

Ambulante psychoonkologische Versorgung durch Krebsberatungsstellen – Leistungsspektrum und Inanspruchnahme durch Patienten und Angehörige

Out-Patient Psychosocial Cancer Counseling Centers and their Clients – Services Provided and Service Utilization by Patients and Patients' Relatives

Autoren

Jürgen M. Giesler¹, Joachim Weis¹, Melanie Schreib¹, Svenja Eichhorn², Susanne Kuhnt², Tanja Faust¹, Anja Mehnert², Jochen Ernst²

Institute

¹ Institut für Rehabilitationsforschung und Prävention, Klinik für Tumorbologie, Freiburg/Br.

² Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie und Sektion Psychosoziale Onkologie, Universitätsklinikum Leipzig

Schlüsselwörter

- Psychoonkologie
- Krebs
- Versorgungsforschung
- Psychosoziale Krebsberatung
- Krankheitsverarbeitung

Keywords

- psycho-oncology
- cancer
- health services research
- psychosocial cancer counseling
- survivorship

eingereicht 14. Januar 2015
akzeptiert 26. Mai 2015

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1554718>
Online-Publikation: 2015
Psychother Psych Med
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Dr. Jürgen M. Giesler
Institut für Rehabilitationsforschung und Prävention
Klinik für Tumorbologie
Breisacher Straße 117
79106 Freiburg
giesler@tumorbio.uni-freiburg.de

Zusammenfassung

Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen gewinnen zunehmend an Bedeutung für die psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten und Angehörigen. Empirische Untersuchungen der Leistungen dieser Einrichtungen und von person-, erkrankungs- und behandlungsbezogenen Merkmalen ihrer Klienten sind jedoch selten. Die vorliegende Arbeit analysiert die Leistungen von 26 psychosozialen Krebsberatungsstellen, die im Förderschwerpunkt ‚Psychosoziale Krebsberatungsstellen‘ der Deutschen Krebshilfe e.V. zeitlich befristet gefördert werden, sowie ausgewählte Merkmale ihrer Klienten. Geprüft wird, inwieweit sich ratsuchende Patienten und Angehörige unterscheiden. Hierzu werden Daten aus dem Jahr 2011 herangezogen, die mit einem eigens für die psychosoziale Krebsberatung entwickelten Dokumentationssystem erfasst wurden. Wie die Ergebnisse zeigen, haben psychoonkologische und sozialrechtliche Beratung einen großen Anteil an den Leistungen der Beratungsstellen, gefolgt von Informationsvermittlung und dem Einsatz von Entspannungsverfahren. Krebsberatung wird primär in frühen Phasen der Erkrankung und Behandlung genutzt. Patientinnen mit Brustkrebs stellen eine überrepräsentierte Gruppe dar. Patienten und Angehörige unterscheiden sich signifikant. Die Beratung Angehöriger beinhaltet z.B. häufiger psychotherapeutische Interventionen sowie Trauerbegleitung, die Arbeit mit Patienten dagegen häufiger sozialrechtliche Beratung. Insgesamt unterstreichen die Befunde den Stellenwert ambulanter psychosozialer Krebsberatung. Sie können zudem Bemühungen unterstützen, die eine bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten und Angehörigen anstreben.

Abstract

Psychosocial cancer counseling centers represent an increasingly important part of comprehensive psychosocial cancer care. Research on the services provided by those centers is sparse, however, as is research on person-, disease-, and treatment-related characteristics of their clients. Therefore, the present study analyzes the services provided by 26 psychosocial cancer counseling centers temporarily being funded by the German Cancer Aid as well as selected characteristics of their clients. Analyses are based on data collected during 2011 by means of a documentation system specifically designed for the purposes of psychosocial cancer counseling. Testing focuses on whether cancer patients and cancer patients' relatives differ with respect to various characteristics and the services used. The results show that psychosocial and benefit counseling represent a major part of counseling services, followed by giving information and employing relaxation techniques. Clients seek counseling primarily in early phases of disease and treatment. Women with breast cancer are over-represented among clients. Analyses also reveal significant differences between cancer patients and patients' relatives. Psychotherapeutic interventions and grief-counseling are more frequent in counseling relatives, whereas benefit counseling is more frequent in working with patients. The results emphasize the relevance of outpatient psychosocial cancer counseling. They may also help support initiatives aiming at establishing psychosocial cancer counseling targeted to the needs of each individual client.

Einleitung

Die psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten in Deutschland hat sich in den letzten 10–15 Jahren deutlich verbessert: Die Empfehlung, psychoonkologische Interventionen bedarfsgerecht anzubieten, ist inzwischen fester Bestandteil einer Vielzahl onkologischer Behandlungsleitlinien [1] und die Verfügbarkeit psychoonkologischer Betreuung durch qualifizierte Fachkräfte bildet eine Voraussetzung der Zertifizierung als Organkrebszentrum [2,3]. In der onkologischen Rehabilitation ist psychologische Betreuung wie in anderen Bereichen der somatischen Rehabilitation schon seit Längerem integriert [4]. Im ambulanten Bereich schließlich stehen neben einer begrenzten Zahl entsprechend qualifizierter niedergelassener Psychotherapeuten psychosoziale Krebsberatungsstellen zur Verfügung, um Tumorpatienten und ihren Angehörigen Information, Beratung und psychologische Unterstützung zu bieten [5].

Diese Veränderungen stellen zum einen eine Antwort auf die empirisch vielfach belegten psychosozialen Belastungen dar, die mit der Diagnose und Behandlung einer Krebserkrankung verbunden sind [6,7]. Zum anderen repräsentieren sie eine Reaktion auf den nach wie vor kontinuierlichen Anstieg der Inzidenz und Prävalenz von Krebserkrankungen. So gehen jüngste Schätzungen für 2014 von 500 000 Neuerkrankungen in Deutschland und einer 5-Jahresprävalenz von 1,4 Millionen Krebspatienten für 2010 aus [8,9]. Daran zeigt sich, dass Krebserkrankungen aufgrund von Fortschritten in Früherkennung, Diagnose und Behandlung inzwischen häufig den Charakter chronischer Erkrankungen angenommen haben, sodass zunehmend mehr Krebspatienten länger mit ihrer Erkrankung leben können, gleichzeitig aber fortgesetzt mit vielfältigen körperlichen, psychischen und sozialen Folgeproblemen konfrontiert sind [10–12].

