

Forum 2024 · 39:294–301

<https://doi.org/10.1007/s12312-024-01351-8>

Online publiziert: 13. August 2024

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2024



PSO. Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

# Best Practice: Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung in einem von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Center

Andreas Dinkel<sup>1</sup> · Ute Goerling<sup>2</sup> · Leopold Hentschel<sup>3</sup> · Beate Hornemann<sup>3</sup> · Klaus Hönig<sup>4</sup> · André Karger<sup>5</sup> · Imad Maatouk<sup>6</sup> · Barbara Stein<sup>7</sup> · Jörg Wiltink<sup>8</sup> · Tanja Zimmermann<sup>9</sup> · Andreas Stengel<sup>10,11</sup> · die AG Psychoonkologie des Netzwerks Onkologische Spitzenzentren

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, School of Medicine and Health, Technische Universität München, München, Deutschland

<sup>2</sup> Charité-Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Charité Comprehensive Cancer Center, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup> Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (UCC/NCT), Psychoonkologischer Dienst, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Deutschland

<sup>4</sup> Psychoonkologie, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Comprehensive Cancer Center Ulm, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland

<sup>5</sup> Centrum für Integrierte Onkologie, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

<sup>6</sup> Medizinische Klinik und Poliklinik 2, Schwerpunkt Psychosomatik, Psychotherapie und Psychoonkologie, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland

<sup>7</sup> Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, Deutschland

<sup>8</sup> Comprehensive Cancer Center Mainz, Sektion Psychoonkologie, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

<sup>9</sup> Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

<sup>10</sup> Comprehensive Cancer Center Tübingen-Stuttgart, Sektion Psychoonkologie, Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland

<sup>11</sup> Stuttgart Cancer Center, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Stuttgart, Stuttgart, Deutschland

## 1. Einleitung

Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Krebserkrankung sehen sich häufig mit krankheits- und behandlungsbedingten sowie psychosozialen Belastungsfaktoren konfrontiert [15]. Die Diagnose und die Konsequenzen der Krebserkrankung erfordern eine psychische Verarbeitung und eine Integration der Erkrankung in den persönlichen Lebenslauf und die aktuellen Lebensumstände. Häufig sind in der Folge Anpassungen und Veränderungen im Alltag nötig, z. B. in Bezug

auf Lebensstil und Berufstätigkeit. Diese Belastungsfaktoren fordern die Bewältigungskapazitäten heraus und führen oft zu vielfältigen psychischen Reaktionen. „Psychosozialer Distress“ umfasst als Begriff die große Bandbreite der psychischen Reaktionen von Patienten und Patientinnen mit einer Krebserkrankung. Das Belastungserleben von an Krebs Erkrankten reicht von situationsangemessenen Gefühlen von Verletzlichkeit und Traurigkeit bis zu stark einschränkenden klinischen Phänomenen wie depressiven Zuständen, Angsterkrankungen oder spirituellen Krisen [18]. In diesem

### Infobox 1

Die Mitglieder der AG Psychoonkologie des Netzwerks Onkologische Spitzenzentren werden am Beitragsende gelistet.

Sinne stellt Distress einen Überbegriff dar, der manifeste psychische Erkrankungen genauso umfasst wie die verschiedensten Facetten subjektiver Belastung und Beeinträchtigung. Solche spezifischen, weit verbreiteten Formen krankheitsassoziierter psychischer Belastung bei Krebs sind beispielsweise Progredienzangst [1] und Demoralisation [29]. Diese krankheitsassozierten psychischen Beeinträchtigungen sind nicht gleichbedeutend mit der Diagnose einer psychischen Störung. Tatsächlich besteht nur eine geringe Überschneidung zwischen klinisch bedeutsamem Distress und dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung bei an Krebs Erkrankten [3, 4, 29]. Jedoch sind gerade die krankheitsassozierten psychischen Beeinträchtigungen für die Patienten und Patientinnen in aller Regel von besonderer Bedeutung. Dies gilt nicht nur unmittelbar nach der Diagnosestellung und während der Primärbehandlung, sondern auch im Langzeitverlauf. So bestehen häufig auch noch Jahre nach der initialen Diagnose beeinträchtigende Ängste und Befürchtungen [1].

Krankheitsassozierte emotionale Belastungen sind bei an Krebs Erkrankten besonders häufig; etwa 50 % bis zwei Drittel der Erkrankten und Krebsüberlebenden erleben klinisch relevanten Distress [17, 19, 24]. Die Prävalenz psychischer Störungen von an Krebs Erkrankten ist niedriger als die von klinischem Distress, aber höher als die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung. Daten aus Metaanalysen [25] wie auch aus großen epidemiologischen Studien [16] zeigen, dass etwa ein Drittel der von Krebs Betroffenen aktuell an einer psychischen Störung leidet. Auch besteht eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhte Suizidrate, wobei die meisten Suizide in den ersten 2 bis 5 Monaten nach Diagnosestellung erfolgen [10]. Patientinnen und Patienten, die bereits vor der Krebsdiagnose psychische Probleme hatten, sind besonders vulnerabel für eine erneute Exazerbation psychischer Beschwerden [2]. Darüber hinaus zeigen Studien eine erhöhte Inzidenz manifester psychischer Erkrankungen bei an Krebs Erkrankten [13, 23]. Die erhöhte Rate an Erstmanifestationen psychischer Erkrankungen bei an Krebs Erkrankten gegenüber Personen ohne Krebserkrankung stützt die These, dass eine Krebserkrankung auch bei bis-

her psychisch stabilen Personen zu einer Überforderung der Bewältigungsressourcen und zu behandlungsbedürftigen psychischen Problemen führen kann.

