

Trends in der ambulanten Versorgung

C. Rosenberger

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Spezialambulanz für Psychoonkologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Schlüsselwörter

Ambulante psychoonkologische Versorgung, Krebs, psychosoziale Belastungen

Keywords

Psychooncology outpatient care, Cancer, psychosocial distress

Zusammenfassung

Die ambulante psychoonkologische Versorgung von Krebs-Patienten hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten zu einem fest integrierten Bestandteil der psychosozialen Betreuung von Tumor-Patienten entwickelt. Ambulante Versorgungsmöglichkeiten umfassen psychosoziale Krebsberatungsstellen, Instituts- und Hochschulambulanzen sowie psychotherapeutische Versorgung. Das Angebotspektrum beinhaltet bedarfsgerechte, supportive und interdisziplinär ausgerichtete Beratung bis hin zur Psychotherapie. Wesentliche Ziele sind die Stabilisierung der Patienten, Verminderung sozialer Belastungen sowie die Verbesserung respektive der Erhalt von Lebensqualität. Inhaltliche Schwerpunktentwicklungen lassen sich beispielsweise für die Bereiche junge Erwachsene, schwerstkranken und sterbende Patienten, die Versorgung von Angehörigen oder E-Health definieren. Darüber hinaus zeigen sich strukturelle Verbesserungen der ambulanten Versorgung. Die Entwicklung konformer Qualitätsstandards soll helfen, das Schnittstellenmanagement zu optimieren, um eine komplikationslose Orientierung zwischen den Versorgungsbereichen zu gewährleisten. Insgesamt betonen transsektorale Ansätze die Verbesserung der psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten, um ein flächendeckendes Netz qualifizierter, interdisziplinärer Einrichtungen und Angebote zu schaffen.

Summary

The outpatient psycho-oncology care for cancer patients became a key component in the psychosocial care of oncology patients in the last two decades. The outpatient support options include psychosocial oncology council centers, departments- and academic outpatient clinics as well as psychotherapeutic care. The offer spectrum includes needs-based, supportive and interdisciplinary aligned consultations, with the option to extended to psychotherapy. Essential aims are the stabilization of the patient, minimizing their social burdens as well as improving or at least keeping their quality of life. The content of priority developments could be defined for example in the area of young adults, seriously ill patients and the care of relatives or e-health. Moreover, structural improvements can be seen in the outpatient care. The development of quality standards being unified, should help to optimize the management of overlapping responsibilities, in order to ensure an uncomplicated guidance between the different service areas.

In summary focusing the transsectoral idea will improve the psychosocial care of oncology patients, in order to create a nationwide network of qualified, interdisciplinary facilities and care offers.

Die psychosoziale Versorgungssituation von Menschen mit einer Krebsdiagnose hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Relevanz gewonnen. Betont wird dies durch die ca. 482 300 Menschen, die in Deutschland jährlich neu an Krebs erkranken (21). Neben den körperlichen Auswirkungen einer Krebserkrankung und deren Behandlung können sich auch psychosoziale Belastungsfolgen, wie existenzielle Probleme, manifestieren, die im gesamten Verlauf einer Krebserkrankung auftreten und eine entsprechende Mitversorgung erforderlich machen können (47).

Dabei hat sich speziell die ambulante psychosoziale Versorgung seit den Anfängen der Psychoonkologie in den 1970er-Jahren in Deutschland als integratives, sektorenübergreifendes Element in der Versorgung von Krebs-Patienten kontinuierlich weiterentwickelt. Dies ist unter anderem begründet in steigenden Inzidenzzahlen aufgrund demografischer Entwicklungen um mindestens 20% in den nächsten zehn Jahren (20) bei gleichzeitig ansteigenden Überlebensraten (17), kürzeren stationärer Liegezeiten sowie zunehmender Ressourcenknappheit.

Ambulante Versorgungsmöglichkeiten umfassen neben den psychosozialen Krebsberatungsstellen, (psychiatrische) Instituts- und Hochschulambulanzen oder psychotherapeutische Versorgung, die zum Teil in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) organisiert sein kann. Die Verantwortlichkeit für die Einrichtungen liegt zu meist bei den Fachabteilungen für medizinische Psychologie, Psychiatrie und Psychosomatik oder selbstständigen Abteilungen der Cancer Center, die unterschiedliche Formen psychosozialer Unterstützung anbieten.