Der Nationale Krebsplan für Deutschland hat die mit diesen Entwicklungen verbundene Frage einer angemessenen psychoonkologischen Versorgung aufgegriffen. Sein Ziel 9 sieht vor, alle Krebspatienten ihrem individuellen Bedarf entsprechend psychoonkologisch zu versorgen. Als wesentliche Maßnahmen zu dessen Realisierung werden eine Bestandsaufnahme vorhandener psychoonkologischer Versorgungsangebote sowie die Verbesserung ambulanter Versorgungsstrukturen angesehen [13]. Forschung zu ambulanter psychosozialer Versorgung von Krebspatienten und ihren Angehörigen durch Krebsberatungsstellen steht insgesamt noch am Anfang. So finden sich nur wenige Studien, die die Leistungen der psychosozialen Krebsberatung, deren Inanspruchnahme durch Betroffene oder Merkmale der Inanspruchnehmer genauer beschreiben. International liegen vereinzelt Studien zur Evaluation spezifischer Beratungsprogramme vor, die primär eine hohe Zufriedenheit mit dem betreffenden Angebot belegen [14,15] oder mögliche Wirkmechanismen qualitativ herausarbeiten [16]. Im deutschsprachigen Raum haben Goerling et al. [17] mögliche Effekte psychosozialer Krebsberatung in einer nicht-randomisierten prospektiven Studie untersucht. Rosenberger et al. [18] haben Krebspatienten und Angehörige hinsichtlich ihrer psychosozialen Unterstützungsbedürfnisse miteinander verglichen. Auch zur Struktur- und Prozessqualität psychosozialer Krebsberatungsstellen in Deutschland liegen nur wenige Untersuchungen vor, die Optimierungsbedarf z. B. in Bezug auf personelle und finanzielle Ausstattung, Wohnortnähe oder Qualitätssicherung aufzeigen, stichprobenbedingt aber in ihrer Generalisierbarkeit begrenzt sind [19–21] oder bereits länger zurückliegen [22].

Mit Blick auf die Bedeutung der psychosozialen Krebsberatung hat die Deutsche Krebshilfe e. V. (DKH) im Jahr 2007 den Förderschwerpunkt „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ mit dem Ziel eingerichtet, die ambulante psychosoziale Versorgung von Krebspatienten durch die zeitlich begrenzte Förderung von initial 28 über ein Ausschreibungsverfahren ausgewählten psychosozialen Krebsberatungsstellen zu verbessern und zur Entwicklung einer qualitätsgesicherten ambulanten psychosozialen Krebsberatung in Deutschland beizutragen. Gesundheitspolitisch wird dabei mittelfristig angestrebt, eine Regelfinanzierung der Leistungen der psychosozialen Krebsberatung durch die Sozialversicherer zu erreichen ([23], vgl. auch [13]). Den Förderschwerpunkt begleitet ein ebenfalls von der DKH gefördertes Evaluationsprojekt, dessen Aufgabe die formative und summative Evaluation der geförderten Einrichtungen hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist. Voraussetzung hierfür war die Entwicklung und Implementierung eines Dokumentationssystems, das den Einrichtungen während der Förderung als Instrument der Qualitätssicherung dienen und eine übergreifende Analyse ihrer Beratungsleistungen sowie ausgewählter Merkmale von deren Inanspruchnehmern erlauben sollte. Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Beitrag auf der Basis der Daten dieses Dokumentationssystems folgende 3 Fragestellungen:

- ▶ Welche person-, erkrankungs- und behandlungsbezogenen Merkmale kennzeichnen die Inanspruchnehmer psychosozialer Krebsberatung in den geförderten Einrichtungen?
- ▶ Welche Beratungsleistungen erbringen diese Einrichtungen und welchen zeitlichen Umfang haben sie?
- ▶ Inwieweit unterscheiden sich ratsuchende Patienten und Angehörige hinsichtlich der genannten Merkmale und der genutzten Beratungsleistungen?

Methodik

Dokumentationssystem

Das Dokumentationssystem wurde unter Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen und der von ihnen bereits genutzten Systeme entwickelt. Entsprechend den Zielen des Förderschwerpunkts sollte es EDV-basiert sein und später von weiteren Krebsberatungsstellen genutzt werden können. Hierzu wurde zunächst eine Papier- und Bleistift-Version entwickelt, die ab Februar 2010 in ausgewählten Beratungsstellen des Förderschwerpunkts in mehreren Pilotphasen erprobt wurde. Darauf aufbauend wurde eine überarbeitete Version erstellt, die ab Januar 2011 in allen geförderten Einrichtungen vollumfänglich genutzt wurde. Seit Januar 2014 ist eine in Bezug auf ihre Handhabbarkeit nochmals modifizierte, 2013 von einem Software-Unternehmen programmierte und dann sukzessive implementierte EDV-Version im Einsatz.

Das System erfasst soziodemografische und medizinische, d. h. erkrankungs- und behandlungsbezogene Merkmale der Ratsuchenden (☉ **Tab. 1–3**), pro Beratungskontakt erbrachte Leistungen (☉ **Tab. 5**) inklusive ihrer Zeitdauer und Beratungsthemen. Für Leistungen und Themen sind dabei Mehrfachangaben möglich. *Unmittelbare Leistungen* beinhalten psychoonkologische, sozialrechtliche und medizinische Beratungsgespräche, psychosoziale Diagnostik, Krisenintervention, psychotherapeutische Intervention (nur von Behandlern mit entsprechender Ausbildung bzw. Approbation kodierbar), Sterbe- und Trauerbegleitung,

Soziodemografische Merkmale	Gesamt		Patienten		Angehörige		φ, d
	n	%	n	%	n	%	
Alter (n: 4 056, 3 287, 769)							
M (SD)	53,41 (12,6)		54,6 (11,5)		48,1 (15,2)		-0,53 ^c
Geschlecht (n=4 025): Weiblich	3 134	77,9	2 536	77,8	598	78,1	0,00
Familienstand (n=4 042)							0,14 ^c
Ledig	737	18,2	536	16,4	201	26,1	
Verheiratet	2 195	54,3	1 803	55,1	392	50,9	
Getrennt lebend/geschieden	758	18,8	677	20,7	81	10,5	
Verwitwet	352	8,7	256	7,8	96	12,5	
Partnerschaft (n=3 786): Ja	2 516	66,8	2 011	65,9	505	70,3	0,04 ^a
Kinder (n=4 086): Ja	3 080	75,4	2 549	77,1	531	68,0	0,08 ^c
Anzahl Kinder (n: 2 922, 2 429, 493)							
M (SD)	2,0 (0,9)		2,0 (0,9)		1,9 (0,9)		-0,11
Schulabschluss (n=3 976)							0,15 ^c
Keiner	63	1,6	25	0,8	38	5,0	
Hauptschule/Volksschule	1 133	28,5	967	30,1	166	21,8	
Realschule/Polytechnische Oberschule	1 440	36,2	1 166	36,3	274	35,9	
Fachhochschulreife/Fachabitur	379	9,5	307	9,6	72	9,4	
Allgemeine Hochschulreife	881	22,2	685	21,3	196	25,7	
Sonstige	80	2,0	63	2,0	17	2,2	
Erwerbsstatus ¹⁾ (3 876 ≤ n ≤ 3 878)							
Berufstätig (Voll- oder Teilzeit)	1 390	35,9	1 001	31,7	389	54,3	0,18 ^c
In Ausbildung/Studium	67	1,7	33	1,0	34	4,7	0,11 ^c
Hausfrau/Hausmann	299	7,7	226	7,2	73	10,2	0,04 ^c
Arbeitsunfähig	926	23,9	892	28,2	34	4,7	0,21 ^c
Erwerbsminderungsrente	395	10,2	367	11,6	28	3,9	0,10 ^c
Altersrente/Pension/Vorruhestand	881	22,7	754	23,9	127	17,7	0,06 ^c
Arbeitsuchend	194	5,0	153	4,8	41	5,1	0,02
Anderes	207	5,3	165	5,2	42	5,9	0,01
Familiennettoeinkommen (n=3 095)							0,07 ^c
Unter 500€	109	3,5	93	3,7	16	2,8	
500€ bis unter 1 000€	514	16,6	446	17,6	68	12,0	
1 000€ bis unter 1 500€	609	19,7	501	19,8	108	19,0	
1 500€ bis unter 2 000€	637	20,6	506	20,0	131	23,1	
2 000€ bis unter 3 000€	668	21,6	536	21,2	132	23,2	
3 000€ bis unter 4 000€	353	11,4	285	11,3	68	12,0	
4 000€ und mehr	205	6,6	160	6,3	45	7,9	
Migrationshintergrund (n=2 256)							0,08 ^b
Ja	191	8,5	135	7,4	56	12,7	
Nein	1 894	84,0	1 547	85,3	347	78,5	
Nicht bekannt	171	7,6	132	7,3	39	8,8	