Um psychisch beeinträchtigte Patientinnen und Patienten zu identifizieren und in der Folge eine adäquate, bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung zu realisieren, ist ein Distress-Screening von essenzieller Bedeutung. Eine Best-Practice-Empfehlung zur Durchführung und Implementierung eines Distress-Screenings an Comprehensive Cancer Centers (CCCs) in Deutschland wurde kürzlich von dieser Autorengruppe veröffentlicht [27]. Die vorliegende Arbeit ergänzt diese erste Empfehlung nun um eine Stellungnahme zur psychoonkologischen Versorgung an CCCs in Deutschland.

Das Ziel der aktuellen Arbeit ist es, Anforderungen an eine bedarfsorientierte, qualitativ hochwertige psychoonkologische Versorgung während der verschiedenen Krankheitsphasen aufzuzeigen und strukturelle Erfordernisse zu verdeutlichen.

## 2. Methodik

Zur Erstellung dieser Best-Practice(BP)-Empfehlung wurde folgendes mehrstufiges Vorgehen durchgeführt.

1. Eine erste Gliederung relevanter Inhalte wurde durch sieben Mitglieder der Unterarbeitsgruppe (UAG) Psychoonkologische Versorgung der Arbeitsgruppe (AG) Psychoonkologie entworfen und in einem Präsenztreffen mit zehn Teilnehmenden diskutiert und konsentiert.
2. Innerhalb der UAG wurden zwei Verantwortliche je Gliederungspunkte benannt, die einen Textentwurf erstellten.
3. Ein UAG-Mitglied trug diese Textentwürfe in einem Entwurf zusammen. Die UAG-Mitglieder erhielten die Möglichkeit zur schriftlichen Rückmeldung.
4. Die BP-Empfehlungen wurden den Mitgliedern der AG Psychoonkologie mittels Onlinebefragung zur Abstimmung vorgelegt. Jedes CCC erhielt pro Standort eine Stimme, 93,1 % der Standorte nahmen teil. Es konnten Kommentare angefügt werden. Mit einer Zustimmung von  $\geq 80\%$  galt eine Empfehlung als konsentiert. Bei ei-

ner Zustimmung von  $< 80\%$  wäre die Empfehlung zur Überarbeitung in die UAG zurückverwiesen worden. Dies war bei keiner Empfehlung nötig.

5. Die resultierende BP-Version wurde dem Lenkungsausschuss des Netzwerks Onkologische Spitzenzentren vorgelegt. Hinweise der Mitglieder des Lenkungsausschusses wurden durch die UAG bearbeitet, in der AG Psychoonkologie konsentiert und wiederum dem Lenkungsausschuss vorgelegt.
6. Ein Statement wurde nach der Rückmeldung durch den Lenkungsausschuss erneut durch die UAG überarbeitet und anschließend durch weitere Abstimmung in der AG erfolgreich konsentiert.
7. Es erfolgte eine finale Vorlage der BP im Lenkungsausschuss mit abschließender Freigabe.  
Im Rahmen der Erstellung der Best-Practice-Empfehlung wurden die CCCs der UAG-Mitglieder nach dem Spektrum psychoonkologischer Interventionen befragt:
  - a) welche Interventionen bereitgehalten werden,
  - b) welche disjunkt für Common Practice in der breiten Versorgung in Abgrenzung zu einer Best Practice an einem CCC sind.

Acht von acht für diese Umfrage angeschriebene Zentren nahmen an der Befragung teil.

## 3. Spektrum psychoonkologischer Interventionen

### 3.1 Verfügbarkeit psychoonkologischer Interventionen

Interventionsangebote an den teilnehmenden CCC-Standorten umfassen psychosoziale Beratung, psychotherapeutische Einzelinterventionen, psychotherapeutische Paarinterventionen, Entspannungsverfahren sowie psychoonkologische Krisenintervention (jeweils 100 %). Studieninterventionen sowie Psychoedukation werden an sieben von acht Standorten (87,5 %) bereitgehalten. Patientenveranstaltungen und psychotherapeutische Familieninterventi-

onen werden in 75 % der partizipierenden CCCs angeboten, während Angehörigenveranstaltungen in fünf von acht Zentren (62,55) verfügbar sind. Jeweils drei CCCs (37,5 %) verfügen über Angebote psychotherapeutischer Gruppeninterventionen, kunsttherapeutischer oder E-Health-Interventionen. Musiktherapeutische Interventionen und spezifische psychosoziale Angebote für erkrankte Eltern sind je an einem Standort verfügbar (12,5 %). Kein CCC stellt Angebote von Tanz- und Bewegungstherapie bereit.

### 3.2 Common vs. Best Practice psychoonkologischer Interventionen

Als Common Practice werden von den Vertretern der acht Zentren – in absteigender Reihenfolge – benannt: psychosoziale Beratung (100 %), Psychoedukation (100 %), Entspannungsverfahren (100 %), psychotherapeutische Einzelinterventionen (88 %), psychoonkologische Krisenintervention (87,5 %), Patientenveranstaltungen (63 %) sowie Angehörigenveranstaltungen (50 %).

Als Best Practice werden – in absteigender Reihenfolge – benannt: Interventionen im Rahmen von Studien (100 %), kunsttherapeutische Interventionen (83 %), Tanz- und Bewegungstherapie (83 %), musiktherapeutische Interventionen (83 %) sowie E-Health-Interventionen (75 %), psychotherapeutische Gruppeninterventionen (75 %), psychotherapeutische Familieninterventionen (75 %) und psychotherapeutische Paarinterventionen (63 %).

## 4. Empfehlungen

### 4.1 Strukturqualität

#### 4.1.1 Organisationsstruktur

Die Psychoonkologie an CCCs ist ein Funktionsbereich (typischerweise der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der Abteilung für Medizinische Psychologie oder direkt dem CCC zugeordnet), der aus einer Leitung und mehreren Mitarbeitenden besteht. Die Leitung benennt eine Vertretung. Für Koordinations- und Dokumentationsaufgaben steht eine Assistenzkraft zur Verfügung. Die Leitung

der Psychoonkologie ist strukturell in die Leitung des CCC eingebunden.