Die Angebote sollen dabei vor allem bedarfsgerecht, supportiv, niederschwellig, ressourcenorientiert und interdisziplinär

Korrespondenzadresse

Dr. Christina Rosenberger
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
c.rosenberger@uke.de

Trends in outpatient care

Nervenheilkunde 2017; 36: 963–968
eingegangen am: 8. Juni 2017
angenommen am: 27. September 2017

ausgerichtet sein. Wesentliche Ziele sind eine Stabilisierung der Patienten durch Berücksichtigung ihrer individuellen Unterstützungsbedürfnisse, Verminderung sozialer Belastungen sowie die Verbesserung respektive der Erhalt von Lebensqualität (27, 48).

Da sich gerade in der Nachsorge oft psychosoziale und/oder sozialrechtliche Belastungen zeigen, ist die Versorgung durch ein multidisziplinäres Team unerlässlich. Hierzu wird die Methodenvielfalt unterschiedlicher Therapieschulen patientenzentriert in einer multimodalen Versorgungsstruktur, durch die interdisziplinäre Einbindung und Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, wie Psychoonkologen, Psychotherapeuten, Ärzte, Sozialarbeiter, Seelsorger, Pflegepersonal oder Kreativtherapeuten, miteinbezogen.

Herausforderungen in der ambulanten Versorgung

Aktuelle Schwerpunktentwicklungen lassen sich anhand neuer Zielgruppen oder der Betrachtung von Versorgungsangeboten und -strukturen identifizieren. Standen die Langzeitüberlebenden und ihre Bedürfnisse an das ambulante Versorgungssystem lange Zeit im Focus der Aufmerksamkeit, so gab es in der jüngeren Vergangenheit zunehmendes Interesse an jungen Patienten (AYAs, Adolescents and Young Adults), ihrer ganz eigenen Lebenssituation und den daraus resultierenden Wünschen an die Behandler. Darüber hinaus werden die Anliegen Schwerstkranker und Sterbender Patienten sowie die Belastungen und Bedürfnisse von Angehörigen zunehmend diskutiert und entsprechende Behandlungsmöglichkeiten etabliert. Mit dem rasanten Voranschreiten neuer Informations-

und Kommunikationstechnologien entwickeln und konstituieren sich auch neue Versorgungsstrukturen wie E-Health-Angebote, die hinsichtlich knapper Ressourcen und der nicht überall gewährleisteten flächendeckenden Versorgung zunehmend Geltung bekommen könnten. Weiterhin gibt es stete Bewegungen im sektorenübergreifenden Ausbau der ambulanten Versorgung, Sicherung und (Weiter-)Entwicklung von Qualitätsstandards sowie Überlegungen zur Regelung der Finanzierung solcher Konzepte. Aus Kapazitätsgründen wird an dieser Stelle lediglich ein Überblick (►Tab.) mit punktuellen Vertiefungen über die aktuell herausfordernden Versorgungsbereiche gegeben.

Angehörige

Mit einer Krebsdiagnose beginnt für die Betroffene meist eine Lebensphase, die von vielen Veränderungen, Entbehrungen und Herausforderungen geprägt ist. Dabei verliert die patientenzentrierte medizinische Versorgung die Angehörigen und die Perspektive der Familien oftmals aus dem Blick; den Patienten nahestehende ohne familiäre Bindung, wie Freunde oder Kollegen, fallen zumeist völlig aus dem Betrachtungsraster der Versorgenden. Tatsächlich scheint die wesentliche Rolle der Angehörigen erst in den letzten zwei Jahrzehnten an Beachtung und Bedeutsamkeit gewonnen zu haben. Zumal sie als nächste Menschen der Patienten kontinuierlich mit den Veränderungen in der Beziehung, den psychosozialen, physischen wie materiellen Konsequenzen der Behandlung(-sfolgen) und daraus entstehenden Rollenkonflikten konfrontiert sind, ebenso mit den eigenen Ängsten, Nöten und Bedürfnissen (12), unter Umständen mit ähnlich hohem Belastungserleben wie das der Betroffenen selbst (11, 36). Dabei ist unbestritten, dass eine Krebserkrankung nicht unabhängig vom familiären Umfeld betrachtet werden kann, welches sich ebenso mit den psychischen und sozialen Folgekonflikten der Erkrankung auseinandersetzen muss (18). Die Fähigkeit von Paaren, eine Krebserkrankung zu bewältigen und einen positiven Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden zu erleben, hängt vor allem von der