¹⁾ Mehrfachangaben möglich; ^a p ≤ 0,05, ^b p < 0,01, ^c p < 0,001

Entspannung und Informationsvermittlung. *Ergänzende Leistungen* umfassen dagegen Unterstützung beim Stellen von Anträgen, interne Vermittlung (an Angebote der eigenen Einrichtung), externe Vermittlung (an Angebote anderer Einrichtungen), Rückmeldungen an oder Austausch mit Ratsuchenden sowie Vor- und Nachbereitung und Wegezeit.

Um eine ökonomische Handhabung zu gewährleisten, variiert der Umfang der zu dokumentierenden Angaben in Abhängigkeit von Art und Setting der Beratungskontakte: Im Fall *persönlicher*, „face-to-face“ *erfolgender Beratungskontakte* sind neben den Beratungsleistungen einmal pro Jahr soziodemografische und medizinische Merkmale der Ratsuchenden zu dokumentieren. Falls Ratsuchende es wünschen, kann die Dokumentation von Leistungen auch *anonym* erfolgen, d.h. ohne weitergehende Information zur Person zu erheben.

Darüber hinaus erlaubt das System die Dokumentation von *Kurzkontakten* mit einer Dauer von weniger als 20 min (z.B. im Fall von Konsil- und Liaisondiensten) sowie von *telefonischen* bzw. *schriftlichen* Beratungskontakten. Die Dokumentation

soziodemografischer und medizinischer Daten erfolgt jedoch aus Gründen der Erhebungsökonomie hierbei entweder gar nicht (Kurzkontakte) oder in reduziertem Umfang (telefonische oder schriftliche Kontakte). Des Weiteren sieht das System die Dokumentation der Zugangswege zu den Beratungsstellen vor. Daneben besteht die Möglichkeit, Gruppenangebote und deren Nutzung gesondert zu dokumentieren. Um die Vollständigkeit der Datenerfassung abschätzen zu können, dokumentiert jede Beratungsstelle zudem pro Quartal, wie viele Beratungskontakte sie – gleich, aus welchen Gründen – nicht dokumentieren konnte. Die Dokumentation aller Daten erfolgt in den Einrichtungen entsprechend den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen und der Maßgabe der Freiwilligkeit. Alle Ratsuchenden werden über den Sinn der Dokumentation und über die Auswertung der (pseudonymisierten) Daten zu Forschungszwecken informiert und hierfür um schriftliche Einwilligung gebeten. Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Freiburg vor.

Tab. 1 Soziodemografische Merkmale für die Gesamtstichprobe sowie ratsuchende Patienten und Angehörige.

Tumorlokalisationen ¹⁾	Gesamt		Patientenbezogene Auskunft durch				ϕ
	n	%	Patienten		Angehörige		
	n	%	n	%	n	%	
Brust	1615	39,5	1523	45,9	92	11,9	0,27 ^c
Gastrointestinal-Trakt	633	15,5	440	13,3	193	24,9	0,13 ^c
Leukämien und Lymphome	400	9,8	309	9,3	91	11,7	0,03 ^a
Gynäkologische Tumoren	336	8,2	293	8,8	43	5,5	0,05 ^b
Atmungsorgane	274	6,7	160	4,8	114	14,7	0,16 ^c
Prostata	177	4,3	145	4,4	32	4,1	0,01
Harnorgane	142	3,5	107	3,2	35	4,5	0,03
Auge/Gehirn/ZNS	141	3,4	76	2,3	65	8,4	0,13 ^c
Kopf-Hals-Bereich	129	3,2	89	2,7	40	5,2	0,06 ^c
Haut	115	2,8	91	2,7	24	3,1	0,00
Bindegewebe	67	1,6	50	1,5	17	2,2	0,02
Hoden und männliches Genitale	63	1,5	49	1,5	14	1,8	0,01
Schilddrüse	41	1,0	35	1,1	6	0,8	0,01
Unbekannter Primärtumor (CUP)	17	0,4	11	0,3	6	0,8	0,03
Multiple Lokalisation	4	0,1	2	0,1	2	0,3	0,03
Sonstige	80	2,0	58	1,7	22	2,8	0,03 ^a

¹⁾ Mehrfachangaben möglich; ^a $p \leq 0,05$, ^b $p < 0,01$, ^c $p < 0,001$

Tab. 2 Tumorlokalisationen von ratsuchenden Tumorpatienten und Tumorpatienten, deren Angehörige psychosoziale Krebsberatung aufsuchen (jeweils $n = 4091$ Ratsuchende).

Stichprobe

Den hier berichteten Auswertungen liegen Daten des gesamten Jahres 2011 zugrunde, in dem das Dokumentationssystem erstmals durchgängig in allen 28 geförderten Beratungsstellen eingesetzt wurde. Nicht in die Auswertungen einbezogen wurden 2 Einrichtungen, die nach dem Ende ihrer Förderung Mitte 2011 keine Daten mehr zur Verfügung stellten. Die verbliebenen 26 Einrichtungen sind über 10 Bundesländer verteilt und mehrheitlich in Großstädten angesiedelt. Träger sind Landeskrebsgesellschaften, Wohlfahrtsverbände, Universitätsklinika oder Vereine. Bei Förderbeginn bestand die Mehrzahl der Einrichtungen bereits 3 oder mehr Jahre.