#### 4.1.2 Personalausstattung

Die Bedarfsbemessung in der Psychoonkologie berücksichtigt zum einen die Komorbidität, die psychische Belastung und das subjektive Bedürfnis nach psychoonkologischer Unterstützung der Erkrankten sowie zum anderen die evidenz- und konsensbasierten Aufgaben psychoonkologischer Dienste und die darauf bezogene Zeitabschätzung. Entsprechend werden direkte und indirekte Aufgaben der Patientenversorgung sowie allgemeine Versorgungsaufgaben unterschieden. Gemäß der S3-Leitlinie Psychoonkologie zu einer bedarfsgerechten psychoonkologischen Versorgung [9] ist für 300 im Tumorzentrum behandelte Fälle/Jahr von einem Stellenumfang von 1,0 Vollkraft (VK) für die psychoonkologische Versorgung auszugehen. In Prostata- und Hautkrebszentren ist ein Stellenumfang von 1,0 VK für die Versorgung von 500 im Zentrum behandelten Fällen/Jahr angemessen. Diese Empfehlung berücksichtigt jedoch nicht die psychoonkologische Versorgung der ambulant am onkologischen Zentrum behandelten Patienten und Patientinnen. Dies sollte in Zukunft für die Personalausstattung beachtet werden. Für Leitungsaufgaben des psychoonkologischen Teams ist zusätzlich ein Stellenumfang von 0,5 VK erforderlich. Für koordinierende Aufgaben ist eine 0,5 VK Assistenzkraft empfehlenswert.

#### 4.1.3 Qualifizierung

Angesichts der oben dargelegten Heterogenität psychischer Beschwerden von an Krebs Erkrankten, die auch manifeste psychische Störungen und Suizidalität miteinschließt, sind spezifische diagnostische und psychotherapeutische Kompetenzen erforderlich, um eine adäquate Versorgung leisten zu können. Für die Mitarbeitenden des psychoonkologischen Teams werden folgende Qualifikationen empfohlen:

(1)

- Approbation als Arzt
- Diplom/Masterabschluss in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert
- Diplom/Masterabschluss in Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren

im Bereich Kinder und Jugendliche qualifiziert

(2)

- Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren, das keine eingeschränkte Indikation aufweist. Hierzu gehören aktuell: Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie (analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) und systemische Therapie.
- Auch eine Weiterbildung in einer wissenschaftlich anerkannten Methode, die zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Krankheiten indiziert ist, erscheint adäquat. Dies gilt aktuell für die Hypnotherapie (s. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie).

(3)

- Psychoonkologische Fortbildung (Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft)

Die genannten Qualifikationen sind für die Leitung des psychoonkologischen Teams obligat.

#### 4.1.4 Technische Ausstattung

Das Disstress-Screening zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs sollte geeignete Fragebögen nutzen [27] und idealerweise elektronisch durchgeführt werden. Für die elektronische Durchführung des Screenings und der psychoonkologischen Dokumentation sollte an den Zentren ein IT-System genutzt oder etabliert werden, das eine Schnittstelle zum Klinikinformationssystem (KIS) besitzt. Die Anforderung von psychoonkologischen Kontakten und die Dokumentation der psychoonkologischen Berichte erfolgt innerhalb des KIS. Die elektronische Falldokumentation ist vollständig in die elektronische Krankenakte integriert.

**Statement 1.** Die Psychoonkologie sollte als Funktionsbereich mit einem eigenständigen Betriebskonzept (Finanzplan, Organisationsstruktur, Raumplan, Ablaufprozesse/Standard Operating Procedures, Schnittstellen und Kooperationsstrukturen mit den an der Patientenversorgung betei-

lichten Fachdisziplinen) implementiert werden. [87,5 % Zustimmung, Konsens]

## 4.2 Prozessqualität

### 4.2.1 Supervision und Fortbildung

Die Mitarbeitenden besuchen regelmäßig psychoonkologische Fortbildungen (mindestens 2 pro Jahr). Sie nehmen regelmäßig an einer psychoonkologischen Fallbesprechung sowie einer Fallsupervision (1-mal pro Woche) teil und stellen hier regelmäßig eigene Behandlungs- und Beratungsfälle vor. Zudem sollten alle Mitarbeitenden der Psychoonkologie regelmäßig (mindestens alle 2 Monate) an einer extern geleiteten Team- und/oder Fallsupervision zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der psychoonkologischen Versorgung teilnehmen.

### 4.2.2 Kooperation und Verbindungsstellen

Mit dem onkologischen Zentrum sollten formalisierte Vereinbarungen bestehen, die auch die Finanzierung der Psychoonkologie (z. B. über interne Leistungsverrechnung) regeln. Wird die psychoonkologische Leistung außerhalb des CCC erbracht, muss hierfür ein Kooperationsvertrag geschlossen werden.

Als Teil des multiprofessionellen Behandlungsteams in der Onkologie ist die Psychoonkologie einerseits mit den anderen Supportivdiensten (Sozialdienst, Ernährungsmedizin, Seelsorge, Palliativteam etc.) vernetzt, andererseits in alle wichtigen Verbindungsstellen der Behandlungspfade (z. B. multiprofessionelles Tumorboard, Qualitätszirkel) strukturell eingebunden. Es besteht auch eine Verzahnung der Psychoonkologie mit dem EDV- bzw. Dokumentationssystem des onkologischen Zentrums.

An den Organkrebszentren findet regelmäßig eine interprofessionelle Fallbesprechung statt, die den Informationsaustausch und die Behandlungskoordination bei Patienten und Patientinnen mit komplexem psychosozialen Bedarf ermöglicht.

