

Struktur- und Prozessqualität in ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen des Förderschwerpunktes „Psychosoziale Krebsberatung“ der Deutschen Krebshilfe

Structural and Process Quality in Outpatient Psychosocial Cancer Counselling Centres. Evaluating a Major Funding Programme of the “Deutsche Krebshilfe e.V.”

Autoren

S. Eichhorn¹, S. Kuhnt¹, J. M. Giesler², M. Schreib², V. Voelklin², E. Brähler^{1,3}, J. Ernst¹, A. Mehnert¹, J. Weis²

Institute

¹Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Sektion Psychosoziale Onkologie, Universität Leipzig, Leipzig

²Institut für Reha-Forschung und Prävention, Klinik für Tumorbiologie, Freiburg

³Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Schlüsselwörter

- psychosoziale Krebsberatungsstellen
- psychoonkologische Versorgung
- Evaluation
- Strukturqualität
- Qualitätssicherung

Key words

- psychosocial cancer counselling centres
- psycho-oncological care
- evaluation
- structural quality
- quality assurance

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1377030>
 Online-Publikation: 2014
 Gesundheitswesen
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Svenja Eichhorn
 Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
 Universität Leipzig
 Philipp-Rosenthal-Straße 55
 04103 Leipzig
svenja.eichhorn@medizin.uni-leipzig.de

Zusammenfassung



Ziel der Studie: Ziel der Studie ist es, Merkmale der Struktur- und der strukturnahen Prozessqualität der psychosozialen Krebsberatung exemplarisch für eine Stichprobe von 28 ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen zu beschreiben, die im Rahmen des 2007 von der Deutschen Krebshilfe e.V. ausgeschriebenen Förderschwerpunktes „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ zeitlich befristet gefördert werden. Dieser von einem Evaluationsprojekt begleitete Förderschwerpunkt verfolgt das Ziel, qualitätsgesicherte ambulante psychosoziale Krebsberatung in Deutschland zu fördern und Bemühungen um deren Finanzierung über die Förderung hinaus zu unterstützen.

Methodik: Die Qualitätsmerkmale der Einrichtungen wurden mithilfe eines auf der Basis von Datenbankrecherchen und Experteninterviews entwickelten Fragebogens in 2 Erhebungen erfasst und ergänzend über einen teilstrukturierten Interviewleitfaden bei Visitationen aller Einrichtungen erhoben.

Ergebnisse: Die Einrichtungen erweisen sich als homogen bezüglich der Qualitätsmerkmale Angebot psychoonkologischer und sozialer Einzelberatung, Personalausstattung, räumliche Ausstattung, Qualitätssicherung, Diagnostik, Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit. Heterogener sind die Einrichtungen in Bezug auf Erreichbarkeit, Barrierefreiheit, Gruppenangebote sowie die Merkmale Kooperation, Finanzierung und schriftliche Verankerung von Konzept und Leitbild.

Schlussfolgerung: Die untersuchten Krebsberatungsstellen erfüllen weitestgehend die Mindestanforderungen an die Strukturqualität einer ambulanten psychosozialen Krebsberatung. Optimierungspotenziale bestehen hinsichtlich Kooperation, Qualitätssicherung, räumlicher Ausstattung und inhaltlicher Ausdifferenzierung (z.B. Arbeitskonzepte). Die hier beschriebenen

Abstract



Background: In 2007, the German Cancer Aid (“Deutsche Krebshilfe e.V.”) initiated and funded a programme in 28 selected cancer counselling centres in Germany attempting to both promote and strengthen quality assured psychosocial cancer counselling as well as to ensure long-term financing. The accompanying evaluation programme aims to collect structural data of the institutions and to evaluate processes of quality assurance within the sample of cancer counselling centres.

Methods: On the basis of structured research within scientific databases and internet, as well as with the support of experts, characteristics of structural quality of cancer counselling centres were identified. Structural data were collected using a self-developed questionnaire and a semi-structured interview during the on-site visitations of the institutions.

Results: The results show homogeneity in some fields of structural quality such as individual psycho-oncological and social counselling, human resources, room facilities, quality assurance, diagnostics, documentation and public relations. Structural quality of the investigated centres appears more heterogeneous with regard to aspects such as availability and accessibility, barrier-free access, group support offers (counselling, sports, arts, etc.) as well as cooperation, financing and written mission statements.

Conclusion: The investigated cancer counselling centres ensure mainly good minimum standards according to structural quality of cancer counselling. There is potential for further optimisation including cooperation, quality assurance, room facilities and being differentiated in terms of conceptual content and working concepts. Further achievements on quality assured cancer counselling can use the presented data as a basis for describing minimum standards and obligatory quality criteria.

Qualitätsmerkmale können für weiterführende Bemühungen um eine qualitätsgesicherte psychosoziale Krebsberatung als Grundlage genutzt werden.