Tab. Überblick aktueller Versorgungsbereiche

Aktuelle Versorgungsbereiche (Beispiele)	Inhalte
Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • Betrachtung der Nöte und Bedürfnisse von Angehörigen • Ähnliche, zum Teil höhere Belastungswerte bzgl. Ängstlichkeit, Dysstress und Depressivität als die Patienten • Beschäftigung, soziale Unterstützung und Zufriedenheit in der Partnerschaft haben einen positiven Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden
AYAs	<ul style="list-style-type: none"> • Ehemaligen Patienten zwischen 15–39 Jahren nach Krebserkrankung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter mit steigender Populationsrate • Hohes Risiko körperlicher wie psychischer Langzeitfolgen • Entwicklung multidisziplinärer, zumeist ambulanter AYA-spezifischer Unterstützungs- und Präventionsangebote in den Bereichen Ernährung, Sport und psychosoziale Fragestellungen
E-Health	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen • Anwendungsmöglichkeiten sind z. B. Screening, Gesundheitsförderung, Therapie, Rückfallprophylaxe • Kernelemente sind u.a. Edukation, Selbstmonitoring und -management sowie Kommunikationselemente • Ziele: emotionale Entlastung, Verbesserung des Empowerment • Studienlage zur Wirksamkeit ist vor allem für den onkologischen Bereich heterogen
Schwerstkranke und Sterbende	<ul style="list-style-type: none"> • Vielzahl emotionaler Belastungsreaktionen, wie Angst, Trauer, Demoralisierung Verlust von Sinn und Identitätsgefühl • Komorbide Erkrankungen • Beschäftigung mit existenziellen Fragestellungen • Kurzzeitintervention CALM: schafft sicheren Ort, zur Bearbeitung der Krebserkrankung, zum Sprechen über Tod und Sterben, bietet Unterstützung zur Krankheitsverarbeitung, gibt Orientierung im Gesundheitssystem

Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit der Paarbeziehung, sozialer Unterstützung und der Möglichkeit zu arbeiten ab (51). Aus diesem Grunde sollten psychosoziale Interventionen vor allem auf die Paarbeziehung und -kommunikation sowie die soziale Unterstützung für Patienten und ihre Angehörigen gerichtet sein.

AYAs – Adolescents and Young Adults

Der Fortschritt in Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen führte bislang zu einem steten Anstieg der Krebsüberlebenden. Eine besondere Gruppe sind dabei ehemalige Patienten zwischen 15–39 Jahren nach Krebserkrankung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter, die AYAs. Ihre Population ist zuletzt deutlich angestiegen, weil verbesserte, multimodale Behandlungsstrategien die 5-Jahres-Überlebensrate in dieser Altersgruppe von unter 10%-20% in den 1950er- und 1960er-Jahren auf über 75% anheben konnten (8). Da viele körperliche, psychische oder soziale Langzeitfolgen der Krebsbehandlung auch noch Jahrzehnte später auftreten können, ist die Gruppe der AYAs einem besonders hohen Risiko ausgesetzt. So zeigen zwei Drittel neben einem erhöhten Risiko von Zweiterkrankungen (5) und Störungen kognitiver Funktionen, therapiebedingte Folgeerkrankungen (30) auf körperlicher Ebene (2, 25, 43), psychische Belastungen, wie Depressionen, Anpassungsstörungen oder Rezidiv- und Zukunftsängste (31, 34, 38) sowie Anpassungsschwierigkeiten, die sich beispielsweise in sozialem Rückzug oder Abbruch der Schul- respektive Berufsausbildung zeigten (7, 34). Die 2014 in einer Übersichtsarbeit von Tsangaris et al. publizierten Unterstützungsbedürfnisse der AYAs beinhalten vor allem eine verständliche Informationsvermittlung, interdisziplinäre Versorgungs- und Kommunikationsmöglichkeiten, auch mit gleichaltrig Betroffenen, sowie soziale Unterstützung durch Peers und Familie (42).