### 4.2.3 Screening

Gemäß der S3-Leitlinie Psychoonkologie [9] und den Vorgaben des Nationalen Krebsplans [7] soll bei jedem Patienten und jeder Patientin des onkologischen Zen-

trums die psychische Belastung (Disstress) sowie das subjektive Bedürfnis nach Unterstützung erfasst werden. Details sind der Best-Practice-Empfehlung zum psychoonkologischen Screening an CCCs zu entnehmen [27]. Dabei ist der besondere Bedarf von Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen (z. B. Anwendung mehrsprachig validierter Screening-Instrumente). Die Zentren dokumentieren das Ergebnis des Screenings einschließlich der eingeleiteten Maßnahme. Über das Screening am onkologischen Zentrum wird ein jährlicher Bericht erstellt, der für jedes Organkrebszentrum die folgenden Angaben enthält: Anzahl der im Zentrum behandelten Patienten und Patientinnen, Anzahl der gescreenten und zu ihrem Unterstützungswunsch befragten Patienten und Patientinnen, Anzahl der positiv gescreenten Patienten und Patientinnen, bei denen eine psychoonkologische Versorgung stattgefunden hat. Die Zentrumskoordination erhält zudem auf Basis der vom onkologischen Zentrum verantworteten Dokumentation einmal pro Quartal eine Rückmeldung über die Kennzahl zum Disstress-Screening in ihrem Zentrum. Die Erstellung der Monitoringberichte erfolgt durch Mitarbeitende des onkologischen Zentrums (z. B. Tumordokumentare und -dokumentarinnen).

### 4.2.4 Dokumentation

In der Psychoonkologie erfolgt eine Dokumentation in Anlehnung an die Kriterien der Psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado; [6]) bzw. der entsprechenden Kurzversion (PO-Bado SF; [14]). Die Stammdaten der Patienten und Patientinnen beinhalten zusätzlich Angaben zu minderjährigen Kindern und zum Migrationshintergrund. Der psychoonkologische Konsiliarbefund umfasst das Anliegen der Patienten und Patientinnen, den psychopathologischen Befund, die Einschätzung der psychosozialen Belastung sowie Angaben zur Krankheitsbewältigung und zu Ressourcen, wenn vorliegend eine Diagnose aus dem Fachgebiet psychischer Störungen, eine Aussage zur durchgeführten Intervention und die zusammenfassende Beurteilung inklusive einer Empfehlung zum weiteren Prozedere. Gegebenenfalls ist auch die psychosoziale Belastung der Angehörigen kurz zu cha-

rakterisieren. Die Dokumentation erfolgt bevorzugt in elektronischer Form und ist Teil der Patientenakte. Die diagnostische Einschätzung sowie wesentliche Empfehlungen zu Maßnahmen sind Teil des allgemeinen Arztbriefes. Die Leistungsdaten werden im KIS dokumentiert. Hierbei sind mindestens die Zielperson (Patient, Patientin, Angehöriger), die Art des Kontakts (z. B. Dringlichkeit, Präsenz, Telefon- oder Videosprechstunde, dolmetschergestützt) und der zeitliche Umfang zu erfassen.

**Statement 2.** Als Basisqualitätskriterien sollte bei vorliegender Mitbehandlungsindikation dokumentiert werden, ob und wie häufig ein Kontakt mit dem psychoonkologischen Dienst stattgefunden hat – idealerweise mit Angabe der Zeitdauer. [96,8 % Zustimmung, starker Konsens]

## 4.3. Von ambulant über stationär zu ambulant

Die psychoonkologische Versorgung ist integraler Bestandteil der onkologischen Behandlung in CCCs. Alle Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen sollen über das Angebot einer professionellen psychoonkologischen Versorgung informiert werden, die Versorgung soll dann bedarfsgerecht erfolgen. Da das medizinische Behandlungsteam (Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte) aufgrund einer hohen Arbeitsdichte und fehlender spezifischer psychotherapeutischer Kenntnisse oft nicht in der Lage ist, eine umfassende psychoonkologische Mitbehandlung zu gewährleisten, sollen integrativ arbeitende Konsiliar- und Liaisondienste mit spezialisierten Psychoonkologinnen und Psychoonkologen für alle Stationen und Tageskliniken, in denen Krebskranke behandelt werden, zur Verfügung stehen. Von zentraler Bedeutung sind hierbei die enge Zusammenarbeit und der Austausch mit dem gesamten Behandlungsteam. Empfehlenswert ist eine regelmäßige Teilnahme an Visiten und gemeinsamen Besprechungen, wie es beim Modell des Liaisondienstes vorgesehen ist.

Zentraler Baustein der psychoonkologischen Versorgung ist die möglichst flächendeckende Etablierung eines psychoonkologischen Screenings zur Bedarfserfassung, das zu einem frühen Zeitpunkt zu Beginn der onkologischen Therapie im CCC erst-

malig und dann im Verlauf wiederholt durchgeführt werden soll. Eine Erhebung und Auswertung/Befunderstellung sollte idealerweise elektronisch erfolgen und unmittelbar in das KIS integriert sein [21, 27]. Über die Erfassung psychoonkologischer Variablen hinaus sollte eine enge Zusammenarbeit mit supportiven Diensten gewährleistet sein. Indikationsstellungen können hier ebenfalls über den Einsatz von Selbsteinschätzungen der Patientinnen und Patienten erfolgen, sodass ein bedarfsgerechtes, personalisiertes Angebot (Psychoonkologie, Ernährungsberatung, Sozialdienst, Seelsorge, Palliativversorgung, Sport- und Bewegungsangebote, Familienberatung, Selbsthilfe) gemacht werden kann [22].