Einleitung

Die ambulante psychosoziale Beratung stellt einen wichtigen Baustein psychoonkologischer Versorgung dar. Als Anlaufstelle bei psychosozialen und sozialrechtlichen Problemlagen soll sie Krebspatienten und Angehörigen in Phasen der Akutbehandlung, Rehabilitation sowie der mittel- wie längerfristigen Nachsorge eine in der Regel kostenfreie psychosoziale Unterstützung bieten. Eine zentrale Aufgabe psychosozialer Krebsberatungsstellen (KBS) ist es, Ratsuchende über professionelle Unterstützungsangebote sowie Angebote der Selbsthilfe zu informieren und bei Bedarf an diese zu vermitteln. Psychosoziale Krebsberatung ist auf die individuelle Problemlage der Ratsuchenden ausgerichtet und soll die Krankheitsverarbeitung unterstützen [1]. Zu ihren primären Aufgaben gehört deshalb die psychosoziale und psychoonkologische Diagnostik, Information, Beratung, Krisenintervention und Psychoedukation. Das Tätigkeitsfeld von KBS beinhaltet zudem Kooperation und Vernetzung, Aufgaben im Rahmen der Prävention (z. B. Informationsveranstaltungen) oder Rehabilitation (u. a. Vermittlung weiterführender rehabilitativer Hilfen) sowie Öffentlichkeitsarbeit. Zugang zur Beratungsstelle erhalten die Ratsuchenden dabei vorrangig über Kliniken, Broschüren/Flyer, oder den niedergelassenen Arzt, Angehörige dagegen häufiger über Verwandte oder Bekannte sowie das Internet [2]. Die vielfach belegte psychische und psychosoziale Belastung von Krebspatienten und Angehörigen unterstreicht den Stellenwert der psychosozialen Krebsberatung [3–6].

Die Orientierung an Standards der Qualitätssicherung hat im Gesundheitswesen in den letzten 2 Jahrzehnten stark an Relevanz gewonnen. Im Bereich der stationären klinischen Versorgung ist Qualitätssicherung inzwischen gesetzlich verankert und etabliert. Für die stationäre onkologische Rehabilitation liegen mehrere Studien zu Qualitätsmerkmalen der Versorgung vor [7–12]. Im Bereich der ambulanten psychoonkologischen Versorgung gibt es dagegen bislang keine verpflichtenden gesetzlichen Vorgaben und die Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards steht noch aus.

Die Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO) hat 2004 eine (inzwischen nicht mehr gültige) S1-Leitlinie für ambulante psychosoziale KBS vorgelegt [13]. Ebenso hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e.V. (dapo) ein allgemeines Anforderungsprofil für KBS [14] (u. a. hinsichtlich Stellenzahl, Mitarbeiterqualifikation, Öffnungszeiten) formuliert. Obwohl Rahmenkonzepte zur Entwicklung von Versorgungsstandards vorgelegt wurden [15, 16], fehlte es bislang an einer Umsetzung für den Bereich der psychosozialen KBS.

In Deutschland haben bisher 2 Studien die Strukturqualität der ambulanten Krebsberatung analysiert. Eine Erhebung von Strukturmerkmalen aller KBS in Sachsen (N=30) konstatierte 2008 eine flächendeckende, aber nur eingeschränkt leitliniengerechte Versorgung [17]. Insbesondere wurde ein ungenügendes Angebot an psychologischen Hilfen bzw. eine unzureichende Multidisziplinarität der Beraterteams festgestellt, die zum Großteil aus dem Bereich der Sozialarbeit/Sozialpädagogik kamen.

Eine 1999 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) durchgeführte bundesweite Befragung von 87 KBS beschrieb Lücken in der Versorgung und im Anforderungsprofil der

KBS sowie eine hohe Instabilität der Finanzierung der Einrichtungen [18]. Auch in dieser Studie erfüllte nur ein geringer Teil der KBS die damals zugrunde gelegten Mindestanforderungen an Ausstattung, Personal, Qualifikation, Dokumentation und anderer Qualität sichernder Maßnahmen.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krebshilfe e.V. (DKH) 2007 den Förderschwerpunkt „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ eingerichtet, der den Ausbau und die Verbesserung der Versorgungsstrukturen in diesem Feld vorantreiben soll. Ziel ist es, die Entwicklung eines bundesweiten Netzwerks qualitätsgesicherter Kompetenzberatungsstellen über eine Anschubfinanzierung zu fördern. Seit 2008 unterstützte die DKH mit diesem Programm bundesweit 28 KBS. Der Förderschwerpunkt wird durch ein separates, ebenfalls von der DKH gefördertes Projekt zur wissenschaftlichen Evaluation der geförderten Einrichtungen begleitet. Diese orientiert sich am Konzept der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und ist der Versorgungsforschung zuzuordnen. Ziel ist eine umfassende Evaluation des laufenden Beratungsstellenprogramms auf der Basis einer Kombination von formativer und summativer Evaluation. Im Einzelnen ist vorgesehen,

- ▶ systematische Daten zur Implementierung und Evaluation psychosozialer Krebsberatung in Form der geförderten Beratungsstellen zu erfassen,
- ▶ Qualitätsstandards zu formulieren und
- ▶ einen Beitrag zur Verstetigung und Nachhaltigkeit der Beratungskonzepte zu leisten.

