „Basisversorgung“ und „intensivierte Akutversorgung“ sowie „Nachsorge“ und werden von allen Einrichtungen vorgehalten. Entsprechend der unterschiedlichen Aufgabenstellungen unterscheidet sich das grundsätzlich vorgehaltene Angebots-spektrum zwischen den drei Settings. Es weist in der intensivierten Akutversorgung einen höheren Anteil **palliativer Angebote (82%)** sowie **Familien-, Paar- und Erziehungsberatung (88%)** auf. Im Nachsorgebereich werden vor allem **psychosoziale Beratung (82%), supportive Therapien bzw. Kriseninterventionen (71%)** und **Informationen und Orientierungshilfe (71%)** angeboten.

Künstlerische Therapieformen wurden – mit Ausnahme der stationären Hospize – von den befragten Anbietenden und Einrichtungen relativ **selten angeboten** (Tabelle 330). Während 26% Krebsberatungsstellen und 29% der psychoonkologischen Ambulanzen angegeben haben, dass sie künstlerische Therapieformen grundsätzlich vorgehalten haben, berichteten **85% der stationären Hospize**, dass künstlerische Therapieformen zu ihrem Angebotsspektrum gezählt haben.

In der **Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie** ist im Vergleich zum Leistungsspektrum in der Versorgung erwachsener onkologischer Patientinnen und Patienten der hohe Anteil an Einrichtungen bedeutsam, die neben den zielgruppenspezifischen Leistungen weitere Angebote wie **Spiel- und Gestaltungspädagogik, Kunst- und Musiktherapie** (zwischen 88% und 94%) vorhalten. Weitere Besonderheiten in der Nachsorge sind Angebote, wie z.B. Erziehungsberatung oder Angebote für verwaiste Familien.

Tabelle 330: Spektrum von künstlerischen Therapieformen nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Künstlerische Therapieformen	-	26	-	25	29	-	-	85
Musiktherapie	-	4	22	4	9	-	-	54
Kunsttherapie	-	16	27	9	19	-	-	46
Bewegungs- / Tanztherapie	-	17	22	1	10	-	-	3
Sonstige künstlerischen Therapieformen	-	0	16	5	0	-	-	33
Keine künstlerischen Therapieformen	-	74	38	75	71	-	-	15

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Unterstützende und begleitende Leistungen (siehe Tabelle 331) umfassten Sterbebegleitung, palliative Begleitung, Trauerbegleitung sowie Sitzwachen. Unterstützende und begleitende Leistungen wurden von allen befragten ambulanten **Hospizdiensten (100%)** und allen **stationären Hospizen (100%)** angeboten.

Tabelle 331: Spektrum von unterstützenden und begleitenden Leistungen nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Unterstützende und begleitende Leistungen	-	75	-	100	90	-	-	100
Sterbebegleitung	-	33	-	92	50	-	-	97
Palliative Begleitung	-	65	-	65	83	-	-	97
Trauerbegleitung	-	65	-	92	78	-	-	95
Sitzwachen	-	0	-	69	4	-	-	85
Sonstige unterstützende und begleitende Leistungen	-	0	-	18	0	-	-	21
Keine begleitenden Leistungen	-	25	-	0	10	-	-	0

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Auch **90% der psychoonkologischen Ambulanzen** und **75% der Krebsberatungsstellen** haben grundsätzlich unterstützende und begleitende Leistungen angeboten. In psychoonkologischen Ambulanzen und in Krebsberatungsstellen handelte es sich dabei mehrheitlich um Trauer- und um palliative Begleitungen.

Umfang des psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungsangebots nach Einrichtungen

In den Tabelle 327 bis Tabelle 331 wurde das Spektrum der jeweiligen psychoonkologischen und psychosozialen Angebote dargestellt. Tabelle 332 gibt Auskunft über den **Leistungsumfang**, welchen die jeweils dargestellten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungskategorien im Durchschnitt pro Einrichtung an der Versorgung der Krebserkrankten (und Angehörigen) ausmachen.

Demzufolge ist der Tabelle 332 zu entnehmen, dass in den **psychoonkologischen Ambulanzen** Elemente der Richtlinienpsychotherapie sowie psychologische bzw. psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Interventionen jeweils 30% des Leistungsangebots dargestellt haben. Weitere 23% fallen der Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung zu. Demnach erhalten insgesamt **83%** der in psychoonkologischen Ambulanzen versorgten Patientinnen und Patienten (und Angehörige) eine **psychotherapeutische bzw. psychologische Unterstützung**.

In **Krebsberatungsstellen** machen psychologische bzw. psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Interventionen (7%) und Beratungen mit psychologischer Schwerpunktsetzung (33%) gemeinsam **40%** des Leistungsumfanges aus. Ein vergleichbar hoher Anteil der in Krebsberatungsstellen versorgten Krebserkrankten und Angehörigen erhält eine Beratung mit sozialer bzw. sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung (**43%**). Hierbei ist anzumerken, dass im Fragebogen explizit nach der Benennung eines Schwerpunktes gefragt wurde (im Sinne einer Forced-Choice-Frage), häufig aber beide Schwerpunktsetzungen bei Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen, häufiger sogar in einem Beratungskontakt, zum Tragen kommen.

Tabelle 332: Umfang des psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungsangebots nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Umfang psychoonkologischer Angebote								
Elemente einer Richtlinienpsychotherapie	-	1			30	-	-	
Psychologische bzw. psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Interventionen	-	7			30	-	-	
Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung	-	33			23	-	-	
Beratung mit sozialer bzw. sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung	-	43			4	-	-	
Beratung mit medizinischer Schwerpunktsetzung	-	1			-	-	-	
Künstlerische Therapieformen	-	2			3	-	-	
Unterstützende und begleitende Leistungen	-	12			11	-	-	

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Form des psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungsangebots nach Einrichtungen

Hinsichtlich der Form des psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungsangebots wurde untersucht, ob alle **Kontakte** mit Patientinnen und Patienten bzw. Beratungen grundsätzlich persönlich angeboten wurden oder auch andere Kommunikationswege genutzt wurden. Während telefonische Beratung oder auch die Beratung über E-Mail den Angaben nach häufiger angeboten wurden, fanden sich über alle Einrichtungen hinweg jedoch **kaum Hinweise** für die **Nutzung neuer Angebotsformen** wie Videotelefonie, Chat oder Foren (1%) (siehe Tabelle 333).

Auch wenn ein großer Teil der Einrichtungen in der **Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie** angegeben hat, dass der Kontakt Face-to-Face stattfand (Akutversorgung: 100%, Nachsorge 82%), so ist hier der Anteil von Anbietenden, die **telefonische Leistungen** (71% bzw. 77% für Akutversorgung und Nachsorge) erbracht haben, sowie die Möglichkeit der **E-Mail-Kontakte** (jeweils 59%) als Versorgungsform nutzen, deutlich höher als bei erwachsenen Krebserkrankten. Dies liegt vor allem in notwendigen Elternkontakten begründet.

Tabelle 333: Art des grundsätzlich vorgehaltenen Kontaktes mit Patientinnen und Patienten nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Art des Patientenkontaktes								
Persönlich, Face-to-Face	95	100	-	-	99	-	-	-
telefonisch	14	81	-	-	62	-	-	-
E-Mail	0	65	-	-	38	-	-	-
Videotelefonie (z.B. Skype)	1	1	-	-	1	-	-	-
Chat	-	1	-	-	0	-	-	-
Foren	-	0	-	-	0	-	-	-

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Insbesondere für hoch belastete und wenig mobile Patientinnen und Patienten stellen **Hausbesuche** eine Alternative dar (Tabelle 334). Diese Leistung haben insbesondere **Krebsberatungsstellen (72%)**, aber auch zu einem substantziellen Anteil **Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt (38%)** grundsätzlich vorgehalten. Der Median des Umkreises, in dem Hausbesuche durchgeführt wurden, lag zwischen 12 und 25 km. Von den Einrichtungen, die angegeben haben, keine Hausbesuche angeboten zu haben, wurde jedoch in einer relativ hohen Anzahl angegeben, dass es entsprechende Nachfragen gab (13-50%).

In der **Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie** wurden **Hausbesuche**, mit der Besonderheit von **Schulbesuchen oder Begleitungen** im Vergleich zu anderen psychoonkologischen bzw. psychosozialen Einrichtungen, von **65%** der Einrichtungen in der Akutversorgung bzw. **59%** der Einrichtungen in der Nachsorge angeboten. Diese Hausbesuche fanden auch in einem deutlich größeren Umkreis (von durchschnittlich 82 km in der Akutversorgung und 107 km in der Nachsorge, bis zu jeweils 200 km) als bei anderen Einrichtungen statt.

Tabelle 334: Durchführung von Hausbesuchen nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Hausbesuche								
Hausbesuche	38	72	24		20	-	-	-
Nein, aber es gab Nachfragen	13	20	21		50	-	-	-
Nein, aber auch keine Nachfragen	49	8	56		30	-	-	-
Hausbesuche im Umkreis von								
(in km)								
Mittelwert	15.9	28.5	24		21.7			
SD	14.6	16.5	-		8.8	-	-	-
Median	12	25	20		20			

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Auf die Frage, ob es zusätzlich zu dem allgemeinen Versorgungskonzept Angebote für **spezifische Zielgruppen** gegeben habe, ließ sich feststellen, dass diese insbesondere für **Angehörige und Personen des unmittelbaren sozialen Umfeldes** (Krebsberatungsstellen: 72%, psychoonkologische Ambulanzen: 61%) und für **palliative Patientinnen und Patienten** (stationäre Hospize: 74%, Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt: 61%) vorgehalten wurden (siehe Tabelle 335). Bei Krebsberatungsstellen sind zudem **Familien (85%)** sowie **Kinder (62%)** und **Paare (68%)** als besondere Zielgruppe hervorzuheben. Psychoonkologische Ambulanzen geben darüber hinaus an, ihre Leistungen zu **56%** primär Patientinnen und Patienten und Angehörigen aus den ausgewählten Kliniken anzubieten.

Der Anteil von Einrichtungen der **Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie**, der **Risikogruppen** (wie z.B. Patientinnen und Patienten mit Rezidiv, palliative Patientinnen und Patienten oder Patientinnen und Patienten mit alleinerziehendem Elternteil) behandelt hat, liegt bei **88%** für die Akutversorgung und **77%** in der Nachsorge. Diese Risikogruppen machen in der Akutversorgung durchschnittlich **57%** der insgesamt versorgten Patientinnen und Patienten aus; in der Nachsorge liegt der Anteil der Risikogruppen am Gesamt der versorgten Patientinnen und Patienten bei **38%**.

Tabelle 335: Spezielle Zielgruppen nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Zielgruppe								
Palliative Patienten	61	53	-	36	57	-	-	74
Angehörige und Personen des unmittelbaren sozialen Umfeldes	66	72	-	31	61	-	-	59
Schmerzpatienten	38	27	-	12	30	-	-	31
Familien	20	85	-	19	43	-	-	26
Kinder (≤ 17 Jahre)	7	62	-	12	14	-	-	21
Paare	33	68	-	10	46	-	-	13
Krebspatienten/Angehörige mit Migrationshintergrund	12	57	-	9	31	-	-	13
Adoleszente und junge Erwachsene (AYAs, Alter 18-39 Jahre)	36	45	-	14	-	-	-	10
Sonstige Zielgruppen (z.B. Patienten mi Fatigue, spez. Entitäten)	2	0	-	7	-	-	-	18

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Eine zunehmende Anzahl von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund lässt es geboten erscheinen, auch **fremdsprachliche Angebote** der verschiedenen Leistungsanbieter zu prüfen (Tabelle 336). Fremdsprachliche Angebote (ohne Dolmetscher, d.h. muttersprachlich) wurden insbesondere durch **psychoonkologische Ambulanzen und Krebsberatungsstellen (jeweils 22%)** angeboten. Auch dolmetschergestützte fremdsprachliche Leistungen wurden am häufigsten in psychoonkologischen Ambulanzen (**27%**) und Krebsberatungsstellen (**15%**) angeboten. Der **niedrigste Anteil** an dolmetschergestützten Fremdsprachenangeboten ist in der **ambulanten Psychotherapie** festzustellen: Lediglich **1%** der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben angegeben, dass sie Psychotherapie mit Dolmetschern angeboten haben.

Ein vergleichsweise hoher Anteil der Einrichtungen in der **Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie** hat **fremdsprachliche Leistungen** erbracht (in der Akutversorgung: 76%; in der Nachsorge: 47%). In der Nachsorge gaben dennoch 77% der Leistungserbringenden an, dass es im Jahr 2016 krebskranke Kinder bzw. Familien gegeben hat, die auf Grund von Sprachbarrieren bzw. fehlender Dolmetscher nicht bzw. nur eingeschränkt betreut werden konnten.

Tabelle 336: Fremdsprachliche Angebote nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Fremdsprachliches Angebot	12	27	26	6	49	-	-	18
Fremdsprachenangebot, ohne Dolmetscher	11	22	15	4	22	-	-	5
Fremdsprachenangebot, dolmetschergestützt	1	15	12	1	27	-	-	13
Kein Fremdsprachenangebot	88	63	74	94	51	-	-	82

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Psychoonkologische Angebote für nicht-onkologische Erkrankungen

Für die Bestimmung des Versorgungsgrades einer Einrichtung ist es wichtig zu wissen, ob die Ressourcen ausschließlich Krebserkrankten und ihren Angehörigen zur Verfügung standen, oder aber weitere Gruppen von Patientinnen und Patienten versorgt wurden. Tabelle 337 zeigt, dass erwartungsgemäß in den **ambulanten und stationären Hospizen** überwiegend, aber nicht ausschließlich, Krebserkrankte versorgt wurden (**60%** bzw. **79%**).

Tabelle 337: Bereitstellung psychoonkologischer Angebote für nicht-onkologische Erkrankungen nach Einrichtungen (in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Angebot für nicht-onkologische Erkrankungen	-	-	-	40	-	-	-	21
Anteil Krebspatienten und Angehörige (in%)	-	-	-	60	-	-	-	79

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

5.1.2 Personal

Der folgende Abschnitt behandelt die Fragen nach den personellen Kapazitäten der Leistungserbringenden sowie dem Ausbildungsgrad und der beruflichen Qualifikation der Beschäftigten (Fragestellungen 2.1. und 2.2.).

5.1.2.1 Personelle Kapazitäten der Leistungserbringenden und Zeit für Beratungen und Therapie

Zur Frage der personellen Kapazitäten und der Zeit für Beratungen stehen Angaben zur **Anzahl der an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligten Beschäftigten**, zum **Beschäftigungsverhältnis**, zur **Beschäftigungsdauer**, zum **Umfang der Wochenarbeitsstunden**, zur **aufgewendeten Zeit pro Patientin oder Patient** sowie zur **Gesamtzeit der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung** zur Verfügung.

Die **Anzahl** der 2016 in den Einrichtungen im Rahmen der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung tätigen **Beschäftigten** lag für die verschiedenen Einrichtungen nah beieinander: Sie reichte von durchschnittlich 2,3 Beschäftigten in den Krebsberatungsstellen über 3,0 Beschäftigten in den psychoonkologischen Dienste bis zu 4,2 Beschäftigten in psychiatrischen Institutsambulanzen (Tabelle 338). Der Median betrug zwischen 1 Beschäftigter in den Krebsberatungsstellen und 4 Beschäftigten in den Psychiatrischen Institutsambulanzen. Sowohl in den ambulanten Hospizdiensten und den stationären Hospizen als auch in den psychoonkologischen Ambulanzen und psychoonkologischen Diensten betrug der Median 2 Beschäftigte.

Tabelle 338: Anzahl der Beschäftigten nach Einrichtungen

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Anzahl der Mitarbeiter in 2016									
Mittelwert		2.3	4.2	2.5	3.3	3.0	2.8		2.8
SD	-	2.1	2.6	2.0	3.3	2.0	1.8	-	2.6
Median		1	4	2	2	2	2		2

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Im Hinblick auf das **Beschäftigungsverhältnis** (Tabelle 339) handelte es sich in allen Einrichtungen mehrheitlich um Festangestellte mit einem nur geringen Anteil von Beschäftigten auf Honorarbasis

(zwischen 5% und 19%, lediglich stationäre Hospize gaben mit 40% einen hohen Anteil von Beschäftigten auf Honorarbasis an). Personen im Praktikum spielten mit bis zu 7% eine untergeordnete Rolle.

Tabelle 339: Beschäftigungsverhältnis und Beschäftigungsdauer der Beschäftigten nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Beschäftigungsverhältnis (in %)									
Angestellt	-	79	-	86	95	95	94	-	57
Honorar/Konsiliar	-	19	-	7	5	4	4	-	40
Praktikum	-	2	-	7	1	1	2	-	2
Befristung (in %)									
Unbefristet	-	74	-	-	65	-	-	-	-
befristet	-	26	-	-	35	-	-	-	-
Beschäftigungsdauer (in Monaten)									
Mittelwert		11.2		11.5	11.4	11.1	11.1		11.4
SD	-	2.4	-	1.8	1.9	2.5	2.5	-	2.0
Median		12		12	12	12	12		12

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Angaben zur **Befristung des Beschäftigtenverhältnisses** ergaben, dass befristet angestellte Beschäftigte mit höheren Anteilen von **26%** in Krebsberatungsstellen und von **35%** in psychoonkologischen Ambulanzen gearbeitet haben (Tabelle 339). Die **Beschäftigungsdauer** betrug Jahr 2016 in aller Regel die **vollen 12 Monate**.

Betrachtet man die **Wochenarbeitsstunden der Beschäftigten**, welche mit psychoonkologischer bzw. psychosozialer Versorgung verbracht wurden, so zeigt sich, dass diese zwischen durchschnittlich 9 Stunden/Woche für Beschäftigte der psychiatrischen Institutsambulanzen, durchschnittlich 13 Stunden/Woche für Beschäftigte der stationären Hospize, durchschnittlich 17 Stunden/Woche für Krebsberatungsstellen, ambulante Hospizdienste und psychoonkologische Ambulanzen und durchschnittlich 19 Stunden für den psychoonkologischen Konsiliardienst bzw. 22 Stunden/Woche für den

psychoonkologischen Liaisondienste betragen haben (Tabelle 340). Bis auf den Bereich der Psychiatrischen Institutsambulanzen, bei denen der Median deutlich unter dem Mittelwert liegt, zeigen sich hier nur geringe Unterschiede zwischen dem Mittelwert und dem Median als zentralem Lagemaß.

Tabelle 340: Wochenarbeitsstunden der Beschäftigten nach Einrichtungen

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Wochenarbeitsstunden									
Mittelwert		16.7	9.3	16.9	16.6	19.3	22.3		13.1
SD	-	12.6	12.7	11.6	11.9	11.2	10.0	-	12.9
Median		18	5	15	15	20	20		8

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Die **Zeit**, welche **pro Patientin oder Patient** aufgewendet wurde, ist für die verschiedenen Anbietenden und Einrichtungen in Tabelle 341 dargestellt. Die meiste Zeit pro Patientin oder Patient wurde von **Psychologischen und ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten** mit psychoonkologischem Schwerpunkt (M= **37 Stunden**, Median= **20 Stunden**) aufgewandt, um Krebserkrankte und Angehörige psychotherapeutisch zu versorgen. Auch in den **ambulanten Hospizdiensten** ist die Zeit, die durchschnittlich pro Patientin oder Patient aufgewendet wurde, mit **36 Stunden** sehr hoch (Median= **13,8 Stunden**). Es ist hierbei nicht auszuschließen, dass insbesondere psychoonkologische Leistungen, die dem Spektrum „unterstützender und begleitender Leistungen“ zuzuordnen sind, bei jedem aufsuchenden Kontakt mit angegeben worden sind. In psychoonkologischen Ambulanzen wurden die Krebserkrankten und/oder ihre Angehörigen im Durchschnitt **28 Stunden** lang versorgt, der Median betrug **14,7 Stunden** pro Patientin oder Patient. Erwartungsgemäß liegt die durchschnittliche Stundenzahl sowohl bei Patientinnen und Patienten und Angehörige in **Krebsberatungsstellen** mit durchschnittlich **4 Stunden** (Median= **2 Stunden**), als auch in den psychoonkologischen Diensten (Konsil: durchschnittlich **9 Stunden**, Liaison: durchschnittlich **8 Stunden**) niedriger. Die pro Patientin oder Patient bzw. Angehörigen aufgewendete Zeit lässt sich nutzen, um die Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen um die **Anzahl der insgesamt geleisteten Kontakte zu korrigieren**.

Tabelle 341: Durchschnittliche Zeit pro Patientin oder Patient und durchschnittliche Gesamtzeit der Einrichtung pro Jahr für Beratung

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Zeit pro Patient (in Stunden)									
Mittelwert	37.3	3.5		36	27.8	8.7	7.9		26.1
SD	49	3.6	-	126.2	30.9	19.4	10.4	-	44.9
Median	20	2		13.8	14.7	4	4.7		6.9
Gesamtzeit für Beratung/Jahr (in Stunden)									
Mittelwert	425.8	825.29		1415.4	2324.7	2354.5	2472.6		1113
SD	317.9	1032.1	-	1266.3	2278.9	1824	1781	-	886.7
Median	220	352		1232	1716	2376	2047		895.4

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Die durchschnittliche **Gesamtzeit** der Anbietenden und Einrichtungen für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung im Jahr 2016 ist ebenfalls in Tabelle 341 dargestellt. Besonders hoch war die Gesamtzeit, die 2016 für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung aufgebracht worden ist, in **psychoonkologischen Diensten (M=2.355 bzw. 2.473 Stunden, Median=2.376 bzw. 2.047 Stunden)** und in **psychoonkologischen Ambulanzen (M=2.325 Stunden, Median=1.715 Stunden)**. Die Gesamtzeit, die eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter mit psychologischer oder ärztlicher psychotherapeutischer Qualifizierung und mit psychoonkologischem Schwerpunkt im Jahr 2016 für die psychotherapeutische Versorgung von Krebserkrankten und ihre Angehörige aufgebracht hat, betrug durchschnittlich 426 Stunden. Der Median beträgt für die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten 220 Stunden/Jahr. In einer Krebsberatungsstelle wurde durchschnittlich 825 Stunden im Jahr für die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung aufgebracht (Median= 352 Stunden/Jahr).

