

Eckpunkte für die Errichtung eines flächendeckenden Netzes von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen in Baden-Württemberg

Ziel des vorliegenden Papiers ist die Verbesserung der ambulanten psychoonkologischen Versorgung¹ in Baden-Württemberg durch Sicherung der bestehenden und Aufbau neuer ambulanter psychosozialer Krebsberatungsstellen. Voraussetzung für die Errichtung eines flächendeckenden Netzes von qualitätsgesicherten ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen in Baden-Württemberg ist die Klärung ihrer langfristigen Finanzierung und Übernahme in die Regelversorgung.

Der erste Teil des Papiers (Kap. 1. – 5.) beschreibt allgemein Bedarf, Aufgaben, Leistungsspektrum und Qualitätssicherung von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen. Der zweite Teil (Kap. 6. – 9.) geht auf die aktuelle Versorgungssituation in Baden-Württemberg ein und skizziert Vorschläge, wie eine flächendeckende Versorgung mit ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen erreicht werden kann.

Teil 1

| | |
|---|------|
| 1. Ausgangslage: Ambulante psychoonkologische Versorgung in Deutschland | S. 2 |
| 2. Bedarfsanalyse | S. 3 |
| 2.1. Psychosoziale Unterstützungsbedürfnisse | S. 4 |
| 2.2. Ausmaß und Schwere psychischer und sozialer Belastungen | S. 4 |
| 2.3. Häufigkeit psychischer Störungen | S. 4 |
| 3. Auftrag und Leistungsprofil von Krebsberatungsstellen | S. 5 |
| 4. Qualitätssicherung | S. 7 |
| 5. Evidenz zur Wirksamkeit psychosozialer Beratung | S. 7 |

Teil 2

| | |
|--|-------|
| 6. Versorgungssituation in Baden-Württemberg | S. 8 |
| 7. Eckpunkte für ein flächendeckendes Versorgungskonzept | S. 9 |
| 8. Kalkulation | S. 12 |
| 9. Fazit | S. 13 |
| Literatur | S. 14 |
| Anhang: Kennzahlen am Beispiel der Krebsberatungsstelle Freiburg | S. 17 |

¹ Die Begriffe „psychoonkologisch“ und „psychosozial“ werden hier analog zu den Definitionen im Papier zum Ziel 9, Handlungsfeld 2, Nationaler Krebsplan, verwendet: „**Psychoonkologische Versorgung** umfasst gestufte psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen für Krebskranke und ihre Angehörigen. **Psychosoziale Versorgung** beinhaltet insbesondere Information, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und supportive Begleitung. **Psychotherapeutische Versorgung** beinhaltet insbesondere Diagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen.“ (Lit. 6).

Die **psychosozialen Krebsberatungsstellen**, um die es in diesem Papier geht, sind laut dieser Definition für psychosoziale Leistungen zuständig, während psychotherapeutische Leistungen ausschließlich durch **approbierte Psychotherapeuten** erbracht werden. Beides wird unter „**psychoonkologischer Versorgung**“ subsumiert.

1. Ausgangslage: Ambulante psychoonkologische Versorgung in Deutschland

Der psychoonkologische Versorgungsbedarf von Krebspatienten ist für alle Krankheitsphasen inzwischen gut dokumentiert (Lit. 1, Kap. 5 und 6, 34 ff.). Viele Studien zeigen, dass etwa ein Drittel aller Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung psychoonkologische Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung benötigt (Lit. 2, 3, 4, 5). Im ambulanten Bereich scheint der Bedarf größer zu sein, neuere epidemiologische Daten belegen, dass mehr als 50% nicht-stationärer Patienten eine mittlere bis hohe psychosoziale Belastung aufweisen (Lit. 2). Folgerichtig fordert die im Januar 2014 publizierte deutsche S3-Leitlinie ‚Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten‘ (Lit. 1; im Folgenden kurz: S3-Leitlinie ‚Psychoonkologie‘) eine bedarfsgerechte psychoonkologische Betreuung von Krebspatienten über alle Behandlungssektoren hinweg (vgl. Empfehlung 4.4).

Während der stationäre Behandlungssektor, insbesondere in den Tumorzentren (CCCs), Onkologischen Zentren und Organkrebszentren, durch geltende Zertifizierungsbedingungen inzwischen in psychoonkologischer Hinsicht besser, wenn auch noch lückenhaft, ausgestattet ist, wird für den ambulanten Sektor ein deutliches Versorgungsdefizit konstatiert. Das Papier zum Ziel 9, Handlungsfeld 2 des Nationalen Krebsplans (Lit. 6) stellt fest, dass bezüglich der psychoonkologischen Versorgung gegenwärtig im außerstationären Bereich, vor allem bei den Angeboten durch niedergelassene Psychotherapeuten und qualitätsgesicherte psychosoziale Krebsberatungsstellen, die größten Defizite bestehen. Als wesentliche Ursache des Mangels an Krebsberatungsstellen wird bisher die bislang unzureichende und unregelmäßige Finanzierung gesehen (Lit. 6, S. 12ff). Insbesondere ländliche Regionen in Deutschland gelten als strukturell unterversorgt. Aufgrund dieser unbefriedigenden Situation hat nur ein Teil der Krebskranken in Deutschland Zugang zu ambulanter psychosozialer Krebsberatung.

Erschwerend für die Versorgungssituation kommt hinzu, dass sich gegenwärtig der psychosoziale bzw. psychoonkologische Betreuungsbedarf deutlich in den ambulanten Bereich verschiebt. Kürzere Klinikliegezeiten, mehr teilstationär oder ambulant durchgeführte Behandlungen, kurz- und langfristige Neben- und Folgewirkungen der medizinischen Therapie sowie insgesamt längere Überlebenszeiten führen gegenwärtig zu einem deutlich erhöhten Bedarf an ambulanter psychoonkologischer Betreuung - für Betroffene, aber auch für Angehörige (Lit. 7). Die jüngst veröffentlichte S3-Leitlinie ‚Psychoonkologie‘ fordert daher: *„Krebspatienten und ihre Angehörigen sollen wohnortnah Zugang zu qualitätsgesicherten psychosozialen Unterstützungs- und Behandlungsangeboten erhalten“* (Lit. 1, Empfehlung 4.1). Gemeint sind dabei psychosoziale Angebote durch alle relevanten psychoonkologischen Leistungserbringer im ambulanten Bereich, nämlich psychosoziale Krebsberatungsstellen, Haus- und Fachärzte (mit Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung) und niedergelassene Psychotherapeuten (Lit. 1, S.29ff)². Die Situation stellt sich folgendermaßen dar:

² **Selbsthilfeorganisationen** gehören nicht zu den professionellen Leistungserbringern und werden daher in diesem Zusammenhang nicht eigens erwähnt. Sie sind ein eigenes **nicht**-professionelles Unterstützungssystem, das die professionelle Versorgung in wertvoller Weise ergänzt (vgl auch Kap. 6, S. 9).