Einen wichtigen Teilaspekt der Evaluation bildet die Erfassung von Merkmalen der Strukturqualität, d. h. der Qualität strukturell verankerter Merkmale der Einrichtungen [19]. Da Merkmale der Struktur- und Prozessqualität nicht immer klar voneinander differenziert werden können, bezieht die Analyse auch sog. „strukturnahe Prozessmerkmale“ [9] ein, die Regelungen in Bezug auf organisatorische und behandlungstechnische Abläufe in den Einrichtungen beinhalten.

Die Untersuchung der Strukturqualität der geförderten KBS soll die Entwicklung von Qualitätskriterien und Anforderungsprofilen für Einrichtungen der ambulanten Krebsberatung unterstützen. Ziel ist dabei zunächst eine Beschreibung der strukturellen Merkmale der Einrichtungen, ohne eine Bewertung im Hinblick auf Qualitätskriterien vorzunehmen. Im Einzelnen fokussiert die Untersuchung deshalb folgende Bereiche der Struktur- und Prozessqualität:

- ▶ Personalausstattung
- ▶ Räumliche Situation
- ▶ Beratungsangebot
- ▶ Erreichbarkeit
- ▶ Kooperationen
- ▶ Finanzierung
- ▶ Qualitätssicherung (inkl. interne Kommunikation)
- ▶ Schriftliches Konzept bzw. Leitbild
- ▶ Diagnostik psychosozialer Belastungen
- ▶ Dokumentation
- ▶ Öffentlichkeitsarbeit

Methodik



Stichprobe

Die Untersuchung bezieht 28 durch die DKH befristet geförderte KBS ein, von denen 13 mithilfe der Förderung neu gegründet worden waren. Nach positiver Begutachtung eines Antrags

Tab. 1 Verteilung der geförderten Beratungsstellen hinsichtlich ausgewählter Merkmale.

Merkmalskategorie	Ausprägung	Anzahl der KBS
Bundesland	Baden-Württemberg	4
	Bayern	3
	Brandenburg	1
	Hessen	3
	Niedersachsen	5
	Nordrhein-Westfalen	3
	Rheinland-Pfalz	3
	Sachsen	3
	Sachsen-Anhalt	1
	Schleswig-Holstein	1
	Thüringen	1
Lage	Stadt (> 100 000 EW)	16
	Land (Kleinstadt, ländliche Gegend)	12
Träger	Landeskrebsgesellschaften	12
	Kirchliche Träger	5
	Kliniken u. Tumorzentren	5
	Sonstige (AWO, usw.)	6
Dauer des Bestehens (Zum Zeitpunkt der Ersterhebung)	1–2 Jahre	13
	3–5 Jahre	1
	6–10 Jahre	3
	11–20 Jahre	4
	über 20 Jahre	7

durch vom Förderer bestimmte fachlich ausgewiesene externe Experten wurden die Einrichtungen zunächst für 3 Jahre gefördert. Nach einem weiteren Antrags- und Begutachtungsverfahren erhielten 26 dieser KBS eine nochmalige Förderung für 3 Jahre. **Tab. 1** zeigt die Verteilung der KBS hinsichtlich Bundesland, Lage, Trägerschaft und Dauer ihres Bestehens.

Entwicklung des Erhebungsinstruments

Im Vorfeld der Verfahrenskonstruktion wurden systematische Datenbankrecherchen (*Pubmed, Psynindex, ISI Web of Science*) zu Strukturqualität und felderschließende Interviews mit Vertretern der Evaluation der sächsischen Krebsberatungsstellen [17], der Selbsthilfeforschung und der Versorgungsforschung durchgeführt (**Abb. 1**). Dabei standen Fragen der Formulierung von Qualitätskriterien sowie der Vernetzung und Einbettung von KBS in die Versorgungslandschaft im Mittelpunkt. Darauf aufbauend wurden Items zur Erfassung allgemeiner Struktur- und strukturnaher Prozessmerkmale psychosozialer KBS [9] formuliert. **Tab. 2** zeigt die Merkmalsbereiche.

Der so erstellte Itempool wurde von 7 Experten verschiedener Professionen (Psychologie, Sozialarbeit, Medizin, Selbsthilfeorganisationen und Rehabilitationsforschung) hinsichtlich Relevanz, Verständlichkeit und Vollständigkeit beurteilt. Das Ergebnis dieses Prozesses war der „Erhebungsbogen zur Erfassung der Strukturqualität von Einrichtungen der ambulanten psychosozialen Krebsberatung“, der neben allgemeinen Angaben (Träger usw.) die in **Tab. 2** vorgestellten Strukturmerkmale der KBS