Die Zunahme der ambulanten Behandlung und die Verkürzung von Behandlungszeiten im Krankenhaus bei gleichzeitig hoher Prävalenz von psychischer Belastung im Verlauf [28] machen es erforderlich, auch ambulante Versorgungsangebote unter dem Dach einer psychoonkologischen Ambulanz bereitzuhalten. Zudem sollten Netzwerke der Zusammenarbeit mit psychoonkologisch geschulten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Krebsberatungsstellen im Einzugsgebiet etabliert werden, damit eine bei Bedarf notwendige psychoonkologische Versorgung über Sektorengrenzen hinweg gewährleistet werden kann. Die psychoonkologische Ambulanz am CCC nimmt dabei eine koordinierende Rolle ein. Alle Patientinnen und Patienten werden im Rahmen der Erstberatung oder über ausliegende Broschüren bzw. online darüber informiert, dass auch nach der Behandlung Belastungen auftreten können, bei deren Bewältigung eine professionelle Beratung und Therapie sinnvoll sein können. Ein CCC sollte über die klassischen psychoonkologischen Angebote im Einzel- oder Gruppensetting hinaus auch ergänzende nonverbale Verfahren (wie kunsttherapeutische Verfahren) und spezifische Angebote für Familien, Angehörige und Erkrankte mit minderjährigen Kindern zur Verfügung stellen oder eng mit Institutionen (wie Krebsberatungsstellen) zusammenarbeiten, die entsprechende stationäre oder ambulante Begleitung anbieten.

**Statement 3.** Die psychoonkologische Versorgung sollte interdisziplinär, multiprofessionell und transsektoral erfolgen. [96,8 % Zustimmung, starker Konsens]

**Statement 4.** Psychoonkologische Angebote sollten niederschwellig und wohnortnah („outreach“) – auch unter Nutzung digitaler Unterstützung – erfolgen. [96,8 % Zustimmung, starker Konsens]

### 4.4 Weitere Zielgruppen psychoonkologischer Versorgung

Die Konfrontation mit einer schweren, teilweise lebensbedrohlichen Erkrankung sowie den Behandlungs- und Krankheitsfolgen ist auch mit signifikanten psychosozialen Belastungen des familiären und sozialen Umfelds verbunden [5] und erlangt damit den Status einer „Wir-Erkrankung“ [8]. Das soziale Umfeld stellt einerseits als Netzwerk von Bezugspersonen eine wichtige Ressource für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Patienten und Patientinnen dar, gleichzeitig sind Angehörige selbst Betroffene mit eigenem Unterstützungsbedarf. Die Unterstützung von Angehörigen sowie die Information über weitere Hilfsangebote für Angehörige sind Teil einer leitliniengerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten, insbesondere der Betroffenen mit nicht-heilbaren Krebserkrankungen. Angehörige leiden unter einer Vielzahl psychosozialer Belastungen, eingeschränkter Lebensqualität und unerfüllten Unterstützungsbedürfnissen. Bisher liegen v. a. Daten zu den Problemen und Bedürfnissen aus der Zeit der Tumorthherapie der Erkrankten vor [26].

Niedrigschwellige Versorgungsangebote sollen bereitgehalten werden für

- Angehörige (zum familiären Umfeld zählen neben den Partnern und Partnerinnen weitere Angehörige wie Geschwister, die eigenen Eltern, erwachsene Kinder),
- Kinder und Jugendliche,
- Paare sowie
- Behandlungsteams.

Diese Angebote sollten im stationären und ambulanten Setting sowie über alle Phasen der Diagnostik und Behandlung angeboten werden.

**Statement 5.** Psychoonkologische Angebote sollten sich an Patienten und Patientinnen und deren Angehörige richten sowie Angebote für Behandlungsteams beinhalten. [96,8 % Zustimmung, starker Konsens]

**Statement 6.** Psychoonkologische Interventionen sollen in allen Sektoren der Versorgung und Phasen der Erkrankung angeboten werden. [100,0 % Zustimmung, starker Konsens]

### 4.5 Psychosoziale Versorgungskette

Die psychoonkologische Versorgung umfasst einen weiten Bereich: von der stationären und teilstationären Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem Tumorleiden und deren Angehörigen über die ambulante Nachsorge im Rahmen z. B. psychoonkologischer Hochschulambulanz oder der Krebsberatungsstellen bis hin zur psychoonkologischen Therapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder im Rahmen von psychosomatischen Institutsambulanz. Hierbei arbeiten Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Sozialberaterinnen, Sozialberater sowie Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten interdisziplinär und multiprofessionell zusammen, um ein bestmögliches individualisiertes Unterstützungs- und Therapieangebot zu machen. Das Thema „outreach“ gewinnt mit der zunehmenden Zahl ambulanter Krebsbehandlungen größere Bedeutung. Hierbei sind neben Hausbesuchen z. B. im Rahmen der Angebote der Krebsberatungsstellen auch technische Weiterentwicklungen wie E-Health-Angebote [20] oder auch telepsychotherapeutische Angebote [11] – nicht nur in Zeiten der Pandemie – zu nennen. Diese sollen keine Alternative zu bestehenden Angeboten darstellen, sondern die klassischen Angebote sinnvoll ergänzen. Aktuelle Studien zeigten, dass diese Angebote mit großer Akzeptanz angenommen werden [12].

**Statement 7.** Konventionelle „Face-to-face-Angebote“ können, wo geeignet und von Patienten und Patientinnen gewünscht, durch digitale Medien wie z. B. Apps unterstützt und erweitert werden. [93,6 % Zustimmung, Konsens]