Da multidisziplinäre, AYA-spezifische Unterstützungs- und Präventionsangebote, wie sie in nationalen wie internationalen Empfehlungen und Leitlinien empfohlen wird (4, 5, 39), bislang jedoch selten sind,

und sich die vorherrschende Versorgungsstruktur vor allem auf die medizinische Nachsorge konzentriert, bleiben die psychosozialen Unterstützungsbedürfnisse der AYAs zumeist unerfüllt (19, 42, 49). Psychoonkologisch orientierte, oftmals ambulant stattfindende, AYA spezifische Versorgungskonzepte befinden sich allerdings im Aufbau. Eine Metaanalyse zu psychosozialen Interventionsstudien mit sieben eingeschlossenen RCTs konnte zeigen, dass neben mobilitätsorientierten Anwendungen und dem Trainieren von Skills vor allem neue, technologiebasierte Unterstützungsangebote, beispielsweise in Form von Videospielen, einen Trend in den derzeitigen Studiendesigns setzen konnten (33).

So laufen aktuell Vorbereitungen zur Etablierung einer individualisierten, bedarfsadaptierten, präventiven Maßnahme, dem CARE for AYA-Programm, unter Beteiligung 14 Einrichtungen und zweier Krankenkassen als Kooperationspartner (<https://innovationsfonds.g-ba.de>). Durch einen modularen Aufbau, der eine flexible Anpassung des Programms auch an zukünftig relevante Anforderungsbereiche gewährleistet, sollen Langzeitfolgen der Tumorbehandlung und den häufig damit einhergehenden Folgeerkrankungen vermieden und psychosoziale Probleme reduziert werden. Neben medizinischen Parametern werden mittels Screening- und bei Bedarf weiterführenden Fragebögen Themen wie psychosoziale Beschwerden, Progredienzangst, körperliche Aktivität, Ernährung und Lebensqualität erfasst. Angeboten werden daraus abgeleitete, spezialisierte Lebensstilinterventionen, die neben einer Basisversorgung, welche Beratung zu Ernährung, Sport und psychosozialen Fragestellungen umfasst, im Falle eines hohen Interventionsbedarfs intensiviert werden kann.

E-Health

E-Health definiert sich durch den Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen zur Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge und Evaluation. Die Anwendungsmöglichkeiten sind breit gefächert und beinhalten neben Screeningverfahren, Gesundheitsförde-

rung, Therapie oder Rückfallprophylaxe auch Themen wie Weiterbildung, Versorgung oder Versorgungspfade, wie sie beispielsweise durch die elektronische Patientenakte bekannt geworden sind (40). Kernelemente sind unter anderem Edukation, Selbstmonitoring und -management sowie Kommunikation mit medizinischem Personal und anderen Patienten mit dem Ziel der emotionalen Entlastung und Verbesserung des Empowerment (3). Für Krebs-Patienten liegen Studien zur Prävention oder Rehabilitation vor sowie zumeist Angebote für ausgewählte Diagnosegruppen, wie für Frauen mit Mammakarzinom. Die Wirksamkeit für den Bereich der chronischen, psychiatrischen wie somatischen, Erkrankungen wurde in kürzlich erschienenen Reviews und Metaanalysen (1, 23, 44) zusammengefasst und unterschiedlich gut belegt. Die Studienlage zur Wirksamkeit speziell für onkologische Patienten ist ebenfalls heterogen, da es noch zu wenige RCT-Studien mit entsprechend hohen Fallzahlen gibt. Näheres zu E-Health im onkologischen Kontext findet sich bei Schulz et al. (40).

Schwerstkranke und Sterbende

Bei Patienten mit einer fortgeschrittenen lebensbedrohlichen Erkrankung können eine Vielzahl emotionaler Belastungsreaktionen auftreten. Vor dem Hintergrund ihrer Biografie und der aktuellen psychosozialen Situation können sich Todesangst, Trauer, emotionale Taubheit sowie Angst vor Leiden und Abhängigkeit, Dysstress oder Demoralisierung zeigen (26, 29). Der Verlust von Lebenssinn verbunden mit dem Gefühl der Einbuße lebensgeschichtlicher Kohärenz können weitere Reaktionen sein. Derartige Symptome manifestieren sich oft als Reaktion auf die unterschiedlichen Belastungsereignisse, die im Verlauf der fortschreitenden Erkrankung auftreten und die persönlichen Werte, Ressourcen sowie das Identitätsgefühl des Menschen bedrohen können (10, 35). Bis zu 44% der schwerstkranken und sterbenden Patienten leiden unter existenziellen und spirituellen Belastungen (15, 24), bei ca. 17% liegt eine depressive Episode vor, wobei Anpassungsstörungen und depressi-