- **Psychosoziale Krebsberatungsstellen** dienen Krebspatienten und Angehörigen als niederschwellige ambulante Anlaufstellen bei psychosozialen Belastungen. Schwerpunkt der Beratung können sowohl soziale und sozialrechtliche Probleme aber auch psychische Belastungen und Krisen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung oder der medizinischen Behandlung sein. Insbesondere erfüllen Krebsberatungsstellen eine Lotsenfunktion, indem sie zu regional verfügbaren psychosozialen Hilfen vermitteln. Dazu kooperieren sie eng mit behandelnden Ärzten, niedergelassenen Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen sowie anderen Beratungseinrichtungen und Fachinstitutionen (Lit. 7).

Problematisch ist, dass die Leistungen von Krebsberatungsstellen bisher nicht mit den Sozialversicherungsträgern abgerechnet werden können, da Krebsberatungsstellen weder als Leistungserbringer nach dem SGB V vorgesehen sind, noch eine bestandssichernde institutionelle, ggf. auch systemübergreifende Förderung erhalten. Aufgrund der unregelmäßigen Finanzierungssituation ist bundesweit die Existenz vieler Krebsberatungsstellen akut bedroht. Das hat zur Folge, dass die Versorgungssituation bis heute bundesweit lückenhaft und infolgedessen ein wohnortnaher Zugang zu psychosozialer Krebsberatung nicht gewährleistet ist.

- **Haus- und Fachärzte** sind häufig mit psychosozialen Belastungen ihrer Patienten konfrontiert. Sie bieten im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch eine basale psychoonkologische Unterstützung an und überweisen Patienten häufig an Krebsberatungsstellen (sofern vorhanden) oder zur Behandlung an niedergelassene Psychotherapeuten. Problematisch ist, dass Ärzte die oft zeitlich aufwändigen Unterstützungsleistungen nur unzureichend abrechnen können.
- Aufgabe der **niedergelassenen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten** ist die psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen (nach ICD) im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie.

Problematisch sind die oft erheblichen Wartezeiten³, die Unterversorgung in ländlichen Regionen, die Angst vieler Patienten vor einer Stigmatisierung durch eine psychische Diagnose und eine zurückhaltend bis ablehnende Haltung jedes zweiten Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Krebspatienten (Lit. 8).

Da die genannten Leistungserbringer für unterschiedliche Aspekte zuständig sind, ergänzen sie sich gut im Hinblick auf eine ganzheitliche psychosoziale Beratung bzw. psychoonkologische Versorgung. In der Praxis erweist sich ihre Kooperation untereinander als gut.

³ Laut einer im Juni 2011 veröffentlichten Studie der Bundespsychotherapeutenkammer erhalten Patienten erst nach durchschnittlich dreimonatiger Wartezeit die Gelegenheit zu einem Erstgespräch. Es vergehen im Durchschnitt weitere drei Monate bis zum Beginn der psychotherapeutischen Behandlung.

2. Bedarfsanalyse

Der Bedarf für psychoonkologische Dienstleistungen lässt sich aus verschiedenen Indikatoren erschließen, wie psychosoziale Unterstützungsbedürfnisse, Ausmaß und Schwere psychischer und sozialer Belastungen und Häufigkeit psychischer Störungen (vgl. Lit. 9).

2.1 Psychosoziale Unterstützungsbedürfnisse

Laut der in der S3-Leitlinie ‚Psychoonkologie‘ zitierten internationalen Forschungsliteratur äußern 32% aller Krebspatienten psychosoziale Unterstützungsbedürfnisse (Lit. 1, Kap. 3.4). Die häufigsten Unterstützungswünsche beziehen sich auf Information (bis zu 93%), Unterstützung bei psychischen und psychosozialen Belastungen (bis zu 89%), bei körperlichen Beschwerden (bis zu 89%), bei Alltagsaktivitäten (bis zu 73%), bei sexuellen Problemen (bis zu 63%) sowie bei der Arzt-Patient-Kommunikation (bis zu 57%) (Lit. 10).

2.2 Ausmaß und Schwere psychischer und sozialer Belastungen

Sog. subsyndromale psychische Belastungen, z.B. Depressivität, Progredienzangst, situative Ängste, Selbstwertprobleme, Überforderung, Partnerschaftsprobleme, erfüllen zwar nicht die Kriterien einer ICD-10 Diagnose für eine behandlungsbedürftige psychische Störung, gleichwohl gehen sie mit einem hohen Leidensdruck einher (Lit. 11) und bedürfen daher einer psychosozialen Beratung (Lit. 1, Kap 8.5, S. 65f.). Die Ergebnisse einer 2014 veröffentlichten repräsentativen epidemiologischen Studie zeigen, dass etwa die Hälfte aller Krebspatienten unter einer hohen subsyndromalen psychischen Belastung (Distress) leiden (Lit. 2). Ca. 37% aller Krebspatienten sind sozial hoch belastet, d.h. sie haben erhebliche Probleme bzgl. ihrer finanziellen Situation, der Rückkehr in den Beruf oder bei der Versorgung von Familienmitgliedern. Ein halbes Jahr später sind es sogar 42% (Lit. 12). In der S3-Leitlinie ‚Psychoonkologie‘ werden weitere Studien zitiert, die zeigen, dass eine hohe psychische Belastung bei bis zu 59%, starke Ängste bei bis zu 48%, Progredienzangst bei bis zu 32% und Depressivität/Niedergeschlagenheit bei bis zu 58% der Krebspatienten auftreten (Lit. 1, Kap. 5.4).

Studien mit Langzeitüberlebenden zeigen, dass Betroffene auch noch 5 oder mehr Jahre nach Beendigung ihrer Primärbehandlung unter ausgeprägten psychischen und sozialen Belastungen leiden (Lit. 13, 14, 15), wobei sich soziale und psychische Probleme oft gegenseitig verstärken (Lit. 16, 17, 18). Eine jüngere Meta-Analyse weist darauf hin, dass das Risiko für Depressionen bei Betroffenen im Langzeitverlauf zwar sinkt, das Risiko für Ängste aber innerhalb eines mehr als 10-jährigen Beobachtungszeitraums zunimmt (Lit. 19).

Angehörige, die auch zur Zielgruppe von psychosozialer Krebsberatung gehören, leiden genauso häufig unter psychischen und sozialen Belastungen, wie die Krebserkrankten selbst (Lit. 20, 21, 22, 23).

2.3 Häufigkeit psychischer Störungen

Die schon zitierte 2014 veröffentlichte deutsche epidemiologische Studie zur psychischen Komorbidität von Krebspatienten zeigt eine 4-Wochen-Prävalenz von 32% für das Vorliegen mindestens einer psychischen Störung über alle Tumordiagnosegruppen hinweg. Die 12-Monats-Prävalenz beträgt 39% (Lit. 2). Die häufigsten psychischen Störungsbilder sind Angststörungen, Anpassungsstörungen, Affektive Störungen (Depression) und Störungen durch psy-

chotrope Substanzen. In der Normalbevölkerung liegt die 4-Wochen-Prävalenz für irgendeine psychische Störung im Vergleich dazu bei 20%.