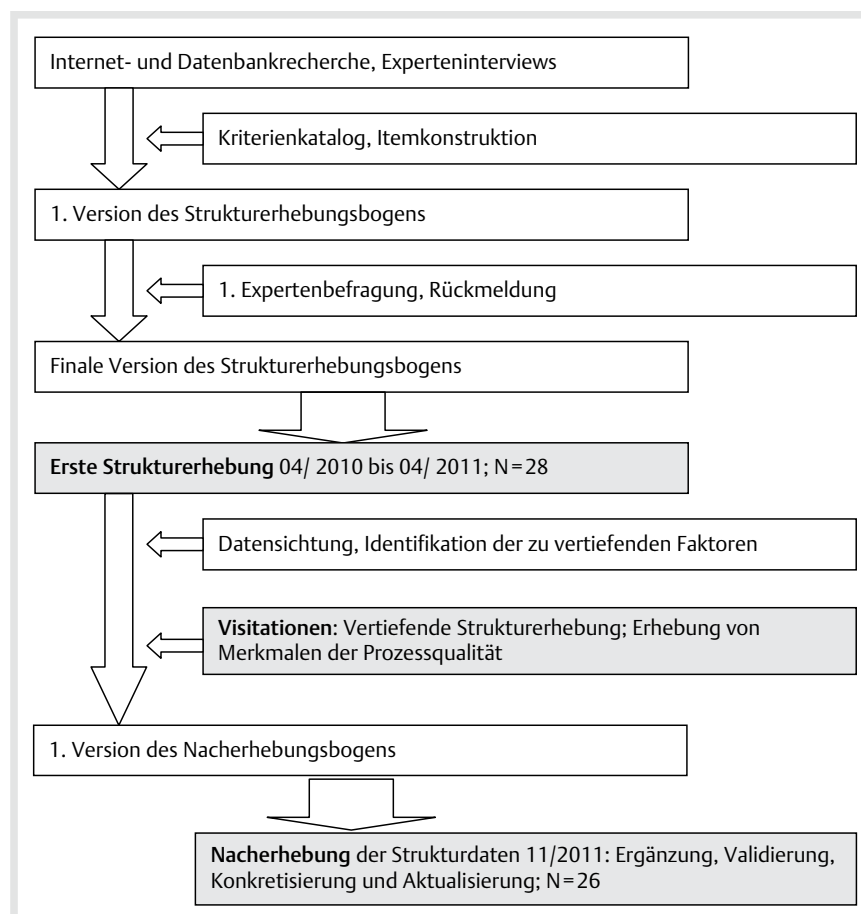


Abb. 1 Ablauf der Strukturhebung und Entwicklung des Strukturhebungsbogens.

Tab. 2 Einteilung der Strukturmerkmale in Anlehnung an Glattacker (2005) [10].

„allgemeine Strukturmerkmale“	„strukturnahe Prozessmerkmale“
– Personalausstattung	– Qualitätssicherung
– räumliche (und technische) Ausstattung	– interne Kommunikation (Arbeits- und Fallbesprechungen)
– Beratungsangebot	– Konzept/Leitbild
– Erreichbarkeit	– Diagnostik
– Kooperation/Vernetzung	– Dokumentation
– Finanzierung	– Öffentlichkeitsarbeit

vorwiegend anhand von Items mit geschlossenem Antwortformat erfasst. Neben diesem Fragebogen wurden ein ergänzender Fragebogen zur Nacherhebung der Strukturdaten sowie teilstrukturierte Leitfäden für Visitationen vor Ort erstellt.

Datenerhebung und Auswertung

Die Datenerhebung erfolgte in mehreren Schritten (► **Abb. 1**). Zwischen April 2010 und April 2011 wurden erstmalig Strukturdaten aller KBS (N=28) erhoben. Im November 2011 folgte die Nacherhebung zur Aktualisierung und Konkretisierung der Daten in den weitergeförderten KBS (N=26), wobei die Erhebung nicht im Sinne einer Veränderungsmessung konzipiert war. Die Befragungsunterlagen wurden an die Leiter der KBS versandt, von diesen bearbeitet und zurück geschickt. Bei den Visitationen der KBS (August 2010–Juni 2011) im Rahmen der Ersterhebung wurden zudem Daten erfragt, deren schriftliche Erfassung nur eingeschränkt möglich ist wie z. B. Atmosphäre der Beratungsräume, Kooperationsbeziehungen oder Abläufe innerhalb der Einrichtungen. Die Visitationen wurden von vorab geschulten, wissenschaftlich und klinisch erfahrenen Psychoonkologen sowie einem Mitarbeiter des Evaluationsteams durchgeführt. Die Auswertung der Daten erfolgte anhand deskriptiv-statistischer Verfahren.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Befunde im Überblick dargestellt. Die wichtigsten Ergebnisse sind in ► **Tab. 3** zu finden. Die Daten fassen die Informationen aus beiden Erhebungen zusammen, wobei sie sich größtenteils auf den zweiten Erhebungszeitpunkt beziehen. Aufgrund der Anlage der beiden Erhebungen sowie der Komplexität der Prozesse in den Einrichtungen können die Daten nicht in einem direkten Vergleich im Sinne einer Veränderungsmessung interpretiert werden.

Personalausstattung

Die Beratungsstellen verfügen im Mittel über 3 Vollzeitkraftstellen (VK; Spanne 0,75–6,32 VK). Gemessen an ihrer Grundqualifikation sind vornehmlich Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und Psychologen vertreten, für die sich eine mittlere Anzahl von 1,8 bzw. 1,2 Stellen pro Einrichtung ergibt. Für weitere Berufsgruppen wie Ärzte oder Pädagogen zeigt sich eine deutlich niedrigere mittlere Stellenanzahl. In einer Reihe von Einrichtungen arbeiten zudem Honorarkräfte und Ehrenamtliche mit.