5.1.2.2 Ausbildungsgrad und berufliche Qualifikationen der Therapeutinnen und Therapeuten bzw. der Beratenden

Der folgende Abschnitt widmet sich dem **beruflichen Hintergrund**, der **Ausbildung** und den **beruflichen Qualifikationen** der in der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung tätigen Beschäftigten der verschiedenen Einrichtungen.

Der **berufliche Hintergrund** der an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligten Beschäftigten bzw. Anbietenden ist in Tabelle 342 enthalten und stellte sich wie folgt dar:

Die Berufsgruppe der **Psychologinnen und Psychologen** fand sich mit einem hohen Anteil (**71%**) unter den Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt wieder. Auch in den folgenden Einrichtungen waren Psychologinnen und Psychologen mehrheitlich an der psychoonkologischen Versorgung beteiligt: In psychoonkologischen Ambulanzen waren **67%** der Beschäftigten und Honorarkräfte Psychologinnen und Psychologen und im psychoonkologischen Konsiliardienst waren **69%** sowie im psychoonkologischen Liaisondienst **70%** der Beschäftigten **Psychologinnen und Psychologen**. In Krebsberatungsstellen stellen die Psychologinnen und Psychologen mit **28%** nicht die Mehrheit der an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligten Berufsgruppen dar.

Darüber hinaus waren die **Ärztinnen und Ärzte** zu einem großen Anteil an der vertragspsychotherapeutischen bzw. vertragsärztlichen Versorgung von Krebserkrankten und ihren Angehörigen beteiligt: Unter den Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt waren **28% Ärztinnen und Ärzte**. Darüber hinaus waren Ärztinnen und Ärzte mit **17%** auch an der Versorgung in psychoonkologischen Ambulanzen sowie mit **16%** in der Arbeit der psychoonkologischen Konsiliarversorgung beteiligt.

Sozialarbeitende und Sozialpädagogische Fachkräfte stellten im Vergleich der verschiedenen Einrichtungen in Krebsberatungsstellen mit **39%** den höchsten Anteil der an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligten Beschäftigten dar. Mit Ausnahme der stationären Hospize sowie der ambulanten Hospizdienste, in denen 22% bzw. 19% der Beschäftigten Sozialarbeitende bzw. sozialpädagogische Fachkräfte gewesen sind, stellte diese Berufsgruppe in den anderen Einrichtungen lediglich einen Anteil unter 8% dar.

Die Berufsgruppe der **pädagogischen Fachkräfte** war mit **12%** am häufigsten in Krebsberatungsstellen tätig.

In den stationären Hospizen und den ambulanten Hospizdiensten stellten **sonstige Berufsgruppen** die Mehrheit der an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligten Beschäftigten dar. In beiden Einrichtungen waren es Krankenpflegende bzw. Palliativfachkräfte, Kreativtherapeutinnen und -therapeuten und Seelsorger, die die Mehrheit der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Beschäftigten stellten.

Tabelle 342: Beruflicher Hintergrund der Beschäftigten nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Beruflicher Hintergrund (in %)									
Psychologen	71	28	-	2	67	69	73	-	15
Ärzte	28	6	-	4	17	16	11	-	8
Sozialarbeiter/Sozialpädagogen	1	39	-	19	8	8	6	-	22
Pädagogen	-	12	-	0	< 1	2	2	-	0
Sozialwissenschaftler	-	< 1	-	0	0	0	0	-	0
Sonstige (z.B. Krankenpfleger, Palliativfachkräfte, Seelsorger)	-	15	-	76	8	5	8	-	54

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Während in ambulanten Hospizdiensten lediglich **9%** und in stationären Hospizen **15%** der Beschäftigten über eine **psychoonkologische Fort- oder Weiterbildung** verfügten, befanden sich mit **76%** zahlreiche psychoonkologische Leistungsanbieter mit einer psychoonkologischen Qualifikation unter den Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt (Tabelle 343). Der Anteil an Beschäftigten und Honorarkräften mit einer psychoonkologischen Fort- oder Weiterbildung ist auch in den psychoonkologischen Ambulanzen (**71%**), den psychoonkologischen Konsiliardiensten (**72%**) sowie Liaisondiensten (**75%**) sowie auch in den Krebsberatungsstellen (**65%**) als hoch zu bewerten. Eine **psychotherapeutische bzw. fachärztliche Qualifizierung** weisen in höheren Anteilen Beschäftigte der psychoonkologischen Ambulanzen (**55%**), des psychoonkologischen Konsiliardienstes (**48%**), des psychoonkologischen Liaisondienstes (**45%**) sowie der Krebsberatungsstellen auf (**31%**).

Tabelle 343: Weiterbildung und Qualifizierung der Beschäftigten nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Weiterbildung									
abgeschlossene psychoonkologische Weiterbildung	76	65	16	9	71	72	75	-	15
Aktuell in psychoonkologischer Weiterbildung	1	10	4	1	8	10	10	-	5
Ohne psychoonkologische Weiterbildung	24	25	-	90	21	18	15	-	80
Psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung									
Psychotherapeutische/fachärztliche Qualifizierung	-	31	-	9	55	48	45	-	31
Aktuell in Aus- bzw. Weiterbildung	-	9	-	2	22	29	20	-	9
Ohne psychotherapeutische/ fachärztliche Qualifizierung	-	60	-	89	23	23	36	-	60

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Die durchschnittliche **Berufserfahrung** von Beschäftigten in psychoonkologischen Ambulanzen betrug **9 Jahre**, gleiches gilt für die Beschäftigten des Liaisondienstes in psychoonkologischen Diensten (Konsiliardienst: **8 Jahre**). 95% aller Beschäftigten in psychoonkologischen Ambulanzen hatten eine durchschnittliche Berufserfahrung zwischen 8 und 10 Jahren. Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt verfügten über **11 bis 20 Jahre** Berufserfahrung in der psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Versorgungsarbeit mit Krebserkrankten. 18% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten berichteten sogar, dass sie mehr als 20 Jahre psychoonkologische Berufserfahrung haben.

Personal in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie

In der Akutversorgung waren im Durchschnitt **7,2 Beschäftigte** an der Versorgung beteiligt (im Durchschnitt 3,6 Vollzeitstellen). 95% der Psychosozialen Dienste bzw. Teams der Akutversorgung gaben an, dass ihnen zwischen 2,3 und 4,9 Vollzeitstellen zur Verfügung standen. In der Nachsorge waren im Durchschnitt **4,4 Beschäftigte** an der Versorgung beteiligt (im Durchschnitt 2,4 Vollzeitstellen).

Insgesamt wird deutlich, dass im Bereich der pädiatrischen Onkologie, vor allem im Akutbereich, die Teams in höherem Maße multiprofessionell zusammengesetzt sind als im Erwachsenenbereich.

5.1.3 Kosten und Finanzierung

Im folgenden Abschnitt werden Ergebnisse zur Frage nach den **Kosten**, den **Kostenstrukturen** sowie den **Kostenträgern** der einzelnen Angebotsformen dargestellt (Fragestellungen 3.1 und 3.2).

5.1.3.1 Gesamtkosten und Kostenstrukturen

Ausreichende Angaben für eine Auswertung lagen nur von den **Krebsberatungsstellen** und den **ambulantem psychoonkologischen/psychosozialen Diensten** vor. Tabelle 344 gibt für diese beiden Einrichtungen Personalkosten, Sachkosten, Investitionsmittel und sonstige Kosten wieder. Es wird darauf hingewiesen, dass sich alle Angaben zur Finanzierung der Krebsberatungsstellen auf das Jahr 2016 beziehen. Die Personalkosten für das Jahr 2016 der **Krebsberatungsstellen** wurden mit durchschnittlich **112.768 Euro** angegeben. Der Median betrug für die Personalkosten im Jahr 2016 **82.547 Euro**. In den psychoonkologischen Ambulanzen wurden im Jahr 2016 durchschnittlich **100.067 Euro** Personalkosten angegeben, wobei der Median bei **47.000 Euro** lag.

Tabelle 344: Personal-, Sach- und Investitionskosten in 2016 nach Einrichtungen

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Kosten									
Personalkosten									
Mittelwert		112.768			100.067				
SD	-	106.978	-	-	128.831	-	-	-	-
Median		82.547			47.000				
Sachkosten									
Mittelwert		17.406			3.555				
SD	-	19.717	-	-	4.093	-	-	-	-
Median		11.564			2.308				
Investitionsmittel									
Mittelwert		6.823			2.587				
SD	-	10.972	-	-	3.199	-	-	-	-
Median		2.994			1.738				
Sonstige Kosten									
Mittelwert		1.981			580				
SD	-	4.595	-	-	258	-	-	-	-
Median		500			500				

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Um eine Abschätzung der Kosten für **Krebsberatungsstellen** insgesamt für Deutschland sowie auf der Ebene der Bundesländer vornehmen zu können, wurden **die fehlenden Werte einzelner Einrichtungen durch den Median aller vorliegenden Angaben** ersetzt. Hierbei ist allerdings entsprechend zu beachten, dass es zwischen den KBS mit und ohne Angaben zur Finanzierung Unterschiede geben könnte. Es bleibt offen, in welche Richtung diese Unterschiede ausfallen, so dass nicht eindeutig bestimmbar ist, ob es damit zu einer Unter- oder Überschätzung der tatsächlichen Kosten kommt. Der Tabelle 345 ist zu entnehmen, von wie vielen Krebsberatungsstellen Angaben zu den Kosten vorlagen und bei wie vielen die fehlenden Werte durch den Median geschätzt wurden. Ebenfalls sind der Tabelle 345 die Ergebnisse dieser Schätzungen pro Bundesland zu entnehmen. Tabelle 346 enthält noch einmal getrennt nur die Personalkosten. Als Sensitivitätsanalyse haben wir fehlende Werte einzelner Einrichtungen nicht durch den Median, sondern den Mittelwert auf Bundesebene ersetzt und kommen für die Gesamtkosten dann statt auf **22 Mio. Euro** auf **26 Mio. Euro**.

Tabelle 345: Gesamtkosten der Krebsberatungsstellen nach Bundesland

	Anzahl KBS Gesamt	Anzahl KBS mit Kostenangaben	Anzahl KBS ohne Kostenangaben	Gesamtkosten (in Euro)
Bundesrepublik Deutschland	161	81	80	21.930.068
Bundesländer				
Baden-Württemberg	14	10	4	2.440.273
Bayern	18	14	4	2.384.989
Berlin	12	3	9	1.577.387
Brandenburg	3	1	2	405.536
Bremen	2	1	1	491.264
Hamburg	4	3	1	872.745
Hessen	10	7	3	973.421
Mecklenburg-Vorpommern	4	0	4	456.272
Niedersachsen	26	13	13	3.080.902
Nordrhein-Westfalen	23	11	12	2.560.542
Rheinland-Pfalz	6	6	0	2.008.179
Saarland	2	1	1	255.568
Sachsen	20	4	16	2.327.906
Sachsen-Anhalt	4	3	1	677.134
Schleswig-Holstein	5	2	3	483.204
Thüringen	8	2	6	934.746

Anmerkungen. Fehlende Werte einzelner Einrichtungen (KBS ohne Kostenangaben) wurden durch den Median aller vorliegenden Angaben ersetzt.

Tabelle 346: Personalkosten der Krebsberatungsstellen nach Bundesland

	Anzahl KBS Gesamt	Anzahl KBS mit Kostenangaben	Anzahl KBS ohne Kostenangaben	Personalkoste (in Euro)
Bundesrepublik Deutschland	161	81	80	16.997.594
Bundesländer				
Baden-Württemberg	14	10	4	1.081.134
Bayern	18	14	4	1.921.189
Berlin	12	3	9	1.291.245
Brandenburg	3	1	2	345.044
Bremen	2	1	1	345.044
Hamburg	4	3	1	711.996
Hessen	10	7	3	814.721
Mecklenburg-Vorpommern	4	0	4	377.288
Niedersachsen	26	13	13	2.508.048
Nordrhein-Westfalen	23	11	12	2.104.073
Rheinland-Pfalz	6	6	0	1.649.209
Saarland	2	1	1	214.322
Sachsen	20	4	16	1.927.178
Sachsen-Anhalt	4	3	1	536.727
Schleswig-Holstein	5	2	3	393.966
Thüringen	8	2	6	776.410

Anmerkungen. Fehlende Werte einzelner Einrichtungen (KBS ohne Kostenangaben) wurden durch den Median aller vorliegenden Angaben ersetzt.

5.1.3.2 Kostenträger der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Angebote und Leistungskomponenten

Die Kostenträger der **Finanzierung der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung** sind in Tabelle 347 dargestellt. Es handelt sich dabei um den durchschnittlichen Anteil, den die jeweiligen Finanzquellen an der Finanzierung der Versorgung der jeweiligen Anbietenden bzw. Einrichtung haben. Tabelle 347 ist zu entnehmen, dass die **gesetzlichen und privaten Krankenkassen mehrheitlich** an der Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung durch die **Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt** (GKV: 85%, PKV: 9%), durch die **psychoonkologischen Ambulanzen** (GKV: 60%, PKV: 9%), durch die **ambulanten Hospizdienste** (GKV: 67%, PKV: 6%) und durch die **stationären Hospize** (GKV: 54%, PKV: 7%) beteiligt gewesen sind. Lediglich die ambulanten Hospizdienste sowie die stationären Hospize gaben über den von den gesetzlichen sowie privaten Krankenkassen finanzierten Anteil der psychoonkologischen Versorgung Spenden als weitere nennenswerte Finanzquelle der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung mit an (ambulante Hospizdienste: 21%, stationäre Hospize: 31%).

Die **Krebsberatungsstellen** hingegen wiesen ein **gänzlich anderes Finanzierungsprofil** auf, welches als „**Mischfinanzierung**“ bezeichnet werden kann. Die Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung durch Krebsberatungsstellen erfolgte einerseits durch **Spenden (23%)**, andererseits durch **Zuwendungen durch das Land (21%)** sowie durch die **Kommune (16%)**. Darüber hinaus waren auch **Stiftungen (12%)**, **Wohlfahrtsverbände (7%)** und **Förderkreise (5%)** an der Finanzierung der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung in Krebsberatungsstellen beteiligt. Die gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherungen kamen gemeinsam nur auf einen Finanzierungsanteil von **2%**. Eine Besonderheit liegt für Baden-Württemberg vor, wo der Auf- und Ausbau der Krebsberatungsstellen und deren Finanzierung fast ausschließlich durch das Land erfolgte (sofern keine Förderung durch die Deutsche Krebshilfe vorlag). Bei diesen durchschnittlichen Finanzierungsanteilen ist weiterhin zu beachten, dass die Mehrheit der KBS (64%) keine Zuwendungen durch das Land, 68% keine Zuwendung der Kommune, 48% der KBS keine Spenden und 75% keine Zuwendungen von Stiftungen erhält.

Tabelle 347: Kostenträger/Finanzierung nach Einrichtungen (durchschnittlicher Anteil an der Finanzierung, Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	SPA	SH
Kostenträger							
Spenden	0	23	-	21	2	-	31
Zuwendung durch den Bund	0	< 1	-	< 1	0	-	0
Zuwendung durch das Land	0	21	-	1	4	-	0
Zuwendung durch die Kommune	0	16	-	< 1	2	-	0
Stiftungen (z.B. DKH)	0	12	-	< 1	0	-	5
Beihilfe	5	0	-	0	-	-	0
Wohlfahrtsverbände	0	7	-	0	0	-	0
Förderkreis/Verein	0	5	-	3	1	-	4
Gesetzliche Unfallversicherung	< 1	2	-	0	0	-	0
Gesetzliche Krankenkassen	85	2	-	67	60	-	54
Private Krankenkassen	9	0	-	6	9	-	7
Rentenversicherung	0	2	-	0	1	-	0
Kirchliche Zuwendungen	0	1	-	1	2	-	0
Selbstzahlung der Patienten/Angehörigen	1	< 1	-	< 1	0	-	< 1
Agentur für Arbeit	0	< 1	-	0	0	-	0
Arbeitgeber der Patienten/Angehörigen	1	0	-	0	1	-	0
Wissenschaftliche Drittmittel	0	0	-	0	< 1	-	0
Andere/Sonstige Finanzierung	0	11	-	1	17	-	0

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Die **psychoonkologischen Konsiliar- und Liaisondienste** der an Kliniken angegliederten psychoonkologischen Dienste wurden zu den Finanzierungsstrukturen ihrer psychoonkologischen bzw. psy-

chosozialen Versorgung befragt. Tabelle 348 ist zu entnehmen, dass die Mehrheit der psychoonkologischen Dienste (Konsiliardienst: **59%**, Liaisondienst: **62%**) die psychoonkologische bzw. psychosoziale Versorgung der stationären Krebserkrankten (und ihrer Angehörige) durch einen **klintkinterne Leistungsausgleich** ermöglicht hat, d.h. für jede Anforderung einer Klinik kamen dem psychoonkologischen Dienst finanzielle Mittel der anfordernden Klinik zu. Über ein **festes Budget** verfügten hingegen nur wenige der befragten psychoonkologischen Konsiliar- (9%) bzw. Liaisondienste (12%). Eine häufige Angabe unter „sonstige Finanzierung“ stellte die „**Anstellung im Klinikum**“ dar: 12% der Konsiliardienste und 14% der Liaisondienste gaben an, dass die Beschäftigten des psychoonkologischen Dienstes im Klinikum angestellt gewesen seien.

Tabelle 348: Finanzierungsstrukturen in psychoonkologischen Diensten (Angaben in %)

	POD Konsil	POD Liaison
Finanzierung		
Klinikintern durch Leistungsausgleich	59	62
Eigenmittel/Budget	9	12
Anstellung im Klinikum/Krankenhaus	12	14
Andere/Sonstige Finanzierung	20	12

Anmerkungen. POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst)

Die Frage, ob **Leistungskomponenten** auch **außerhalb der Regelversorgung** finanziert werden, lässt sich anhand der in Tabelle 347 und Tabelle 348 dargestellten Ergebnisse der Befragung zusammenfassend dahingehend beantworten, dass sehr häufig die **gesetzliche und anteilig die private Krankenversicherung** für einen größeren Teil der der Kosten aufgekommen ist und darüber hinaus **Spenden** eine häufiger genannte größere Finanzierungsquelle darstellten. Auch für die Vergütung der PIA ist davon auszugehen, dass sie über die Regelversorgung finanziert wurden, ebenso wie die stationären Palliativstationen, welche entweder entsprechend der regulären Krankenhausfinanzierung nach dem DRG-System oder auf der Basis von Pflegesätzen über die Anerkennung als besondere Einrichtung finanziert wurden. Schließlich ist für den Bereich der **onkologischen Rehabilitation** davon auszugehen, dass ca. zwei Drittel bis drei Viertel der jährlichen Kosten von der gesetzlichen Rentenversicherung und der verbleibende Betrag von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wurden.

Finanzierung der psychoonkologischen Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie

Sowohl in der psychoonkologischen Akutversorgung als auch in der psychoonkologischen Nachsorge der **pädiatrischen Onkologie und Hämatologie** erfolgt ein sehr **hoher Anteil der Finanzierung durch Spendengelder**, hier wird ein durchschnittlicher Anteil von **77%** bzw. **78%** angegeben, dies ist deutlich höher als bei allen anderen Einrichtungen im Bereich erwachsener Krebserkrankter. In der psychoonkologischen Akutversorgung erfolgt mit einem durchschnittlichen Anteil von 18% eine Finanzierung durch die Akutklinik. In der psychoonkologischen Nachsorge nehmen Zuwendungen durch Kommunen (9%), Stiftungen (6%) und die gesetzlichen Krankenkassen (5%) einen weiteren, aber eher geringen Anteil ein.

5.1.4 Aspekte der Qualität

Im folgenden Abschnitt wird den Fragen nachgegangen, ob Merkmale der **Struktur- und Prozessqualität** wie Dokumentation, Räumlichkeiten, Barrierefreiheit und Erreichbarkeit von den Leistungsanbietern erfüllt werden. Weitere Fragen beziehen sich auf das Vorliegen von **Standard Operating Procedures (SOPs)**, den Einsatz von standardisierten Selbstbeurteilungsinstrumenten, das Bereitstellen von Supervision für die Beschäftigten, das Vorliegen von Informationen zu anderen psychoonkologischen/psychosozialen Einrichtungen sowie von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen (Fragestellungen 4.1 bis 4.3).

5.1.4.1 Struktur- und Prozessqualität der psychoonkologischen Versorgung

Als **Kriterien der Struktur- und Prozessqualität** wurden Dokumentation, Räumlichkeiten für ungestörte Gespräche, Barrierefreiheit, Erreichbarkeit und Parkmöglichkeiten erfasst.

Die Angaben der Anbietenden und Einrichtungen zur **Dokumentation** der psychoonkologischen und psychosozialen Leistungen sind Tabelle 349 zu entnehmen. So wurde in stationären Hospizen zu **21%** und in ambulanten Hospizdiensten zu **13%** auf eine Dokumentation der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Leistungen gänzlich verzichtet. Die meisten Einrichtungen (**34%-58%**) dokumentierten **teils handschriftlich, teils EDV-basiert**. **Vollständig EDV-basiert** dokumentiert wurde bei etwa einem Drittel der Krebsberatungsstellen, den psychiatrischen Institutsambulanzen und den psychoonkologischen Ambulanzen sowie zu **51%** im Konsiliardienst der psychoonkologischen Dienste. Eine **handschriftliche Dokumentation** erfolgte mit **52%** am häufigsten unter Psychologi-

schen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, der geringste Anteil der handschriftlichen Dokumentation findet sich mit **9%** sowohl im Konsiliar- als auch im Liaisondienst der psychoonkologischen Dienste. „**Keine Dokumentation**“ gaben **13%** der ambulanten Hospize und **21%** der stationären Hospize sowie **6%** der psychiatrischen Institutsambulanzen an.

