

Persönliche PDF-Datei für  
Sylvia Jung, Ruth Wiedemann, Hans-Ulrich Höhl,  
Michael Kusch, Susanne Singer

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

## Zeit- und Personalaufwand für stationäre psychoonkolo- gisch-psychotherapeutische Versorgung

DOI 10.1055/s-0033-1349133  
Psychother Psych Med 2014; 64: 54–62

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.  
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung  
in Repositorien.

**Verlag und Copyright:**  
© 2014 by  
Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
ISSN 0937-2032

Nachdruck nur  
mit Genehmigung  
des Verlags

 **Thieme**

# Zeit- und Personalaufwand für stationäre psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung

## Resources Needed to Ensure Inpatient Psycho-Oncological Care

### Autoren

Sylvia Jung<sup>1</sup>, Ruth Wiedemann<sup>2</sup>, Hans-Ulrich Höhl<sup>3</sup>, Michael Kusch<sup>4</sup>, Susanne Singer<sup>5</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Stabsstelle Projektmanagement, Klinikum Frankfurt Höchst  
<sup>2</sup> Psychologischer Fachdienst, Brüderkrankenhaus St. Josef, Paderborn  
<sup>3</sup> Geschäftsführung, Carina Stiftung, Herford  
<sup>4</sup> Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln  
<sup>5</sup> Epidemiologie und Versorgungsforschung, Universitätsmedizin Mainz

### Schlüsselwörter

- Versorgungsforschung
- Psychoonkologie
- Kennzahlen
- Neoplasien
- Versorgung

### Keywords

- health services research
- psycho-oncology
- neoplasms
- care
- support

### Zusammenfassung

Ziel der Studie war es zu erfassen, wie viele Krebspatienten im Akutkrankenhaus durch eine in Vollzeit angestellte Person psychoonkologisch-psychotherapeutisch versorgt werden können. An 6 Krankenhäusern wurden im Verlauf von 2 Jahren alle psychoonkologischen Leistungen und deren Dauer dokumentiert. Für insgesamt 4947 Patienten wurden 20366 psychoonkologische Leistungen erbracht. Im ersten Jahr konnten mit einer Vollzeitstelle 351, im zweiten Jahr 436 Patienten versorgt werden. Die häufigste Interventionsart waren supportive Einzelgespräche (22%) mit einer durchschnittlichen Dauer von 29 min. Die Patienten erhielten durchschnittlich 4 Gespräche. Zudem gab es viele Kurzkontakte mit einer Dauer von etwa 10 min. Im Durchschnitt konnten 393 Krebspatienten mit einer Vollzeitstelle psychoonkologisch-psychotherapeutisch versorgt werden. Die Gespräche waren überwiegend von kurzer Dauer (10–30 min).

### Abstract

The aim of this study was to document how many patients with malignant diseases in an acute care hospital can be supported by one full time psycho-oncologist and how long each procedure takes. Over the course of 2 years, frequency and duration of all interventions provided by a psycho-oncologist were documented at 6 hospitals in Germany. A total of 4947 patients received 20366 psycho-oncological interventions. One full time position could care for 351 (1<sup>st</sup> year) and 436 (2<sup>nd</sup> year) patients respectively. The most frequent intervention was supportive counselling to single patients (22%) with an average duration of 29 min. Patients received on average 4 consultations. In addition, many short contacts with a duration of 10 min were provided. On average, psycho-oncological care could be provided by a person with a full-time position to 393 patients with malignant diseases. Most of the consultations were of short duration (10–30 min).

eingereicht 3. Februar 2013  
 akzeptiert 23. Mai 2013

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349133>  
 Online-Publikation: 21.8.2013  
 Psychother Psych Med 2014;  
 64: 54–62  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0937-2032

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Susanne Singer**  
 Epidemiologie und  
 Versorgungsforschung  
 Universitätsmedizin Mainz  
 Obere Zahlbacher Straße 69  
 55131 Mainz  
 singers@uni-mainz.de

### Einleitung

Im nationalen Krebsplan der Bundesrepublik Deutschland wurde folgendes Ziel bezüglich der Versorgung von Krebserkrankten formuliert: „Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung“ (Ziel 9 im Handlungsfeld 2, Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung, [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler\\_Krebsplan/Ziel\\_9\\_Angemessene\\_und\\_bedarfsge\\_rechte\\_psychoonkologische\\_Versorgung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_9_Angemessene_und_bedarfsge_rechte_psychoonkologische_Versorgung.pdf)). Bei der Planung von psychoonkologischen Versorgungsleistungen ist also zunächst der Versorgungsbedarf zu bestimmen [1,2]. Dieser wird teilweise durch die Prävalenz psychischer Komorbidität begründet, die bei etwa 30% liegt [3],

aber auch weniger schwerwiegende Fälle psychischer Belastung sind zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollte das *Bedürfnis* der Patienten nach psychoonkologischer Mitbetreuung ebenfalls bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden [4].