Um für den Vergleich zwischen Patienten und Angehörigen eine größere Homogenität in Bezug auf das Setting der Beratung zu gewährleisten, beschränken sich die hier vorgelegten Auswertungen auf Beratungskontakte, die für das Einzelsetting dokumentiert sind. Dies sind 17846 (81%) von insgesamt 22024 in den 26 Einrichtungen im Beobachtungszeitraum dokumentierten persönlichen Beratungskontakten. Unberücksichtigt bleiben damit 1408 Kurzkontakte, 2770 Kontakte in Mehr-Personen-Settings sowie 6448 telefonische bzw. schriftliche Beratungskontakte und 592 Kontakte mit Fachvertretern. Die hier ausgewerteten 17846 Kontakte gehen auf 4117 Ratsuchende zurück, für die zugleich auch Angaben zu soziodemografischen und medizinischen Merkmalen vorliegen. 81% der Ratsuchenden sind Tumorpatienten, 10% Partner, die verbleibenden 9% Eltern, Kinder, Geschwister oder andere Angehörige von Tumorpatienten. Der Anteil dokumentierter Kontakte am Gesamt der Beratungskontakte einer jeweiligen Einrichtung beträgt im Mittel 88% (Range: 57–100%).

Datenauswertung

Die mit der Papier- und-Bleistift-Version dokumentierten Angaben wurden zentral mithilfe einer Scan-Software eingelesen und mit dem Programm IBM SPSS, Version 19, über χ^2 -, t- oder Mann-Whitney-U-Tests ausgewertet. Als Maße der Effektstärke sind dabei im Folgenden Werte für ϕ (Absolutbetrag) oder d angegeben. Ratsuchende, für die fehlende Werte in einer Variable vorlagen, wurden jeweils nur von den diese Variable betreffenden Berechnungen ausgeschlossen. Ab einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha \leq 0,05$ werden Effekte als signifikant berichtet.

Ergebnisse



Merkmale der Ratsuchenden

Soziodemografie. Die Ratsuchenden sind im Mittel 53 Jahre alt, drei Viertel sind Frauen (☉ Tab. 1). Rund 54% sind verheiratet, zwei Drittel leben in einer festen Partnerschaft, drei Viertel haben (im Mittel 2) Kinder. Ratsuchende mit Realschulabschluss sind mit 36% am häufigsten vertreten. Rund 20% der Ratsuchenden verfügen über ein monatliches Familiennettoeinkommen von weniger als 1000€. Bei rund 9% der Ratsuchenden besteht ein Migrationshintergrund. In Bezug auf Schulbildung und Einkommen fallen Abweichungen von der Verteilung in der Normalbevölkerung auf: Personen mit Hauptschulabschluss sind eher unterrepräsentiert (29 vs. 36%, [24]), während Personen mit einem mittleren Schulabschluss eher überrepräsentiert sind (36 vs. 22%). Personen mit einem Familiennettoeinkommen der Klassen bis zu 2000€ sind mit zusammengenommen (60 vs. 41%, [25]) häufiger, Personen mit einem Einkommen von 3000€ oder mehr mit zusammen 18% seltener vertreten, als zu erwarten (37%).

In nahezu allen genannten Merkmalen unterscheiden sich ratsuchende Patienten und Angehörige signifikant (☉ Tab. 1). Die Unterschiede liegen dabei meist noch unterhalb des Bereichs kleiner Effektstärken ($\phi < 0,10$). Ausnahmen bilden Familienstand (Patienten vergleichsweise häufiger geschieden bzw. getrennt lebend oder verwitwet), Schulabschluss (Angehörige seltener Hauptschule) und Erwerbsstatus (Angehörige häufiger berufstätig oder in Ausbildung, Patienten häufiger arbeitsunfähig oder Erwerbsminderungsrente).

Merkmale der Erkrankung und Behandlung. Brustkrebs stellt mit rund 40% die häufigste Erkrankung dar, mit der die Ratsuchenden konfrontiert sind (☉ Tab. 2). Die mediane Zeit zwischen Diagnosestellung und Aufsuchen der Krebsberatung beträgt 10 Monate (☉ Tab. 3). Bei der weitaus größten Zahl der Ratsuchenden liegt eine Ersterkrankung vor, die überwiegend nicht metastasiert ist und für die bei rund 41% Tumorfreiheit bzw. Vollremission erreicht ist. Knapp zwei Drittel der Ratsuchenden sind mit einer aktuellen Behandlung konfrontiert, die mehrheitlich als kurativ eingeschätzt wird und größtenteils in Form einer Chemotherapie, z.T. aber auch in Form einer Strahlen- oder Antihormontherapie erfolgt. Bezüglich der Angaben zur aktuel-

Medizinische Merkmale	Gesamt		Patientenbezogene Auskunft durch				ϕ
	n	%	Patienten		Angehörige		
Zeit seit Diagnose (n: 3 372, 2 796, 576)							
Median (Range)	10 (0–502)		10 (0–502)		8 (0–291)		0,04 ^c
Metastasen (n = 4 032)							
Ja	1 125	27,9	712	21,8	413	53,8	0,31 ^c
Nein	2 283	56,6	2 074	63,5	209	27,2	
Nicht bekannt/nicht beurteilbar	624	15,5	479	14,7	145	18,9	
Aktuelle Erkrankung (n = 4 047)							
Ersttumor	3 529	87,2	2 879	87,8	650	84,6	0,11 ^c
Zweitumor	215	5,3	183	5,6	32	4,2	
Drittumor	25	0,6	21	0,6	4	0,5	
Rezidiv	183	4,5	140	4,3	43	5,6	
Sonstiges	12	0,3	11	0,3	1	0,1	
Nicht bekannt/nicht beurteilbar	83	2,1	45	1,4	38	4,9	
Tumorstatus (n = 3 536)							
Tumorfrei/Vollremission	1 464	41,4	1 426	44,5	38	11,4	0,30 ^c
Teilremission	113	3,2	96	3,0	17	5,1	
Progredient	476	13,5	333	10,4	143	43,1	
Stabil	301	8,5	281	8,8	20	6,0	
Nicht bekannt/nicht beurteilbar	1 182	33,4	1 068	33,3	114	34,3	
Aktuell in Behandlung (n = 3 541)							
Ja	2 207	62,3	1 981	61,4	226	71,3	0,09 ^c
Nein	1 259	35,6	1 182	36,7	77	24,3	
Nicht bekannt	75	2,1	61	1,9	14	4,4	
Behandlungssituation (n = 2 031)							
Adjuvant/kurativ	1 271	62,6	1 208	66,6	63	29,0	0,26 ^c
Palliativ	377	18,6	280	15,4	97	44,7	
Nicht bekannt/nicht beurteilbar	383	18,9	326	18,0	57	26,3	
Aktuelle Therapieform¹⁾ (n = 2 046)							
Bestrahlung	594	29,0	542	29,6	52	24,4	0,04
Chemotherapie	1 032	50,4	865	47,2	167	78,4	0,19 ^c
Immuntherapie	81	4,0	80	4,4	1	0,5	0,06 ^b
Antihormontherapie	523	23,6	517	28,2	6	2,8	0,18 ^c
Sonstiges	208	10,2	193	10,5	15	7,0	0,04
Nicht bekannt	76	4,0	60	3,3	16	7,5	0,07 ^b

¹⁾ Mehrfachangaben möglich; ^a $p \leq 0,05$, ^b $p < 0,01$, ^c $p < 0,001$

Tab. 3 Merkmale der Tumorerkrankung von ratsuchenden Tumorpatienten und von Tumorpatienten, deren Angehörige psychosoziale Krebsberatung in Anspruch nehmen.

len Behandlungssituation ist jedoch ein hoher Anteil fehlender Werte in Rechnung zu stellen.