Tabelle 349: Dokumentation nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Dokumentation									
Teils handschriftlich, teils EDV-basiert	34	42	39	58	51	40	48	-	14
EDV-basiert	12	32	36	11	35	51	42	-	17
handschriftlich	52	24	18	18	14	9	9	-	48
Keine Dokumentation	0	2	6	13	0	0	2	-	21

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Räumlichkeiten für ungestörte Behandlungs- bzw. Beratungsgespräche mit den Krebserkrankten und Angehörigen standen in fast allen Krebsberatungsstellen (**96%**) und in der Mehrheit der stationären Hospize (**77%**) zur Verfügung (Tabelle 350). In den psychoonkologischen Ambulanzen standen zu **94%** zumindest für einen Teil der Gespräche entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung.

Tabelle 350: Räumlichkeiten für ungestörte Gespräche nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Räumlichkeiten (in %)								
Für alle Gespräche	-	96	-	-	68	-	-	77
Nur für einen Teil der Gespräche	-	3	-	-	26	-	-	13
Keine gesonderten Räumlichkeiten	-	1	-	-	6	-	-	10

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Tabelle 351 enthält die Ergebnisse zur **Barrierefreiheit**, der **Erreichbarkeit der Anbietenden** bzw. Einrichtungen mit ÖPNV sowie zu den Parkmöglichkeiten. Den Angaben der Anbietenden und Einrichtungen zufolge war **Barrierefreiheit** in einem hohen Ausmaß für psychoonkologische Ambulanzen (**93%**) und stationäre Hospize (**97%**) sowie psychiatrische Institutsambulanzen (**97%**) erfüllt. Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt konnten nur zu **41%** Barrierefreiheit gewährleisten. Ein Teil der Anbietenden und Einrichtungen gab jedoch mit 3% bis 12% an, dass Alternativen wie z.B. telefonische Beratungen angeboten werden konnten.

Tabelle 351: Barrierefreiheit, Erreichbarkeit mit öffentl. Verkehrsmitteln sowie Parkmöglichkeiten nach Einrichtungen (in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Barrierefreiheit								
Barrierefreiheit	41	83	97	-	93	-	-	97
Keine Barrierefreiheit, aber Alternativen angeboten (z.B. telefonisch)	5	12	3	-	4	-	-	0
Erreichbarkeit								
Gute Erreichbarkeit mit ÖPNV (< 500m entfernt)	92	98	94	-	99	-	-	90
Keine gute Erreichbarkeit mit ÖPNV, aber Alternativen angeboten (z.B. telefonische Beratung)	2	2	3	-	0	-	-	7
Parkmöglichkeiten								
Direkte Parkmöglichkeiten (< 500m entfernt)	89	100	85	-	91	-	-	86
Keine direkte Parkmöglichkeiten, aber Alternativen wurden angeboten (z.B. telefonische Beratung)	2	0	0	-	0	-	-	7

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Auch die **Erreichbarkeit** mit öffentlichen Verkehrsmitteln (ÖPNV) ist in großem Umfang gegeben gewesen. **Mehr als 90% aller befragter Anbietenden und Einrichtungen** gaben an, dass ein Anschluss der öffentlichen Verkehrsmittel im **Umkreis von 500 Metern** gegeben sei. Zwischen 86% und 100% der Anbietenden und Einrichtungen gaben zudem an, dass Parkmöglichkeiten im Umkreis von 500 Metern vorhanden seien.

5.1.4.2 Maßnahmen zur Qualitätssicherung und/oder Qualitätsförderung

Maßnahmen der Qualitätssicherung, die im Rahmen der Befragung erfasst wurden, betrafen das Vorliegen von **Standard Operating Procedures (SOPs)**, **Supervision**, den Einsatz von **standardisierten Selbstbeurteilungsinstrumenten**, **psychoonkologische/psychosoziale Fort- und Weiterbildung** sowie das Vorliegen von Informationen zu psychoonkologischen/psychosozialen Einrichtungen und Angeboten (z.B. Flyer und Broschüren).

Ein großer Teil der Einrichtungen (zwischen **43%** bei psychiatrischen Institutsambulanzen und **72%** bei psychoonkologischen Ambulanzen) verfügte über **SOPs**, d.h. verbindliche Versorgungs- und/o-der Rahmenkonzepte, bindende Anweisungen für Abläufe, Notfälle oder Vertretungsfälle (Tabelle 352).

Tabelle 352: Vorliegen von SOPs und Durchführung weiterer Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Einrichtungen (in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Standard Operating Procedures (SOP)									
Vorliegen von Standard Operating Procedures (SOPs) ¹	-	63	43	65	72	-	-	-	47
Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen									
Durchführung weiterer Qualitätssicherungsmaßnahmen	-	43	-	-	31	34	30	30	-

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

¹ z.B. verbindliches Versorgungskonzept, verbindliches Rahmenkonzept, bindende Anweisung für Abläufe/Notfälle/Vertretungsfälle

Ein wichtiges Qualitätsmerkmal stellt die **Supervision** der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Beschäftigten zur eigenen Überprüfung und Verbesserung des beruflichen Handelns dar. Hierzu machten die Befragten folgende Angaben (Tabelle 353): Einen hohen Anteil an bereitgestellter Supervision berichteten **ambulante Hospize (85%)** sowie **Krebsberatungsstellen (72%)**. Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt gaben zu **70%** an, dass sie Supervision in Anspruch genommen haben, wobei wir davon ausgehen, dass hier die Frage von den Teilnehmenden dahingehend beantwortet wurde, dass psychoonkologische Supervision gemeint ist. Etwas **geringer** fiel der Anteil im **stationären Bereich** bei psychoonkologischen Diensten und stationären Hospizen aus: Hier waren es **58%** bzw. **59%** der Einrichtungen, die den an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung beteiligten Beschäftigten Supervision ermöglichen.

Tabelle 353: Bereitstellung von Supervision nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Supervision									
Bereitstellung fallbezogener Supervision	70	72	61	85	67	58	58	-	59

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Eine **Verpflichtung** zur bzw. Teilnahme an **psychoonkologischer oder psychosozialer Weiter- und Fortbildung** bestand in einem **eher geringen Maße** (Tabelle 354). Für stationäre Hospize betrug der Anteil der Einrichtungen, die diese verpflichtend von ihren Beschäftigten voraussetzten, **43%** und für ambulante Hospizdienste betrug dieser Anteil **27%**. Unter Psychologischen und ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt sowie in Krebsberatungsstellen und psychoonkologischen Ambulanzen waren es jeweils etwa die Hälfte, die eine psychoonkologische Fort-oder Weiterbildung in Anspruch genommen haben bzw. diese für ihre Beschäftigten verpflichtend voraussetzten.

Tabelle 354: Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Fort- und Weiterbildung									
(Verpflichtung zur/Teilnahme an) psychoonkologischen Weiter-/Fortbildungen	50	54	22		65	65	69	-	
(Verpflichtung zur/Teilnahme an) psychosozialen Weiter-/Fortbildungen	-	56	36	27	27	27	26	-	43

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Der **Einsatz von standardisierten Selbstbeurteilungsinstrumenten**, welche als Screening oder zur Verlaufskontrolle genutzt werden können, fand, gemessen an der Bedeutung, keine große Verbreitung (Tabelle 355). Der höchste Anteil von Einrichtungen, die diese Instrumente verwendeten, fand sich mit etwa **80%** unter den **psychoonkologischen Konsiliar- und Liaisondiensten** innerhalb der

psychoonkologischen Dienste und mit **72% in psychoonkologischen Ambulanzen**, welche zu 82% mit Selbstbeurteilungsinstrumenten screenen oder eine Verlaufs- (5%), eine Abschlussevaluation (5%) oder Katamnese (5%) durchgeführt haben. Ein geringer Teil der **psychiatrischen Institutsambulanzen (35%)** setzen standardisierte Selbstbeurteilungsinstrumente ein. Für andere Einrichtungen gilt, dass sie zur Hälfte Selbstbeurteilungsinstrumente eingesetzt haben und dies **hauptsächlich als Eingangsscreening (> 90%)**. **Weniger häufig** erfolgten eine Verlaufs- oder Abschlussevaluation und **kaum** eine Katamnese-Erhebung.

Tabelle 355: Einsatz von standardisierten Selbstbeurteilungsinstrumenten nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Standardisierte Selbstbeurteilungsinstrumente									
Einsatz	57	55	35	-	72	80	81	-	-

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Informationen und Materialien zu **anderen psychoonkologischen/psychosozialen Einrichtungen und deren Angebot in der Region** lagen in vielen Einrichtungen vor (zwischen **76%** und **97%**).

5.1.4.3 Übergang zwischen den Sektoren: Strukturierte Vorgehensweisen für die Kommunikation

In Hinblick auf das Vorliegen **schriftlicher Kooperationsvereinbarungen für psychoonkologische Unterstützung mit anderen Einrichtungen und Behandelnden** zeigten sich größere Unterschiede zwischen den Einrichtungen (Tabelle 356) dahingehend, dass dieses für **psychosoziale Krebsberatungsstellen** und **psychoonkologische Dienste (57% bzw. 37%)** in höherem Ausmaß gegeben ist als für andere Einrichtungen (zwischen **13%** und **19%**).

Informationen zu anderen Einrichtungen geben einen Überblick über andere (alternative) Angebote, erleichtern den Zugang, auch über Kontaktinformationen, zu diesen und liegen z.B. in Form von Broschüren und Flyern den Einrichtungen zur Weitergabe an ihre Beschäftigten oder zur Information für Patientinnen und Patienten und Angehörige in großem Umfang vor. So berichten dies **psychosoziale Krebsberatungsstellen zu 97%** oder **stationäre Hospize zu 87%**. Auch Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt verfügten zu **78%** über Informationen zu anderen regionalen Angeboten.

Tabelle 356: Schriftliche Kooperationsvereinbarungen und Informationen über andere psychoonkologische Einrichtungen und Angebote nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Kooperationsvereinbarungen									
Gab es im Jahr 2016 schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit anderen psychoonkologischen bzw. psychosozialen Einrichtungen bzw. Behandlern?	13	57	13	19	18	-	-	-	35
Informationen zu anderen Einrichtungen									
Vorliegen von Informationen über psychoonkologische Einrichtungen und Angebote (z.B. Broschüren, Flyer)	78	97	76	96	96	-	-	-	87

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

5.1.4.4 Aspekte der Qualität in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie

SOPs lagen bei **100%** der Einrichtungen in der Akutversorgung und bei **88%** der Einrichtungen in der Nachsorge vor, dies liegt deutlich über den Anteilen der Einrichtungen für den Erwachsenenbereich. **62%** der Einrichtungen in der Akutversorgung und **46%** der Einrichtungen in der Nachsorge gaben an, dass ein **Supervisionsangebot** zur Verfügung gestanden habe. **Diagnostische Verfahren** bzw. den Einsatz von **standardisierten Selbstbeurteilungsinstrumenten** setzten **94%** der Einrichtungen in der Akutversorgung ein.

Auch zeigt sich, dass hier zu einem höheren Anteil **Kooperationsvereinbarungen** vorliegen als im Bereich der erwachsenen Krebserkrankten, und zwar mit einem breiten Spektrum unterschiedlicher Einrichtungen. Die meisten Einrichtungen der **Akutversorgung** haben mit familienorientierten Rehabilitationseinrichtungen (77%), Elterninitiativen und –vereinen (71%) sowie Jugendrehabilitationseinrichtungen und Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (jeweils 65%) kooperiert. In der **Nachsorge** kooperierten die meisten Einrichtungen mit familienorientierten Rehabilitationseinrichtungen (77%), Elterninitiativen und –vereinen (71%) sowie psychosozialen Diensten/Teams in anderen pädiatrischen Kliniken (65%) sowie Jugendrehabilitationseinrichtungen und SAPPV-Teams oder auch Regionalgruppen (jeweils 59%). Der hohe Anteil an Kooperationen mit Elterninitiativen und -vereinen stellt eine wichtige Besonderheit in der pädiatrischen psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung dar.

5.1.5 Einordnung der Leistungserbringenden im Rahmen des Kriterienkatalogs

Der in Abschnitt 3.1.7 beschriebene **Kriterienkatalog** (Tabelle 2) ist ein vorgeschlagener Orientierungsrahmen zur Kennzeichnung bestehender psychoonkologischer Angebote für Krebserkrankte, wie er im Rahmen der Sitzung des Fachbeirates am 15.02.2017 diskutiert und befürwortet wurde. Die Grundlage für den Kriterienkatalog bilden als konsentierete Quellen die **S3-Leitlinie für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebserkrankter** (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014) und die **Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft** (DKG) (Deutsche Krebsgesellschaft, 2017), soweit sie für den Typ des Angebots anwendbar waren. Insgesamt enthält dieser Katalog **11 Merkmalsbereiche**, aus denen entsprechende Kriterien abgeleitet werden. Die Auswertung bezieht sich dabei auf die zentrale Kategorie in Tabelle 2.

Da nicht für alle Einrichtungen zu allen Kriterien verwertbare Angaben vorliegen, findet sich in Tabelle 357 eine Einordnung zu denjenigen Kriterien, welche zur Beurteilung herangezogen werden konnten (Fragestellung 5). Gleichzeitig wurde für die Einrichtungen ein **Summenwert für die Anzahl erfüllter Kriterien** gebildet, welcher zur Einschätzung eingesetzt werden kann, welcher je nach Einrichtungsart zwischen maximal 6 und 8 Punkten liegen kann.

Alle Einrichtungen erfüllen das **Kriterium des persönlichen Kontaktes** mit den Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen als Face-to-Face-Kontakt.

Eine Prüfung der Anforderung, dass mindestens ein Beschäftigter bzw. eine Beschäftigte der Einrichtung der **ärztlichen, psychologischen, sozialarbeiterischen, sozialpädagogischen oder pädagogischen Berufsgruppen** angehören sollte, ergibt, dass dies zu **100%** bei Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, bei psychoonkologischen Ambulanzen und bei psychoonkologischen Diensten gegeben ist, zu einem hohen Anteil (**86%**) bei den Krebsberatungsstellen und bei der Mehrheit der stationären Hospize ebenfalls erfüllt ist. Für die ambulanten Hospize ist dieses Kriterium nur bei **16%** der befragten Anbietenden erfüllt.

Tabelle 357: Erfüllung der Kriterien des angewandten Kriterienkatalogs nach Einrichtungen (Angaben in %)

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Kriterium*								
Versorgung von Krebskranken/ Angehörigen	100	100		100	100	100		100
Angebot Face-to-Face-Kontakt	100	100		100	100	100	-	100
(Mindestens 1 Mitarbeiter) Berufsgruppe laut Kriterienkatalog	100	85		16	100	100	-	68
(Mindestens 1 Mitarbeiter) mit abgeschlossener psychoonkologischer Weiterbildung	76	86		14	100	100	-	22
Supervision wird angeboten	70	72		85	67	67	-	42
Räumlichkeiten (mindestens zwei Kriterien erfüllt)	93	98		-	70	69		93
Raum für ungestörte Gespräche	100	96		-	68	-	-	77
Barrierefreiheit	41	83		-	93	-	-	97
Erreichbarkeit ÖPNV	92	98		-	99	-	-	90
Einsatz von Screening-Instrumenten	43	43		-	100	100	-	-
Dokumentation (EDV und/oder handschriftlich)	95	98		87	100	100		79
Summe der erfüllten Kriterien (%)	max. 8	max. 8		max. 6	max. 8	max. 7		max. 7
1	100	100		100	100	100		100
2	100	100		100	100	100		100
3	100	99		80	100	100		80
4	99	96		58	100	100		75
5	95	91		19	97	50		58
6	81	73		1	92	41		34
7	60	51			59	18		5
8	26	16			25			

Anmerkungen. * unberücksichtigt bleiben hier fehlende Werte; PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizdienste, POA = psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste (Konsiliardienst vs. Liaisondienst), SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

In Hinblick auf eine anerkannte abgeschlossene **psychoonkologische Weiterbildung** zeigen sich hohe Werte zwischen **76% und 100%** bei den meisten Einrichtungen. Niedriger liegt der Anteil bei den Hospizen (14% bzw. 22%).

Ein **Supervisionsangebot** wird von den meisten Einrichtungen zur Verfügung gestellt (zwischen **67%** und **85%**), in stationären Hospizen ist dieser Anteil mit 42% etwas geringer.

Im Hinblick auf den Bereich „**Räumlichkeiten**“ wurden drei Aspekte fokussiert: ein Raum für ungestörte Gespräche mit Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen, Barrierefreiheit und gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln. **Mindestens zwei dieser Aspekte** erfüllen mit hohen Anteilen die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt (**93%**), die Krebsberatungsstellen (**98%**) und die stationären Hospize (**93%**). Für psychoonkologische Ambulanzen und psychoonkologische Dienste liegt dieser Anteil mit ca. **70%** etwas niedriger.

Das Kriterium „**Einsatz von Screening-Instrumenten**“ erfüllen psychoonkologische Ambulanzen und psychoonkologische Dienste zu 100%. Mit jeweils 43% weit geringer fällt der Prozentsatz bei Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt sowie in Krebsberatungsstellen aus.

Eine **mindestens handschriftliche Dokumentation** führen fast alle Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt (**95%**) und Krebsberatungsstellen (**98%**). Ambulante Hospize geben zu **87%** und stationäre Hospize zu **79%** an zu dokumentieren.

Ein Blick auf den **Summenwert der erfüllten Kriterien** zeigt, dass bei einem hohen Anteil der Einrichtungen jeweils nur zwei der maximal möglichen Kriterien fehlen: Dies sind bei den Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt über 81%, den Krebsberatungsstellen 73%, den psychoonkologischen Ambulanzen 92% und den psychoonkologischen Diensten 50%. Bei den Hospizangeboten sind es im ambulanten wie im stationären Bereich jeweils 58% der Einrichtungen.

5.1.6 Umfang der Versorgung

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit den Fragen zum Versorgungsgrad in den einzelnen Einrichtungen bzw. einzelner Anbietende sowie der räumlich-geographischen Verteilung der psychoonkologischen Versorgung in Deutschland und geht auf Unterschiede in der Verteilung psychoonkologischer/psychosozialer Einrichtungen ein (Fragestellungen 6.1 und 6.2).

5.1.6.1 Versorgungsgrad der Leistungserbringenden

Zum Versorgungsgrad liegen Ergebnisse zur Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten und Angehörigen, abgewiesenen Anfragen sowie Wartezeiten vor.

Die Anzahl ambulant versorgter **Krebserkrankter** im Jahr 2016 fiel in den einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich aus (Tabelle 358): Der Mittelwert lag im **ambulanten Bereich** mit durchschnittlich **37 Krebserkrankte/Jahr** bei Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt am niedrigsten, für **Krebsberatungsstellen** mit durchschnittlich **258 versorgten Patientinnen und Patienten/Jahr** am höchsten. Lediglich **psychoonkologische Ambulanzen** gaben, verglichen mit anderen Einrichtungen, mit **139 Krebserkrankte** eine höhere Anzahl an versorgten Patientinnen und Patienten an.

Für den **stationären Bereich** versorgten mit durchschnittlich **81 Krebserkrankte/Jahr** die stationären Hospize am wenigsten Patientinnen und Patienten psychoonkologisch bzw. psychosozial. Die höchste Anzahl an Patientinnen und Patienten wurde von **psychoonkologischen Diensten** (Konsiliardienst: **764**, Liaisondienst: **494**) psychoonkologisch bzw. psychosozial versorgt. Einen Mittelplatz nahmen hier stationäre Palliativangebote mit **300 Patientinnen und Patienten** ein.

Für die versorgten **Angehörigen** (womit neben den familiären Angehörigen der Krebserkrankten auch die Personen des unmittelbaren sozialen Umfelds, d.h. auch Lebenspartnerinnen oder -partner eingeschlossen sind) gilt, dass über die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt im Mittel **9 Angehörige/Jahr** und in psychiatrischen Institutsambulanzen durchschnittlich **13 Angehörige/Jahr** versorgt wurden. Durchschnittlich **98 Angehörige/Jahr** fanden Unterstützung in stationären Hospizen und **87 Angehörige/Jahr** in Krebsberatungsstellen. In **ambulanten Hospizen** und **psychoonkologischen Ambulanzen** sind es im Mittel **54** bzw. **49** Personen, die als Angehörige beraten wurden.

Für alle untersuchten Einrichtungen gilt, dass angesichts der z.T. schiefen Verteilung durch einige wenige Einrichtungen mit sehr hohen Patientenzahlen der Median z.T. sehr deutlich unter den Mittelwerten liegt (Tabelle 358), was bei der Diskussion der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

Für die **Pädiatrische Onkologie und Hämatologie** lässt sich feststellen, dass in der Akutversorgung **69%** angaben, dass es ein separates psychosoziales Angebot für **Geschwisterkinder** gegeben hat. In der Nachsorge gaben **36%** der Einrichtungen an, ein solches Angebot für Geschwisterkinder von krebserkrankten Kindern angeboten zu haben.