## 4.6 Exzellenz/Innovation

Die psychoonkologische Versorgung in onkologischen Spitzenzentren zeichnet sich durch fest implementierte und weitgehend reibungslose Prozesse des Distress-Screenings und der definierten Indikationsstellung und Zuweisung (Standard Operating Procedures) aus. Ferner ist zu erwarten, dass die Personalmaßgaben sowie die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des psychoonkologischen Behandlungsteams erfüllt sind. Dies bildet die Grundlage für Versorgungsangebote, die über Common Practice hinausgehen und Angebote für spezifische Patientengruppen, z. B. Menschen mit Migrationshintergrund oder Adolescents and Young Adults (AYA) oder für die spezifische Behandlung umschriebener Problemlagen wie Fatigue, Nikotinabhängigkeit oder Progredienzangst [20] umfassen. Daneben kommt der Entwicklung innovativer Behandlungs- und Versorgungskonzepte eine wichtige Rolle zu. Im Zuge der Implementierung neuer onkologischer Therapien (und Therapiekonzepte) sollte die psychoonkologische Versorgung stetig weiterentwickelt und an veränderte Behandlungskontexte angepasst werden. So sollten E-Health-Angebote einen festen Bestandteil des Versorgungsangebots darstellen und begründet bestimmten Patientinnen und Patienten angeboten werden. Für stationäre an Krebs Erkrankte mit vielschichtigen Bedarfen sollte die Möglichkeit bestehen, komplexe multiprofessionelle psychoonkologische Interventionen in Anspruch zu nehmen (z. B. psychotherapeutische und kunsttherapeutische Intervention). Im Rahmen der ambulanten Versorgung sollten Möglichkeiten für Komplexinterventionen ausgeschöpft werden (z. B. psychosomatische Institutsambulanz). Im Sinne der Innovation sollten neue kombinierte Behandlungsangebote und Versorgungsformen entwickelt und idealerweise in Studien evaluiert werden (z. B. sektorenübergreifende Interventionen). Die Entwicklung solcher Interventionen und Versorgungspfade sollte unter Beteiligung von Patientenvertretungen erfolgen. Daneben sollte ein regelhafter, strukturierter Austausch mit Vertretern und Vertreterinnen der Selbsthilfe stattfinden.

Die Entwicklung und die strukturelle Verstärkung innovativer Behandlungs- und Versorgungsangebote sollten im onkologischen Zentrum bekannt gemacht werden. Ferner sollte die Psychoonkologie als stimmberechtigtes Mitglied im Vorstand des CCC vertreten sein, um rechtzeitig strategische Entwicklungen mit Relevanz für die Psychoonkologie diskutieren, aber auch die strukturellen Anforderungen der Psychoonkologie angemessen vertreten zu können. Neue Forschungsergebnisse und neue Entwicklungen der psychoonkologischen Versorgungsangebote sollten regelhaft öffentlichkeitswirksam präsentiert werden (z. B. Patiententag, Symposium).

**Statement 8.** Zur Weiterentwicklung der psychoonkologischen Versorgung sollten neuartige, innovative Behandlungs- und Versorgungsansätze entwickelt, empirisch überprüft und der Öffentlichkeit vorgestellt werden. [100,0 % Zustimmung, starker Konsens]

## 4.7 Ergebnisqualität

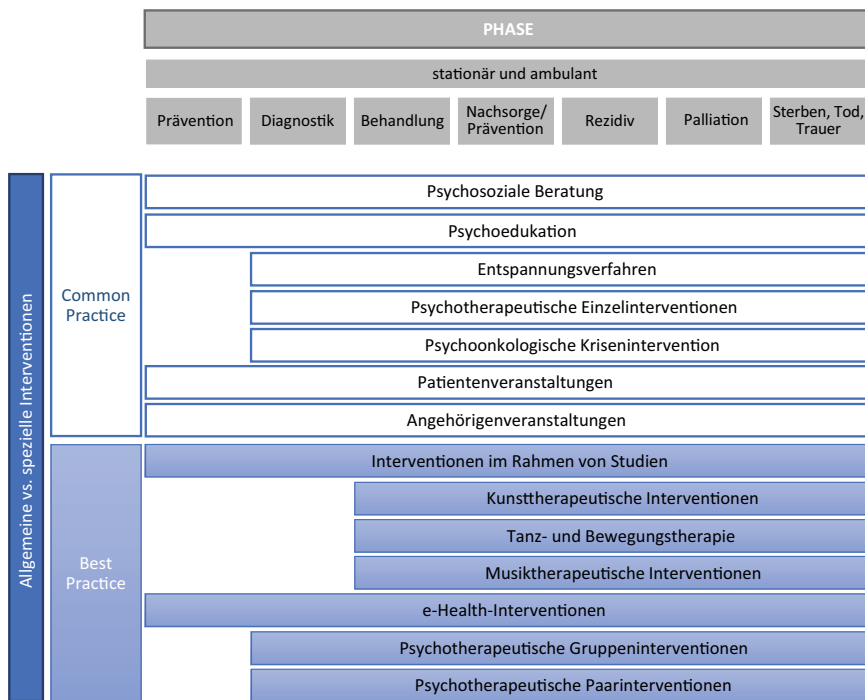
Basierend auf der S3-Leitlinie Psychoonkologie sollten als Merkmale der Ergebnisqualität einerseits Berichte über den Erfolg der psychoonkologischen Interventionen schriftlich verfasst, andererseits systematische Befragungen von Betroffenen im Hinblick auf Zielerreichung und Zufriedenheit durchgeführt werden. Wenn systematische Patientenbefragungen im Rahmen der Qualitätssicherung der CCCs durchgeführt werden, sollte thematisch der Bereich der psychoonkologischen Interventionen mit aufgenommen werden.

Der mögliche Erfolg einer psychoonkologischen Versorgung setzt zunächst voraus, dass diese überhaupt erfolgen kann. Hierzu sind die Identifikation belasteter Patientinnen und Patienten bzw. solcher mit einem Wunsch nach psychoonkologischer Versorgung sowie die Vermittlung eines psychoonkologischen Versorgungsangebots grundlegende Erfordernisse. Daher sollten zunächst der psychoonkologische Mitbehandlungsbedarf und das Inanspruchnahmeverhalten sowohl im stationären als auch im teilstationären und ambulanten Bereich erhoben und dokumentiert werden [27]. Neben der Rate