Auch in Bezug auf die Merkmale der Erkrankung und Behandlung, die Patienten (für sich) und Angehörige (für ihre von Krebs betroffenen Verwandten) berichten, zeigen sich signifikante Unterschiede, die im Bereich kleiner, z.T. aber auch mittlerer Effekte liegen: Unter ratsuchenden Patienten findet sich ein (deutlich) höherer Anteil von Erkrankten mit Brustkrebs, während Patienten, deren Angehörige Beratung suchen, häufiger an Tumoren des Gastrointestinaltrakts, der Atmungsorgane oder des Bereichs „Auge/Gehirn/ZNS“ leiden (• **Tab. 2**). Metastasierung, progredienter Tumorstatus, palliative Behandlungssituation und aktuelle Chemotherapie betreffen zu jeweils größeren Anteilen Patienten, deren Angehörige Rat suchen, ratsuchende Patienten sind häufiger tumorfrei, in kurativer Behandlungssituation und unter laufender Antihormontherapie (• **Tab. 3**). Zudem liegt die (mediane) Zeit seit Diagnose für ratsuchende Patienten geringfügig, aber signifikant länger zurück als bei Patienten, deren Angehörige Beratung suchen.

Rahmenbedingungen und Zugangswege

Drei Viertel der Beratungskontakte finden in den Beratungsstellen statt (• **Tab. 4**). Diplom-(Sozial-)Pädagogen bzw. Diplom-Sozialarbeiter (54%) und Diplompsychologen (42%) führen den

weitaus größten Teil der Gespräche. 68% der im hier untersuchten Zeitraum erfassten Ratsuchenden haben die Beratungsstelle erstmalig aufgesucht. 47% nahmen ein Gespräch in Anspruch, 26% 2–3 und rund 7% mehr als 10 Gespräche. Die mittlere Anzahl der Beratungskontakte (ohne Tabelle) beträgt 3,3.

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen zeigt sich zwischen Patienten und Angehörigen lediglich ein signifikanter Unterschied mit kleiner Effektstärke: Gespräche mit Angehörigen erfolgen häufiger in der Beratungsstelle, seltener in Außenstellen oder Kliniken (• **Tab. 4**).

Zugang zur psychosozialen Krebsberatung finden Patienten primär über eine Akutklinik (kleiner Effekt), Angehörige häufiger über Verwandte oder das Internet (starker bzw. kleiner Effekt, ohne Tabelle). Dies entspricht Befunden einer separaten Nutzerbefragung des vorliegenden Projekts [26], sodass hier auf eine nähere Darstellung verzichtet wird.

Beratungsleistungen: Häufigkeit, Dauer und Themen

Rund 80% der Beratungskontakte beinhalten ein psychoonkologisches, 32% ein sozialrechtliches Beratungsgespräch (• **Tab. 5**, *Unmittelbare Beratungsleistungen*, ohne Berücksichtigung von Mehrfachangaben). Daneben nehmen Entspannungsverfahren, Informationsvermittlung und psychosoziale Diagnostik mit Anteilen zwischen 8 und 11% am Gesamt der Kontakte einen größeren

Rahmenbedingungen	Gesamt		Patienten		Angehörige		φ
	n	%	n	%	n	%	
Ort des Kontakts							0,13 ^c
Beratungsstelle	13 643	76,8	10 667	74,5	2 976	87,0	
Außenstelle	1 969	11,1	1 711	11,9	258	7,5	
Hausbesuch	500	2,8	404	2,8	96	2,8	
Klinik	1 407	7,9	1 342	9,4	65	1,9	
Sonstiges	234	1,3	209	1,5	25	0,7	
Gesamt (Kontakte)	17 753	100	14 333	100	3 420	100	
Beruf des Beraters							0,06 ^c
Psychologe	7 168	41,7	5 625	40,5	1 543	46,8	
Sozialarbeiter/-pädagog/Pädagoge	9 264	53,9	7 617	54,9	1 647	50,0	
Arzt/Ärztin	366	2,1	325	2,3	41	1,2	
Anderer	377	2,2	313	2,3	64	1,9	
Gesamt (Kontakte)	17 175	100	13 880	100	3 295	100	
Erstkontakt mit Krebsberatungsstelle							0,03
Ja	2 240	67,7	1 809	67,1	431	70,4	
Nein	1 069	32,3	888	32,9	181	29,6	
Gesamt (Ratsuchende)	3 309	100	2 697	100	612	100	
Anzahl der Beratungsgespräche							0,04
1 Gespräch	1 944	47,2	1 559	46,8	385	49,1	
2–3 Gespräche	1 075	26,1	878	26,3	197	25,1	
4–5 Gespräche	401	9,7	340	10,2	61	7,8	
6–10 Gespräche	427	10,4	339	10,2	88	11,2	
>10 Gespräche	270	6,6	217	6,5	53	6,8	
Gesamt (Ratsuchende)	4 117	100	3 333	100	784	100	

¹⁾ Mehrfachangaben möglich; ^a p ≤ 0,05, ^b p < 0,01, ^c p < 0,001

Tab. 4 Rahmenbedingungen der Beratungskontakte für die Gesamtstichprobe, Patienten und Angehörige.

Tab. 5 Häufigkeit einzelner Beratungsleistungen für die Gesamtstichprobe, Patienten und Angehörige.