Andere Meta-Analysen zur psychische Komorbidität von Tumorpatienten zeigen ebenfalls, dass etwa ein Drittel der Patienten unter manifesten psychischen Störungen leiden (Lit. 3, 4, 5). Dies trifft nicht nur auf die Phase der Primärbehandlung zu, sondern auch auf die ambulante Nachsorge (Lit. 24) und die Palliativsituation (Lit. 3). Besonders häufig finden sich komorbide psychische Störungen bei Patienten mit Lungenkrebs, Kopf-Hals-Tumoren, hämatologischen Malignomen und bei fortgeschrittener Krebserkrankung (Lit. 25).

Das hohe Maß an subsyndromalen Belastungen, manifesten psychischen Störungen bei Tumorpatienten und auch bei Angehörigen unterstreichen den hohen Bedarf für psychoonkologische Dienstleistungen im ambulanten Bereich – für eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung aber auch eine niederschwellige psychosoziale Krebsberatung.

3. Auftrag und Leistungsprofil von psychosozialen Krebsberatungsstellen

Psychosoziale Krebsberatungsstellen sind Teil der psychoonkologischen Versorgungskette (vgl. Lit. 1, Kap. 4). Sie übernehmen zusammen mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten psychoonkologische Aufgaben im ambulanten Bereich. An der Schnittstelle zum stationären Behandlungssektor sorgen sie durch ihre Beratungs- und Lotsenfunktion insoweit für eine lückenlose Weiterversorgung. Zielgruppen sind Krebspatienten und Angehörige, es werden aber auch Personen des sozialen Umfelds und Fachpersonal beraten. Betroffene werden in praktisch allen Krankheitsphasen beraten: in den Behandlungspausen während der Primärtherapie, nach einer Reha-Maßnahme, in der Nachsorgephase, nach Diagnose eines Rezidivs und in der Palliativsituation (Lit. 1, 7, 11).

Die Beratungsleistungen von Krebsberatungsstellen zielen darauf ab:

- bei der Erschließung von Versorgungsleistungen zu helfen (z.B. Einleitung einer Reha-Maßnahme) und zu weiterführenden Versorgungsangeboten, z.B. Selbsthilfegruppen, Psychotherapeuten, Ämter, Palliativeinrichtungen, zu vermitteln (Lotsenfunktion). Dies geschieht in enger Kooperation und Vernetzung mit anderen Leistungserbringern;
- bei der Überwindung psychischer Probleme und Krisen zu helfen und die individuellen psychischen Bewältigungskompetenzen zu unterstützen,
- notwendige Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten und den Erfolg zu verstetigen,
- die gesellschaftliche Teilhabe zu sichern,
- Belastungen durch somatische Auswirkungen der medizinischen Therapie und deren Langzeitfolgen zu bewältigen,
- die sozialen Ressourcen in der Krankheitssituation zu stärken, insbesondere die Kommunikation mit dem Partner, der Familie und dem medizinischen Behandlungsteam.

Das dafür erforderliche **Leistungsprofil** (Lit. 1, Kap. 4.2) umfasst ein breites Spektrum abgestufter, auf den jeweiligen Bedarf ausgerichteter Hilfen, wie:

- Assessment des sozialen Versorgungsbedarfs und Diagnostik psychischer Belastungen,

- Vermittlung von Informationen (über weiterführende Hilfen, wie z.B. Selbsthilfegruppen),
 - psychosoziale Beratung,
 - Psychoedukation,
 - Symptomorientierte Interventionen, wie Entspannungs- und imaginative Verfahren,
 - Paar- und Familienberatung,
 - Krisenintervention,
 - Gruppenangebote,
 - Langzeitbegleitung bei progredientem Krankheitsverlauf und
 - ggf. aufsuchende Beratung immobiler Patienten
- präventive Aufgaben (z.B. Risikoaufklärung) im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit.

Die aktive Vernetzung und enge Kooperation mit bestehenden onkologischen Netzwerken der jeweiligen Region gehören ebenfalls zu den Kernaufgaben von Krebsberatungsstellen. Dies trägt zur Vertrauensbildung und Vermeidung von Doppelstrukturen bei.

In einem Förderschwerpunktprogramm der Deutschen Krebshilfe, mit dem seit 2008 anfangs 28, inzwischen noch 22 psychosoziale Krebsberatungsstellen gefördert werden, wurden in einem Begleitforschungsprojekt unter anderem die Beratungsanliegen der Ratsuchenden erfasst (Lit. 26). Gestaffelt nach der Wichtigkeit der Anliegen erwarteten ca. 77% der Ratsuchenden Hilfe im Umgang mit seelischen Belastungen, 70% allgemeine Informationen, 65% Unterstützung zur praktischen Bewältigung der Lebenssituation, 59% Unterstützung zum Umgang mit Familie, Partner und sozialem Umfeld, 57% Informationen zu sozialen/sozialrechtlichen Fragen, 48% Orientierung/Vermittlung bzgl. psychosozialer Angebote, 46% Unterstützung bei Antragstellung und sozialrechtlichen Anliegen, und 31% Hilfe im Umgang mit der Tumorerkrankung eines Angehörigen.

Die Evaluation der geförderten Krebsberatungsstellen erfasste auch Daten, die sich auf das oben beschriebene breite Spektrum an psychologischen und sozialrechtlichen Hilfsangeboten bezieht, das von Ratsuchenden überwiegend in den ersten zwei Jahren nach Erstdiagnose in Anspruch genommen wird (Lit. 27). Ausgewertet wurden Daten von 4.117 Ratsuchenden, davon 81% Patienten und 19% Angehörige. Frauen mit Brustkrebs waren mit ca. 40% die größte Gruppe der Ratsuchenden, 47% haben ein Gespräch in Anspruch genommen, 26% zwei bis drei Gespräche. Dies bedeutet, dass die Anliegen von rund drei Viertel der Ratsuchenden innerhalb eines zeitlich überschaubaren Rahmens bearbeitet werden konnten. Themen bei den Beratungen mit sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung waren häufig Fragen zur Rehabilitation und Behindertenrecht, während Krankheitsverarbeitung, Ängste und Trauer häufig Gegenstand psychologischer Beratung waren (Lit. 27). Die Daten zeigen auch deutlich, dass Krebsberatungsstellen eine wichtige Funktion an der Schnittstelle zwischen stationärer Behandlung und ambulanter Nachsorge wahrnehmen und eine Lotsenfunktion bei der Vermittlung an weiterführende Angebote wie Psychotherapie haben (Lit. 27). Analysen der Ergebnisqualität zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der Ratsuchenden mit der Beratung insgesamt außerordentlich zufrieden war und die Beratungsziele aus ihrer Sicht erreicht wurden (Lit. 26).

Zur Verdeutlichung finden sich im Anhang die exemplarische Beschreibung des Leistungsangebots und auch einige Kennzahlen der Krebsberatungsstelle Freiburg, die im Netzwerk der DKH-geförderten Beratungsstellen eine durchschnittliche Position einnimmt.

4. Qualitätssicherung

Ein zentrales Qualitätsmerkmal psychosozialer Krebsberatung stellt die Niederschwelligkeit des Angebots dar, das bedeutet: leichte Zugänglichkeit, kurzfristige Verfügbarkeit und Kostenfreiheit für die Ratsuchenden. Außerdem soll das Angebot qualitätsgesichert und an Leitlinien orientiert sein.