Tabelle 358: Versorgte Patientinnen und Patienten und Angehörige nach Einrichtungen

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD Konsil	POD Liaison	SPA	SH
Versorgte Krebspatienten und Angehörige									
Anzahl versorgter Patienten									
Mittelwert	37.0	257.8	59.6	56.0	139.2	764.0	494.2	299.7	80.9
SD	64.1	375.1	144.9	40.7	149.9	1225.5	522.4	207.9	57.5
Median	14	100	22	37	67	421	355	250	82
Anzahl versorgter Angehöriger									
Mittelwert	8.8	87.3	12.5	54.0	49.0	-	-	-	97.6
SD	18.9	150.2	14.1	41.9	93.4	-	-	-	101.6
Median	3	33	7	50	15	-	-	-	55
Anzahl Kontakte/Patient									
Mittelwert	-	-	-	-	5.9	2.6	3.1	-	-
SD	-	-	-	-	7.5	1.2	1.7	-	-
Median	-	-	-	-	4	2	3	-	-

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Psychosoziale Krebsberatungsstellen, PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizangebote, POA = Psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste, SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Dass **Anfragen** in 2016 **abgewiesen** werden mussten, gaben psychoonkologische Ambulanzen zu **74%**, Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt zu **62%** und Ambulante Hospize zu **31%** an. Abgewiesene Anfragen wurden z.B. aufgrund unzureichender Versorgungskapazitäten, Entfernung der Einrichtung vom Wohnort der Patientinnen und Patienten oder Angehörigen, Sprachbarrieren, aber auch fehlender ICD-10 F-Diagnose ausgesprochen.

Für Krebsberatungsstellen waren es im Mittel **neun Tage** bis zum regulären Versorgungsbeginn. Einen Versorgungsbeginn am selben Tag der Anfrage leisteten ambulante Hospizangebote zu 24%, für stationäre Hospize lag dieser Wert bei 54%. Die Versorgung am Tag der Anfrage leisteten im Mittel

2% der Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt und 9% der psychoonkologischen Ambulanzen.

Ein Blick auf **Wartezeiten auf einen Termin** zeigt, dass ein Versorgungsbeginn **am gleichen Tag** für **54%** der **stationären Hospize** und für **24%** der **ambulanten Hospize** möglich war (Tabelle 359). Dies geben lediglich 2% psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, 3% der psychiatrischen Institutsambulanzen und 9% der psychoonkologischen Ambulanzen an. Die Wartezeit bis zum **regulären Versorgungsbeginn** der Krebserkrankten fällt für **ambulante und stationäre Hospize** mit im Mittel zwei bzw. drei Tagen niedrig aus. Mit sieben bzw. neun Tagen durchschnittlicher Wartezeit liegt sie für psychoonkologische Ambulanzen und für Krebsberatungsstellen ebenfalls niedrig. Mit aus Patientensicht langen Wartezeiten auf den regulären Versorgungsbeginn mussten Krebserkrankte und/oder Angehörige bei psychologischen und ärztlichen **Psychotherapeutinnen und -therapeuten** mit psychoonkologischem Schwerpunkt (**28 Tage**, zu 18% sogar über einen Monat) sowie **psychiatrischen Institutsambulanzen** (**20 Tage**, zu 13% über einen Monat) rechnen. Diese Wartezeiten bei Psychologischen und ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten sind durchaus zu erwarten. Für psychiatrische Institutsambulanzen scheinen diese Wartezeiten angesichts möglicher täglicher Notfallsprechstunden für besonders schwer belastete Patientinnen und Patienten jedoch relativ lang.

Tabelle 359: Wartezeiten auf die Behandlung/Beratung nach Einrichtungen

	PTO	KBS	PIA	AH	POA	POD	SPA	SH
Wartezeiten auf Termine								
Versorgungsbeginn am selben Tag (in %)	2	KBSE 9 KBSA 6 AUS 6	3	24	9	-	-	54
Wartezeit auf den regulären Versorgungsbeginn (in Tagen)								
Mittelwert	27.5	9.1	19.9	2.3	6.8	-	-	2.3
SD	37.6	6.6	28.7	1.7	7.1	-	-	0.9
Median	14	7	-	2	3	-	-	3
Versorgungsbeginn im Krisenfall am selben Tag (in %)	-	KBSE 49 KBSA 48 AUS 23	63	-	64	-	-	-
Wartezeit im Krisenfall (in Tagen)								
Mittelwert	10.7	4.4	14.9	-	1.8	-	-	-
SD	23.1	5.6	35.1	-	4.4	-	-	-
Median	5	2	-	-	0	-	-	-

Anmerkungen. PTO = Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt, KBS = Psychosoziale Krebsberatungsstellen (KBSE = Krebsberatungsstelle eigenständig, KBSA = Krebsberatungsstelle mit Au-

ßenstelle, AUS = Außenstelle), PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen, AH = Ambulante Hospizangebote, POA = Psychoonkologische Ambulanzen, POD = Psychoonkologische Dienste, SPA = Stationäre Palliativangebote, SH = Stationäre Hospize; - = nicht im Fragebogen enthalten oder keine ausreichend verwertbaren Angaben vorhanden.

Im **Krisenfall**, d.h. bei einer akuten psychischen Belastungssituation, die eine kurzfristige unterstützende Intervention erfordert, fanden Krebserkrankte oder ihre Angehörigen jedoch schneller Hilfe: Ein Versorgungsbeginn im Krisenfall erfolgte bei 32% der Krebsberatungsstellen, bei 63% der psychiatrischen Institutsambulanzen und bei 64% der psychoonkologischen Ambulanzen am selben Tag.

Versorgungsgrad in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie

In der **Akutversorgung** wurden im Jahr 2016 insgesamt durchschnittlich **75 krebskranke Kinder** bzw. ihre Familien versorgt (separat zusätzlich im Durchschnitt **15 Geschwisterkinder**). In der **Nachsorge** beträgt die durchschnittliche Anzahl der behandelten **krebskranken Kinder** bzw. Familien **107** (separat zusätzlich im Durchschnitt **13 Geschwisterkinder**).

Bezogen auf die Wartezeiten bis zum Versorgungsbeginn gaben in der Akutversorgung 39% sowie in der Nachsorge 20% der Einrichtungen an, dass sie den **Versorgungsbeginn noch am selben Tag** anbieten konnten. Die **Wartezeiten** betragen im Durchschnitt **3,9 Tage** (Median=**3 Tage**) für die Akutversorgung und **7,3 Tage** (Median=**7 Tage**) für Nachsorge. 92% der Einrichtungen in der Akutversorgung gaben an, dass sich im **Krisenfall** die Wartezeit dahingehend verkürzt hat, dass sie einen Versorgungsbeginn noch am selben Tag der Aufnahme gewährleisten konnten. In der Nachsorge betrug die Wartezeit im Krisenfall bei 67% der Einrichtungen 0 Tage, bei 25% 2 Tage und bei 8% 3 Tage.

5.1.6.2 Unterschiede in der Verteilung psychoonkologischer und psychosozialer Leistungserbringenden auf Ebene der Bundesländer

Tabelle 360 und Tabelle 361 geben einen **Überblick über die verschiedenen Leistungsanbieter** in den einzelnen Bundesländern. In der zweiten Spalte vorangestellt findet sich noch einmal die Response-Raten für die verschiedenen Angebots- bzw. Einrichtungsarten. Bei der **Darstellung der Response-Raten** beziehen sich die **Angaben zur Response-Rate „RR_r“** auf den Anteil von Antwortenden der um Teilnahme gebetenen Einrichtungen, die **Angaben zur Response-Rate „RR_{TP}“** auf den Anteil von Antwortenden, die angegeben haben, ein psychoonkologisches/psychosoziales Angebot vorgehalten zu haben. Zahlen in **grauer Schrift** zeigen Response-Raten an, die **deutlich unter 20%** liegen.

Zur Orientierung ist in Tabelle 362 und in Tabelle 363 die Anzahl der Anbietenden bzw. Einrichtungen ins Verhältnis gesetzt zur Anzahl derjenigen Patientinnen und Patienten (ohne Angehörige), für die ein Bedarf an psychoonkologischer/psychosozialer Unterstützung besteht. Dabei wird deutlich, dass z.B. für die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt die Anzahl der Patientinnen und Patienten pro Therapeutin bzw. Therapeut zwischen 37 Patientinnen und Patienten in Berlin und 2.358 Patientinnen und Patienten in Mecklenburg-Vorpommern schwankt. Bei den Krebsberatungsstellen (incl. der Außenstellen) schwanken die Werte ebenfalls beträchtlich zwischen 357 und 1.769 Patientinnen und Patienten pro Einrichtung.

Genauere Analysen, die sowohl die Anzahl der Patientinnen und Patienten pro Bundesland wie auch die Kapazität der versorgenden Einrichtung berücksichtigen, erfolgen in Abschnitt 5.2.2.

Tabelle 360: Zur Teilnahme eingeladene identifizierte ambulante Einrichtungen mit psychoonkologischem/psychosozialen Angebot nach Bundesländern (Angaben in absoluten Zahlen)

Ambulante Einrichtungen	Teilnahmequoten (%) ¹		BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH	D
	RR _T	RR _{TP}																	
Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt	22	19	116	129	295	20	22	71	84	3	74	205	27	15	19	8	57	6	1151
Krebsberatungsstellen (KBS)																			
KBS und KBS mit Außenangebot	68	68	16	18	12	4	2	4	9	4	28	23	6	2	20	4	4	8	164
Außenstellen von KBS	73	73	10	18	7	3	2	5	9	0	3	35	34	4	28	14	6	5	183
Psychiatrische Institutsambulanzen	13	7	52	50	27	35	10	16	39	30	56	98	28	10	47	28	22	21	569
Onkologische Gemeinschaftspraxen	3	1	30	51	16	9	3	11	17	9	23	55	18	3	10	7	9	7	278
Psychotherapeutische bzw. psychiatrische Gemeinschaftspraxen	3	0,02	18	15	18	3	1	13	16	6	8	14	9	5	13	2	7	5	153
Psychotherapeutische Ausbildungsinstitute	14	5	22	26	16	3	4	8	16	3	12	26	12	3	9	3	5	3	171
Ambulante Palliativangebote	15	11	26	37	18	10	3	15	26	9	39	27	5	7	17	8	40	7	294
Ambulante Hospizangebote	23	10	158	94	33	16	9	16	18	12	30	226	37	8	44	16	39	22	778
Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)	5	3	557	514	346	72	38	67	412	41	319	794	137	52	175	53	116	38	3731
Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (KBV-Zufallsstichprobe)	5	1	734	947	315	140	43	160	410	115	537	1193	281	70	303	150	199	141	5738
Ambulante und stationäre Einrichtungen																			
Psychoonkologische Ambulanzen und Dienste	36	36	50	62	17	18	7	8	25	10	27	105	12	6	20	13	14	12	406

Anmerkungen. RR_T = Response Rate Teilnehmer bezogen auf „Einrichtungen insgesamt“, RR_{TP} = Response Rate Teilnehmer mit PSO-Angebot bezogen auf „Einrichtungen insgesamt“, in grauer Schrift sind Response-Raten von deutlich unter 20%

Tabelle 361: Zur Teilnahme eingeladene identifizierte stationäre Einrichtungen mit psychoonkologischem/psychosozialen Angebot nach Bundesländern (Angaben in absoluten Zahlen)

Stationäre Einrichtungen	Teilnahmequoten (%) ¹		B	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH	D
	RR _T	RR _{TP}	W																
Psychosoziale Dienste	10	5	48	53	18	27	3	7	41	10	62	171	49	6	66	13	33	17	624
Kliniken, Zentren*	5	2	374	287	207	168	27	47	172	98	272	345	378	24	16	172	30	134	2751
Stationäre Palliativversorgung	17	16	46	59	12	8	3	5	19	13	35	88	20	5	27	9	11	10	370
Stationäre Hospize	26	16	27	19	17	9	2	11	19	9	25	69	11	4	9	7	8	7	253

Anmerkungen. RR_T = Response Rate Teilnehmer bezogen auf „Einrichtungen insgesamt“, RR_{TP} = Response Rate Teilnehmer mit PSO-Angebot bezogen auf „Einrichtungen insgesamt“, in grauer Schrift sind Response-Raten von deutlich unter 20%; * Einrichtungen ohne identifizierbaren psychoonkologischen Dienst oder psychosozialen Dienst.

Tabelle 362: Anzahl Krebserkrankter mit Bedarf an psychoonkologischer/psychosozialer Versorgung pro identifizierten und zur Teilnahme eingeladenen ambulanten Einrichtungen nach Bundesländern

Ambulante Einrichtungen	Teilnahmequoten (%) ¹		BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
	RR _T	RR _{TP}																
Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt	22	19	266	336	37	504	173	96	246	2.358	418	353	540	284	901	1.132	217	1.462
Krebsberatungsstellen (KBS) und Außenstellen	71	71	1.188	1.205	575	1.439	951	755	1.147	1.769	999	1.248	365	711	357	503	1.234	675
Psychiatrische Institutsambulanzen	13	7	594	868	405	288	380	425	529	236	553	738	521	426	364	323	561	418
Onkologische Gemeinschaftspraxen	3	1	1.030	851	683	1.119	1.268	618	1.214	786	1.346	1.316	810	1.421	1.712	1.294	1.371	1.253
Psychotherapeutische bzw. psychiatrische Gemeinschaftspraxen	3	0,02	1.716	2.892	607	3.357	3.805	523	1.290	1.179	3.871	5.168	1.621	853	1.317	4.529	1.763	1.754
Psychotherapeutische Ausbildungsinstitute	14	5	1.404	1.668	683	3.357	951	850	1.290	2.358	2.580	2.783	1.216	1.421	1.903	3.019	2.468	2.924
Ambulante Palliativangebote	15	11	1.188	1.172	607	1.007	1.268	453	794	786	794	2.680	2.918	609	1.007	1.132	309	1.253
Ambulante Hospizangebote	23	10	196	461	331	629	423	425	1.147	590	1.032	320	394	533	389	566	316	399
Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten (KBV-Zufallsstichprobe)	5	3	55	84	32	140	100	101	50	173	97	91	106	82	98	171	106	231
Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte (KBV-Zufallsstichprobe)	5	1	42	46	35	72	88	42	50	62	58	61	52	61	57	60	62	62
Ambulante und stationäre Einrichtungen	Teilnahmequoten (%) ¹		BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
	RR _T	RR _{TP}																
Psychoonkologische Ambulanzen und Dienste	36	36	618	700	642	559	544	850	826	707	1.147	689	1.216	711	856	697	882	731

Anmerkungen. RR_T = Response Rate Teilnehmer bezogen auf „Einrichtungen insgesamt“, RR_{TP} = Response Rate Teilnehmer mit PSO-Angebot bezogen auf „Einrichtungen insgesamt“, in grauer Schrift sind Response-Raten von deutlich unter 20%; * Einrichtungen ohne identifizierbaren psychoonkologischen Dienst oder psychosozialen Dienst.

Tabelle 363: Anzahl Krebserkrankter mit Bedarf an psychoonkologischer/psychosozialer Versorgung pro identifizierten und zur Teilnahme eingeladenen stationären Einrichtungen nach Bundesländern

Stationäre Einrichtungen	Teilnahmequoten (%) ¹		BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
	RR _T	RR _{TP}																
Psychosoziale Dienste	10	5	644	818	607	373	1.268	971	504	707	499	423	298	711	259	697	374	516
Kliniken, Zentren *	5	2	83	151	53	60	141	145	120	72	114	210	39	178	1.070	53	411	65
Stationäre Palliativversorgung	17	16	672	735	910	1.259	1.268	1.360	1.087	544	885	822	729	853	634	1.006	1.122	877
Stationäre Hospize	26	16	1.144	2.283	642	1.119	1.902	618	1.087	786	1.239	1.049	1.326	1.066	1.903	1.294	1.543	1.253

Anmerkungen. RR_T = Response Rate Teilnehmer bezogen auf „Einrichtungen insgesamt“, RR_{TP} = Response Rate Teilnehmer mit PSO-Angebot bezogen auf „Einrichtungen insgesamt“, in grauer Schrift sind Response-Raten von deutlich unter 20%; * Einrichtungen ohne identifizierbaren psychoonkologischen Dienst oder psychosozialen Dienst.

5.2 Arbeitspaket 2: Analyse der Versorgungssituation und Schlussfolgerungen

5.2.1 Versorgungsbedarf

In diesem Abschnitt soll zu der Frage Stellung genommen werden, welcher **Versorgungsbedarf** sich aus den herangezogenen Kennzahlen generell und unter Berücksichtigung regionaler Aspekte bzw. der Art der Krebserkrankung ableiten lässt (Fragestellung 1).

Wie im Abschnitt 3.2.1 beschrieben, erfolgt die Abschätzung der Häufigkeit behandlungsbedürftiger psychoonkologischer Problemlagen und Unterstützungsbedürfnisse auf der Basis einer deutschen, weitgehend **repräsentativen multizentrischen epidemiologischen Studie** (Kuhnt et al., 2016; Mehnert et al., 2014; Mehnert et al., 2012).

Für den **stationären Bereich** wurde auf der Basis der epidemiologischen Studie (Faller, Weis, et al., 2016) von einem Expertengremium ein **Bedarfs- und Versorgungsalgorithmus Psychoonkologie** erstellt (Mehnert et al., in Vorbereitung). Dieser Algorithmus wird auch im Rahmen dieses Gutachtens als Ausgangspunkt zur Abschätzung des Bedarfs herangezogen, da er auf einer verlässlichen epidemiologischen Grundlage basiert und von einer Expertengruppe konsentiert ist.

Die **evidenzbasierte Schätzung** der **psychischen Komorbidität** (irgendeine CIDI-O-Diagnose vorliegend) und/oder der **psychischen Belastung** (ein Wert ≥ 5 im Distress-Thermometer) in Kombination mit dem **subjektiven Unterstützungsbedürfnis** der Patientinnen und Patienten führte zu einer Unterscheidung von zwei Gruppen: **Moderat belastete Indikationsgruppen** mit einem durchschnittlichen Anteil von **30% belasteter Patientinnen und Patienten** (Prostata- und Hautkrebs) und **hoch belastete Indikationsgruppen** (alle anderen Tumorentitäten) mit einem Anteil von **50% belasteter Patientinnen und Patienten**. Da sich der Anteil belasteter Patientinnen und Patienten in allen drei untersuchten Settings (akut-stationär, ambulant, Rehabilitation) als vergleichbar hoch erwies (Mehnert et al., 2018), legen wir diese beiden Belastungsgruppen nachfolgend sowohl für den **ambulant und Nachsorgebereich** als auch die **stationäre Versorgung** zu Grunde. Wir gehen entsprechend davon aus, dass Patientinnen und Patienten im Verlauf ihrer Behandlung sowohl Bedarf im stationären als auch im ambulanten bzw. Nachsorgebereich aufweisen. Daher ist es sinnvoll, die Versorgungsbedarfsschätzung getrennt nach den beiden Settings vorzunehmen. Diese Trennung spiegelt sich auch in einer sektorenbezogenen Finanzierung wider.

Darüber hinaus erlaubt die Studie auch eine erste Abschätzung der **Prävalenz sozialer Belastung**. Hierzu wurden zum einen die Angaben des Bereiches „Praktische Probleme“ im Distress-Thermometer herangezogen, bei denen die Patientinnen und Patienten ankreuzen konnten, ob sie in einem oder mehreren Bereichen der folgenden Bereiche in der letzten Woche Probleme hatten: Wohnsituation, Versicherung, Arbeit/Schule, Beförderung (Transport) und Kinderbetreuung. Wenn mindestens ein Bereich als Problem benannt wurde und das Ausmaß der Belastung auf dem Distress-Thermometer ≥ 5 angegeben wurde, wurde für diesen Patientinnen und Patienten von einer sozialen Belastung ausgegangen. Ergänzt wurde dies durch Frage 28 des EORTC-QOL-C30 Fragebogen, in dem die Patientinnen und Patienten auf einer vierstufigen Skala angeben konnten, ob und in welchem Ausmaß sich durch ihren körperlichen Zustand oder die medizinische Behandlung finanzielle Schwierigkeiten ergeben hatten, wobei die beiden oberen Kategorien ebenfalls als Indikator für soziale Belastung gewertet wurden. Eine soziale Belastung wurde kodiert, wenn in mindestens einer der beiden Variablen eine Belastung vorlag (vgl. Singer et al., 2011).

Die Auswertung dieser Variablen ergibt für die oben genannte Stichprobe (N=2.141 Patientinnen und Patienten) eine **Prävalenz sozialer Belastung von 28,8%** (95% CI: 26,73% - 30,77%). Für die drei unterschiedlichen Settings ergeben sich folgende Werte: **Stationäre Versorgung/Akutklinik 27,0%** (95% CI: 23,98% - 30,10%), **ambulante Behandlung 30,1%** (95% CI: 26,41% - 33,82%) und **Rehabilitationsklinik 29,8%** (95% CI: 25,95% - 33,74%). Ein Vergleich mit denjenigen Patientinnen und Patienten, die eine psychische Belastung aufweisen, ergibt eine **hohe Übereinstimmung**.

Auf der Basis dieser Ergebnisse sowie den vorliegenden Zahlen zur **Inzidenz der einzelnen Krebserkrankungen auf Kreisebene** lässt sich für jede **Raumordnungsregion** der Anteil der Krebserkrankten schätzen, für die von einer beratungs- bzw. behandlungsrelevanten psychoonkologischen/psychosozialen Belastung auszugehen ist. Diese Schätzung wurde – wie im Abschnitt 3.2.1 beschrieben – noch mit dem **Faktor 1.4** als **Schätzer der Inanspruchnahme-Prävalenz** multipliziert. Die Ergebnisse dieser Bedarfsschätzung auf Ebene der 96 Raumordnungsregionen sind Tabelle 364 zu entnehmen, ergänzend finden sich dort auch die Angaben zur Inzidenz der Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen der Diagnosegruppen Prostata- und Hautkrebs (sowie Patientinnen und Patienten aller weiteren Diagnosegruppen).

Es ist darauf hinzuweisen, dass die epidemiologische Studie keine ausreichenden Hinweise für den Bedarf an Unterstützung durch palliative Angebote oder Hospize liefern kann, ebenso wenig für den Bereich der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie sowie der Angehörigen von Krebserkrankten.

Es liegen verschiedene Schätzungen zum Bedarf für die **palliative Versorgung** vor. Der S3-Leitlinie Palliativmedizin (Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft - Deutsche Krebshilfe - AWMF), 2015) ist eine Schätzung der WHO zu entnehmen, wonach der **palliativmedizinische Bedarf** für Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung auf **218 pro 100.000 Erwachsene** bestimmt wird (World Health Organization, 2014). Diese ergäbe konservativ gerechnet pro Raumordnungsregion (ROR) durchschnittlich **1.865 Patientinnen und Patienten pro Jahr** (SD = 1.406, Median = 1.344 Patientinnen und Patienten).