Unmittelbare Beratungsleistungen ¹⁾ (jeweils n = 17 776 Kontakte)	Gesamt		Patienten		Angehörige		φ
	n	%	n	%	n	%	
Psychoonkologisches Beratungsgespräch	14 169	79,7	11 707	81,5	2 462	72,1	0,09 ^c
Sozialrechtliches Beratungsgespräch	5 599	31,5	4 948	34,5	651	19,1	0,13 ^c
Medizinisches Beratungsgespräch (Arzt)	165	0,9	150	1,0	15	0,4	0,03 ^b
Psychosoziale Diagnostik	1 401	7,9	1 142	8,0	259	7,6	0,01
Krisenintervention	915	5,1	718	5,0	197	5,8	0,01
Psychotherapeutische Intervention	1 024	5,8	650	4,5	374	10,9	0,11 ^c
Sterbe- und Trauerbegleitung	784	4,4	459	3,2	325	9,5	0,12 ^c
Entspannungsverfahren	1 851	10,4	1 573	11,0	278	8,1	0,04 ^c
Informationsvermittlung	2 118	11,9	1 689	11,8	429	12,6	0,01
Sonstiges	1 244	7,0	932	6,5	312	9,1	0,04 ^c
Ergänzende Leistungen¹⁾ (14 759 ≤ n ≤ 17 846 Kontakte)							
Unterstützung bei Antragstellung	3 510	23,8	3 124	26,0	386	14,1	0,10 ^c
Interne Vermittlung	1 050	7,1	905	7,5	145	5,3	0,03 ^c
Externe Vermittlung/Austausch	2 136	14,5	1 875	15,6	261	9,5	0,07 ^c
Austausch mit/Rückmeldung an Klient	2 507	14,1	2 032	14,1	475	13,9	0,00
Wegezeit	1 012	5,7	876	6,1	136	4,0	0,04 ^c

¹⁾ Mehrfachangaben möglich; ^a p ≤ 0,05, ^b p < 0,01, ^c p < 0,001

Raum ein. Die mit 7% vertretene Kategorie „Sonstiges“ wurde u.a. zur Dokumentation von Interventionen wie Lebensberatung, unterstützende Gespräche oder therapeutische Begleitung von Kindern und Jugendlichen (Freitextangaben) genutzt. Berücksichtigt man Mehrfachangaben, ergeben sich für *ausschließlich* psychoonkologische bzw. sozialrechtliche Beratung Anteile von 37 bzw. 7% und von 12% für deren Kombination (ohne Tabelle). Die Summe der Anteile dieser beiden Einzelleistungen (44%) und *aller* 2-fachkombinationen (40%) am Gesamt der Kontakte beträgt hierbei 84%. Themen psychoonkologischer Beratung sind häufig Krankheitsverarbeitung, Ängste und Trauer, während Fragen zu Rehabilitation und Behindertenrecht häufig Gegenstand sozialrechtlicher Beratungen sind (ohne Tabelle). Aus Raumgründen wird darauf hier nicht näher eingegangen.

Patienten und Angehörige unterscheiden sich (bei kleiner Effektstärke) in Bezug auf 3 Beratungsleistungen signifikant: Sozialrechtliche Beratungsgespräche finden sich häufiger für Patienten, psychotherapeutische Interventionen und Trauerbegleitung häufiger für Angehörige.

Bei den *ergänzenden Leistungen* nehmen Unterstützung bei Anträgen, externe Vermittlung und Rückmeldungen an die Ratsuchenden einen größeren Raum ein (zwischen 14 und 24% der Kontakte, **Tab. 5**). Patienten benötigen signifikant häufiger Unterstützung bei Anträgen als Angehörige (kleiner Effekt). Der mittlere *Zeitbedarf unmittelbarer Beratungsleistungen* variiert zwischen 13 (Psychosoziale Diagnostik) und 44 min (psychoonkologisches Beratungsgespräch, psychotherapeutische Interventionen; hier und nachfolgend ohne Tabelle). Kriseninterven-

tion sowie Sterbe- und Trauerbegleitung nehmen im Mittel je rund 30 min in Anspruch. Ausschließlich psychoonkologische Beratung (s.o.) zeigt mit im Mittel 56 min einen noch etwas höheren Zeitbedarf. *Ergänzende Leistungen* benötigen im Mittel zwischen 9 (interne Vermittlung) und 30 min (Unterstützung bei Anträgen sowie Wegezeit), Vor- und Nachbereitung 12 min. In Bezug auf den Zeitbedarf der Mehrzahl dieser Leistungen unterscheiden sich Patienten und Angehörige zwar signifikant, doch sind diese Unterschiede meist nur schwach ausgeprägt ($d \leq 0,50$). Stärkere Effekte ergeben sich jedoch für Sterbe- und Trauerbegleitung ($d = 1,17$) und Informationsvermittlung ($d = 0,79$), die bei Angehörigen im Mittel 17 bzw. 12 min mehr erfordern. Nimmt man alle pro Kontakt erbrachten Leistungen zusammen, ergibt sich ein mittlerer Zeitaufwand von 74 min. Patienten und Angehörige unterscheiden sich hierbei nicht bedeutsam.

Diskussion

Die vorgelegten Befunde ermöglichen es erstmals, die im Laufe eines Jahres in ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen erbrachten Leistungen und deren Inanspruchnehmer differenziert zu beschreiben. Dabei ergeben sich Hinweise darauf, dass die Inanspruchnahme psychosozialer Krebsberatung z.T. in Abhängigkeit von soziodemografischen und medizinischen Merkmalen erfolgt und dass sich ratsuchende Patienten und Angehörige in vielen dieser Merkmale und in den genutzten Beratungsleistungen signifikant unterscheiden, wobei die Effektstärken im kleinen bis mittleren Bereich liegen.

Wie die Auswertungen zeigen, sind die Ratsuchenden mit im Mittel 54 Jahren u.a. deutlich jünger, als nach dem durchschnittlichen Erkrankungsalter für Krebs in Deutschland (69 Jahre) zu erwarten wäre [8]. Frauen sind deutlich häufiger (75 vs. 71%), Personen mit Migrationshintergrund seltener vertreten, als es ihrem Anteil am Gesamt der bundesdeutschen Bevölkerung (9 vs. 19%) entspräche [24]. Weitere soziodemografische Merkmale, bei denen sich für die Nutzung psychosozialer Krebsberatung Abweichungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ergeben, sind Schulbildung (Hauptschulabschluss eher unterrepräsentiert) und das monatliche Familiennettoeinkommen (Einkommen bis 2000€ eher überrepräsentiert) [25]. Diese differenzielle Inanspruchnahme in Abhängigkeit von soziodemografischen Merkmalen ist jedoch nicht unerwartet, da Studien in anderen Bereichen vergleichbare Zusammenhänge für die Nutzung psychoonkologischer [27] oder rehabilitativer Angebote [28] zeigen.

Erkrankungs- und behandlungsbezogene Merkmale, die eine differenzielle Inanspruchnahme anzeigen, betreffen primär die Tumorentität, wie ein Vergleich des Anteils einzelner Diagnosegruppen in der Stichprobe mit ihrem Anteil an der Zahl der Neuerkrankungen [8] zeigt. Psychosoziale Krebsberatung wird zudem häufiger in frühen Phasen der Erkrankung und Behandlung sowie bei Vorliegen nicht-metastasierter Ersttumoren gesucht.