In allen 28 KBS sind Mitarbeiter mit psychoonkologischer Weiterbildung tätig. In 25 KBS hat dabei mindestens die Hälfte der Berater eine solche Weiterbildung absolviert. Insgesamt verfügen 63% aller Berater über eine psychoonkologische Weiterbildung. Mitarbeiter mit therapeutischer Weiterbildung und Ap-

probation sind in 9 KBS vertreten. Die überwiegende Mehrzahl der KBS verfügt über eine Verwaltungskraft. In den Einrichtungen sind im Mittel 5 Mitarbeiter (Spanne 2–10) (82% aller Mitarbeiter) in Teilzeit beschäftigt (ohne Tabelle).

Räumliche Ausstattung

Mehr als die Hälfte der KBS verfügt über 4–5 Räume (Md=5; Spanne 1–11). Im Mittel stehen dabei ca. 100 qm² (Md) zur Verfügung (Spanne 23–286). 19 KBS nutzen zusätzlich externe Räume, vorrangig für Gruppenangebote oder Informations- und Fortbildungsveranstaltungen. In 17 Fällen besteht ein Wartebereich getrennt von der Patientenanmeldung. Etwa die Hälfte der Beratungsstellen ist barrierefrei im Zugang und in der Einrichtung selbst.

Angebot

Alle Beratungsstellen bieten soziale/sozialrechtliche und psychoonkologische Einzelbetreuung an (ohne Tabelle). Ergänzend boten 19 KBS in 2010/2011 Gruppen an, in erster Linie psychoedukative Gruppen, Entspannungsgruppen und kunsttherapeutische Gruppen, Sportgruppen finden sich seltener. In die Gruppenleitung sind häufig Honorarkräfte eingebunden. Richtlinienpsychotherapie und medizinische Beratungen werden in jeweils einer KBS durchgeführt.

Erreichbarkeit

Die KBS bieten im Mittel Sprechzeiten im Umfang von 40 Wochenstunden an (► **Tab. 3**; Spanne 28,5–53). Zur Verbesserung der Erreichbarkeit führen 23 KBS Beratung in Außenstellen oder Außensprechstunden durch, die primär in Kliniken, onkologischen Schwerpunktpraxen, städtischen oder Wohlfahrtseinrichtungen sowie Räumen von Krankenkassen angesiedelt sind (Spanne der Stellen je KBS: 1–17).

12 KBS beraten stationäre Patienten in einem zeitlichen Umfang zwischen 0,5 und 54 Wochenstunden je KBS (Md=4,5 Stunden). Diese Tätigkeit wird nur zum Teil von den Kliniken refinanziert. Der Anteil der Außenberatung an der Gesamtberatungsleistung der KBS beträgt zwischen 2 und 73% (Md=16%).

Kooperation, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit

Alle KBS kooperieren mit den wichtigsten in der (psycho-)onkologischen Versorgung aktiven Institutionen (Akut- und Rehabilitationskliniken, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen). Diese Kooperationen basieren zum Teil nur auf mündlichen Absprachen. Mit Partnern aus dem stationären Sektor liegen in den meisten KBS (n=24) einzelne schriftliche Kooperationsvereinbarungen vor. Schriftlich vereinbarte Kooperationen mit Partnern aus dem ambulanten Sektor oder mit Selbsthilfegruppen finden sich in 20 bzw. 15 KBS. Zur regionalen Vernetzung und der Erhöhung des Bekanntheitsgrades. Alle 28 KBS setzen Flyer, Vorträge, Informationsstände und eine eigene Homepage zur Öffentlichkeitsarbeit ein (ohne Tabelle).

Finanzierung

Die DKH förderte 8 der KBS von deren Eröffnung an zu 90 oder mehr Prozent ihres Finanzbedarfs. Die anderen 20 KBS sind mit zwischen 2 und 8 Finanzierungsquellen in hohem Maße mischfinanziert. Die wichtigsten Finanzquellen bilden die Träger der Einrichtungen (z. B. Landeskrebsgesellschaften, Wohlfahrtsverbände, wie Caritas oder Arbeiterwohlfahrt) (14% der durchschnittlichen Gesamtförderung einer KBS), Spenden (7%), Krankenkassen (4%), Rentenversicherung (3%), Stiftungen (2%),

Tab. 3 Merkmale der Strukturqualität der 28 geförderten KBS.