Um das geschilderte Leistungsspektrum anbieten zu können, ist ein multidisziplinäres Team erforderlich (z.B. Sozialarbeiter/-pädagogen, Psychologen, Verwaltungsfachkräfte und je nach Angebotsstruktur weitere Berufsgruppen). Die Nutzung der Kompetenzen mehrerer Professionen (z.B. Sozialarbeiter und Psychologen) ermöglicht die parallele Beratung zu sozialen/sozialrechtlichen und psychologischen Anliegen. Erfahrungsgemäß sind häufig beide Themenbereiche Gegenstand einer Beratung.

Die Mitarbeiter einer Krebsberatungsstelle sollen über eine von der Deutschen Krebsgesellschaft anerkannte psychoonkologische Weiterbildung verfügen und sich regelmäßig fortbilden. Die Strukturqualität soll durch eine angemessene personelle, räumliche und sachliche Ausstattung sichergestellt werden. Das Beratungskonzept beinhaltet Vorgaben zur in- und externen Kooperation und Vernetzung, insbesondere mit Selbsthilfegruppen, anderen Beratungseinrichtungen, Krankenkassen sowie Sozialleistungsträgern. Zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität gehören regelmäßige Fallbesprechungen, externe Supervision, Teambesprechungen, Leistungsdokumentation sowie die Erhebung der Ergebnisqualität (Lit. 28).

5. Evidenz zur Wirksamkeit psychosozialer Beratung

Die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen hinsichtlich der Reduktion psychischer Belastungen wie Ängste und Depressivität und der Verbesserung der Lebensqualität gilt inzwischen als gut belegt (Lit. 29). Evidenz zur Wirksamkeit von psychosozialer Beratung wird in der S3-Leitlinie ‚Psychoonkologie‘ aufgeführt (Lit. 1, Kap.8.5). Diese Forschungsarbeiten zeigen eine Verringerung von psychosozialen Belastungen (Lit. 30, 31, 32, 33), eine Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Krankheitsverarbeitung (Lit. 34, 35), eine Verbesserung der Paar-/Familienbeziehung (Lit. 36, 37) sowie die Verringerung von Informationsdefiziten (Lit. 30).

Die schon erwähnte Studie aus dem Begleitforschungsprojekt des DKH Förderschwerpunkts „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ hat die Ergebnisqualität der geförderten Krebsberatungsstellen erfasst und kommt zu dem Schluss, dass die überwiegende Mehrheit der Ratsu-

chenden mit der Beratung insgesamt sehr zufrieden war und davon deutlich profitiert hat (Lit. 26).

6. Versorgungssituation in Baden-Württemberg

Nach einer Schätzung des Robert Koch-Instituts, Berlin, erkrankten in Deutschland im Jahre 2014 ca. 500.900 Menschen neu an Krebs. Auf Baden-Württemberg bezogen sind es ca. 66.000 Neuerkrankungen. Die Zahl der Krebskranken, die schon bis zu 5 Jahren mit ihrer Krebserkrankung leben, ist deutlich höher. Deutschlandweit sind es ca. 1.5 Mio., in Baden-Württemberg ca. 200.000 Menschen (5-Jahres-Prävalenz)⁴. Wenn man davon ausgeht, dass ca. die Hälfte aller Krebskranken unter einer hohen psychosozialen Belastung leidet (Lit. 2), dann besteht pro Jahr bei ca. 100.000 Menschen in Baden-Württemberg ein entsprechender Versorgungsbedarf, überwiegend im ambulanten Sektor.

Dem stehen derzeit insgesamt 8 Krebsberatungsstellen gegenüber, vier davon sind momentan durch ein aktuell laufendes, aber bis Ende 2016 befristetes Förderprogramm der Deutschen Krebshilfe teilweise oder ganz finanziert (Tübingen, Freiburg, Karlsruhe[AWO] und Stuttgart), auch der Krebsverband Baden-Württemberg beteiligt sich finanziell. Vier weitere Krebsberatungsstellen finanzieren sich mit entsprechend limitierten Angeboten ausschließlich aus Spenden und Eigenmitteln der Träger (Mutlangen, Schwäbisch Hall, Böblingen/Leonberg und Karlsruhe[Diakonie]). Eine flächendeckende Versorgung ist mit diesen 8 Standorten nicht gewährleistet, viele Regionen Baden-Württembergs sind bislang nicht versorgt, z.B. Rhein-Neckar, Heilbronn-Franken, Bodensee- Oberschwaben, Donau-Iller, Schwarzwald-Baar, Hochrhein. In vielen dieser Regionen müssen Betroffene teilweise mehr als 50 Kilometer zur nächsten Krebsberatungsstelle fahren, was den Zugang deutlich erschwert, wenn nicht unmöglich macht. Deshalb bieten einige Krebsberatungsstellen Außensprechstunden mit einem sehr reduzierten Beratungsangebot an (Tübingen in Balingen und Horb, Böblingen in Herrenberg, Karlsruhe[AWO] in Baden-Baden).

Ohne Folge- bzw. Regelfinanzierung müssen sowohl die bis Ende 2016 DKH-geförderten, als auch die spendenfinanzierten Beratungsstellen aufgrund fehlender Eigenmittel der Träger ihre Angebote spätestens 2017 aufgeben oder drastisch reduzieren.

Die Versorgungslücken durch fehlende psychosoziale Krebsberatungsstellen in Baden-Württemberg können auch durch andere Leistungsanbieter nicht geschlossen werden:

- **Haus- und Fachärzte** können im Rahmen ihrer Möglichkeiten nur basale psychoonkologische Leistungen erbringen. Sie verweisen daher meist an niedergelassene Psychotherapeuten und Krebsberatungsstellen weiter. Einer noch unveröffentlichten Heidelberger Studie zufolge sehen niedergelassene Ärzte in Baden-Württemberg einen Bedarf für psychoonkologische Versorgung ihrer Patienten und verweisen auch an entsprechende Leistungserbringer (71%). Sie sind der Meinung, dass eine psychoonkolo-

⁴ Diese Zahl beruht auf einer Schätzung auf Grundlage der RKI-Daten. Das Krebsregister Baden-Württemberg kann momentan noch keine genauen Daten vorweisen.

gische Mitbetreuung eine sinnvolle Ergänzung zur somatischen Behandlung darstellt und dass ihre Patienten davon profitieren (97%). Allerdings beklagen sie die schlechte Verfügbarkeit derartiger Angebote in ihrer Region (88-94%) (Lit. 38).