Bezogen auf den **Bedarf an Betten auf Palliativstationen** geht eine andere Schätzung von **50 Betten je 1 Million Einwohner aus** (Deutscher Hospiz- und Palliativverband, 2018b). Wird auf der Basis der eigenen Erhebung konservativ ein Anteil der Krebserkrankten von 80% auf Palliativstationen zu Grunde gelegt, ergibt sich **pro ROR ein mittlerer Bettenbedarf von 34 Betten** (SD = 25,8, Median = 25 Betten).

5.2.2 Deckungsgrad der psychoonkologischen Versorgung in Deutschland

Gegenstand dieses Abschnittes ist, ob bzw. inwieweit unter Einbezug der ermittelten Kapazitäten ein **ausreichender Deckungsgrad für die psychoonkologische Versorgung** in Deutschland erreicht ist und ob es relevante regionale Unterschiede gibt (Fragestellung 2).

5.2.2.1 Abschätzung der Versorgungsdichte auf der Basis epidemiologischer Bedarfsschätzungen

Wie im Abschnitt 3.2.3 (Methodik zur Abschätzung der Versorgungsdichte) beschrieben, fließen in die **Bewertung der ambulanten Versorgungssituation** die Angaben der folgenden Einrichtungsarten ein: **Krebsberatungsstellen, niedergelassene Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychoonkologischer Schwerpunktsetzung** sowie **ambulante psychoonkologische Dienste**. Dazu werden die im deskriptiven Ergebnisteil dargestellten Summenwerte zur Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten der einzelnen Einrichtungen pro Jahr zu Grunde gelegt und – wie ebenfalls im entsprechenden Methodenteil beschrieben - fehlende Werte durch den Median der jeweiligen Bundesländer geschätzt. Die regionale Auswertung erfolgt auf Ebene der ROR, in dem die teilnehmenden sowie die nicht-teilnehmenden Einrichtungen pro ROR identifiziert werden und die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die versorgt wurden, aufsummiert werden. Dazu wird dann pro ROR der Anteil der Patientinnen und Patienten addiert, die in der onkologischen Rehabilitation behandelt wurden, und zwar relativ zum Anteil der Tumorpatientinnen und -patienten pro ROR. Diesen Zahlen werden pro ROR mit der Anzahl derjenigen Patientinnen und Patienten

in Relation gesetzt, für die auf der Basis der Ergebnisse der epidemiologischen Studie von einem psychoonkologischen/psychosozialen Behandlungsbedarf auszugehen ist (wobei die Inzidenz mit dem Faktor 1.4 als Schätzer der Inanspruchnahme-Prävalenz multipliziert wurde). Tabelle 364 ist für jede ROR die Zahl dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten zu entnehmen, sowie die stationär und ambulant bzw. in der Nachsorge behandelten Patientinnen und Patienten der einbezogenen Einrichtungsarten.

Tabelle 364: Vergleich Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Bedarf für PSO-Angebote und versorgter Patientinnen und Patienten pro ROR

ROR Nr.	ROR Name	Land	Patienten (C43, C61)	Patienten (alle weiteren)	Patienten mit Bedarf für PSO	Versorgte Pat. ambulant/ Nachsorge	Versorgte Pat. stationär
101	SH Mitte	SH	829	3896	3076	886	1400
102	SH Nord	SH	507	2486	1953	589	440
103	SH Ost	SH	526	2500	1971	1115	1760
104	SH Süd	SH	1090	5267	4145	671	1743
105	SH Süd-West	SH	341	1506	1197	560	460
201	Hamburg	HH	1332	8914	6799	8182	7780
301	Braunschweig	NI	1497	5987	4820	2998	1876
302	Bremen-Umland	NI	663	2710	2176	295	938
303	Bremerhaven	HB	434	2294	1788	1096	1114
304	Emsland	NI	456	2051	1627	820	1104
305	Göttingen	NI	628	2903	2296	715	1050
306	Hamburg-Umland-Süd	NI	730	3043	2437	1932	1914
307	Hannover	NI	1634	7618	6019	3907	6528
308	Hildesheim	NI	558	2469	1963	737	3752
309	Lüneburg	NI	327	1730	1348	540	938
310	Oldenburg	NI	515	2566	2012	1324	2809
311	Osnabrück	NI	624	2970	2341	1140	12610
312	Ost-Friesland	NI	668	3314	2601	555	938
313	Südheide	NI	380	1665	1325	1886	938
401	Bremen	HB	447	2613	2017	2998	3471
501	Aachen	NW	1348	6555	5155	1905	1730
502	Arnsberg	NW	508	2790	2166	618	2450
503	Bielefeld	NW	1849	8164	6491	2614	3600
504	Bochum/Hagen	NW	1647	8334	6526	2501	4248
505	Bonn	NW	864	4385	3432	2011	3883
506	Dortmund	NW	1198	6454	5021	1327	1950
507	Duisburg/Essen	NW	2255	12148	9451	1799	6700
508	Düsseldorf	NW	3026	15661	12234	3991	10827
509	Emscher-Lippe	NW	1042	5812	4506	2096	2540
510	Köln	NW	2222	10585	8343	4238	5630
511	Münster	NW	1588	7416	5858	2946	5813
512	Paderborn	NW	419	1964	1551	390	593
513	Siegen	NW	413	2071	1623	185	450
601	Mittelhessen	HE	983	4570	3611	2359	1660
602	Nordhessen	HE	998	4200	3360	744	2400
603	Osthessen	HE	461	1572	1294	1085	1431
604	Rhein-Main	HE	2530	12073	9514	4804	4697
605	Starkenburger	HE	665	3694	2865	1844	1495
701	Mittelrhein-Westerwald	RP	1263	6015	4741	1364	113
702	Rheinhausen-Nahe	RP	920	3886	3107	1469	3030
703	Rheinpfalz	RP	822	3499	2794	1442	2638
704	Trier	RP	471	2525	1965	1043	2013
705	Westpfalz	RP	506	2526	1980	2791	596
801	Bodensee-Oberschwaben	BW	544	2340	1867	1095	897
802	Donau-Iller (BW)	BW	355	1578	1253	378	1040
803	Franken	BW	697	3177	2516	1029	2691
804	Hochrhein-Bodensee	BW	569	2331	1871	330	897
805	Mittlerer Oberrhein	BW	659	3669	2845	1467	1794
806	Neckar-Alb	BW	619	2683	2138	1044	1894
807	Nordschwarzwald	BW	419	2108	1652	450	1655
808	Ostwürttemberg	BW	292	1654	1281	374	1794
809	Schwarzwald-Baar-Heuberg	BW	390	1871	1473	643	2105

ROR Nr.	ROR Name	Land	Patienten (C43, C61)	Patienten (alle weiteren)	Patienten mit Bedarf für PSO	Versorgte Pat. ambulant/ Nachsorge	Versorgte Pat. stationär
810	Stuttgart	BW	2227	9937	7891	3256	13896
811	Südlicher Oberrhein	BW	775	3468	2753	1611	3588
812	Unterer Neckar	BW	783	4320	3353	1437	2426
901	Allgäu	BY	434	1916	1524	1209	989
902	Augsburg	BY	691	3741	2909	2046	989
903	Bayerischer Untermain	BY	343	1454	1162	384	1600
904	Donau-Iller (BY)	BY	353	1638	1295	590	60
905	Donau-Wald	BY	607	3194	2491	1710	921
906	Mittelfranken	BY	1451	6476	5143	4089	3723
907	Ingolstadt	BY	440	1815	1456	1101	495
908	Landshut	BY	418	1934	1529	1162	1484
909	Main-Rhön	BY	452	1913	1529	887	495
910	München	BY	2420	10696	8503	8452	6950
911	Oberfranken-Ost	BY	500	2302	1821	2013	2827
912	Oberfranken-West	BY	572	2734	2154	487	895
913	Oberland	BY	401	1805	1432	429	563
914	Oberpfalz-Nord	BY	537	2560	2017	417	495
915	Regensburg	BY	721	3129	2493	1234	2989
916	Südostoberbayern	BY	684	3364	2642	1013	3149
917	Westmittelfranken	BY	414	1887	1495	330	495
918	Würzburg	BY	528	2236	1787	1845	2651
1001	Saar	SL	907	5547	4264	958	4633
1101	Berlin	BE	1674	14599	10922	14055	10881
1201	Havelland-Fläming	BB	709	3620	2832	1496	964
1202	Lausitz-Spreewald	BB	628	3124	2450	480	603
1203	Oderland-Spree	BB	456	2401	1873	312	1638
1204	Prignitz-Oberhavel	BB	306	2086	1589	423	905
1205	Uckermark-Barnim	BB	321	1702	1326	396	302
1301	Mecklenburg. Seenplatte	MV	264	1487	1152	154	1618
1302	Mittl. Mecklenburg/Rostock	MV	409	2389	1844	331	1169
1303	Vorpommern	MV	507	2845	2205	316	1427
1304	Westmecklenburg	MV	441	2413	1874	1171	302
1401	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	SN	1031	5021	3948	2668	1886
1402	Oberlausitz-Niederschlesien	SN	502	2901	2242	1133	302
1403	Südsachsen	SN	1739	8845	6922	3629	4458
1404	Westsachsen	SN	916	5181	4012	3731	2366
1501	Altmark	ST	146	953	728	196	605
1502	Anhalt-Bitterfeld-Wittenb.	ST	342	2116	1625	367	800
1503	Halle/S.	ST	514	3905	2950	1604	1331
1504	Magdeburg	ST	847	4855	3754	1803	1059
1601	Mittelthüringen	TH	642	3374	2631	2199	3187
1602	Nordthüringen	TH	339	1806	1407	797	603
1603	Ostthüringen	TH	738	3702	2901	2121	1508
1604	Südthüringen	TH	436	2356	1832	294	170

Aus dem Verhältnis von Patientinnen und Patienten mit Bedarf für psychoonkologische/psychosoziale Unterstützung und den versorgten Patientinnen und Patienten lässt sich auf der Basis der ausgewählten Einrichtungsarten für den ambulanten bzw. Nachsorgebereich sowie den stationären Bereich die **Versorgungsdichte pro ROR** berechnen. Abbildung 31 und Abbildung 30 enthalten eine

räumliche Darstellung der Versorgungsdichte im ambulanten bzw. Nachsorgebereich und des stationären Bereichs.

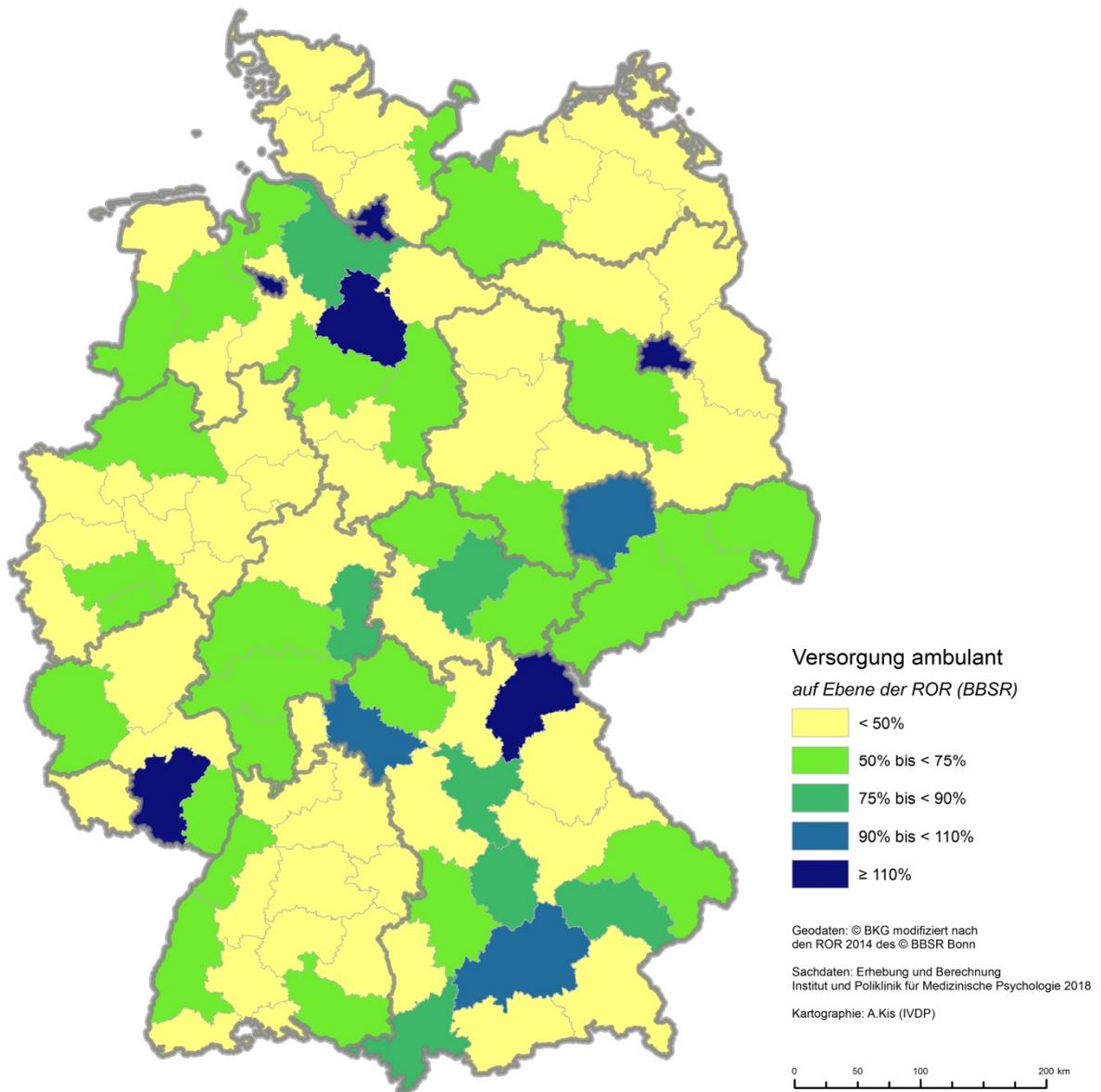


Abbildung 29: Geschätzter Deckungsgrad für die ambulante psychoonkologische Versorgung einschließlich Nachsorge in Deutschland auf der Ebene der Raumordnungsregionen (ROR)

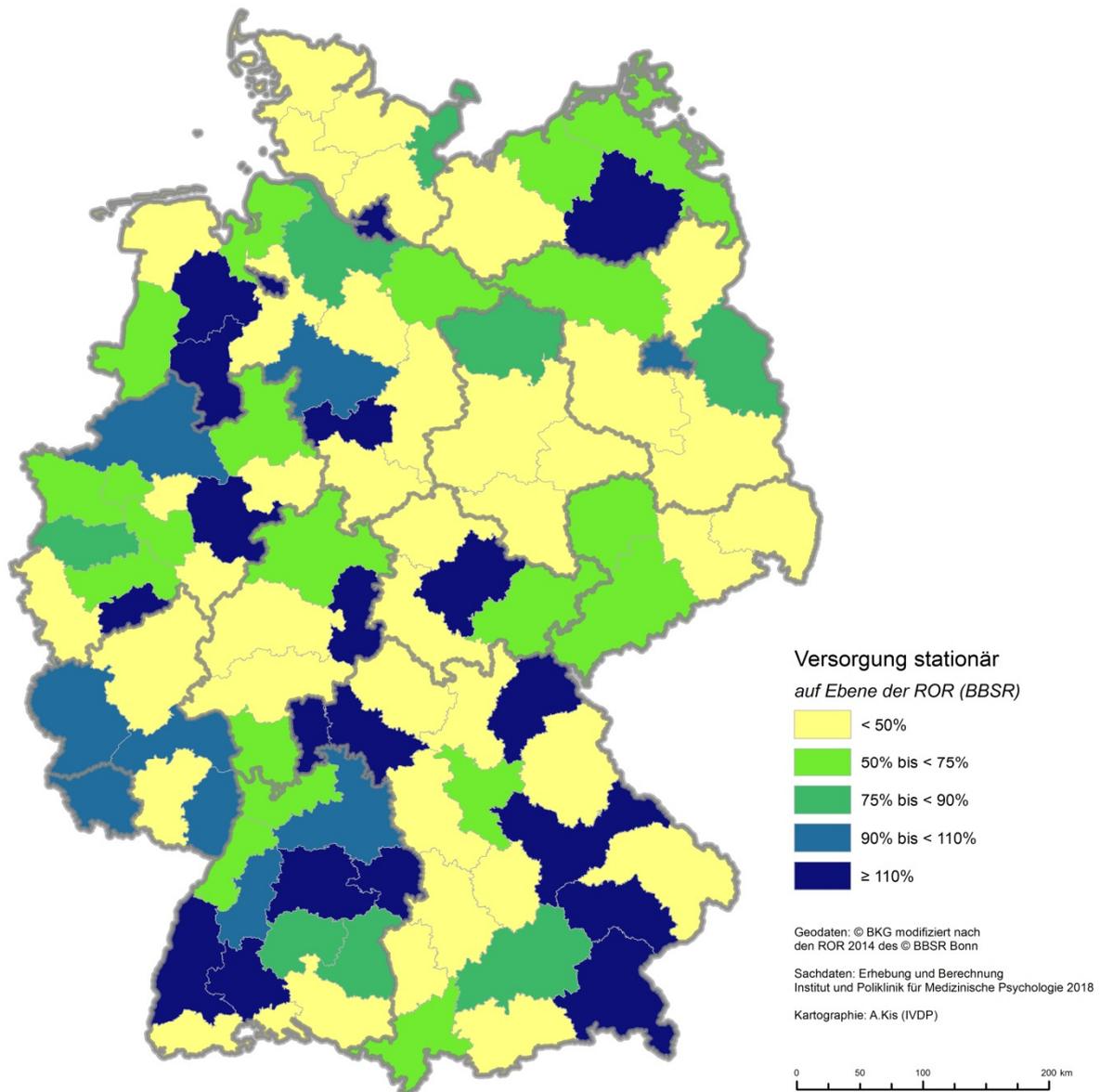


Abbildung 30: Geschätzter Deckungsgrad für die stationäre psychoonkologische Versorgung durch psychoonkologische Dienste in Deutschland auf der Ebene der Raumordnungsregionen (ROR)

Die **Häufigkeitsverteilung bzgl. der unterschiedlichen Versorgungsdichten** ist Tabelle 365 und Tabelle 366 zu entnehmen. Eine graphische Darstellung der Verteilung der Versorgungsdichte über alle Bundesländer findet sich in Abbildung 31 und Abbildung 32. Hierbei zeigt sich, dass im **ambulantem bzw. Nachsorgebereich** für etwas **mehr als die Hälfte der Regionen der Deckungsgrad unter 50%** liegt und nur **in 6 Regionen über 110%**. Für den **stationären Bereich** liegen ca. **40% der ROR**

unter einem **Deckungsgrad von 50%** und ca. **20% liegen über 110%**. Einschränkend muss hier berücksichtigt werden, dass im stationären Bereich eine deutlich geringere Rücklaufquote vorliegt, die Schätzer also unsicherer sind.

Tabelle 365: Häufigkeitsverteilung der Versorgungsdichte im ambulanten Bereich und Nachsorge

Stufen des Versorgungsdichte			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
< 50%	52	54	54
50% bis < 75%	28	30	83
75% bis < 90%	7	7	91
90% bis < 110%	3	3	94
≥ 110%	6	6	
Gesamt	96		

Tabelle 366: Häufigkeitsverteilung der Versorgungsdichte im stationären Bereich

Stufen des Versorgungsdichte			
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
< 50%	38	40	40
50% bis < 75%	21	22	62
75% bis < 90%	8	8	70
90% bis < 110%	10	10	80
≥ 110%	19	20	
Gesamt	96		

Wir haben ergänzend **Sensitivitätsanalysen** durchgeführt, bei denen wir zum einen von nur **30% Inanspruchnahme** (= Faktor 1.3) auch ein Jahr nach Diagnose sowie zum anderen von **50%** (= Faktor 1.5) ausgegangen sind. Die Ergebnisse für den ambulanten Bereich einschließlich Nachsorge finden sich in Tabelle 367. Es zeigen sich im Falle der konservativen Schätzung nur wenige Unterschiede sowohl im Anteil der ROR mit weniger als 50%, als auch mit mehr als 110% Versorgungsdichte. Deutlichere Unterschiede zeigen sich hingegen, wenn von 50% Nutzung psychoonkologischer Angebote auch nach dem ersten Jahr nach Diagnosestellung ausgegangen wird: Hier erhöht sich die Anzahl von ROR mit weniger als 50% Versorgungsdichte von 52 auf 62, dies entspricht einem Anstieg um 11%.

Tabelle 367 Sensitivitätsanalyse: Häufigkeitsverteilung der Versorgungsdichte im ambulanten und Nachsorgebereich bei angenommenen 30% vs. 50% Raten der Inanspruchnahme für PSO-Angebote nach dem 1. Jahr

Stufen des Versorgungsdichte						
	Häufigkeit		Gültige Prozente		Kumulierte Prozente	
	30% vs. 50%		30% vs. 50%		30% vs. 50%	
< 50%	45	62	47	65	47	65
50% bis < 75%	33	23	34	24	81	89
75% bis < 90%	7	3	7	3	89	92
90% bis < 110%	4	3	4	3	93	95
≥ 110%	7	5	7	5		
Gesamt	96	96				

Der Vergleich der einzelnen Bundesländer verdeutlicht für den ambulanten bzw. Nachsorgebereich in den **drei Stadtstaaten eine höhere Versorgungsdichte**. Eine höhere Versorgungsdichte findet sich auch in den Flächenländer **Hessen, Bayern, Thüringen** und **Sachsen**. Deutlich geringer fällt die Versorgungsdichte hingegen in **Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Saarland** und **Schleswig-Holstein** aus. Für die akut-stationäre Versorgung zeigt sich ebenfalls in den drei Stadtstaaten ein vergleichsweise höherer Versorgungsgrad, aber auch in den beiden Flächenländern Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz.