Die Hinweise auf eine differenzielle Inanspruchnahme psychosozialer Krebsberatung geben Anlass zu überlegen, welche Faktoren hierfür im Einzelnen verantwortlich und inwieweit Maßnahmen einzuleiten sind, die helfen, künftig auch solche Gruppen Krebsbetroffener zu erreichen, die bislang keinen Zugang zu psychosozialer Krebsberatung finden. Nach der vorliegenden Analyse wären dies u.a. Personen mit geringer Schulbildung oder Migrationshintergrund sowie an Krebs erkrankte Männer oder Erkrankte mit gastrointestinalen Tumoren oder Tumoren

der Atmungsorgane. Hier sind zur Klärung weitere Studien des Beratungsbedarfs dieser Gruppen erforderlich, die für eine Erweiterung der jeweils vor Ort verfügbaren Angebote genutzt werden können. So ließe sich auch klären, ob die hier gefundenen niedrigen Anteile von Ratsuchenden mit metastasierter oder progredienter Erkrankung ein Schnittstellenproblem anzeigen und ob den Betroffenen durch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung besser geholfen werden könnte.

Bezüglich der *Rahmenbedingungen* fällt mit Blick auf den Ort der Beratung vor allem auf, dass ein substanzieller Anteil der Beratungskontakte von 8 bzw. 11% auf Außenstellen und Kliniken entfällt. Dies dürfte primär die Einbindung der Einrichtungen in lokale Versorgungsstrukturen und ihr Bemühen reflektieren, ihren Einzugsbereich zu erweitern. Für die Anzahl der Beratungskontakte zeigt sich, dass etwa die Hälfte der Ratsuchenden nur einen Termin in Anspruch nimmt, 26% 2 oder 3 Termine nutzen und nur rund 7% 10 oder mehr Termine beanspruchen. Dies lässt vermuten, dass die Anliegen eines größeren Teils der Ratsuchenden innerhalb eines zeitlich überschaubaren Rahmens bearbeitet werden können, bedarf aber der näheren Überprüfung – u.a. in Längsschnittstudien mit längerem Beobachtungszeitraum und unter Berücksichtigung der Beratungsanliegen. Die häufigsten *unmittelbaren Beratungsleistungen* stellen psychoonkologische Beratung (mit einem Anteil von rund 80% der Beratungskontakte und Themen wie Krankheitsverarbeitung und Ängsten), sozialrechtliche Beratung (32%, mit Themen wie Rehabilitation und Behinderung) sowie Entspannungsverfahren und Informationsvermittlung (10 bzw. 11%) dar. Berücksichtigt man Mehrfachkodierungen, beinhalten 37% aller Kontakte *ausschließlich* psychoonkologische Beratung. Mit einem Gesamtanteil von 40% zeigt sich dabei ein hoher Stellenwert der 2-fachkombinationen der dokumentierten (unmittelbaren) Leistungen. Die häufigsten *ergänzenden Beratungsleistungen* bilden Unterstützung beim Stellen von Anträgen (24%), externe Vermittlung sowie Austausch mit bzw. Rückmeldungen an Ratsuchende (15 bzw. 14%). Zur Einordnung dieser Befunde steht nur eine Studie zur Verfügung, die für die Krebsberatungsstellen der deutschen Landeskrebsgesellschaften in 2012 Anteile sozialrechtlicher und psychoonkologischer Beratungen von 38 bzw. 30% berichtet [29], die sich in einer annähernd vergleichbaren Größenordnung bewegen wie die hier ermittelten. Unterschiedliche Operationalisierungen, z.B. in Form von Kodierregeln, dürften dabei jedoch dafür verantwortlich sein, dass der hier ermittelte Anteil medizinischer Beratung deutlich geringer ausfällt als dort [29]. Ob darüber hinaus auch Unterschiede im Angebotsprofil der Einrichtungen für die hier zu beobachtenden Leistungsunterschiede verantwortlich sind, muss an dieser Stelle offenbleiben.

Hinsichtlich des Zeitbedarfs der Beratungsleistungen zeigt sich, dass psychoonkologische Beratungsgespräche, Krisen- und psychotherapeutische Interventionen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung mit einer mittleren Dauer zwischen 30 und (im Falle *ausschließlich* psychoonkologischer Gespräche) 56 min die zeitintensivsten Leistungen darstellen. Unter den *ergänzenden Leistungen* zeigen Unterstützung beim Stellen von Anträgen, Austausch mit bzw. Rückmeldung an Ratsuchende und Wegezeiten mit zwischen 24 und 32 min den höchsten Zeitbedarf. Vergleicht man diese Angaben mit Befunden zum Zeitbedarf von psychotherapeutisch ausgerichteten Interventionen, Krisenintervention und Sterbebegleitung in der stationären psychoonkologischen Versorgung, dann bewegen sie sich in einer ähnlichen Größenordnung wie diese [30]. Dem entspricht mittelbar, dass die für

psychosoziale Beratung im stationären Setting von Organkrebszentren u. a. kodierbare Zeiteinheit von 30 min vergleichsweise häufig registriert wird [3].

Die vorliegende Analyse macht schließlich deutlich, dass sich ratsuchende Patienten und Angehörige in vielen der untersuchten Merkmale unterscheiden. Betrachtet man nur die stärksten Effekte, sind Patienten, deren Angehörige Beratung suchen, mit gravierenderen Erkrankungen konfrontiert als ratsuchende Patienten, wie sich u. a. an der Lokalisation (Atemwege, Auge/Gehirn/ZNS) und dem Status der Tumoren (metastasiert bzw. progredient) ablesen lässt. Dem entspricht, dass Angehörige (bei kleiner Effektstärke) signifikant häufiger psychotherapeutische Interventionen und Trauerbegleitung erhalten. Für Letztere besteht dabei höherer Zeitbedarf bei Angehörigen. Ratsuchende Patienten erhalten dagegen häufiger sozialrechtliche Beratung und Unterstützung bei Anträgen. Zusammengenommen unterstreichen diese Unterschiede den spezifischen Beratungsbedarf Angehöriger. Sie regen zudem dazu an zu prüfen, wie entsprechende Angebote stärker auf deren Anliegen abgestimmt werden können. Zu klären ist darüber hinaus, inwieweit mit diesen Unterschieden auch Unterschiede in der erlebten Belastung einhergehen, was nach Rosenberger et al. [18] aber kaum zu erwarten ist.

Einschränkungen bezüglich der vorgelegten Befunde ergeben sich u. a. dadurch, dass die untersuchten Einrichtungen nicht notwendig repräsentativ für die Krebsberatungsstellen in Deutschland sind, da sie in einem speziellen Ausschreibungs- und Begutachtungsprozess zur Förderung ausgewählt wurden. Zudem beschränkte sich die Auswertung im Interesse der Gewinnung übergreifender Aussagen auf die Analyse persönlicher, „face-to-face“ Beratungen und die Gruppenvergleiche verzichteten bewusst auf die Kontrolle möglicher „confounder“ wie Alter oder Zeit seit Erstdiagnose. Auch bleibt abzuwarten, inwieweit die Daten aus späteren Phasen des Einsatzes der Dokumentation die hier vorgelegten Ergebnisse bestätigen. Darüber hinaus sollten zukünftige Studien u. a. die erlebten Belastungen der Ratsuchenden (Distress) einbeziehen und Beratungsanliegen wie auch -verläufe bei verschiedenen Gruppen Ratsuchender eingehender analysieren. Die vorgestellten Befunde dürften den aktuellen Bemühungen um eine bedarfsgerechte und langfristige gesicherte ambulante psychosoziale Krebsberatung aber schon jetzt eine Vielzahl nützlicher Anregungen vermitteln.