- **Niedergelassene Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten**, die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie zwar für die psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen im Sinne des ICD, nicht jedoch für psychosoziale Belastungen von Krebspatienten zuständig sind, können in der Regel wegen starker Auslastung (Wartezeiten) keine zeitnahe Behandlung von Patienten in einer akuten Krise anbieten. Außerdem können sie eine sozialrechtliche Beratung oder die begleitende Betreuung von Angehörigen nicht leisten. Dazu kommt, dass sich andererseits viele Krebspatienten davor scheuen, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie Angst haben vor Stigmatisierung durch eine psychopathologische Diagnose.
- Die **AOK** hat im Zuge der Einführung des „Disease Management Programms Brustkrebs“ in vielen Geschäftsstellen für ihre Versicherten ein psychoonkologisches Beratungsangebot für Brustkrebspatientinnen eingerichtet. Die dafür zuständigen Sozialarbeiterinnen kooperieren eng mit den Krebsberatungsstellen und sind in der Regel psychoonkologisch weitergebildet.
- Die „**Gemeinsamen trägerübergreifenden Servicestellen für Rehabilitation**“ der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, unterstützen Ratsuchende in allen Fragen der Rehabilitation, u.a. auch bei der Antragstellung. Bei diesbezüglichen Fragestellungen kooperieren sie eng mit den Krebsberatungsstellen und beteiligen sich an regelmäßigen Fallkonferenzen bzw. „runden Tischen“. Eine darüber hinaus gehende psychosoziale Beratung gehört nicht zu ihrem Zuständigkeitsbereich.
- **Selbsthilfegruppen nach Krebs und deren Verbände** – in Baden-Württemberg werden vom Krebsverband über 200 Gruppen betreut – sind wichtige Kooperationspartner der Krebsberatungsstellen. Sie stellen ein eigenes ehrenamtliches Unterstützungsangebot dar, das aufgrund seiner Niedrigschwelligkeit unverzichtbar ist für Betroffene und deren Angehörige. Vor dem Hintergrund der eigenen Betroffenheit leisten sie wertvolle emotionale und praktische Unterstützung. Als wichtige und wertvolle Ergänzung sollte es unbedingt in eine umfassende psychoonkologische Versorgung eingebunden werden, kann aber die professionellen Angebote nicht ersetzen.

Die Besonderheiten der **Krebsberatungsstellen** gegenüber diesen Versorgungsangeboten liegen vor allem in ihrem breiten Leistungsspektrum, der Niederschwelligkeit des Zugangs, der Einbeziehung auch der Angehörigen, der Vermeidung einer psychopathologischen Stigmatisierung sowie der koordinierenden Lotsenfunktion bei gleichzeitig hoher Professionalität, interdisziplinärer Zusammensetzung der Teams und enger Vernetzung und Kooperation mit allen oben genannten Leistungsanbietern.

7. Eckpunkte eines flächendeckenden Versorgungskonzepts für Baden-Württemberg

Der Ausbau der Krebsberatungsstellen in Baden-Württemberg war eine der zentralen Forderungen des Expertenforums ‚Onkologische Versorgung‘, das im Rahmen des Gesundheitsdialogs in Baden-Württemberg 2013 tagte. Eine Arbeitsgruppe „Krebsberatungsstellen“ des Landesbeirats Onkologie hat daraufhin ein Konzept für den Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Krebsberatungsstellen in Baden-Württemberg einschließlich deren Finanzierung erarbeitet. Da sich in Tübingen, Freiburg und Stuttgart die Anbindung der Krebsberatungsstellen an die dortigen Tumorzentren bzw. Onkologischen Schwerpunkte sehr bewährt hat (Vorteile: Verbesserung der Versorgungsqualität durch Zentrenbildung, Verknüpfung des stationären und ambulanten Sektors zur Vermeidung von Versorgungslücken, Schaffung von Synergien durch gemeinsame Nutzung übergreifender Strukturen etc.) wird ein Konzept favorisiert, das von einer Angliederung aller Krebsberatungsstellen an die schon bestehenden onkologischen Versorgungsstrukturen (Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte) in Baden-Württemberg ausgeht. Neben einer guten Versorgungsqualität wird durch dieses Anbindungsprinzip auch gewährleistet, dass die Anzahl der Krebsberatungsstellen limitiert bleibt.

Das Konzept sieht im Einzelnen folgende **Eckpunkte** vor:

1. Alle bereits bestehenden Krebsberatungsstellen in Baden-Württemberg sollen grundsätzlich in ihrem Bestand erhalten und durch weitere Standorte in den zurzeit noch unterversorgten Regionen Baden-Württembergs ergänzt werden.
2. Ausgehend von den Erfahrungen in Tübingen, Freiburg und Stuttgart (z.B. Nutzung von Synergien, Optimierung des Übergangs von stationärer Behandlung zu ambulanter Nachsorge, s.o.), sollen alle Krebsberatungsstellen an die im Land bestehenden onkologischen Behandlungszentren (Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte) organisatorisch angegliedert oder in ihrem direkten Umfeld angesiedelt werden. Zurzeit sind dies 19 Standorte (5 Tumorzentren und 14 Onkologische Schwerpunkte) in Baden-Württemberg.
3. Denkbar ist eine Trägerschaft des jeweiligen Tumorzentrums/Onkologischen Schwerpunkts oder – bei einer schon in der Region vorhandenen Krebsberatungsstelle in freier Trägerschaft – eine vertraglich geregelte Kooperation.
4. In strukturschwachen ländlichen Regionen, in denen sich keine Onkologische Schwerpunktambulanz befindet, kann die nächst gelegene Krebsberatungsstelle Außensprechstunden anbieten, um eine angemessene Wohnortnähe des Beratungsangebots zu gewährleisten. Über entsprechende Erfahrungen verfügen die Beratungsstellen in Tübingen, Freiburg, Böblingen und Karlsruhe.
5. Als Orientierungsgröße soll folgende personelle Ausstattung gelten: Jede neue Krebsberatungsstelle soll mindestens mit jeweils einer 0,5 VK Psychologin/e, einer 0,5 VK Sozialarbeiter/in und einer 0,5 VK Verwaltungsfachkraft ausgestattet sein. Als Kriterium

für eine ggf. notwendige Anpassung kann die nachfrageabhängige Wartezeit gelten, die nicht mehr als zwei Wochen dauern sollte.

6. Die geförderten Krebsberatungsstellen nehmen an einem Qualitätssicherungsprogramm teil. Die Qualitätskriterien, die von den DKH-geförderten Beratungsstellen im Laufe eines Evaluationsprozesses mit mehrfacher Auditierung erarbeitet wurden, können dabei als Standard gelten. Insbesondere soll auf das DKH-Dokumentationssystem zurückgegriffen werden, welches einen Vergleich zwischen den Krebsberatungsstellen in Baden-Württemberg, und auch bundesweit, erlaubt.

Ein wichtiges Qualitätskriterium ist die Kooperation mit allen relevanten Institutionen, Leistungsanbietern und insbesondere den Selbsthilfegruppen. Regelmäßige Informations- und Netzwerktreffen sind vertrauensbildende Kernaufgaben einer Krebsberatungsstelle und dienen zur Vermeidung von Doppelstrukturen. Eine gute Kooperation ist auch Voraussetzung für die Lotsenfunktion, die die Beratungsstellen erfüllen sollen.

Wichtige Kooperationspartner sind:

- die Selbsthilfeverbände und -gruppen,
- die Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen,
- die Haus- und Fachärzte,
- die niedergelassenen Psychotherapeuten,
- die psychoonkologischen Beratungsangebote der AOK,
- die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation,
- Palliativdienste und -einrichtungen,
- andere Beratungseinrichtungen, Ämter, Behörden, Kostenträger und Fachdienste.