durchgeführter Distress-Screenings sollte die Rate der erfolgten psychoonkologischen Versorgung erfasst werden. Die Screeningrate ergibt sich als Verhältnis aus der Anzahl gescreenter Patientinnen und Patienten relativiert an der Gesamtzahl der in einem Bereich (stationär, tagesklinisch oder ambulant) behandelten Patientinnen und Patienten mit Krebs. Als Qualitätsindikator sollte diese Screeningrate bei 90 % liegen und 65 % nicht unterschreiten. Die Mitbehandlungsrate, also das Verhältnis, wie viele Patientinnen und Patienten mit Versorgungsbedarf tatsächlich Kontakt mit dem psychoonkologischen Dienst hatten, ergibt sich als Verhältnis aus der Anzahl positiv gescreenter Patientinnen und Patienten (objektiver Bedarf und/oder subjektiver Wunsch) und der Anzahl der Erstkontakte mit dem psychoonkologischen Dienst. Diese Mitbehandlungsrate sollte minimal bei 90 % liegen. Neben der Art der Intervention sollten als weitere Basisqualitätskriterien auch Dauer und Anzahl der Kontakte mit dem psychoonkologischen Dienst pro Behandlungsepisode erhoben werden. Diese könnten insbesondere mit Blick auf die Einschätzung der Behandlungsgüte bei onkologischen Entitäten mit längerer stationärer Verweildauer, wie z. B. Patientinnen und Patienten mit hämatoonkologischen Erkrankungen und nach komplexen chirurgischen Interventionen oder im Rahmen ambulanter Weiterbehandlung, sinnvoll sein. Zielerreichung und Zufriedenheit sollten im Rahmen des allgemeinen Qualitätsmanagements in regelmäßigen Intervallen erfasst werden. Hierzu gehören objektive Indikatoren (z. B. Inanspruchnahme) und subjektive Patientenbewertungen (z. B. Zufriedenheit, Patient-Reported Outcomes zu Ängstlichkeit, Depressivität, Distress und Lebensqualität).

**Statement 9.** Die Ergebnisqualität der psychoonkologischen Versorgung sollte kontinuierlich, mehrdimensional und sektorenübergreifend erfasst werden. [100,0 % Zustimmung, starker Konsens]

**Statement 10.** Die Patientinnen und Patienten, die als psychisch belastet gescreent wurden und/oder den Wunsch nach psychoonkologischer Behandlung äußern, sollen ein Behandlungsangebot durch



**Abb. 1** ▲ Psychoonkologische Versorgung abhängig von den Krankheitsphasen und unterteilt nach Standardbehandlung (Common Practice) sowie anzustrebender Behandlung (Best Practice)

den psychoonkologischen Dienst erhalten. [100 % Zustimmung, starker Konsens]

### 5. Zusammenfassung

Eine Krebserkrankung kann neben krankheits- und behandlungsbedingten Belastungen auch mit psychosozialen Beeinträchtigungen für die erkrankte Person, aber auch für die Angehörigen einhergehen. Bei vielen Erkrankten und auch deren Angehörigen kann die Auseinandersetzung mit der onkologischen Erkrankung zu einer Überforderung der Bewältigungsressourcen und zu behandlungsbedürftigen psychischen Problemen bis hin zu psychischen Störungen führen. Besonders häufig finden sich krankheitsassoziierte emotionale Belastungen. Um psychisch belastete Erkrankte zu identifizieren und in der Folge einer adäquaten, bedarfsgerechten psychoonkologischen Versorgung zuführen zu können, ist ein Distress-Screening von essenzieller Bedeutung. Eine Best-Practice-Empfehlung zur Durchführung und Implementierung eines Distress-Screenings an Comprehensive Cancer Centers (CCCs) in Deutschland wurde kürzlich von dieser Autorengruppe veröffentlicht [27].

Die vorliegende Arbeit ergänzt diese erste Empfehlung um eine Best-Practice-Emp-

fehlung zur psychoonkologischen Versorgung an CCCs in Deutschland. Dazu werden die bedarfsorientierte, qualitativ hochwertige psychoonkologische Versorgung während der verschiedenen Krankheitsphasen dargestellt und strukturelle Erfordernisse beschrieben. Die psychoonkologische Versorgung soll interdisziplinär, multiprofessionell und transsektoral erfolgen und sowohl Patienten und Patientinnen als auch Angehörige sowie Behandlungsteams adressieren. Die psychoonkologischen Angebote sollen niederschwellig und wohnortnah – auch unter Nutzung digitaler Unterstützung – und in allen Versorgungssektoren sowie Erkrankungsphasen erfolgen (Abb. 1). Hinsichtlich der psychoonkologischen Interventionen wird zwischen Common und Best Practice unterschieden. Darüber hinaus finden sich Empfehlungen zur Strukturqualität (Organisationsstruktur, Personalausstattung, Qualifizierung, Supervision und Fortbildung, Kooperation und Verbindungsstellen, Screening, Dokumentation, technische Ausstattung).

Die Ergebnisqualität der psychoonkologischen Versorgung sollte kontinuierlich, mehrdimensional und sektorenübergreifend erfasst werden. Als Basisqualitätskriterium soll eine Dokumentation der Kontakte mit dem psychoonkologischen

Dienst, idealerweise mit Angabe der Zeitdauer, erfolgen. Die Mitbehandlungsrate der Patienten und Patientinnen mit einem Bedarf (psychische Belastung) oder einem Bedürfnis (Wunsch) nach psychoonkologischer Unterstützung soll dabei mindestens bei 90 % liegen.

Um eine optimale psychoonkologische Versorgung realisieren zu können, sollte die Psychoonkologie als Funktionsbereich mit einer benannten Leitungskraft und Mitarbeitenden definiert werden. Die Empfehlungen zur Personalausstattung sehen 1,0 VK für 500 Patientenfälle pro Jahr im Fall von Hautkrebs- und Prostatakrebszentren bzw. 1,0 VK für 300 Patientenfälle bei allen weiteren Organkrebszentren vor.