Fazit für die Praxis

Insgesamt unterstreicht die vorliegende Untersuchung die Bedeutung psychosozialer Krebsberatungsstellen. Sie zeigt, dass diese ein differenziertes Spektrum von Leistungen für Krebspatienten und Angehörige zur Verfügung stellen, dass deren Inanspruchnahme mit soziodemografischen und erkrankungs- bzw. behandlungsbezogenen Merkmalen der Ratsuchenden in Zusammenhang steht und dass sich Patienten und Angehörige in ihren Beratungsanliegen und den in Anspruch genommenen Leistungen unterscheiden. Zugleich stellt das den Analysen zugrunde gelegte Dokumentationssystem ein wichtiges Instrument der internen Qualitätssicherung bereit. Die damit gewonnenen Daten können der gesundheitspolitischen Diskussion zur Verbesserung der ambulanten psychoonkologischen Versorgung im Sinne von Ziel 9 des Nationalen Krebsplans als Grundlage dienen und Bemühungen um eine langfristige Sicherung der Finanzierung psychosozialer Krebsberatung unterstützen.

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

Literatur

- 1 *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und der Deutschen Krebshilfe e.V. (DKH)*. Leitlinienprogramm Onkologie. Im Internet: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de>
- 2 *OnkoZert*. Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren. 2013; Im Internet: <http://onkozert.de/ablauf.htm> (abgerufen 5.4.2014)
- 3 *Singer S, Dieng S, Wesselmann S*. Psycho-oncological care in certified cancer centres – a nationwide analysis in Germany. *Psychooncology* 2013; 22: 1435–1437
- 4 *Worringer U, Küch D*. Psychologie in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund. *RVaktuell* 2010; 7: 223–227
- 5 *Wickert M, Lehmann-Lau A, Blettner G*. Ambulante psychosoziale Krebsberatung in Deutschland – Geschichte und Versorgungssituation. In: *Brähler E, Weis J* Hrsg. *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer; 2013: 67–78
- 6 *Mehnert A, Brähler E, Faller H et al*. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* 2014; 32: 3540–3546
- 7 *Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B et al*. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19–28
- 8 *Robert Koch Institut*. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.). *Krebs in Deutschland 2009/2010*. 9. Ausgabe, Berlin: RKI; 2013
- 9 *Robert Koch-Institut*, (Hrsg.). *Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI; 2010
- 10 *Feuerstein M*. *Handbook of cancer survivorship*. New York: Springer; 2007
- 11 *Mehnert A, Härter M, Koch U*. Langzeitfolgen einer Krebserkrankung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2012; 55: 509–515
- 12 *National Research Council*. *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Washington, DC: The National Academies Press; 2005
- 13 *Bundesministerium für Gesundheit*. *Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen*. 2012; Im Internet: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan_-_Handlungsfelder_Ziele_und_Umsetzungsempfehlungen.pdf (abgerufen 12.10.2012)
- 14 *Boudioni M, Mossman J, Boulton M et al*. An evaluation of a cancer counselling service. *Eur. J Cancer Care* 2000; 9: 212–220
- 15 *Boulton M, Boudioni M, Mossman J et al*. 'Dividing the desolation': clients views on the benefits of a cancer counselling service. *Psychooncology* 2001; 10: 124–136
- 16 *Nekolaichuk CL, Cumming C, Turner J et al*. Referral patterns and psychosocial distress in cancer patients accessing a psycho-oncology counselling service. *Psychooncology* 2011; 20: 326–332
- 17 *Goerling U, Tagmat D, Muffler E et al*. Practice and effectiveness of outpatient psycho-oncological counseling for cancer patients. *J Cancer* 2010; 1: 112–119
- 18 *Rosenberger C, Hocker A, Cartus M et al*. Angehörige und Patienten in der ambulanten psychoonkologischen Versorgung: Zugangswege, psychische Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2012; 62: 185–194
- 19 *Eichhorn S, Kuhnt S, Giesler JM et al*. Struktur- und Prozessqualität in ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen des Förderschwerpunktes ‚Psychosoziale Krebsberatung‘ der Deutschen Krebshilfe. *Gesundheitswesen* 2014; doi:10.1055/s-0034-1377030
- 20 *Singer S, Hohlfeld S, Müller-Briel D et al*. Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten. Versorgungsdichte und -bedarf. *Psychotherapeut* 2011; 56: 386–393
- 21 *Singer S, Bretschneider N, Lehmann-Lau A et al*. Psychosoziale Krebsberatungsstellen – eine Analyse der Versorgungsrealität in Sachsen. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 736–741
- 22 *Wasilewski R*. *Erfassung des Leistungsangebots von Krebsberatungsstellen auf der Grundlage des Anforderungsprofils für Krebsberatungsstellen: Bedarf, Aufgaben, Finanzierung*. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie; 2000

- 23 *Deutsche Krebshilfe, Deutsche Krebsgesellschaft.* Positionspapier der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft zur Weiterentwicklung und Sicherung der ambulanten Krebsberatungsstellen in Deutschland. Im Internet: http://hessische-krebsgesellschaft.de/fileadmin/user_upload/hkg/Info/Positionspapier_unterschriften_140912.pdf (abgerufen 10.4.2015)
- 24 *Destatis.* Verteilung von Bildungsabschlüssen. Im Internet: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Tabellen/Bildungsabschluss.html> (abgerufen 27.03.2014)
- 25 *Statistisches Bundesamt.* Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe Einkommensverteilung in Deutschland. *Statistisches Bundesamt, Fachserie 15, 6.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2012
- 26 *Ernst J, Eichhorn S, Kuhnt S et al.* Ambulante psychosoziale Krebsberatung – Ergebnisse einer nutzerbasierten Studie zu Beratungsanliegen und Zufriedenheit mit der Beratung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2014; 64: 421–430
- 27 *Zeissig SR, Singer S, Koch L et al.* Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung im Krankenhaus und in Krebsberatungsstellen durch Brust-, Darm- und Prostatakrebsüberlebende. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015; 65: 177–182
- 28 *Brzoska P, Voigtlander S, Spallek J et al.* Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *Eur J Epidemiol* 2010; 25: 651–660
- 29 *Kürschner D, Rösler M.* Finanzierung der Beratungsstellen der Landeskrebsgesellschaften. *FORUM* 2013; Heft 2: 123–124
- 30 *Jung S, Wiedemann R, Hohl H et al.* Zeit- und Personalaufwand für stationäre psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2014; 64: 54–62