ve Episoden die am häufigsten auftretenden Störungsbilder sind (50). Protektiv gegen Depressivität und Demoralisierung scheint hingegen beispielsweise das Vorhandensein eines übergeordneten Lebenssinnes zu sein (45). Den Aspekt existenzieller Belastungen greifen einige sinnfokussierte Interventionsansätze auf. Beispielsweise die für den deutschen Raum adaptierte Kurzzeitintervention der supportiv-expressive Gruppentherapie (SEGT) als gruppentherapeutischer Ansatz für die Psychotherapie mit Krebs-Patienten, basierend auf der existenziellen Psychotherapie Yaloms von David Spiegel (32), die Sinnzentrierte Gruppentherapie von Breitbart für Fortgeschritten Erkrankte oder die Dignity-Therapie von Chochinov (9), eine Biografiearbeit zur Stärkung der eigenen, unverlierbaren Würde am Ende des Lebens.

Ein weiterer Ansatz ist die psychotherapeutische Kurzzeitintervention CALM (Managing Cancer and Living Meaningfully) (13), die sich an Schwerstkranke und Sterbende richtet. CALM zielt in 3–8 ambulanten Einzelsitzungen darauf ab, Depressivität und Dysstress zu reduzieren, das psychische Wohlbefinden, Lebensqualität und Lebenssinn zu stärken sowie die Kommunikation mit dem Behandlungsteam und nahstehenden Menschen zu verbessern. Eine qualitative Studie untersuchte den von Patienten benannten Nutzen der Intervention (29). Fünf zusammenhängende Vorteile von CALM wurden herausgestellt:

- es schafft einen sicheren Ort, um die Krebserkrankung zu bearbeiten,

- gibt die Erlaubnis, über Tod und Sterben zu sprechen
- sowie Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung
- und Orientierung im Gesundheitssystem,
- löst Belastungen und bietet die Möglichkeit, dass der Patient als ganzheitliches Wesen im Gesundheitssystem gesehen wird.

Eine abgeschlossene randomisierte Studie zur Wirksamkeit von CALM wertet die Daten zur statistische Evidenz der Intervention aus (37).

Beispiel: Eine ambulante psychoonkologische Versorgung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz – Die Spezialambulanz für Psychoonkologie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE)

Die Spezialambulanz ist Teil eines Universitätsklinikums mit einem onkologischen Spitzenzentrum, in dem Krebs-Patienten von der Erstdiagnose über zum Teil hochspezialisierte Behandlungsmaßnahmen hinweg bis in eine palliative Situation hinein behandelt werden können. Darüber hinaus wird Bedarf der Angehörigen mit berücksichtigt. Von 2010 bis 2016 wurden

1552 Patienten und 520 Angehörige behandelt, wobei die Angehörigen höhere Dysstresswerte sowie höhere Angstwerte im moderaten bis schweren Bereich zeigten, als die Patienten. Zur psychoonkologischen Versorgung gehören unter dem Dach des Institutes für Medizinische Psychologie neben der Spezialambulanz Behandlungsplätze für (onkologische) Psychotherapiepatienten im MVZ, eine Poliklinik, der stationäre Konsil- und Liaisondienst sowie verschiedene Forschungsgruppen. Die Organisationsform der Spezialambulanz ist eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA), welche auf der Grundlage des § 118 SGB V Patienten behandelt, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eine spezielle, intensive und multikomplexe krankenhausahe Therapie benötigen. Um den Aufbau von Doppelstrukturen durch zusätzliche Angebote zu vermeiden, sind PIAs idealer Weise in hohem Maße mit anderen Anbietern im niedergelassenen Bereich, wie beispielsweise ambulanten Psychotherapeuten, Krebsberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen, vernetzt. Die Behandlung beginnt mit einer umfassenden psychoonkologischen wie gegebenenfalls psychiatrischen Diagnostik in Form eines per Post verschickten Screeningheftes. Nach erfolgtem Rücklauf der Fragebögen schließt sich ein diagnostisches Erstgespräch an, um dem Patienten ein bedarfsgerechtes Angebot, beispielsweise in Form von supportiven Einzel- oder Paargesprächen, Psychotherapie oder kreativtherapeutischen Angebote, anbieten zu können (►Kasten).

Das breitgefächerte Behandlungsangebot wird von einem großen interdisziplinären Team von Psychoonkologen ermöglicht, welches sich aus Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzten, einer Theologin, Musik- und Kunsttherapeuten zusammensetzt.