### Korrespondenzadresse

**Andreas Stengel**

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 Zentrum für Seelische Gesundheit  
 Stuttgart Cancer Center  
 Klinikum Stuttgart  
 Psychosomatische Medizin & Psychotherapie  
 Comprehensive Cancer Center Tübingen-Stuttgart  
 Universitätsklinikum Tübingen  
 E-Mail: [an.stengel@klinikum-stuttgart.de](mailto:an.stengel@klinikum-stuttgart.de)

**Mitglieder AG Psychoonkologie des Netzwerks**

**Onkologische Spitzenzentren.** Christian Albus (Köln); Till Johannes Bugaj (Heidelberg); Rupert Conrad (Münster); Christina Demmerle (Frankfurt); Mareike Ernst (Mainz); Tobias Geisel (Marburg); Franziska Geiser (Bonn); Matthias Gründel (Göttingen); Elisabeth Jentschke (Würzburg); Magdalena Kaczmarek (Jena); Martina Madl (Erlangen); Anja Mehnert-Theuerkauf (Leipzig); Friederike Mumm (München); Andrea Petermann-Meyer (Aachen); Norbert Schäffeler (Tübingen); Isabelle Scholl (Hamburg); Eva-Maria Skoda (Essen); Derek Spieler (Freiburg); Martin Vogelhuber (Regensburg); Joachim Weis (Freiburg)

### Literatur

1. Dinkel A, Herschbach P (2018) Fear of progression in cancer patients and survivors. *Recent Results Cancer Res* 210:13–33
2. Dinkel A, Herschbach P, Marten-Mittag B (2021) Vorbestehende psychische Belastung und aktueller Distress bei Patienten mit einer Krebserkrankung. *Verhaltensther Verhaltensmed* 42:223–234
3. Dinkel A, Krennsreiter K, Marten-Mittag B et al (2014) Comorbidity of fear of progression and anxiety disorders in cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 36:613–619
4. Ernst J, Friedrich M, Vehling S et al (2021) Cancer-related distress: How often does it co-occur with a mental disorder?—Results of a secondary analysis. *Front Psychol* 12:660588

5. Gırgıs A, Lambert S, Johnson C et al (2013) Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *J Oncol Pract* 9:197–202
6. Herschbach P, Book K, Brandl T et al (2008) The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): An expert rating scale for the psychosocial experience of cancer patients. *Onkologie* 31:591–596
7. Herschbach P, Mandel T (2011) Psychoonkologische Versorgung im Nationalen Krebsplan. *Onkologie* 17:1107–1114
8. Kayser K, Watson LE, Andrade JT (2007) Cancer as a „we-disease“: Examining the process of coping from a relational perspective. *Fam Syst Health* 25:404–418
9. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2023) Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient\*innen, Langversion 02.1. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/>. Zugegriffen: 25.09.2023 (AWMF-Registernummer: 032-0510L)
10. Liu Q, Wang X, Kong X et al (2022) Subsequent risk of suicide among 9,300,812 cancer survivors in US: A population-based cohort study covering 40 years of data. *EClinicalMedicine* 44:101295
11. Lohmiller J, Schäffeler N, Sutterlin H et al (2021) Acceptance of psycho-oncological counseling formats in a cancer counseling center during the COVID-19 pandemic: An exploratory care study. *Curr Oncol* 28:3795–3803
12. Lohmiller J, Schäffeler N, Zipfel S et al (2021) Higher acceptance of videotelephonic counseling formats in psychosomatic medicine in times of the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry* 12:747648
13. Lu D, Andersson TM, Fall K et al (2016) Clinical diagnosis of mental disorders immediately before and after cancer diagnosis: A nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA Oncol* 2:1188–1196
14. Marten-Mittag B, Book K, Buchhold B et al (2015) The Basic Documentation for Psycho-Oncology Short Form (PO-Bado SF)–An expert rating scale for distress screening: development and psychometric properties. *Psychooncology* 24:653–660
15. Mehnert-Theuerkauf A, Lehmann-Laue A (2019) Psychoonkologie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 69:141–156
16. Mehnert A, Brahler E, Faller H et al (2014) Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* 32:3540–3546
17. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M et al (2018) One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psychooncology* 27:75–82
18. Mehnert A, Müller D, Lehmann C et al (2006) Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 54:213–223
19. Peters L, Brederbecke J, Franzke A et al (2020) Psychological distress in a sample of inpatients with mixed cancer–A cross-sectional study of routine clinical data. *Front Psychol* 11:591771
20. Ringwald J, Gerstner L, Junne F et al (2019) Mindfulness and skills based distress reduction in oncology: Das Webbasierte Psychoonkologische Make It Training. *Psychother Psychosom Med Psychol* 69:407–412
21. Schäffeler N, Sedelmaier J, Mohrer H et al (2017) Patientenautonomie und -informiertheit in der Psychoonkologie: Computerbasiertes Belastungs-Screening zur interaktiven Behandlungsplanung (ePOS-react). *Psychother Psychosom Med Psychol* 67:296–303
22. Schiel RO, Brechtel A, Hartmann M et al (2014) Multidisziplinärer Versorgungsbedarf psychisch belasteter Tumorpatienten an einem Comprehensive Cancer Center. *Dtsch Med Wochenschr* 139:587–591
23. Shang X, Peng W, Hill E et al (2019) Incidence of medication-treated depression and anxiety associated with long-term cancer, cardiovascular disease, diabetes and osteoarthritis in community-dwelling women and men. *EClinicalMedicine* 15:23–32
24. Simard S, Thewes B, Humphris G et al (2013) Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 7:300–322
25. Singer S, Das-Munshi J, Brahler E (2010) Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care–A meta-analysis. *Ann Oncol* 21:925–930
26. Sklenarova H, Krümpelmann A, Haun MW et al (2015) When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer* 121:1513–1519
27. Stengel A, Dinkel A, Karger A et al (2021) Best Practice: psychoonkologisches Screening an Comprehensive Cancer Centers. *Forum* 36:278–283
28. Sutton TL, Koprowski MA, Grossblatt-Wait A et al (2022) Psychosocial distress is dynamic across the spectrum of cancer care and requires longitudinal screening for patient-centered care. *Support Care Cancer* 30:4255–4264
29. Vehling S, Kissane DW, Lo C et al (2017) The association of demoralization with mental disorders and suicidal ideation in patients with cancer. *Cancer* 123:3394–3401

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.