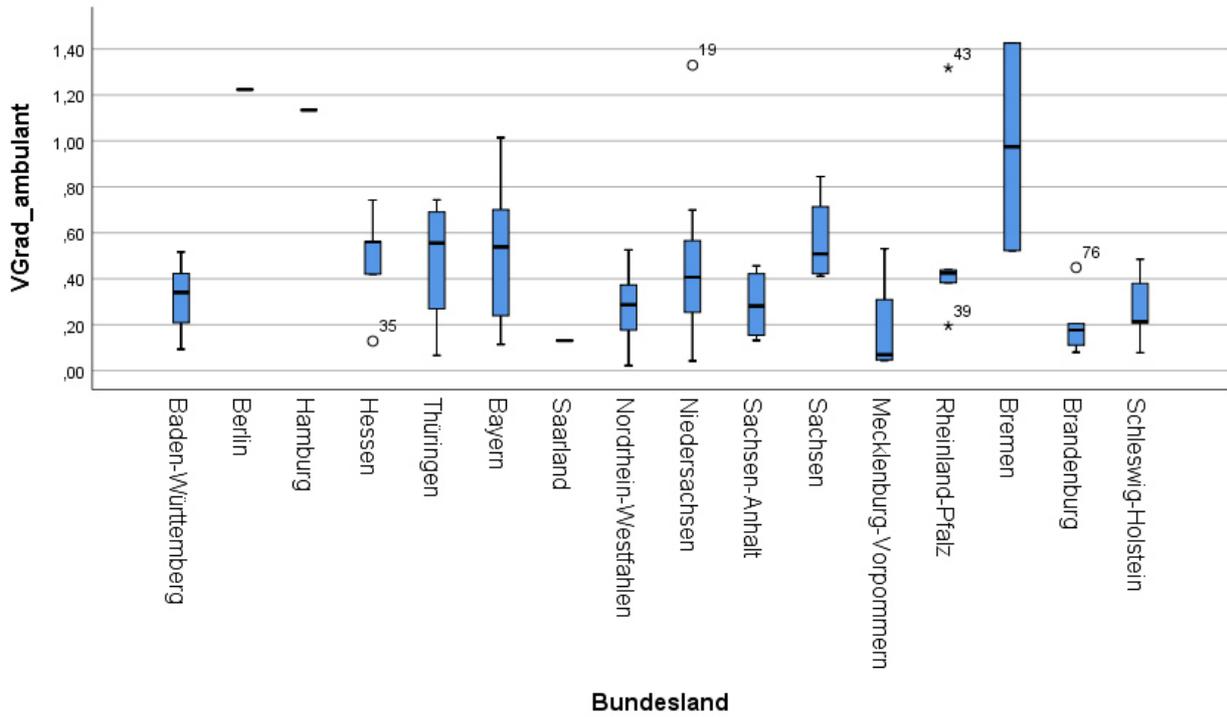


Abbildung 31: Versorgungsdichte ambulant einschließlich Nachsorge nach Bundesländern

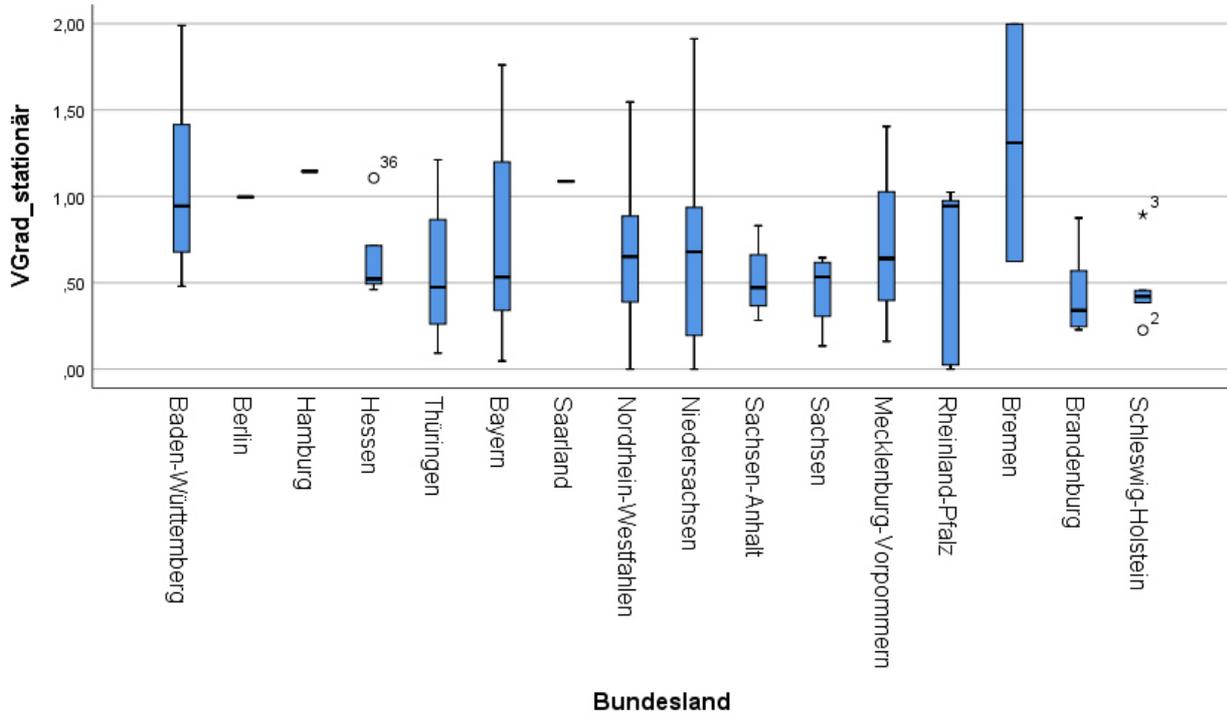


Abbildung 32: Versorgungsdichte stationär nach Bundesländern (ein Extremwert von 5,39 wurde nicht einbezogen)

5.2.2.2 Palliativ- und Hospizversorgung

Für die Bestimmung des Bedarfs der **Palliativ- und Hospizversorgung** liegen uns keine Daten aus der diesem Gutachten zu Grunde gelegten epidemiologischen Studie (Mehnert et al., 2014) vor. Wie im Abschnitt 5.1.1 (Versorgungsbedarf) beschrieben, ergibt sich basierend auf einer Schätzung der WHO (World Health Organization, 2014) ein durchschnittlicher Bedarf pro Raumordnungsregion von ca. **1.900 Patientinnen und Patienten pro Jahr**, dies entspricht insgesamt 180.000 Patientinnen und Patienten in Deutschland. In unserer Bestandsaufnahme liegen für die Palliativ- und Hospizversorgung allerdings **zu geringe Rücklaufquoten** vor, um die Versorgungsdichte regional, aber auch auf Bundesebene **verlässlich schätzen** zu können. Als eine **grobe Orientierung** kämen wir für den Bereich der **stationären Hospize** auf der Basis einer Responserate von 11% der identifizierten Einrichtungen und einem Median von 81,5 Patientinnen und Patienten und 55 Angehörigen pro Einrichtung und Jahr zu geschätzten ca. 21.000 betreuten Patientinnen und Patienten und ca. 14.000 betreuten Angehörigen. Diese Zahlen decken sich in etwa mit denen der Fachgesellschaft DHPV, die von 30.000 betreuten Menschen pro Jahr ausgeht (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, 2018a). Für die **stationäre Palliativversorgung** ergäben sich auf der Basis eines Rücklaufs von 15,7% im Median pro Einrichtung 250 versorgte Patientinnen und Patienten, dies wären für alle Einrichtungen hochgerechnet ca. **92.500 Patientinnen und Patienten pro Jahr**. Diese Zahlen aus den beiden Bereichen der stationären Versorgung können dabei nicht vollständig addiert werden, sondern es ist zu berücksichtigen, dass es auch Wechsel zwischen den Angebotsformen gibt.

Für die **ambulanten Hospizdienste** ergäben sich auf der Basis eines Rücklaufs von 19,7% der identifizierten Einrichtungen und einem Median betreuter Patientinnen und Patienten von 140 sowie betreuter Angehöriger von 52,5 eine Versorgungskapazität von insgesamt ca. **109.000 Patientinnen und Patienten** und ca. **20.000 Angehörigen**. Für den Bereich der SAPV ist keine Hochrechnung möglich, da mit 3,5% die Responserate der ambulanten Dienste zu gering ist. Zudem ist hier anzumerken, dass bisher psychoonkologische/psychosoziale Leistungen in der SAPV nicht verankert sind und entsprechend auch nicht vergütet werden können.

5.2.3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Gestaltung des psychoonkologischen Versorgungsangebots in Deutschland

Entsprechend des übergeordneten Ziels des Nationalen Krebsplanes, wonach alle Krebserkrankten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung erhalten sollten (Bundesgesundheitsministerium, 2012), soll die Gesamtanalyse des Gutachtens einen **Überblick über die Versorgungssituation für onkologische Patientinnen und Patienten** geben und die verschiedenen Angebote sowie deren Auslastung in Abgleich mit dem Versorgungsbedarf bringen. Der Überblick soll sowohl gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern, klinischen Entscheidungsträgern als auch Wissenschaftlern eine Grundlage für die Versorgungsplanung und für vertiefende Studien liefern.

Grundlage für die **Analyse der Angebotssituation** bildet eine bundesweit durchgeführte Befragung aller potentiell an der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung von Krebserkrankten und ihren Angehörigen beteiligten Einrichtungen (Gegenstand des **Arbeitspaketes 1**) sowie die Analyse umfangreicher Prozessdaten der Rehabilitation. Diese Befragung umfasste sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich der Versorgung für erwachsene Krebserkrankte und ihre Angehörigen sowie für pädiatrische Krebserkrankte und ihre Familien, wobei die Angaben der Einrichtungen sich auf das **gesamte Jahr 2016** bezogen.

Gegenstand des **Arbeitspaketes 2** war eine **Bestimmung des Bedarfs und des Deckungsgrades** des derzeitigen psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsangebotes im stationären und ambulanten bzw. Nachsorgebereich und damit die Aufdeckung von Stärken und Potentialen sowie Defiziten. Die Gegenüberstellung von ermitteltem Angebot (Arbeitspaket 1) und Bedarf soll in entsprechende Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung des psychoonkologischen Versorgungsangebotes in Deutschland münden.

Eine Bewertung der aktuellen Versorgungssituation und daraus abgeleitete Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Gestaltung des psychoonkologischen/psychosozialen Versorgungsangebots in Deutschland lässt sich nur vor dem Hintergrund einer methodenkritischen Diskussion des gewählten Vorgehens und der Ergebnisse vornehmen, welche der Gegenstand des nachfolgenden Abschnitts ist.

5.2.3.1 *Methodenkritische Diskussion des Vorgehens und der Ergebnisse*

Limitation erfahren die vorgelegten Ergebnisse der Befragung insbesondere durch zwei Aspekte: Anforderungen des Datenschutzes und in mehreren Bereichen niedrige Responseraten.

Bestimmungen des **Datenschutzes** hatten Konsequenzen sowohl für die **Inhalte der Befragung** als auch die umgesetzte **Form der Befragung**. So erlaubten die Bestimmungen einige der geplanten Vorgehensweisen nicht: Dies betraf beispielsweise Aspekte der elektronischen Datenerhebung oder Maßnahmen zur Erhöhung des Rücklaufs (z.B. **keine** Nachfassaktionen und telefonische Nachbefragungen, insbesondere auch zur Analyse von Non-Response). Weiterhin konnten eine Reihe von Fragen, die den Einrichtungen im Rahmen der **Fragebögen** gestellt werden sollten, nicht in die Fragebögen aufgenommen werden, da Angaben zu diesen Fragen die Anonymität gefährden könnten (insbesondere **keine** Freitextangaben). Zusätzlich führten entsprechende Richtlinien, welche die Anzahl der für die Ergebnisse zu nutzenden Angebote ohne die Anonymität zu gefährden betrafen, zu nicht umsetzbaren, wenngleich ursprünglich geplanten **Auswertungen der Daten**. Dies betraf insbesondere die Limitierung auf eine Mindestzahl von Einrichtungen pro Raumordnungsregion in der Auswertung, welches für eine Vielzahl von Angeboten nicht einzuhalten war.

Auch wenn hohe **Responseraten** kein alleiniges Qualitätsmerkmal für Datenerhebungen darstellen und der Repräsentativität der Stichprobe eine höhere Bedeutung zugemessen werden kann (Baruch & Holtom, 2008), so ist an dieser Stelle auf die geringen Rückläufe einiger Angebotsformen näher einzugehen: Im Rahmen der hier durchgeführten Befragungen lassen sich die Teilnehmenden als Schlüsselinformanten zu einem großen Teil Organisationen bzw. Organisationsformen zuordnen, deren Rückläufe insgesamt niedriger anzusetzen sind als bei individuellen Befragungen. **Gründe für Non-Response** können vielfältig sein: Falsche Adresse oder Abwesenheit der Teilnehmenden, „oversurveying“, nicht erkennbare Bedeutsamkeit bzw. eines „Mehrwertes“ der zu erwartenden Ergebnisse für die Befragten bis hin zu einer organisationspolitischen Entscheidung und der entsprechenden Anweisung an die Mitglieder der Organisation, an Befragungen nicht teilzunehmen. Viele der Responserate reduzierende Faktoren entziehen sich somit der Kontrolle der Durchführenden einer Studie. Beispielhaft für die vorliegende Erhebung sei hier aufgeführt, dass die **Rückläufe der Krebsberatungsstellen im Vergleich mit Befragten aus anderen Versorgungsbereichen deutlich höher** ausfielen. Ein Grund, der in diesem Zusammenhang wahrscheinlich angeführt werden kann, liegt in der direkten Bedeutung der Befragungsergebnisse im Hinblick auf die derzeit in Diskussion befind-

liche Finanzierung der Krebsberatungsstellen und damit einer wahrscheinlich hohen Teilnahmemotivation, die für andere Befragte nicht in diesem Ausmaß gegeben war. Rückmeldungen einiger Befragter anderer Gruppen, welche uns von sich aus kontaktierten, ergaben darüber hinaus, dass sie von Vorgesetzten dazu aufgefordert worden waren, nicht an der Befragung teilzunehmen. Diese Anweisung an die Beschäftigten ist vermutlich begründet in einer Zurückhaltung der Leitungen hinsichtlich der Offenlegung von Kapazitäten, Fragen der Qualität oder auch der Finanzen. Auch der Zugangsweg über die Leitung von Einrichtungen zur direkten Befragung der Beschäftigten (siehe Abschnitt 3.1.5 Befragungsinstrumente) musste vor dem Hintergrund von Rückmeldungen, dass diese Fragebögen nicht an die Beschäftigten weitergegeben wurden und diese somit nicht erreichten, im Befragungsverlauf aufgegeben werden. Für die vorliegenden Ergebnisse lässt sich hinsichtlich geringer Rückläufe also eine Reihe von Erklärungen finden. Daher sollten Ergebnisse auf der Basis von Rückläufen, welche deutlich unter 20% liegen, nur vorsichtig interpretiert werden.

Eine weitere Begründung für fehlende Rückläufe und auch ungenaue oder fehlende Angaben liegt in einem zum Teil **hohen Zeitaufwand für die Befragung**. Manche der Angaben konnten von den initial angeschriebenen Leitungen der Einrichtungen nicht ohne Rücksprache mit Beschäftigten oder Prüfung ihrer Dokumentation beantwortet werden (z.B. zur Fort- und Weiterbildung von Beschäftigten, zur Anzahl betreuter Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige, zum Mengengerüst der Leistungskomponenten in Unterscheidung von psychologischer und psychosozialer Schwerpunktsetzung oder von Einzel- und Gruppenkontakten mit Patientinnen und Patienten getrennt nach Dauer der Kontakte). Eine Überschätzung der geleisteten Arbeit, z.B. bezogen auf die Anzahl betreuter Patientinnen und Patienten, ist ein weiterer Gesichtspunkt, der hier von Bedeutung sein könnte. Gezielt ungenaue oder nicht korrekte Angaben der Teilnehmenden im Sinne einer positiveren Darstellung, weil u.U. Folgen für die Einrichtung befürchtet werden, können in diesem Zusammenhang vermutlich jedoch eher ausgeschlossen werden, da z.B. auch zertifizierungsrelevante Merkmale in einem substantiellen Ausmaß als nicht vorliegend angegeben wurden und in den Erklärungen zum Datenschutz deutlich gemacht wurde, dass die Befragung pseudonym durchgeführt würde und die Auswertung anonym erfolgen würde.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass trotz eines gestuften Vorgehens und zahlreicher Bemühungen, den Rücklauf zu erhöhen, bei einer Reihe der Befragungsgruppen **keine zufriedenstellenden Rücklaufquoten** erreicht wurden. Auch wenn...

- der Versand einer Vorankündigung und einer Erinnerung nach fehlendem Rücklauf,

- die Umsetzung einer elektronischen Erfassung der Daten,
- die Entwicklung einrichtungsspezifischer und adaptiver Fragebögen zur Minimierung der zu beantwortenden Fragen und damit des Aufwandes,
- die Kommunikation der Bedeutung der Befragung über verschiedenste Informationskanäle,
- die Entwicklung und Implementation einer Homepage zur Befragung,
- die Sicherung der Unterstützung und Information der Mitglieder durch entsprechende Fachgruppen sowie
- der Versand eines Begleitschreibens des Bundesministers für Gesundheit

realisiert werden konnten, führten alle diese Maßnahmen nicht zu substantiellen Rückläufen spezifischer Zielgruppen: Dies betrifft im **ambulanten Bereich** insbesondere **onkologische Gemeinschaftspraxen, psychotherapeutische bzw. psychiatrische Gemeinschaftspraxen, psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten** (KBV-Zufallsstichprobe) sowie **niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte** (KBV-Zufallsstichprobe). Im **stationären Bereich** sind es insbesondere die **psychosozialen Dienste sowie Kliniken und Zentren**, für die vorab kein psychoonkologischer bzw. psychosozialer Dienst identifiziert werden konnte. Mit Ausnahme der psychosozialen Dienste lässt sich zusammenfassend feststellen, dass insbesondere Einrichtungen, welche sich nicht vorrangig an der Versorgung von Krebserkrankten beteiligen und die vor allem mit dem Ziel in die Befragung einbezogen wurden, vorhandene Versorgungskapazitäten nicht potentiell zu unterschätzen, auch in geringer Zahl an der Befragung teilgenommen haben. Dies wiederum lässt weiterhin die Interpretation zu, dass die geringe subjektive Bedeutsamkeit der Befragung für diese Gruppen der Anbietenden eine Teilnahme nicht nahelegt und daher wiederum die Schlussfolgerung naheliegender ist, dass bei diesen Gruppen psychoonkologische bzw. psychosoziale Angebote nur in zu vernachlässigenden Ausmaß vorgehalten werden.

Um zu überprüfen, wie wahrscheinlich diese Interpretation ist, wurden Zufallsstichproben der Non-Responder kontaktiert, um zu überprüfen, ob sie tatsächlich die Einschlusskriterien für eine Teilnahme an der Befragung erfüllen, d.h., ob sie in 2016 ein psychoonkologisches bzw. psychosoziales Angebot vorgehalten hatten. Hierbei zeigte sich u.a. bei den **Psychiatrischen Institutsambulanzen**, dass **in der 5%-Zufallsstichprobe der Non-Responder keine der befragten Einrichtungen** angab, ein Angebot für onkologische Patientinnen und Patienten vorzuhalten. Dementsprechend haben wir im Abschnitt 5.1 (Arbeitspaket 1: Bundesweite Bestandsaufnahme) die PIA trotz eines eigentlich nicht

ausreichenden Rücklaufs mit in die vergleichenden Betrachtungen aufgenommen, allerdings die Ergebnisse dennoch nur mit Vorsicht interpretiert.

Eine weitere Einschränkung der zur Verfügung stehenden Fallzahlen für die vergleichenden Analysen ist durch die aus unserer Sicht notwendige **adaptive Vorgehensweise bei den einzelnen Befragungswellen** begründet: Da die bundesweite Befragung der einzelnen Leistungsanbieter in Wellen mit einem zeitlichen Abstand erfolgte, bot dies die Möglichkeit für jeweils folgende Befragungswellen **Anpassungen in den Instrumenten** und im **Vorgehen** vornehmen zu können. Dies erschien trotz erheblicher Bemühungen, den Rücklauf zu sichern, notwendig (siehe Kapitel 3 Design und methodische Vorgehensweise). Aufgrund von Analysen der Befragungsabbrüche in der online-Befragung, geringen Rückläufen und Rückmeldungen von kontaktierten Einrichtungen wurden Fragebögen der folgenden Befragungswellen dahingehend angepasst, dass Fragen, welche eine „Befragungsbarriere“ im Sinne von höheren Abbrüchen oder Non-Response darstellten, entweder umformuliert oder gänzlich fallengelassen wurden. Betreffende Zellen wurden in den vergleichenden Tabellen leer gelassen. So wurde beispielsweise die Frage nach der Finanzierung psychoonkologischer bzw. psychosozialer Angebote oder ihren Kosten wahrscheinlich aufgrund ihrer hohen Sensibilität deutlich weniger häufig beantwortet. Ein weiteres Beispiel stellt eine detaillierte Abfrage der Anzahl von Kontakten im Einzel- oder Gruppenkontext (und weiteren komplexen Unterscheidungen nach Minutenzahl) dar, die von vielen der Befragten als „nicht beantwortbar“ oder „zu aufwändig“ empfunden wurde. Auch musste abgewogen werden, ob für alle Einrichtungen möglichst die gleichen Fragen gestellt werden sollten, um eine gemeinsame Auswertung vornehmen zu können oder aber spezifische Anpassungen notwendig waren: Einige Fragen, wie z.B. „Erschließung und Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder psychoonkologische/psychosoziale Angebote“ bei Hospiz- und Palliativangeboten wurden entsprechend auch als „auf die Einrichtungsform nicht zutreffend“ oder in anderen Fragen als „nicht relevant“ eingestuft. Insgesamt führte dies zu einer aufwändigen fortlaufenden Anpassung und Kürzung der Instrumente, die in manchen Fällen zu größeren Lücken in den vergleichenden Analysen führte. Um die Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungsformen möglichst zu gewährleisten, wurde jeder Einrichtungsform ein spezifisches Glossar zur Verfügung gestellt, in dem wesentliche Begrifflichkeiten, wie z.B. „psychoonkologische/psychosoziale Angebote“, erläutert wurden. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass einzelne Befragte u.U. Inhalte unterschiedlich verstanden haben.