Mit den wichtigsten Kooperationspartnern sollen schriftliche Kooperationsvereinbarungen getroffen werden.

7. Der Krebsverband Baden-Württemberg richtet eine **Koordinationsstelle** ein (0,5 VK z.B. Psychologin/e bzw. Sozialarbeiter/in bzw. Ärztin/Arzt). Diese hat u.a. die Funktion, das Krebsberatungsstellen-Netz in Baden-Württemberg zu koordinieren und eine Verbindung zu den Finanzgebern und dem Sozialministerium in Stuttgart herzustellen.

Im Einzelnen sollen u.a. folgende Aufgaben wahrgenommen werden:

- Ausschreibung von qualitätsgesicherten Krebsberatungsstellen und (Bedarfs-) Prüfung der eingehenden Anträge,
- Überwachung des Aufbaus des geplanten Krebsberatungsstellen-Netzes,
- Regelmäßige Evaluation der Beratungsstellen (Qualitätssicherung) und Erhebung von Daten zur Ergebnisqualität,
- Sachgerechte Verteilung der Finanzierungsmittel der Finanzgeber,
- Öffentlichkeitsarbeit und Berichterstattung.

Diese Eckpunkte sollen schrittweise umgesetzt werden. Vorrangig soll aus Mitteln des Landeshaushalts 2015/16 (Sozialministerium) eine Koordinationsstelle (vgl. 6.) beim Krebsverband Baden-Württemberg eingerichtet werden. Diese erarbeitet eine Ausschreibung für die Einrichtung und (Anschub-)Finanzierung von qualitätsgesicherten Krebsberatungsstellen. Es sollen vier neue Krebsberatungsstellen eingerichtet werden (befristete Anschubfinanzierung bis Ende 2016). Die vier bestehenden, nicht von der DKH geförderten Beratungsstellen können ebenfalls einen Antrag auf Bezuschussung stellen (unter Bezugnahme auf die Ausschreibungsbedingungen und unter der Prämisse, ihre Qualitätsstandards an die DKH-geförderten Beratungsstellen anzugleichen). Die Ausschreibung erfolgt Mitte 2015. Alle Beratungsstellen sollen im Umfeld oder in direkter Zuordnung zu den Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten eingerichtet werden.

Ab Anfang 2017 sollen alle 12 (in der Endstufe maximal 19) Krebsberatungsstellen in Baden-Württemberg in eine Regelfinanzierung durch die Sozialversicherungsträger in Baden-Württemberg überführt werden. Der Modus dafür ist Gegenstand der anstehenden Verhandlungen.

8. Kalkulation

Als Orientierungsgrundlage für die Kosten einer neu zu etablierenden Krebsberatungsstelle mit den genannten Ausstattungsmerkmalen kann die folgende Kalkulation dienen:

| Personalkosten | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|---|-------------------|--------------------------|
| | <i>Stellenumfang</i> | <i>Funktion/Qualifikation</i> | <i>Einstufung</i> | <i>Kosten(geschätzt)</i> |
| 1. | 0,5 VK | Psychologin mit psychoonkolog. Weiterbildung | E 13 | 35.000 p.a. |
| 2. | 0,5 VK | Sozialpädagogin bzw. -arbeiterin mit psychoonkol. Weiterbildung | E 10 | 27.000 p.a. |
| 3. | 0,5 VK | Verwaltungsfachkraft | E 6 | 22.000 p.a. |
| Sachkosten | | | | |
| 4. | Miete / NK | (inkl. Stellplatz) | | 12.000 p.a. |
| 5. | Verbrauchsmat. | | | 4.500 p.a. |
| 6. | Fahrtkosten | | | 1.000 p.a. |
| 7. | Supervision (externer Supervisor) | 10 x 200 p.a. | | 2.000 p.a. |
| | | | | |
| | Gesamtkosten | | | 103.500 p.a. |

Für die Erstausrüstung (z.B. Möbel, PC und Zubehör) sind außerdem Investitionsmittel in Höhe von 10.000 € (einmalig) vorzusehen.

Hierbei handelt es sich lediglich um Anhaltswerte. Sach-, bedarfs- und qualitätsrechte Einstiegs- bzw. Alternativ- bzw. Kooperationsmodelle sind im Sinne eines „lernenden Modells“ erwünscht. Gegebenenfalls sind diese mit der Koordinationsstelle beim Krebsverband Baden-Württemberg abzustimmen.

9. Fazit

Im 2014 verabschiedeten Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg wird das Ziel formuliert, insbesondere chronisch Kranken, also auch onkologischen Patienten, „bedarfsorientiert zielgruppenspezifische Beratungsstellen für medizinische und sozialrechtliche Fragestellungen“ zur Verfügung zu stellen. Im Bürgerdialog, der zur Formulierung von Leitsätzen bei der Landesgesundheitskonferenz im Oktober 2013 führte, hatten zuvor die einbezogenen Bürgerinnen und Bürger, insbesondere für den onkologischen Bereich, gefordert: „In Baden-Württemberg sollen auf regionaler Ebene ausreichend Beratungsstellen eingerichtet oder ausgebaut sowie öffentlich bekannt gemacht werden.“ Die Betroffenen haben damit zum Ausdruck gebracht, dass ihrer Meinung nach diesbezüglich eine deutliche Unterversorgung in Baden-Württemberg besteht. Zurzeit hat ein substantieller Anteil von Krebspatienten und Angehörigen in Baden-Württemberg keinen Zugang zu einer zeit- und wohnortnahen ambulanten psychoonkologischen Versorgung in Krebsberatungsstellen, wie in der S3-Leitlinie ‚Psychoonkologie‘ empfohlen (Lit. 1, Empfehlung 4.1).

Sowohl das Papier zum Ziel 9 des Nationalen Krebsplans (Lit. 6), als auch das Positionspapier der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe und auch die sog. „Würzburger Erklärung“ (Lit. 39) der Träger von Krebsberatungsstellen in Deutschland weisen darauf hin, dass als Ursache der Unterversorgung v.a. eine fehlende Finanzierungsregelung für Krebsberatungsstellen gesehen wird. In der „Würzburger Erklärung“ wird festgestellt, dass „viele gemeinnützige Träger aus eigenen Mitteln keine weiteren Beratungsstellen einrichten können, oft fehlen selbst die Mittel, die bestehenden Standorte aufrecht zu erhalten. In der Vergangenheit mussten einige bewährte Beratungsstellen aufgrund akuter Finanznot wieder aufgegeben werden“ (Lit. 39).

Auch die Existenz der DKH-geförderten Krebsberatungsstellen in Stuttgart, Karlsruhe, Freiburg und Tübingen ist nach Auslaufen der Förderung Ende 2016 nicht gesichert.

Angesichts des beschriebenen Versorgungsdefizits in Baden-Württemberg wird nachdrücklich empfohlen, ein flächendeckendes Netz von qualitätsgesicherten Krebsberatungsstellen bedarfsgerecht auszubauen und dafür eine nachhaltige Regelfinanzierung durch die Sozialversicherungsträger zu etablieren.