Etablierung von Standards in der ambulanten Versorgung

Zahlreiche und wichtige Verbesserungen hinsichtlich der Implementierung psychosozialer Unterstützungsangebote und Eta-

Spezialambulanz für Psychoonkologie

Angebote für Patienten und Angehörige

- Screening und Diagnostik
- Psychoedukation
- Supportive Beratung (z. B. Ressourcenaktivierung, Entspannungsverfahren)
- Einzeltherapie (Verhaltens-, Gesprächs- und Tiefenpsychologisch orientiert)
- Paartherapie
- Gruppentherapie (Supportive Gruppe für Angehörige und Patienten, TZI Gruppe für Patienten, AYA-Gruppe, Angehörigengruppe)
- Kriseninterventionen
- Kreativtherapien (Kunst-/Musiktherapie)
- COSIP (Beratungsstelle Kinder Körperlich Kranker Eltern)
- Kooperationen mit z. B. Cancer Center, Psychiatrie, Komplementärmedizin
- Qualitätssicherung (Zertifizierungen)
- Tiergestützte Interventionen (im Aufbau)

blierung von Standards wurden in den vergangenen Jahren durch Initiativen wie den Nationalen Krebsplan oder die 2014 erschienene S3-Leitlinie für psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebs-Patienten benannt und vorangetrieben. Dennoch weist die psychoonkologische Versorgung vor allem im ambulanten Bereich noch immer Versorgungslücken auf (41). Diese zu schließen umfasst Herausforderungen wie den flächendeckenden Ausbau psychoonkologischer Strukturen, vor allem im ambulanten Sektor, die Etablierung der in der Leitlinie geforderten Standards in den unterschiedlichen ambulanten Versorgungsbereichen und die Frage der Finanzierung in unserem Gesundheitssystem. So sind beispielsweise die ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen (KBS), die einen bedeutenden Anteil der niedrigschwelligen und zeitnahen Basisversorgung, auch von Angehörigen, leisten, noch immer nicht bundesweit gleichmäßig über alle Regionen ausgebaut (14, 41). Rund 160 ambulante KBS gab es im Jahr 2014, die sich durch eine mannigfaltige Finanzierungs-, Träger- und Angebotsstruktur auszeichnen (22). Ihr Leistungsspektrum umfasst unter anderem Informationsvermittlung, psychoonkologische Diagnostik, psychische wie sozialrechtliche Beratung, die sich an Patienten und ihre Angehörigen richten sowie die gegebenenfalls notwendige Überweisung der Patienten an andere Versorgungseinrichtungen.

Während verbindliche Qualitätsstandards für die Versorgung der KBS durch Vorgaben wie der S3-Leitlinie zunehmend an Relevanz erhalten, liegen aktuelle, umfassende Studien zur Qualitätssicherung der KBS nicht vor. Dabei können Qualitätsstandards auch unterstützend helfen, das Schnittstellenmanagement zu optimieren, um eine komplikationslose Orientierung und Überweisung der Patienten zwischen den Versorgungsbereichen zu gewährleisten. Daher ist die Gestaltung konformer Standards für eine ambulante Krebsberatung mit gesicherter Qualität von hoher Bedeutung (22).

Mit der 2016 publizierte Studie von Kuhnt et al. zur Entwicklung von Qualitätsstandards liegen erstmals Qualitätskriterien vor, die eine vergleichbare Beurtei-

lung der Angebote der KBS ermöglichen und somit die Grundlage der Entwicklung von Standards geschaffen haben (22). Daraus schließt sich das Ziel der Ausarbeitung und Prüfung eines tragfähigen Klassifizierungssystems an, um aktuelle gesundheitspolitische Überlegungen zur Finanzierung psychoonkologischer ambulanter Versorgungsleistungen zu stützen.

Zudem scheinen neu geschaffene Versorgungsstrukturen, wie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), noch nicht ausreichend genutzt zu werden. Der §116b SGB V gilt für alle Anbieter ambulanter fachärztlicher Leistungen, zu denen neben Kliniken auch niedergelassene Fachärzte und Fachpsychologen gehören. Die Voraussetzungen für Diagnostik und Behandlung von onkologischen Patienten werden in der ASV-Richtlinie geregelt. Zum Leistungsspektrum gehören demnach auch die psychologische respektive psychotherapeutische Beratung und Betreuung von onkologischen Patienten.