Aufgrund der Pilottestungen wurde erkennbar, dass manche Fragen von der Leitung der Einrichtung nicht oder nur mit nicht vertretbarem zeitlichem Aufwand beantwortet werden konnten. Entsprechend wurden die Leitungen nur nach relevanten Kernmerkmalen zu den einzelnen Beschäftigten befragt. Da zusätzlich der Rücklauf der Modul II-Fragebögen äußerst gering war, resultieren daraus fehlende Informationen zu den einzelnen Beschäftigten (sofern sie nicht in der Leitungsbefragung eingeschlossen waren) und führten ebenfalls zu Lücken in den Daten bzw. auch zu Antworten auf einem geringeren Detaillierungsgrad.

Potentieller Bias der Autoren des Gutachtens

Ansätze der sogenannten "**evidence based medicine**" nehmen im Gesundheitssystem einen immer größeren Stellenwert ein. Der dahinter stehende Gedanke ist der, dass sich diagnostische und therapeutische Entscheidungen wie auch die Allokation von Ressourcen auf empirisch belegte Erkenntnisse stützen. Als Idealtypus eines Evidenz-Nachweises für bestimmte Aufgabenstellungen gelten in Meta-Analysen zusammengefasste randomisierte kontrollierte Studien (Ebene 1). Für bestimmte Entscheidungsprozesse ist dieser methodische Ansatz allerdings – zum einen wegen der Art und Komplexität der Fragestellungen, zum anderen wegen eines noch nicht ausreichenden Entwicklungsstandes der Forschung – nicht angemessen. Hier übernehmen die Funktion der „Evidenz-Basierung“ Studien mit anderen methodischen Zugangswegen: u.a. epidemiologische Ansätze, quasi-experimentelle Ansätze oder qualitative Forschungsstrategien (Ebene 2). Dort, wo auch diesen Verfahren Grenzen gesetzt sind, besteht noch die Möglichkeit, das Erfahrungswissen von Personen, die aufgrund ihrer Positionen einen partikulären Informationsvorsprung besitzen, systematisch und strukturiert zusammenzufassen (Ebene 3).

Dieses Gutachten versteht sich als möglichst **empiriegestützte Deskription, Analyse und Bewertung eines komplexen Gegenstandsbereiches, der nicht ausreichend evidenzbasiert ist**. Genutzt wird Expertenwissen in mindestens zweierlei Hinsicht: Zum einen in der Sammlung und Aggregation vorliegender Informationen, zum anderen in ihrer integrierenden und bewertenden Stellungnahme.

Gutachten werden im Gesundheitssystem angefordert, wenn grundsätzliche Entscheidungen über die Prioritäten in der medizinischen Versorgung und damit oft verbundene Fragen der Mittelallokation zu treffen sind. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die ein Gutachten übernehmen, müssen sich darüber im Klaren sein, dass sie damit ein – im Vergleich zur Durchführung einer einzelnen empirischen Studie – höheres Ausmaß an Verantwortung und Risiko übernehmen. Um sich

für die getroffenen Aussagen, die u.U. wichtige Entscheidungsprozesse in der Versorgung bahnen, legitimieren zu können, sollte bei den einzelnen Schritten ein hohes Ausmaß an Transparenz gewährleistet sein. Dieses bezieht sich sowohl auf die Wissensgewinnung, auf die Bewertungskriterien als auch auf die Kenntlichmachung des Ausmaßes der Unsicherheit der Aussagen. Ein wissenschaftliches Gutachten bewegt sich aufgrund seiner Nähe zu gesundheitspolitischen bzw. administrativen Entscheidungsprozessen oft in einem **Spannungsfeld implizit oder explizit formulierter Interessensgegensätze**. Betroffene Parteien können u.a. Gesundheitspolitiker, verschiedene Anbietergruppen gesundheitlicher Leistungen, Kostenträger, Standesorganisationen, wissenschaftliche Gruppierungen, Beschäftigte in den Einrichtungen und Patientinnen und Patienten sein. Die mit einem Gutachten befassten Wissenschaftler sind zwar einer unabhängigen Position verpflichtet, müssen sich aber darüber im Klaren sein, dass sie Teil des Systems sind, dass sie eine unterschiedliche Nähe zu den verschiedenen Gruppen haben und dass seitens dieser direkte oder indirekte Beeinflussungsmöglichkeiten bestehen können.

Einen absoluten Schutz gegen einen Bias in einem Gutachten gibt es nicht. Eine von dem Auftraggeber **unabhängige (universitäre) Position** ist jedoch hilfreich. Eine ständige Reflektion der Prozesse der Wissensgewinnung und Entscheidung, eine aufgeschlossene Auseinandersetzung mit den vorhandenen unterschiedlichen Positionen und Sichtweisen sowie eine kritische Diskussion der Arbeitsergebnisse im Kollegenkreis bieten noch am ehesten Schutz. Im Rahmen des hier vorgelegten Gutachtens haben wir in diesem Sinne gehandelt.

5.2.3.2 Fazit und Empfehlungen

Der Abschnitt **Fazit und Empfehlungen** orientiert sich an den Fragestellungen des Gutachtens. Zunächst sollen die Ergebnisse zum Arbeitspaket 1, d.h. der Bestandsaufnahme des Versorgungsangebots, diskutiert werden.

Eine erste Frage widmete sich den **Angebotsarten und –formen** der Behandlung und der Therapie der unterschiedlichen Einrichtungen sowie **speziellen Zielgruppen** der Angebote, wie z.B. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Die Auswertungen zum Leistungsspektrum zeigen eine Vielfalt an angemessenen und von den Leitlinien gestützten Leistungsangeboten. Die Vielfalt der Angebote verteilt sich auf verschiedene Einrichtungsformen und entspricht den unterschiedlichen Bedarfen und Bedürfnissen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Krebs und ihren Angehörigen. Besonders zu berücksichtigen ist hierbei, dass Krebserkrankte oder ihre Angehörigen sehr häufig unter psychosozialen Belastungen leiden, welche jedoch nicht vollständig die Kriterien

einer ICD-Diagnose einer psychischen Störung erfüllen. Die fehlende ICD-Diagnose war ein häufiger Grund für abgewiesene Anfragen von Krebserkrankten bzw. ihren Angehörigen bei Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und ein Grund für fehlende Angebote bei psychiatrischen Institutsambulanzen. Trotz der genannten Vielfalt der Angebote kann weiterhin einschränkend festgestellt werden, dass Angebote für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und fremdsprachliche Angebote weitgehend fehlen. Dies mag u.a. damit erklärt werden, dass die Krankenkassen die Kosten für die Übersetzungsarbeit nicht übernehmen und außerhalb von größeren Einrichtungen für die Übersetzungsarbeiten kein Budget zur Verfügung steht, mit welchem diese Kosten zur Überbrückung der Sprachbarriere finanziert werden könnten.

Eine zweite Frage beschäftigte sich mit dem Ausmaß, in dem die Bereitstellung von psychoonkologischen Angeboten auch für Patientinnen und Patienten mit **nicht-onkologischen** Erkrankungen erfolgte. Diese Frage betrifft im Wesentlichen die Palliativ- und Hospizversorgung, wo stationär ein sehr hoher Anteil der Patientinnen und Patienten Krebserkrankungen aufweist. Ambulant ist dieser Anteil geringer, aber immer noch die häufigste Indikationsgruppe. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Einrichtungen ihre Kapazitäten in einem hohen Ausmaß, wie bei den meisten Einrichtungen intendiert, Krebserkrankten zur Verfügung stellen.

Eine dritte Frage widmete sich den **personellen Kapazitäten** der jeweiligen Leistungserbringenden (u.a. Anzahl der Beschäftigten, Wochenarbeitsstunden oder auch Zeit, welche pro Patientin oder Patient aufgewendet wird). Für die Erfüllung des Versorgungsauftrages ist es notwendig, eine Mindestanzahl an therapeutischen und beratenden Beschäftigten vorzuhalten. Begründet ist dies u.a. mit Vertretungsregelungen, Ergänzung in den Kompetenzen, Verteilung von Aufgabenschwerpunkten oder auch kollegialen Austausches im Team. Wird der Median der Verteilung zugrunde gelegt, so wird in den verschiedenen Einrichtungsformen, mit Ausnahme der Krebsberatungsstellen, ein Stellenanteil von zwei Beschäftigten angegeben. Die Mittelwerte liegen etwas höher. Der niedrige Median bei den Krebsberatungsstellen ist im Wesentlichen dadurch zu erklären, dass eine regionale oder lokale Versorgung durch einen hohen Anteil an Außenstellen realisiert wird, welche über eine niedrigere personelle Ausstattung verfügen. Werden nur die Krebsberatungsstellen betrachtet, so liegt der Median mit 3 bzw. 4 deutlich höher. Im Hinblick auf die Wochenarbeitsstunden kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der Arbeitszeit im direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten mit Therapie bzw. Beratung verbracht wird. Für die Sicherstellung der Versorgung ist ebenfalls wichtig, dass sich die meisten Beschäftigten der verschiedenen Leistungsanbieter in einem Angestelltenverhältnis befinden, welches zu einem hohen Anteil unbefristet ist. Dies ist über alle

Einrichtungen hinweg, mit Ausnahme der stationären Hospize, meist in zufriedenstellendem Ausmaß gegeben.

Ein weiterer Aspekt im Zusammenhang mit den Beschäftigten betrifft den **Ausbildungsgrad und die berufliche (Zusatz-)Qualifikation** der in den einzelnen Einrichtungen tätigen Beschäftigten. Ein breites Leistungsspektrum wird bei den hier betrachteten Leistungserbringenden zu einem großen Anteil von Psychologinnen und Psychologen und Sozialarbeitenden/Sozialpädagogische Fachkräften erbracht sowie in deutlich geringerem Umfang von Ärztinnen und Ärzten und Pädagogischen Fachkräften. Dies entspricht den Schwerpunkten psychoonkologischer bzw. psychosozialer Arbeit. Eine entscheidende Voraussetzung für eine angemessene psychoonkologische bzw. psychosoziale Unterstützung stellt darüber hinaus eine abgeschlossene Weiterbildung in einem der von der DKG anerkannten Curricula dar. Bei den wesentlichen Einrichtungen mit primär psychoonkologischem Angebot findet sich ein hoher Anteil von Beschäftigten mit abgeschlossener psychoonkologischer Weiterbildung. Darüber hinaus ist positiv hervorzuheben, dass viele Beschäftigte über eine langjährige Erfahrung in der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgung von onkologischen Patientinnen und Patienten verfügen.

Eine wichtige Frage im Rahmen der des Gutachtens zur psychoonkologischen und psychosozialen Versorgung von Krebskranken und ihren Angehörigen betraf die **Gesamtkosten und Kostenstrukturen**. Eine detaillierte Aufstellung der Kosten, welche belastbare Aussagen zulässt, liegt jedoch nur für den Bereich der Krebsberatungsstellen vor. Alle Angaben zur Finanzierung der Krebsberatungsstellen beziehen sich hierbei auf das Jahr 2016. Die geringen Rückläufe bezüglich der Fragen zu den Kosten lassen darauf schließen, dass Finanzierungsfragen sensible Daten darstellen und nur in geringem Maße freigegeben worden sind. Bei den vorliegenden Angaben nehmen die Personalkosten erwartungsgemäß den höchsten Anteil an den Gesamtkosten an. Eine Abschätzung der Gesamtkosten für alle Krebsberatungsstellen in Deutschland beläuft sich auf 22 Mio. bis 26 Mio. Euro. Nicht berücksichtigt bleiben bei dieser Summe u. a. Infrastrukturkosten, so dass insgesamt davon auszugehen ist, dass ein weiteres Drittel an Kosten hinzugerechnet werden sollte. Dies entspräche folglich einer mindestens notwendigen Gesamtsumme von ca. 30 Mio. bzw. 35 Mio. Euro für die Krebsberatungsstellen. Da insgesamt die durchschnittliche Versorgungsdichte für den ambulanten bzw. Nachsorgebereich über alle Raumordnungsregionen 51% beträgt, würde eine ideale Versorgungsdichte von 100% insgesamt Kosten für die Finanzierung der Krebsberatungsstellen in Höhe von 44 Mio. bzw. 52 Mio. Euro beanspruchen. Diese Summe ist ohne Infrastrukturpauschale kalkuliert, da

dieser Anteil nicht linear, sondern deutlich geringer mit der Anzahl versorgter Patientinnen und Patienten steigt. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass ein bedarfsgerechter Ausbau der psychoonkologischen Versorgung als ein längerer Prozess über mehrere Jahre zu sehen ist. Begründet liegt dies z.B. in notwendigen Festlegungen von vertraglichen Vereinbarungen, in der Bereitstellung von Informationen zu den Angeboten, dem Aufbau von Akzeptanz sowohl bei Zuweisenden als auch Patientinnen und Patienten und Angehörigen sowie der Sicherstellung des notwendigen qualifizierten Personals. Es ist davon auszugehen, dass zurzeit der Bedarf nicht gedeckt werden kann, sondern Strategien und Maßnahmen erforderlich sind, um ausreichend Personal qualifizieren zu können.

Bei der Frage der notwendigen Kosten für ein psychoonkologisches bzw. psychosoziales Angebot ist auch zu berücksichtigen, inwieweit durch diese Angebote volkswirtschaftlich Kosten potentiell gespart werden könnten. Für den Bereich der Psychoonkologie sind uns keine entsprechenden Kalkulationen bekannt, aber für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung lässt sich u.a. zeigen, dass vor allem bei Angststörungen, aber auch bei depressiven Störungen erhebliche jährliche Kosten eingespart werden können, insbesondere durch eine Verringerung des Krankengeldes, aber auch indirekter Kosten, wie vor allem ein reduzierter Produktivitätsausfall (vgl. u.a. Layard et al., 2007; Wunsch et al., 2013).

Mit den Kosten verknüpft ist die Frage, welche **Kostenträger** die einzelnen Angebotsformen bzw. Leistungskomponenten **finanzieren**. Die gesetzliche und anteilig auch die private Krankenversicherung kommen für den größten Teil der Kosten der psychoonkologischen und psychosozialen Leistungen auf. Darüber hinaus stellen Spenden eine häufig genannte größere Finanzierungsquelle dar. Dies gilt nicht für die Krebsberatungsstellen, deren Finanzierung durch zahlreiche individuelle Mischmodelle erfolgt. Für den Bereich der onkologischen Rehabilitation ist davon auszugehen, dass ca. zwei Drittel bis drei Viertel der jährlichen Kosten von der gesetzlichen Rentenversicherung und der verbleibende Betrag von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Im Gegensatz dazu spielt in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie die Finanzierung durch Spendengelder eine herausragende Rolle, die im Hinblick auf eine hier ausstehende Verstetigung der Finanzierung kritisch gesehen werden muss.

Im Rahmen der Qualität der Versorgung stehen Merkmale der Struktur- und Prozessqualität wie **Dokumentation**, **Räumlichkeiten** für ungestörte Gespräche, **Barrierefreiheit** und **Erreichbarkeit** im Fokus bzw. inwieweit diese Kriterien von den Leistungserbringenden erfüllt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der fokussierten Einrichtungen Räumlichkeiten für ungestörte Gespräche

vorhält, die in der Regel barrierefrei und leicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sind. Eine Ausnahme stellen die psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten dar, deren Praxen die Anforderung der Barrierefreiheit häufig nicht erfüllen können. Hinsichtlich der Dokumentation wird deutlich, dass eine ausschließlich EDV-gestützte Dokumentation über die verschiedenen Einrichtungen hinweg in weniger als der Hälfte realisiert wurde. Überwiegend wird teils handschriftlich/teils EDV-basiert dokumentiert.

Weitere Kriterien zur Einordnung der Leistungserbringenden im Rahmen des Gutachtens betrafen das Vorliegen von **Standard Operating Procedures (SOPs)**, den Einsatz von standardisierten **Selbstbeurteilungsinstrumenten** und die Bereitstellung von **Supervision** für die Beschäftigten. Ein größerer Teil der Einrichtungen verfügte über **SOPs**, d.h. verbindliche Versorgungs- und/oder Rahmenkonzepte, bindende Anweisungen für Abläufe, Notfälle oder Vertretungsfälle, welches jedoch sicherlich als weiter optimierungsfähig zu beurteilen ist. Die Rate der für die Beschäftigten bereitgestellten fallbezogenen Supervision ist insgesamt positiv zu bewerten, jedoch lässt sich auch ableiten, dass immer noch ein substantieller Anteil von Beschäftigten, welche im direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten therapeutisch bzw. beratend tätig ist, von der Einrichtung kein entsprechendes Angebot zur Verfügung gestellt bekommt. Alle qualitätssichernden Maßnahmen lassen im Hinblick auf ihre Durchdringung Optimierungsbedarf erkennen.

Wichtige Aspekte der Vernetzung der Einrichtungen betreffen das Vorliegen von Informationen zu und **Kooperationsvereinbarungen** mit anderen Anbietenden psychoonkologischer bzw. psychosozialer Leistungen. Nur in wenigen Fällen liegen schriftliche Kooperationsvereinbarungen vor. Dagegen verfügen fast alle Einrichtungen über Informationen zu weiteren psychoonkologischen bzw. psychosozialen Einrichtungen und Angeboten (Broschüren, Flyer). In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll zu prüfen, ob schriftliche Kooperationsvereinbarungen die Qualität, Passfähigkeit und Kontinuität der Versorgung weiter verbessern könnten.

Im Rahmen des Projekts wurde ein **Kriterienkatalog** zur Beurteilung der einzelnen Einrichtungen entwickelt. Die Auswertung zeigt, dass bei einem größeren Teil der Einrichtungen nur zwei der jeweils maximal möglichen Kriterien nicht erfüllt sind. Dies reicht von 73% bei den Krebsberatungsstellen über 81% bei den niedergelassen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bis hin zu 92% bei den psychoonkologischen Ambulanzen. Deutlich geringer fällt dieser Anteil bei den Hospizen (jeweils 58%) und den psychoonkologischen Diensten (50%) aus.

Die Frage nach dem **Versorgungsgrad in den einzelnen Einrichtungen** betraf die Anzahl versorgter Patientinnen und Patienten, abgewiesene Anfragen von Krebserkrankten oder auch Wartezeiten auf einen Termin. Die Zeitspanne von der Anfrage bis zum regulären Beginn der Versorgung ist ein wichtiges Qualitätskriterium der Versorgung. Hier zeigt sich, dass im Krisenfall die Hälfte der Krebsberatungsstellen und etwa zwei Drittel der psychiatrischen Institutsambulanzen und psychoonkologischen Ambulanzen ein Angebot am selben Tag vorhalten können. Die Wartezeiten auf den regulären Versorgungsbeginn sind bei den Hospizen mit wenigen Tagen sehr niedrig, bei den Krebsberatungsstellen und psychoonkologischen Ambulanzen betragen sie ca. eine Woche und liegen mit vier Wochen erwartungsgemäß am höchsten bei den niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Letztere liegen jedoch immer noch deutlich unter den Werten, die laut einer Studie der Autoren dieses Gutachtens im Auftrag der Bundespsychotherapeutenkammer in der psychotherapeutischen Versorgung mit ca. 20 Wochen Wartezeit im Augenblick bundesweit bestehen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018).

Eine abschließende Frage im Rahmen der Bestandsaufnahme der psychoonkologischen Versorgung in Deutschland betrifft **Unterschiede** in der Verteilung der psychoonkologischen/psychosozialen Einrichtungen auf Ebene der einzelnen Bundesländer. Die Analyse der Anzahl der Einrichtungen pro Bundesland offenbart deutliche Schwankungen und belegt, dass nur wenige Bundesländer von den strukturellen Voraussetzungen her in der Lage sind, eine bedarfsgerechte regionale Versorgung zu sichern. Allerdings stellt diese Betrachtungsweise nur eine erste grobe Orientierung dar. Eine differenzierte Einschätzung der Versorgungsdichte erfolgte im Arbeitspaket 2 dieses Gutachtens. Die Ergebnisse werden im folgenden Abschnitt diskutiert.

Nachfolgend sollen die Ergebnisse zum **Arbeitspaket 2, d.h. zur Analyse der Versorgungssituation** diskutiert werden.