Merkmal	Statistischer Kennwert	
	M oder f (KBS)	% (KBS)
Personalausstattung (N = 28)		
Vollzeitkräftestellen (M)	3,0	–
SozialarbeiterInnen/-pädagogInnen (M)	1,8	–
PsychologInnen (M)	1,2	–
PädagogInnen (M)	0,4	–
ÄrztInnen (M)	0,1	–
MitarbeiterInnen mit therapeutischer Weiterbildung mit Approbation (M)	0,5	–
Honorarkräfte	15	58
Ehrenamtliche	9	35
Verwaltungskraft (n = 27* ¹)	23	85
psychoonkologische Weiterbildung	28	100
Räumliche Ausstattung		
4–5 Räume (n = 28)	15	54
Nutzung externer Räume (N = 28)	19	68
Wartebereich und Anmeldung getrennt (n = 25)	17	68
barrierefreier Zugang (n = 25)	12	48
Zusatzangebote (n = 26)		
Gruppen	19	73
psychoedukative Gruppen	16	62
Entspannungsgruppen	12	46
kunsttherapeutische Gruppen	13	50
Sportgruppen	9	35
(Richtlinien-)Psychotherapie (n = 25)	1	4
Erreichbarkeit		
Stunden wöchentlicher Sprechzeiten (M)	40	–
Beratung in Außenstellen (n = 28)	23	82
Beratung in Kliniken (n = 26)	12	46
Schriftliche Kooperationsvereinbarungen (n = 26)		
mit stationären Einrichtungen	24	92
mit ambulanten Einrichtungen	20	77
mit Selbsthilfegruppen	15	58
Finanzierung (n = 28)		
vollfinanziert durch die Deutsche Krebshilfe e.V.* ²	8	29
2–4 Finanzierungsquellen	11	39
5–8 Finanzierungsquellen	9	32
Qualitätssicherung (n = 28)		
festе Arbeits- und Organisationsbesprechungen	28	100
Intervision wöchentlich oder 14-tägig	15	54
externe Fallsupervision	28	100
Verschriftlichung von Verfahrensanweisungen	15	54
Verschriftlichung von Anweisungen zu Datenschutz und Informationsweitergabe	20	71
Teilnahme an interdisziplinären Qualitätszirkeln	11	39
Konzept/Leitbild (n = 28)		
schriftliches Leitbild	16	57
schriftliches Arbeits- und Therapiekonzept	16	57
Diagnostik (n = 26)		
Routine-Einsatz des Distress-Thermometers	20	88
Öffentlichkeitsarbeit (n = 28)		
Flyer	28	100
Homepage	28	100

*¹ Abweichungen der Basisraten von n = 26/n = 28 resultieren aus fehlenden Angaben der KBS (missings)

*² Anteil der Finanzierung durch die DKH über 90 %

Landkreis (2%), Land (2%), Kommunen (2%) und andere Förderer (2%) wie etwa Kliniken (ohne Tabelle).

Qualitätssicherung

12 KBS setzen Qualitätssicherungssysteme ein, bei denen es sich fast ausschließlich um selbst entwickelte Systeme handelt. Regelmäßige Arbeits- und Organisationsbesprechungen sowie externe Fallsupervisionen finden in allen KBS statt. Nur etwa die Hälfte der KBS führt Intervisionen durch. In 15 KBS existieren

schriftlich niedergelegte Verfahrensanweisungen (Notfallpläne, Ablauf und Inhalte von Beratungsangeboten, Erstkontakte usw.), in 20 KBS liegen schriftliche Regelungen zum Datenschutz und zur Weitergabe von Information vor.

Konzept/Leitbild

In 16 KBS sind das Leitbild der KBS und/oder Arbeits- bzw. Therapiekonzepte schriftlich niedergelegt.

Diagnostik

23 Beratungsstellen setzen routinemäßig diagnostische Verfahren ein (ohne Tabelle). Zum Zeitpunkt der Nacherhebung nutzt die große Mehrzahl der KBS das Distress-Thermometer (DT) [20].

Dokumentation (ohne Tabelle)

Alle Beratungsstellen verwenden einheitlich ein im Evaluationsprogramm des Förderschwerpunktes entwickeltes Dokumentationssystem, das seit August 2013 in einer EDV-Version eingesetzt wird und neben Stammdaten soziodemografische und medizinische Merkmale der Ratsuchenden, erbrachte Beratungsleistungen und Gruppenangebote erfasst.

Diskussion



Ambulante KBS bilden eine wichtige Säule der psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen. Um ihre Integration in die Regelversorgung vorzubereiten, ist es eine wichtige Voraussetzung, Qualitätssicherung in KBS zu implementieren und damit aktuelle Forderungen im Gesundheitssystem aufzugreifen. Die Strukturhebung der begleitenden Evaluation des DKH-Förderschwerpunkts „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ soll eine Basis für die Entwicklung eines umfassenden Qualitätssicherungsprogramms ambulanter KBS bereitstellen. Wie die dargestellten Ergebnisse zeigen, sind die Einrichtungen insgesamt vergleichsweise homogen in Bezug auf die Qualitätsmerkmale Angebot psychoonkologischer und sozialer Einzelberatung, Personalausstattung, räumliche Ausstattung, Qualitätssicherung, Diagnostik, Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit. Sie erweisen sich dagegen als heterogener in Bezug auf Erreichbarkeit, Barrierefreiheit, Gruppenangebote sowie in den Aspekten Kooperation, Finanzierung und schriftliche Verankerung von Konzept und Leitbild.