Literatur

1. AWMF (2014): S3-Leitlinie ‚Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten‘, http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-051_OL.html
2. Mehnert A et al. (2014): Four-Week Prevalence of Mental Disorders in Patients With Cancer Across Major Tumor Entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31), 3540-3546
3. Mitchell AJ et al. (2011): Prevalence of depression, anxiety and adjustment disorder in oncological, haematological and palliative care-settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12(2), 160-174
4. Veling S et al. (2012): Prävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebs: Systematische Literaturreview und Metaanalyse. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62, 249-258
5. Singer S et al. (2010): Prevalence of Mental Health Conditions in Cancer Patients in Acute Care – A Metaanalysis. *Psychooncology*, 19, Supplement: 134-135
6. Nationaler Krebsplan, Handlungsfeld 2, Ziel 9 (2010): www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_9_Angemessene_und_bedarfsgerechte_pschoonkologische_Versorgung.pdf
7. Wickert M, Lehmann-Laue A, Blettner G (2013): Ambulante psychosoziale Krebsberatung in Deutschland – Geschichte und Versorgungssituation. In: Weis J, Brähler E: *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*. Schattauer, Stuttgart
8. Schwarz R et al. (2006): Onkologisch Kranke als Patienten der psychotherapeutischen Praxis. *Psychotherapeut*, 51, 369-375
9. Bruns J, Nettekoven G (2012): Positionspapier der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft zur Weiterentwicklung und Sicherung der ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen in Deutschland. *Forum (DKG)*, 27, 410-414
10. Harrison, JD et al. (2009): What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*, 17(8), 1117-28.
11. Wickert M et al. (2009): Ambulante psychosoziale Krebsberatung in Deutschland. *Forum (DKG)*, 24,53-56
12. Singer S et al. (2011): Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten – Versorgungsdichte und –bedarf. *Psychotherapeut*, 56(5), 386-393
13. Hoffman KE et al. (2009): Psychological Distress in long-term Survivors of Adult-onset Cancer. *Arch Intern Med*. 164 (14): 1274-1281.
14. Mehnert A, Koch U (2008): Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization and need for psychological support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res*. 64: 383-391.
15. Mehnert A (2011): Psychosoziale Probleme von Langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung. Bedarf an psychosozialer Unterstützung. *Der Onkologe*, 2011 (12); 17: 1143-1148.
16. Verdonck-de Leeuw IM et al. (2010): Employment and return to work in head and neck cancer survivors. *Oral Oncol*; 46(1):56-60

17. Singer S et al. (2014): Early retirement in cancer patients with or without co-morbid mental health conditions: a prospective cohort study. *Cancer*, 120, 2199-2206
18. Mehnert A, Koch U. (2013): Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation - a prospective study. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 39(1), 76-87
19. Mitchell AJ et al. (2013): Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.*, 14 (8), 721-732
20. Meyer A et al. (2008): Psychisches Befinden und psychische Morbidität der Partner kehlkopfloser Karzinompatienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 3(3), 172-178
21. Braun M et al. (2007): Hidden morbidity in cancer: Spouse caregivers. *J Clin Oncol*, 25(30), 4829-4834
22. Northouse LL et al. (2007): Living with prostate cancer: Patients' and spouses' psychosocial status and quality of life. *J Clin Oncol*, 25(27), 4171-4177
23. Prohaska M, Sellschopp A (1995): Untersuchung der Belastung und Bewältigung bei Partnern krebskranker Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 45(243), 252
24. Moncayo FLG et al. (2008): Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients. *Med Clin (Barc)*, 130(3), 90-92
25. Singer S et al. (2007): Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Dtsch Med Wochenschr*, 132, 2071-2076
26. Ernst J et al. (2014): Ambulante psychosoziale Krebsberatung – Ergebnisse einer nutzerbasierten Studie zu Beratungsanliegen und Zufriedenheit mit der Beratung. *Psychother Psych Med*, 64(11), 421-430
27. Giesler JM et al. (eingereicht): Ambulante psychoonkologische Versorgung durch Krebsberatungsstellen – Leistungsspektrum und Inanspruchnahme durch Patienten und Angehörige. *Psychother Psych Med*
28. Eichhorn S. et al. (2014): Struktur- und Prozessqualität in ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen des Förderschwerpunktes „Psychosoziale Krebsberatung“ der Deutschen Krebshilfe. *Gesundheitswesen*, DOI: 10.1055/s-0034-1377030
29. Faller H et al. (2013). Effects of psychooncological interventions on emotional distress and quality of life in adult cancer patients: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793.
30. Goerling U et al. (2010): Practice and effectiveness of outpatient psycho-oncological counseling for cancer patients. *Journal of Cancer*, 1, 112–119.
31. Manne SL et al. (2007): Coping and communication-enhancing intervention versus supportive counseling for women diagnosed with gynecological cancers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 615-628
32. Manne SL (2008): Mediators of a coping and communication-enhancing intervention and a supportive counseling intervention among women diagnosed with gynecological cancers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1034-45

33. Blum D et al. (2006): Building Community-Based Short-Term Psychosocial Counseling Capacity for Cancer Patients and Their Families: The Individual Cancer Assistance Network (ICAN) Model. *Social Work in Health Care*, 43(4), 71-83
34. Ramsay K et al. (2007): Both group peer counselling and individual counselling reduce anxiety and depression, and increase self-esteem and overall life satisfaction in palliative cancer care. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(2), 157-167
35. Duffy, M.; Gillig, S. (2003): Cancer, families, and family counsellors. *The Family Journal*, 11(1), 68-72
36. Thastum, M.; Munch-Hansen, A.; Wiell, A.; Romer, G. (2006): Evaluation of a Focused Short-term Preventive Counselling Project for Families with a Parent with Cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(4), 529-542
37. Kuijer, R.; Buunk, B.P.; De Jong, G.M.; Ybema, J; Sanderman, R. (2004): Effects of a Brief Intervention Program for Patients with Cancer and Their Partners on Feelings of Inequity, Relationship Quality and Psychological Distress. *Psycho-Oncology*, 13(5), 321-334
38. Hartmann M et al. (2014): Psychoonkologische Versorgung im ländlichen Raum (P-O-Land), unveröffentlicht, erste Daten präsentiert bei der PSO-Jahrestagung 2014
39. „Würzburger Erklärung“ der Träger psychosozialer Krebsberatungsstellen. *Forum (DKG)*, 2013, 28, 214-216.

Anhang:

Kennzahlen am Beispiel der Krebsberatungsstelle des Tumorzentrums Freiburg

1. Beschreibung der Tätigkeit:

Das Team der Psychosozialen Krebsberatungsstelle bietet seit Januar 2009 professionelle Information, Beratung und Unterstützung für Patienten, Angehörige und alle Bürger der Stadt Freiburg und Umgebung, die mit einer Krebserkrankung konfrontiert sind.