1. Wie hoch ist der **Versorgungsbedarf** insgesamt und auf regionaler Ebene?

Das hier gewählte Vorgehen zur Schätzung der Versorgungsdichte basiert auf einem epidemiologischen Ansatz. Dies ist möglich, weil eine für Deutschland repräsentative Studie vorliegt, die sowohl Belastungen und psychische Komorbidität von Krebserkrankten erfasst hat, als auch das Bedürfnis nach Unterstützung (Mehnert et al., 2012). Die Reliabilität und Validität der Ergebnisse ist als sehr hoch einzuschätzen, was u.a. auch daran deutlich wird, dass die Ergebnisse der Studie international hochrangig publiziert werden konnten (Faller, Weis, et al., 2016; Mehnert et al., 2014; Mehnert et

al., 2018). Als ein wesentliches Ergebnis der Studie konnte gezeigt werden, dass in der überwiegenden Zahl der Krebserkrankten jede zweite Patientin bzw. jeder zweite Patient eine hohe Belastung aufweist (Mehnert et al., in Vorbereitung; Mehnert et al., 2018) und dass 40% der Krebserkrankten innerhalb eines Jahres eine komorbide psychische Störung aufweisen (Kuhnt et al., 2016). Aus diesen Ergebnissen wurde von einer Gruppe klinischer Experten und Wissenschaftler ein Algorithmus abgeleitet und konsentiert, wonach zwei Gruppen von Patientinnen und Patienten unterschieden werden können (Mehnert et al., in Vorbereitung): Patientinnen und Patienten mit Prostatakrebs bzw. einem malignen Melanom der Haut, von denen 30% als belastet angesehen werden können und Patientinnen und Patienten aller anderen Indikationsgruppen, von denen ein Anteil von 50% als belastet angesehen werden kann. Innerhalb dieser Gruppen bestehen darüber hinaus noch weitere Unterschiede im Belastungsmaß, die ein unterschiedliches Ausmaß an Art und Umfang der Unterstützung benötigen, für die also entsprechende differenzierte Angebote vorgehalten werden sollten. Werden die Daten zur Inzidenz zu Grunde gelegt, ergibt sich eine Unterschätzung des Bedarfs, weil auch nach dem ersten Jahr nach Diagnosestellung und Erstbehandlung eine Vielzahl von Belastungen auftreten können, z.B. im Falle eines Rezidivs oder bei Langzeitfolgen der Erkrankung bzw. der Behandlung, wie u.a. Fatigue. Wir haben auf der Basis von Experteneinschätzungen sowie der Auswertung umfangreicher eigener Behandlungsdaten einen Faktor von 1,4 zu Grunde gelegt, um den die Inzidenzen korrigiert wurden. Eine weitere Unterschätzung des Bedarfs auf der Grundlage der vorliegenden Inzidenzen könnte aus einer Untererfassung in (einigen) Krebsregistern und Nicht-Berücksichtigung von nicht-melanotischen Hautkrebsformen, aber auch histologisch gutartigen, klinisch aber durchaus belastenden Hirntumoren und anderen Diagnosen "unsicheren Verhaltens", also solchen im Grenzbereich zwischen gut- und bösartig resultieren.

Für den Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung können wir aufgrund der fehlenden epidemiologischen Grundlage für die Bedarfsbestimmung in diesem Gutachten keine vergleichbaren Aussagen zum Deckungsgrad vornehmen, hierzu bräuchte es entsprechende Studien (in einer gerade laufenden Studie, die von der Deutschen Krebshilfe finanziert wird und sich in der abschließenden Phase der Datenerhebung befindet, untersuchen wir u.a. den Bedarf für psychoonkologische/psychosoziale Unterstützung in der spezialisierten Palliativversorgung (Oechsle, Schulz, Schulz-Kindermann). Die von uns auf der Basis der Ergebnisse der Befragung geschätzten Versorgungskapazitäten decken sich dabei in großen Teilen mit den Schätzungen der Fachgesellschaften (vgl. u.a. Deutscher Hospiz- und Palliativverband, 2018a).

Repräsentative Studien zum Unterstützungsbedarf für **Angehörige von Krebserkrankten** liegen unseres Wissens nach nicht vor. Es finden sich allerdings eine Reihe von Untersuchungen auch im internationalen Bereich, die bei einzeln Krebsindikationen den Grad der Belastung der Partnerinnen oder Partner der Patientinnen und Patienten abschätzen (vgl. Bergelt, 2010). Übergreifend zeigt sich dabei eine Tendenz, dass das Ausmaß der psychischen Folgen bei den Partnerinnen oder Partnern der Patientinnen und Patienten quantitativ dem der Belastung der Betroffenen selbst entspricht (Ben-Zur et al., 2001; Kim et al., 2008; Verdonck-de Leeuw et al., 2007). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Barrieren für die Inanspruchnahme professioneller psychoonkologischer bzw. psychosozialer Unterstützung bei Partnerinnen oder Partnern von Krebserkrankten höher sind, u.a. wegen einer unterschiedlichen Prioritätensetzung aufgrund der aktuellen Lebenssituation der Patientin oder des Patienten. Auch ist die Sichtbarkeit von Angeboten explizit für Partnerinnen oder Partner weniger ausgeprägt und das Wissen um die Finanzierung dieser Leistungen weniger verbreitet. Eine Betrachtung der Entwicklung über die letzten 2 Jahrzehnte der am Institut für Medizinischen Psychologie des UKE implementierten Spezialambulanz für Psychoonkologie, die explizit sowohl Angebote für Patientinnen und Patienten wie auch Partnerinnen oder Partner anbietet, zeigt folgendes: Der Anteil von Partnerinnen oder Partnern an der Gesamtbehandlungsgruppe ist über die Jahre stetig gestiegen und liegt aktuell bei ca. 25% aller behandelten Personen. Auf Grundlage dieser Argumentation und bei fehlenden empirischen Grundlagen gehen wir als grobe Orientierung davon aus, dass nur ca. jeder zweite Angehörige aus der Gruppe der belasteten Patientinnen und Patienten selbst einen Bedarf für psychoonkologische bzw. psychosoziale Unterstützung aufweist, d.h. dass der Bedarf für ca. 25% der Angehörigen von Krebserkrankten besteht. Dabei ist auch berücksichtigt, dass auch ein Teil der Angehörigen aus der Gruppe der nicht belasteten Patientengruppe Unterstützung benötigt.

Pädiatrische Onkologie und Hämatologie: Im Rahmen von flächendeckenden Modelversuchen in der zweiten Hälfte der 80er Jahren (insbesondere auf Anregung der damaligen Bundestagsabgeordneten Petra Kelly) wurde vom damals zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung der wissenschaftlich bestimmte Bedarf (Projektleitung: Uwe Koch und Barbara Sigrist) der flächendeckende Bedarf für psychoonkologische/psychosoziale Unterstützung im stationären Bereich bestätigt und von den Krankenkassen akzeptiert. Es wurde daraufhin von den Kliniken erwartet, dass sie im angemessenen Umfang den Basisbedarf im stationären Bereich abdeckten. Darüber hinaus entwickelte sich vor dem Hintergrund einer bis heute noch präsenten Diskussion der besonderen Nöte von Kindern- und Jugendlichen mit Krebs sowie auch von deren Eltern und Geschwisterkinder

eine überdurchschnittliche Spendenbereitschaft. Die dadurch gesammelten Mittel wurden z.T. über Fördervereine zur weiteren Optimierung der psychoonkologischen Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie bis heute eingesetzt. Insofern ist im stationären Bereich aus unserer Sicht derzeit kein ausgeprägter Entwicklungsbedarf zu konstatieren. Im ambulanten Nachsorgebereich - sieht man zunächst von den Angeboten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ab - stellt sich die Situation weniger günstig dar. Der Versorgungsanteil der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten scheint allerdings eher gering zu sein, der Großteil der Nachsorge dürfte im Rahmen der Angebote der pädiatrischen onkologischen Zentren erfolgen. Auch hier erfolgt die Finanzierung in großen Teilen durch Spendengelder, jedoch wird von Seiten der Einrichtungen ein Anteil von einem Drittel nicht versorgter Patientinnen und Patienten, Eltern und Geschwisterkinder angegeben.

2. Wie hoch ist der **Deckungsgrad** für die psychoonkologische/psychosoziale Versorgung in Deutschland unter Einbezug der ermittelten Bedarfe und Kapazitäten insgesamt und auf regionaler Ebene?

Bezogen auf die Versorgungsdichte zeigen sich für den ambulanten bzw. Nachsorgebereich erhebliche regionale Unterschiede: So zeigt sich für mehr als die Hälfte der Regionen eine Versorgungsdichte von weniger als 50%. Für weitere 30% der Regionen besteht nur ein Deckungsgrad zwischen 50 und 75%. Bei weniger als 20% der Regionen kann bei Zugrundelegung der getroffen Annahmen von einer hohen Versorgungsdichte ausgegangen werden.

Für die Bedarfsschätzungen haben wir einen Korrektur der Daten, die auf der Inzidenz beruhen, um einen Faktor von 1,4 korrigiert, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass auch nach einem Jahr nach der Diagnosestellung noch ein Bedarf für psychoonkologische bzw. psychosoziale Unterstützung besteht. Ergänzend haben wir Sensitivitätsanalysen durchgeführt. Sie zeigen bei einem eher konservativ geschätzten Faktor von 1,3 nur geringe Unterschiede im Ausmaß der ROR mit einer Versorgungsdichte von weniger als 50%. Wird allerdings ein Faktor von 1,5 für die Analysen verwendet, der aufgrund steigender Zahlen von Survivoren den zukünftigen Bedarf besser einschätzt, so steigt der Anteil der ROR mit einer niedrigen Versorgungsdichte um weitere 11%.

Der Vergleich der entsprechenden Kennwerte mit der stationären Versorgung erlaubt unter der Voraussetzung einer validen Datengrundlage die Aussage, dass ein niedrige Versorgungsdichte im ambulanten bzw. Nachsorgebereich häufiger zu registrieren ist als im stationären Bereich.

Generell findet sich eine höhere Bedarfsdeckung bei einzelnen universitären Standorten, die eine lange Tradition in der psychoonkologischen Forschung aufweisen (wie u.a. Hamburg, Heidelberg, Würzburg, München und Leipzig). Eine zu geringe Bedarfsdeckung findet sich hingegen in vielen eher ländlich geprägten Regionen. Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass sich keine deutlichen Ost-West-Unterschiede feststellen lassen, vielmehr finden sich innerhalb der jeweiligen Bundesländer – mit Ausnahme der drei Stadtstaaten - größere Unterschiede.

Schließlich ist zu beachten, dass bei den Analysen zur Versorgungsdichte die Einrichtungskategorien unterschiedlich hohe Rücklaufquoten aufweisen, welches die Sicherheit der Aussagen einschränkt.

Abschließend sollen **Schlussfolgerungen** und **Empfehlungen** für eine zukünftige, bedarfsgerechte Gestaltung des psychoonkologischen Versorgungsangebots in Deutschland abgeleitet werden.

Bevor einige Aussagen zur weiteren Ausgestaltung abgeleitet werden, sollte positiv darauf hingewiesen werden, dass sich speziell in Deutschland in den letzten 30 Jahren ein psychoonkologisches Versorgungsangebot und die dafür notwendigen Finanzierungsmöglichkeiten etablieren konnten, die so nur in wenigen anderen Industrienationen gegeben sind. Die aktuelle Versorgungssituation ist durch ihre föderale Vielfalt, die guten institutionellen Verbindungen und damit einhergehender struktureller Mannigfaltigkeit sowie vielfältiger Angebotsformen als gut zu bezeichnen. Es ist jedoch z.B. weiter zu definieren, ob es besonders unterversorgte Gruppen gibt, wie aufgeführt Migranten oder aber auch ältere Patientinnen und Patienten mit spezifischen Bedarfen. Ebenfalls ist eine bessere Versorgung im ländlichen Raum, abseits der jeweiligen Zentren, zu adressieren.

Eine Priorität wird bei der **Sicherstellung und Weiterentwicklung** des ambulanten psychoonkologischen bzw. psychosozialen Angebots einschließlich der Nachsorge gesehen. Hierfür ist die niedrige Versorgungsdichte in der Mehrheit der Regionen leitend. Eine bereits etablierte verlässliche Säule, nämlich die Angebote der **Krebsberatungsstellen**, ist im Bestand aktuell noch nicht gesichert. **Deshalb ist eine zentrale Empfehlung, die Finanzierung in diesem Bereich sicherzustellen bzw. darüber hinaus Konzepte zum schrittweisen Ausbau dieses Angebotstyps zu entwickeln.** Die psychoonkologischen Angebote der onkologischen Rehabilitation (in diesem Gutachten funktional und von ihrer Zielsetzung her der Nachsorge zugeordnet) erfüllen ebenfalls eine wichtige Funktion. Einerseits durch die im Rahmen der Rehabilitation angebotenen Leistungen, andererseits aber auch noch zunehmend im Zusammenhang mit der seit 2015 neu formulierten Rahmenkonzepte zur Nachsorge

der Deutschen Rentenversicherung. Letztere sehen u.a. auch die Möglichkeit ambulanter Psychotherapie für Krebserkrankte vor.

Ein besonderes Problem stellt der bisher vorgehaltene und sehr begrenzte Umfang von Angeboten durch niedergelassene Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten für Krebserkrankte dar. Dieses Versorgungssystem könnte potentiell eine weitere wichtige Säule für vor allem eine wohnortnahe bedarfsgerechte Versorgung darstellen. Hier bedarf es unsere Einschätzung nach Maßnahmen, den Anreiz und die Verpflichtung für niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu erhöhen, solche Patientinnen und Patienten in die Psychotherapie zu übernehmen. Gleichzeitig sollte gegenüber den entsprechenden länderbezogenen kassenärztlichen Vereinigungen deutlich auf ihren Versorgungsauftrag hingewiesen werden. Auch über die psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute wären Einflussmöglichkeiten zum Ausbau der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit körperlicher Störungen, insbesondere mit Krebserkrankungen, notwendig.

Einen weiteren im Prinzip für Optimierungen strukturell gut geeigneten Bereich stellen die psychiatrischen Institutsambulanzen dar. Hier finden sich aber nur sehr wenige Einrichtungen, die bisher substantielle psychoonkologische Angebote bereitstellen. Dies ist im Wesentlichen dadurch bedingt, dass die Voraussetzungen für eine Behandlungsaufnahme das Vorliegen einer psychischen Störung entsprechend ICD-10 darstellt. Dieses Kriterium ist aber für einen größeren Teil der psychoonkologischen Patientinnen und Patienten nicht angemessen. Hier sind Anpassungen der Kriterien sinnvoll, wie sie sich an manchen Standorten bereits in der Routine bewährt haben. Notwendig wären also entsprechende Behandlungs- und Finanzierungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten, die nicht alle Kriterien für die Diagnose einer psychischen Störung erfüllen, dennoch aber ein hohes Ausmaß an Belastung durch die Krebserkrankung und ihre Therapie aufweisen.

Allein um dem vorhandenen Bedarf gerecht zu werden, braucht es mehr Initiativen, geeignetes und ausreichend qualifiziertes akademisches Personal auszubilden und zu gewinnen. Hier könnte es u.a. hilfreich sein, bereits früh in den entsprechenden Studiengängen (Psychologie, Medizin, Sozialpädagogik etc.) auf die besonderen Herausforderungen, aber auch die vielfältigen Möglichkeiten der psychoonkologischen bzw. psychosozialen Unterstützung von Krebserkrankten vorzubereiten. An einigen universitären Standorten in Deutschland wird dies bereits gut realisiert.

Im stationären Bereich hat es in den letzten Jahren deutliche Verbesserungen insbesondere dort gegeben, wo onkologische Zentren gebildet wurden, weil dort das psychoonkologische Angebot eine Voraussetzung der Zertifizierung darstellt. Prioritär ist aus unserer Sicht die Sicherstellung und Weiterentwicklung des ambulanten bzw. Nachsorgebereichs. Die Situation in der stationären Versorgung stellt sich weniger ungünstig dar und es gibt eine deutliche Entwicklung zur weiteren Zentrumsbildung, die in der Regel im Rahmen ihrer Qualitätsanforderungen auch qualitativ angemessene und ausreichende psychoonkologische Angebote vorsehen.

Schließlich ist bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, dass mittelfristig aufgrund der demografischen Entwicklung tendenziell eher von einer **Steigerung der Zahl der Neuerkrankungen und damit auch der Behandlungsfälle** auszugehen ist (Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut, 2016).

6 Literaturverzeichnis

- Baruch, Y. & Holtom, B. C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human Relations*, 61(8), 1139-1160.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O. & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosom Med*, 63(1), 32-39.
- Bergelt, C. (2010). *Patienten und ihre Partner in der stationären onkologischen Rehabilitation: Inanspruchnahme, Prozesse, Ergebnisse - Habilitationsschrift*. Univesität Hamburg.
- Bundesgesundheitsministerium. (2012). Nationaler Krebsplan: Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen, Stand: Januar 2012 [Internet]. Retrieved from http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan_-_Handlungsfelder_Ziele_und_Umsetzungsempfehlungen.pdf
- Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (BBSR). (2018). Laufende Raumbbeobachtung - Raumabgrenzungen. Raumordnungsregionen Retrieved 28.10.2018, from https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/Raumordnungsregionen/raumordnungsregionen_node.html
- Bundesministerium für Gesundheit. (2017). Nationaler Krebsplan: Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. Retrieved 31.12.2018, from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer (Ed.). (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018*. Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer.
- Cycyota, C. S. & Harrison, D. A. (2006). What (Not) to Expect When Surveying Executives. A Meta-Analysis of Top Manager Response Rates and Techniques Over Time. *Organizational Research Methods*, 9(2), 133-160.
- Deutsche Krebsgesellschaft. (2017). Zertifizierungsmodell der Deutschen Krebsgesellschaft [Stand: 05.01.2017], 20.10.2018, from <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung.html>

- Deutsche Rentenversicherung. (2015). *KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung. (2016). *Reha-Therapiestandards Brustkrebs für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung. (2018). *Reha-Bericht 2018*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband. (2018a). Hospizarbeit und Palliativversorgung. Retrieved 20.10.2018, from https://www.dhvp.de/themen_hospiz-palliativ.html
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband. (2018b). Palliativstationen. Retrieved 20.10.2018, from https://www.dhvp.de/themen_palliativstationen.html
- Faller, H. (2016). Zum Stand der Interventionsforschung in der Psychoonkologie. In A. Mehnert & U. Koch (Eds.), *Handbuch Psychoonkologie* (pp. 517-528). Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Szalai, C., Wittchen, H.-U. & Mehnert, A. (2016). Satisfaction with information and unmet information needs in men and women with cancer. *J Cancer Surviv*, 10(1), 62-70.
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J. & Kuffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol*, 31(6), 782-793.
- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Szalai, C., Wittchen, H.-U. & Mehnert, A. (2016). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *J Psychosom Res*, 81, 24-30.
- Fulton, B. R. (2016). Organizations and Survey Research. Implementing Response Enhancing Strategies and Conducting Nonresponse Analyses. *Sociological Methods & Research*, 47(2), 240-276.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2018). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung*. Berlin.
- Häder, M. (Ed.). (2002). *Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden Westdeutscher Verlag.

- Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, R. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D). Manual*. Bern: Hans Huber.
- Hund, B., Reuter, K., Jacobi, F., Siegert, J., Wittchen, H. U., Harter, M. & Mehnert, A. (2014). Adaptation of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for the assessment of comorbid mental disorders in oncology patients: the CIDI-O. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 64(3-4), 101-107.
- Kim, Y., Kashy, D. A., Wellisch, D. K., Spillers, R. L., Kaw, C. K. & Smith, T. G. (2008). Quality of life of couples dealing with cancer: dyadic and individual adjustment among breast and prostate cancer survivors and their spousal caregivers. *Ann Behav Med*, 35(2), 230-238.
- Kofahl, C. (2018). Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven (SHILD). *ZöGU - Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, 41(1-2), 70-80.
- Krishnan, T. N. & Poulouse, S. (2016). Response rate in industrial surveys conducted in India: Trends and implications. *IIMB Management Review*, 28(2), 88–97.
- Kuhnt, S., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Wittchen, H.-U., Koch, U. & Mehnert, A. (2016). Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychother Psychsom*, 85(5), 289-296.
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M. & Mayraz, G. (2007). Costbenefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202, 90–98.
- Leitlinienprogramm Onkologie. (2014). *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1* (Vol. AWMF-Registernummer: 032/051OL): Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft - Deutsche Krebshilfe - AWMF). (2015). *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 128/001OL*.
- Lowe, B., Decker, O., Muller, S., Brahler, E., Schellberg, D., Herzog, W. & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care*, 46(3), 266-274.

- Lowe, B., Kroenke, K., Herzog, W. & Grafe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *J Affect Disord*, 81(1), 61-66.
- Mehnert, A., Brahler, E., Faller, H., Harter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Sommerfeldt, S., Szalai, C., Wittchen, H. U. & Koch, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol*, 32(31), 3540-3546.
- Mehnert, A., Faller, H., Hönig, K., Hornemann, B., Petermann-Meyere, A. & Zimmermann, T. (in Vorbereitung). Psychoonkologischer Versorgungsbedarf in Organkrebszentren.
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brahler, E., Harter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U. & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psychooncology*, 27(1), 75-82.
- Mehnert, A., Koch-Gromus, U., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Faller, H., Keller, M., Brähler, E. & Härter, M. (2012). Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients - study protocol of an epidemiological multi-center study. *BMC Psychiatry*, 12, 70.
- Mehnert, A. & Koch, U. (Eds.). (2016). *Handbuch Psychoonkologie*. Göttingen: Hogrefe.
- 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, 213-223.
- NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. (2017). *NAKOS Studien - Selbsthilfe im Überblick - Zahlen und Fakten*. Berlin.
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (PSAPOH). (2013). *Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie - S3 Leitlinie*.
- Singer, S., Hohlfeld, S., Müller-Briel, D., Dietz, A., Brähler, E., Schröter, K. & Lehmann-Laue, A. (2011). Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten. *Psychotherapeut*, 56(5), 386-393.
- Stevens, A. & Raftery, J. (1994). Introduction *Health care needs assessment, the epidemiologically based needs assessment reviews*. (Vol. 1, pp. 11-30). Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Universitätsklinikum Freiburg - Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS). (2016). *RTS-Methodenreport Brustkrebs*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

- Verdonck-de Leeuw, I. M., Eerenstein, S. E., Van der Linden, M. H., Kuik, D. J., de Bree, R. & Leemans, C. R. (2007). Distress in spouses and patients after treatment for head and neck cancer. *Laryngoscope*, 117(2), 238-241.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. London: Worldwide Palliative Care Alliance.
- Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grocholewski, A. & Kröger, C. (2013). Wie teuer wird es wirklich? *Psychologische Rundschau*, 64(2), 75-93.
- Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (Ed.). (2016). *Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016*. Berlin.