Alle Beratungsstellen halten Sprechzeiten von mindestens 20 Stunden pro Woche vor, in denen Beratungstermine nach Vereinbarung möglich sind. Die Erreichbarkeit wird durch Außensprechstunden und bei einigen KBS auch durch die Beratung stationärer Patienten erweitert. Diese stationäre Betreuung wird nur in einigen KBS von den Kliniken refinanziert. Im Sinne einer guten sektorenübergreifenden Versorgung sollte diese Betreuung jedoch nur bei einer Mitfinanzierung der Leistung durch die Kliniken bereitgestellt werden. Eine verbindliche Grundlage hierfür können die Zertifizierungsvoraussetzungen von Organkrebszentren liefern, die auch die psychoonkologische Betreuung von Krebspatienten regeln. Sollte diese Finanzierungsoption ungenutzt bleiben, laufen die KBS Gefahr, eigene knappe Ressourcen zugunsten der stationären Betreuung zu binden.

Die gut qualifizierten multidisziplinären Teams in allen KBS gewährleisten ein adäquates Angebot an sozialer und psychologischer Hilfe. Die Tatsache, dass in 15 % der KBS eine Verwaltungskraft fehlt, ist insofern problematisch, als hier Verwaltungssarbeit durch Berater mit erledigt werden muss und Beratungskapazität gebunden wird. Etwa jede zweite KBS wird durch Honorarkräfte unterstützt, die vorrangig Gruppen (Gesprächsgruppen, Kunst, Musik usw.) durchführen. Bei gegebener Qualifikation stellt dies eine sinnvolle Ergänzung des Angebots dar. Dass in einem Drittel der KBS Ehrenamtliche tätig sind, könnte anzeigen, dass KBS zum Teil auf Leistungen aus dem Ehrenamt angewiesen sind, da die Finanzierungsquellen nicht ausreichen.

Die räumliche Ausstattung der geförderten KBS zeigt sich mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung in den einzelnen Einrichtungen verbesserungswürdig. Aufgrund mangelnder eigener Räume greift eine Mehrzahl der KBS zumeist für Gruppenangebote auf externe Räume zurück. Die Barrierefreiheit ist bei der Hälfte der KBS eingeschränkt. Einen weiteren optimierungsbedürftigen Aspekt stellt die räumliche Trennung von Anmeldung und Wartebereich zum ausreichenden Schutz der Privatsphäre der Ratsuchenden dar.

Die KBS bieten insgesamt ein adäquates Angebot an psychosozialer Beratung. Erweitert wird das Angebot vielfach durch Angebote von Gesprächs-, Sport- oder Kreativgruppen. In Einzelfällen wird zusätzlich auch medizinische Beratung sowie Psychotherapie angeboten. Im Rahmen der Ausarbeitung von Qualitätsstandards für psychosoziale KBS wird die Bestimmung von Kern- und Zusatzleistungen eine wichtige Aufgabe zukünftiger Phasen der Evaluation darstellen.

Die geförderten KBS verfügen über ein Netz von Kooperationspartnern, das die wichtigsten Akteure wie Krankenhäuser, soziale Dienste oder Selbsthilfegruppen umfasst. Für die Zukunft ist anzustreben, Kooperationen auch schriftlich zu vereinbaren und Pflichten der jeweiligen Partner dabei möglichst konkret zu benennen.

Die KBS finanzieren sich größtenteils über verschiedene Finanzquellen, die häufig nur kurzfristig gesichert sind. Die meisten KBS sind auf Mischfinanzierungsmodelle angewiesen. Ausnahmen bilden wenige Einrichtungen aus dem Förderschwerpunkt, die für einen begrenzten Zeitraum zu mehr als 90 % finanziert werden. Zuwendungen von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern stellen nur in wenigen Fällen und in geringem Umfang eine Finanzierungsgrundlage dar. Dies verweist nochmals auf das übergeordnete Ziel des Förderschwerpunkts, längerfristige Modelle und Perspektiven zur Finanzierung von KBS zu entwickeln, wie sie zwischenzeitlich auch auf einem von der DKH hierzu organisierten Symposium im Februar 2013 diskutiert wurden.

Qualitätssichernde Maßnahmen wie regelmäßige Supervisionen, Intervisionen oder Weiterbildungen sind in den KBS überwiegend etabliert. Obwohl auch Arbeitskonzepte oder Leitbilder nur in etwa der Hälfte der geförderten KBS schriftlich vorliegen und Defizite in der schriftlichen Verankerung von Verfahrensweisen der ambulanten Krebsberatung bestehen, bieten die in den KBS bereits etablierten Elemente der Qualitätssicherung insgesamt eine gute Grundlage für deren weiteren systematischen Ausbau.

Mit dem routinemäßigen Einsatz des Distress-Thermometers erfüllt der Großteil der KBS die Anforderungen an eine umfassende qualitätsgesicherte psychosoziale Diagnostik [19].

Analog zu Bergelt et al. [21], die die stationäre und ambulante Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen beschreiben, erweisen sich auch die hier untersuchten ambulanten psychosozialen KBS in Bezug auf Merkmale der Strukturqualität als heterogen. Alle geförderten KBS erfüllen jedoch grundlegende Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Beratung wie z.B. psychoonkologische Ausbildung der Berater, Durchführung von Fallbesprechungen und Supervision.