Von dieser Versorgungsform könnten neben Patienten mit subsyndromalen Belastungen, wie sie in der Psychoonkologie häufig vorkommen und die von der Richtlinienpsychotherapie nicht erfasst werden, auch Patienten mit bestehenden psychischen Komorbiditäten, die aufgrund von Unterversorgung im ambulanten Bereich nur schwer eine zeitnahe psychothe-

rapeutische Behandlung erhalten (46), profitieren. Ob die seit dem 1. April 2017 in Kraft getretene Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie an der Versorgungssituation ambulanter Krebs-Patienten etwas verändern kann, bleibt abzuwarten.

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, keinen Interessenkonflikt zu haben.

Literatur

1. Andersson G et al. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2014; 13: 3.
2. Armstrong GT et al. Modifiable risk factors and major cardiac events among adult survivors of childhood cancer. *J Clin Oncol* 2013; 31(29): 3673–80.
3. Aujoulat I et al. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony?. *Patient Education and Counseling* 2008; 66(1): 13–20.
4. Berdan CA et al. Childhood cancer survivors and adherence to the American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity. *J Cancer Surviv* 2014; 8(4): 671–9.
5. Borchmann P et al. Heranwachsende und junge Erwachsene (AYA, Adolescents And Young Adults). *Onkopedia Leitlinien* 2012. www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/heranwachsende-und-junge-erwachsene-aya-adolescents-and-young-adults/@view/html/index.html.
6. Breitbart W et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology* 2010; 19(1): 21–28.
7. Brinkman TM et al. Behavioral, social, and emotional symptom comorbidities and profiles in adolescent survivors of childhood cancer: A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol* 2016; 34(28): 3417–25.
8. Creutzig U et al. Krebserkrankungen bei Kindern – Erfolg durch einheitliche Therapiekonzepte sei 25 Jahren. *Deutsches Ärzteblatt* 2003; 13: 842–852.
9. Chochinov HM et al. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23: 5520–5525.
10. Chochinov HM et al. The landscape of distress in the terminally ill. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 641–649.
11. Ernst J, Weißflog G. Familie, Partnerschaft und Krebs. In: Mehnert A, Koch U (Hrsg.). *Handbuch Psychoonkologie*. Göttingen: Hogrefe 2016.
12. Ernst J, Brähler E (Hrsg.). *Psychosoziale Onkologie im familiären Kontext*. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 2011; 43(1).
13. Hales S et al. *Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) – Treatment Manual: An Individual Psychotherapy for Patients with advanced Cancer*. Department of Psychosocial Oncology

Fazit

Die psychoonkologische Versorgungssituation in Deutschland hat sich innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte deutlich verbessert. Verbindliche Qualitätsstandards entstehen erstmals auch für den ambulanten Bereich, der die Behandlung verschiedener Patientengruppen mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten abdeckt. Transsektorale Ansätze im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgungsform sind weiter im Vormarsch, um Brüche und ineffiziente Behandlungsprozesse für die Patienten zu vermeiden, Qualitätsverbesserungen und Kostenersparnisse möglich zu machen und ein flächendeckendes Netz qualifizierter, interdisziplinärer Einrichtungen und Angebote zu schaffen.