Die Kernleistungen

Das gesamte Angebot ist niederschwellig konzipiert. Patienten erhalten innerhalb von sieben Tagen einen Termin für ein Erstgespräch. Termine werden individuell abgestimmt; Abendtermine und Hausbesuche sind ebenfalls möglich. Die Öffnungszeiten und Zeiten für die Erreichbarkeit sind Klientenorientiert und an allen Werktagen gewährleistet. Die Patienten benötigen keine Überweisung eines Arztes. Alle Leistungen der Psychosozialen Krebsberatungsstelle sind für die Ratsuchenden kostenfrei, unabhängig davon ob sie am UKF, an der Klinik für Tumorbiologie oder auch an anderer Stelle behandelt werden, bzw. wurden.

Das Konzept der Krebsberatungsstelle sah von Anfang an vor, dass die sozialrechtlichen und die psychonkologischen Beratungen von unterschiedlichen FachmitarbeiterInnen durchgeführt werden. Ziel der Trennung dieser Arbeitsbereiche liegt in der Möglichkeit, die jeweiligen Kompetenzen zu vertiefen und den Ratsuchenden Expertenwissen zur Verfügung zu stellen.

Psychologische Beratung

Das psychologische Beraterteam bietet gestuft eine Vielzahl an Interventionen für die verschiedenen psychosozialen Problemfelder an, von der reinen Informationsvermittlung, über Krisenintervention, Langzeitbegleitung schwerstkranker Patienten und ihrer Angehörigen, Begleitung in der palliativen Situation, Paar- und Familienberatung, Psychoedukation bis hin zu Sterbe- und Trauerbegleitung. Das supportive Konzept ist dabei auf Stabilisierung und Verbesserung der Lebensqualität der Patienten ausgerichtet. Sofern Patienten eine komorbide psychische Störung aufweisen, werden Sie intermediär zur Überbrückung von Wartezeiten bis zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie versorgt.

Sozialberatung

Schwerpunkte in der Sozialberatung sind die Themenkomplexe zur beruflichen Situation und zur wirtschaftlichen Absicherung. Die Sozialarbeiterinnen bieten dabei Information, Beratung und praktische Hilfe

- zu sozialrechtlichen und finanziellen Ansprüchen
- über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten
- zu häuslicher Pflege und stationärer Weiterversorgung
- zur beruflichen Situation
- zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation
- zu Vollmacht und Patientenverfügung
- bei der Antragsstellung (z.B. Schwerbehindertenausweis, Pflegeversicherung etc.)

In der täglichen Praxis sind die Sozialarbeiterinnen mit der Verschlechterung der finanziellen Situation der Klienten bei langwierigen Krankheitsverläufen konfrontiert. Sie erschließen als Einzelfallförderungsmaßnahmen für die Ratsuchenden finanzielle Unterstützung z.B. durch Stiftungen, den Härtefond der Deutschen Krebshilfe und des Krebsverbands Baden-Württemberg. Es kann auch im Rahmen einer Einzelfallförderung auf einen von der Universitätsklinik geschaffenen Sozialfond zugegriffen werden.

2. Kennzahlen aus dem Kalenderjahr 2013

Mitarbeiterkontingent: 2,5 volle Stellen (VK)

Tabelle 1

Klientenkontakte

| | Anzahl Kontakte im Jahr 2013 | Kontakte pro <u>einem</u> Mitarbeiter, <u>pro Jahr:</u> (= Anzahl der Kontakte / 2,5) | Kontakte pro <u>ei-</u> <u>nem</u> Mitarbeiter, <u>pro Tag:</u> (= Anzahl Kontakte pro Mitarbeiter pro Jahr / 214 Arbeitstage*) | Zeitanteil <u>prozentual</u> pro Arbeitstag <u>eines</u> Mitarbeiters (ein Arbeitstag = 480 min) |
|--------------------------|--|--|--|--|
| 1. | 1845 Direkte Kontakte | 738 | 3,5 | 1 direkter Kontakt ≈ 60min (regulär: 50min, Erstkontakte und Paargespräche länger) 3,5 * 60min = 210min <small>210/480*100= 36%</small> Entspricht: 43,75% |
| 2. | 147 Fachkontakte (mit Professionellen: Beratung, Infovermittlung, usw.) | 58,8 | 0,3 | 1 Fachkontakt ≈ 30min 0,3 * 30min = 9min <small>9/480*100= 1,9%</small> Entspricht: 1,9% |
| 3. | 46 Gruppenkontakte (niederschwellig, ohne Anmeldung, bis max. 12 Klienten) | 18,4 | 0,1 | 1 Gruppenkontakt = 90min 0,1 * 90min = 9min <small>9/480*100= 1,9%</small> Entspricht: 1,68% |
| 4. | 774 zusätzliche Kontakte: (Kontakte mit Kostenträgern, Ämtern, usw.) | 309,6 | 1,5 | 1 zusätzlicher Kontakt ≈ 40min 1,5 * 40min = 60min <small>60/480*100= 12,5%</small> Entspricht: 12,5% |
| Σ 1.-4. | 2812 | 1124,8 | 5,3 | 210min + 9min + 9min + 60min = 288min Entspricht: 60% |

*214 Arbeitstage pro Jahr im Land Baden-Württemberg

Tabelle 2

Verteilung Anzahl Kontakte aufs Jahr

| Anzahl Klienten im Jahr 2013 | Verteilung Anzahl Kontakte pro Klient im Jahr | |
|---|---|--------|
| 457 Personen mit 1845 direkten Kontakten | 1 Kontakt | 45,60% |
| | 2-3 Kontakte | 22,45% |
| | 4-5 Kontakte | 11,74% |
| | >5 Kontakte | 20,21% |

Erläuterung Tabelle 2:

45,6% aller Klienten kamen 2013 einmal in die Beratungsstelle. 1/3 aller Klienten benötigten 2 bis 5 Beratungskontakte und 20,2% bekamen mehr als 5 Kontakte.

Tabelle 3

Weitere Aufgaben der Mitarbeiter der KBS

| Aufgaben | 40% der Arbeitszeit |
|---------------------------|---|
| Interne QM-Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation • Teamsitzungen • Interne und externe Fallkonferenzen • Supervision • Fort- und Weiterbildungen • Mitarbeitergespräche (Leitung) • Konferenzen mit Sozialdienst des Trägers |
| Organisatorische Aufgaben | <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeit in der Fachgruppe Psychoonkologie des Trägers • Reporting bei Träger • Wissenschaftliche Projekte (u.a. Pat.-Screening Tumorboards) |
| Öffentlichkeitsarbeit | <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßiger Kontakt mit regionalen Selbsthilfe Organisationen • Info-Stände an Patienten- und Kliniktagen • Fachvorträge, Tagungen • Teilnahme an kommunalen Arbeitsgruppen • Netzwerktreffen • Unterstützung der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit, u.a. Fachbeiträge, Interviewanfragen • Finanzierungsgespräche (mit Fraktionen der Kommune und der Landkreise) |

Fazit:

Die durchschnittliche Arbeitszeit eines Mitarbeiters (1 VK), die dieser klientenbezogen verwendet hat, betrug im **Jahr 2013 in der KBS Freiburg 60%**, siehe Tabelle 1 und Tabelle 2. Für **weitere Aufgaben** (siehe Tabelle 3) wendet ein Mitarbeiter (1 VK) insgesamt **40% seiner Arbeitszeit** auf.