Für die untersuchte Gruppe der geförderten KBS kann damit von einem guten Stand der Strukturqualität gesprochen werden. Optimierungsmöglichkeiten bestehen vor allem in den Bereichen Qualitätssicherung, Kooperation, Barrierefreiheit und konzeptionelle Ausdifferenzierung. Insgesamt bilden die dargestellten

Ergebnisse aber nur einen Ausschnitt des Bereichs der ambulanten psychosozialen Krebsberatung ab und erlauben keine Aussage darüber, wie sich die Strukturqualität in den KBS außerhalb des Förderschwerpunkts in Deutschland insgesamt darstellt. Sie schaffen jedoch eine Basis für die perspektivische Beschreibung von Mindestanforderungen und Bewertungskriterien für die ambulante Krebsberatung, die ab 2014 im zweiten Abschnitt der weiteren Evaluation des Förderschwerpunktes der DKH realisiert werden wird.

Fazit

Die ambulante psychosoziale Krebsberatung bildet eine wichtige Säule der ambulanten psychoonkologischen Versorgung. Ihre Finanzierung ist derzeit nur unzureichend geregelt. Die Beschreibung der Struktur- und Prozessqualität der hier untersuchten KBS kann Prozesse der Qualitätsentwicklung und finanziellen Sicherung unterstützen. Qualitätsstandards müssen für die KBS entwickelt und etabliert werden, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen und die Finanzierungsbasis langfristig abzusichern.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Wickert M, Lehmann-Laue A, Blettner G. Ambulante psychosoziale Krebsberatung in Deutschland – Geschichte und Versorgungssituation. In: Weis J, Brähler E, Hrsg. Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Stuttgart: Schattauer; 2012; 67–78
- 2 Ernst J, Eichhorn S, Kuhnt S et al. Ambulante psychosoziale Krebsberatung – Ergebnisse einer nutzerbasierten Studie zu Beratungsanliegen und Zufriedenheit mit der Beratung. Zeitschrift für Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. (online first: DOI 10.1055/s-0034-1374604)
- 3 Rosenberger C, Höcker A, Cartus M et al. Angehörige und Patienten in der ambulanten psychoonkologischen Versorgung: Zugangswege, psychische Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2012; 62: 185–194
- 4 Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J et al. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Oncology 2013; 14: 721–732
- 5 Mehnert A, Vehling S, Scheffold K et al. Prevalence of Adjustment Disorder, Acute and Posttraumatic Stress Disorders as well as Somatoform Disorders in Cancer Patients A Systematic Literature Review. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2013; 63: 466–472
- 6 Vehling S, Koch U, Ladehoff N et al. Prevalence of Affective and Anxiety Disorders in Cancer: Systematic Literature Review and Meta-Analysis. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2012; 62: 249–258
- 7 Klein K, Farin E, Jäckel W et al. Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. Die Rehabilitation 2004; 43: 100–108
- 8 Jäckel W, Klein K. Bewertungen der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen. Online <http://www.qs-reha.de>
- 9 Glattacker M, Klein K, Farin E et al. Structural quality of neurologic rehabilitation clinics. Nervenarzt 2005; 76: 453–461
- 10 Lindow B, Grell R. Erhebung der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen. Online <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>
- 11 Kliche T, Töppich J, Kawski S et al. Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2004; 47: 125–132
- 12 Domann U, Weis J, Bartsch H. Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation. Onkologie 2006; 5: 421–427
- 13 Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (PSO). Arbeitsgruppe Zertifizierung Krebsberatungsstellen der DKG Leitlinien für ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen.
- 14 dapo. Anforderungsprofil an psychosoziale Krebsberatungsstellen. dapo 2010
- 15 Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Quarterly 2005; 83: 691–729
- 16 Eberlein-Gonska M. Qualitätsentwicklung und Evaluation. In: Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G et al., Hrsg. Lehrbuch Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer; 2011; 142–145
- 17 Singer S, Bretschneider N, Lehmann-Laue A et al. Psychosoziale Krebsberatungsstellen – eine Analyse der Versorgungsrealität in Sachsen. Gesundheitswesen 2012; 74: 736–741
- 18 Oertel M. Zentrale Ergebnisse einer Erfassung des Leistungsangebots von Krebsberatungsstellen. Online <http://www.ifes.uni-erlangen.de>
- 19 Donabedian A. Quality assurance in our health care system. Quality assurance and utilization review: official journal of the American College of Utilization Review Physicians 1986; 1: 6–12
- 20 Mehnert A, Mueller D, Lehmann C et al. The German version of the NCCN Distress Thermometer: Validation of a screening instrument for assessment of psychosocial distress in cancer patients. Zeitschrift für Psychiatrie Psychologie und Psychotherapie 2006; 54: 213–223
- 21 Bergelt C, Schoelermann C, Hahn I et al. Psychooncological care for breast cancer patients in hospitals and in the outpatient sector. Gesundheitswesen 2010; 72: 700–706