- and Palliative Care, Princess Margaret Hospital, University Health Network, Toronto, Ontario, Canada 2010.
14. Heckl U et al. Aktuelle Versorgungsstrukturen in der Psychoonkologie. *Nervenheilkunde* 2011; 3: 124–130.
 15. Hui D et al. The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced Cancer admitted to an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care* 2010.
 16. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/das-care-for-caya-programm-ganzheitliches-praeventionsprogramm-fuer-junge-patienten-nach-ueberstandener-krebserkrankung-im-kindes-jugend-und-jungen-erwachsenenalter-cayas-comprehensive-assessments-and-related-interventions-to-enhance-long-term-outc.112>
 17. Jemal A et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61(2): 69–90.
 18. Kayser K et al. Cancer as a „we-disease“: Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems & Health* 2007; 25: 404–418.
 19. Köhler M. Adoleszente und junge Erwachsene mit Krebs. *Psychoonkologische Aspekte der medizinischen Versorgung*. *Onkologe* 2015; 21: 953–958.
 20. Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg.) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.). Berlin 2015.
 21. Krebsregisterdaten. RKI, Zentrum für Krebsregisterdaten. www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs_gesamt/krebs_gesamt_node.html Stand 12/2015.
 22. Kuhnt S et al. Die Entwicklung von Qualitätsstandards für die ambulante psychosoziale Krebsberatung – Ergebnisse einer Delphibefragung. Online-Publikation: 2016 Gesundheitswesen.
 23. Kuijpers W et al. A systematic review of web-based interventions for patient empowerment and physical activity in chronic diseases: relevance for cancer survivors. *Journal of Medical Internet Research* 2013; 15(2): e37.
 24. LeMay K, Wilson KG. Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. In: *Clinical psychology review*. 2008; 28(3): 472–493.
 25. Lipshultz SE et al. Long-term cardiovascular toxicity in children, adolescents, and young adults who receive cancer therapy: pathophysiology, course, monitoring, management, prevention, and research directions: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2013; 128(17): 1927–95.
 26. Lo C et al. Managing cancer and living meaningfully: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015; 16: 391.
 27. Mehnert A. Psychosoziale Langzeitfolgen nach erfolgreich behandelter Krebserkrankung. *Forum DKG* 2014; 29(3): 198–201.
 28. Mehnert A. Psychoonkologie. *Onkologe* 2013; 19: 781–788.
 29. Nissim R et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliativ Medicine* 2012; 26(5): 713–721.
 30. Oeffinger KC et al. Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. *N Engl J Med* 2006; 355(15): 1572–82.
 31. Rath HM et al. Psychometric properties of the Occupational Stress and Coping Inventory (AVEM) in a cancer population. *Acta Oncol* 2015; 54(2): 232–42.
 32. Reuter K, Spiegel D. *Psychische Belastungen bei Krebserkrankungen. Gruppentherapie nach dem supportiv-expressiven Ansatz*. Göttingen: Hogrefe Verlag 2016.
 33. Richter D et al. Psychosocial interventions for adolescents and young adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol* 2015; 95(3): 370–86.
 34. Robison LL, Hudson MM. Survivors of childhood and adolescent cancer: life-long risks and responsibilities. *Nat Rev Cancer* 2014; 14(1): 61–70.
 35. Rodin G et al. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med* 2009; 68(3): 562–9.
 36. Rosenberger C et al. Angehörige und Patienten in der ambulanten psychoonkologischen Versorgung: Zugangswege, psychische Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse. *Psychother Psych Med* 2012; 62: 1–10.
 37. Scheffold K et al. Efficacy of a brief manualized intervention Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) adapted to German cancer care settings: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Cancer* 2015; 15: 592.
 38. Schrag NM et al. Stress-related mental disorders in childhood cancer survivors. *Pediatr Blood Cancer* 2008; 50(1): 98–103.
 39. Schröder HM et al. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (PSAPOH). *Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (AWMF-Leitlinie)* 2013.
 40. Schulz H, Fink J, Watzke B. E-Health Angebote in der Onkologie. In: Mehnert A, Koch U (Hrsg.). *Handbuch Psychoonkologie*. Göttingen: Hogrefe 2016.
 41. Singer S et al. Psychoonkologie ist effektiv. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 39.
 42. Tsangaris E et al. Identifying the supportive care needs of adolescent and young adult survivors of cancer: a qualitative analysis and systematic literature review. *Support Care Cancer* 2014; 22: 947–959.
 43. Tukenova M et al. Role of cancer treatment in long-term overall and cardiovascular mortality after childhood cancer. *J Clin Oncol* 2010; 28(8): 1308–15.
 44. Van Beugen S et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: A meta-analytic review. *J Med Internet Res* 2014; 16(3): e88.
 45. Vehling S et al. Global meaning and meaning-related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients. *Support Care Cancer* 2011; 19(4): 513–20.
 46. Von Kries et al. Positionspapier der PSO zur Umsetzung der S3 – Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten“ in der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) 2014.
 47. Weis J, Vehling S, Mehnert A, Koch U. Krankheits- und behandlungsübergreifende psychosoziale Belastungen und Behandlungsbedarf. In: Mehnert A, Koch U (Hrsg.). *Handbuch Psychoonkologie*. Göttingen: Hogrefe 2015.
 48. Weis J, Giesler JM. Standards in der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten. *Onkologe* 2016; 22: 198–205.
 49. Zebrack B, Isaacson S. Psychosocial care of adolescent and young adult patients with cancer and survivors. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1221–1226.
 50. Mitchell, A et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011; 12: 160–74.
 51. Götze, H et al. Psychological distress of cancer patients with children under 18 years and their partners—a longitudinal study of family relationships using dyadic data analysis. *Support Care Cancer* 2017; 25(1): 255–264.