Außerdem ist zu klären, welche personellen und zeitlichen *Ressourcen* verfügbar sein müssen, um dem Bedarf und den Bedürfnissen gerecht werden zu können. Hierzu ist es notwendig, die Versorgungspraxis genau zu kennen, also zu bestimmen, wie viele Gespräche pro Patient in der Regel nötig sind (Nachfrage, Inanspruchnahme), welche Arbeitsaufgaben neben den direkten Patientengesprächen anfallen und welche Zeit diese Tätigkeiten jeweils in Anspruch nehmen. Dies sollte mit der hier vorgestellten Studie untersucht werden.

*Nachfrage* als primär marktwirtschaftlicher Begriff bezieht sich – in seiner ursprünglichen Terminologie – auf den Erwerb favorisierter Bedarfsgüter. Nicht jeder bestehende Bedarf löst automatisch Nachfrage aus, da mangelnde Kenntnis des Angebots oder mangelnde Kaufkraft dazu führen können, dass Bedarf und Nachfrage voneinander abweichen [1,5]. *Inanspruchnahme* bezeichnet die tatsächliche Nutzung einer Dienstleistung, muss aber nicht zwangsläufig aus einer Nachfrage resultieren. Voraussetzung zur Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen sind nach Weis [2] eine bestimmte Handlungspräferenz und Handlungsbereitschaft, Problemsensitivität, ein bestehender Leidensdruck und die Einsicht einer Behandlungsbedürftigkeit. Bezüglich des Bedarfs und der Bedürfnisse nach psychoonkologischer Versorgung sind in den letzten Jahren bereits vielfach Daten zusammengetragen worden. So weiß man aus Meta-Analysen, dass bei etwa einem Drittel aller stationär behandelten Krebspatienten psychische Begleiterkrankungen diagnostiziert werden [3,6,7].

Auf explizite Nachfrage hin äußern 15–50% der Patienten den Wunsch, von Psychoonkologen unterstützt zu werden [8–10], jedoch muss davon ausgegangen werden, dass viele diesen Wunsch nicht aktiv äußern, sondern erst, wenn sie vom medizinischen Personal danach gefragt werden.

Daten über die Inanspruchnahme psychoonkologischer Leistungen im bundesdeutschen Versorgungssystem sind weniger bekannt, mittlerweile jedoch schon besser verfügbar als noch vor wenigen Jahren. Dabei unterscheiden sich die Versorgungszahlen zwischen den Standorten deutlich, unter anderem auch in Abhängigkeit davon, wie viel Personal für die Leistungserbringung zur Verfügung stand:

An den Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden wurden zwischen 2003 und 2005 vom Psychoonkologischen Dienst 510, 734 bzw. 842 Patienten betreut, dies entsprach 21%, 31% und 36% aller an der Klinik behandelten Malignompatienten [11].

Am Leipziger Universitätsklinikum wurden im Jahr 2008 insgesamt 227 Patienten (11% aller Krebspatienten) im Rahmen von Konsil- und Liaisondiensten psychoonkologisch versorgt [12]. Da die betreuenden Psychoonkologen neben ihrer Versorgungstätigkeit auch vielfältige andere Aufgaben wahrnahmen, konnte in dieser Studie keine Zuordnung von Stellenkontingenten auf die Anzahl der versorgten Patienten vorgenommen werden.

In den von der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. zertifizierten Organkrebszentren erhielten im Jahr 2009 37% aller Patienten ein mindestens 30-minütiges psychoonkologisches Gespräch, wobei in den Prostatakrebszentren nur 7%, in den Brustkrebszentren hingegen 67% aller Patienten entsprechend versorgt wurden [13].

Die in den Studien genannten unterschiedlichen Versorgungszahlen können einerseits daher rühren, dass Bedarf und Bedürfnisse sich unterscheiden, hängen andererseits auch davon ab, wie gut diese vom medizinischen Personal identifiziert werden [14–16]. Zudem spielt eine Rolle, über wie viele Ressourcen ein Krankenhaus verfügt, um die entsprechenden Leistungen zu erbringen.

Es ist naheliegend, dass die Inanspruchnahmedaten am ehesten dann auch valide Indikatoren für tatsächliche Versorgungsnotwendigkeit darstellen, wenn die Leistungen allen Patienten mit Bedarf und/oder Bedürfnis in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen, wenn also die personellen und räumlichen Ressourcen so bemessen sind, dass alle Patienten hinsichtlich ihres Bedarfs und Bedürfnisses befragt werden können und bei Notwendigkeit und/oder Wunsch eine entsprechende Versorgung sichergestellt werden kann.

Die entscheidende Frage dabei ist: Welche personellen Ressourcen sind „ausreichend“? Um dies beantworten zu können, benötigt man Versorgungszahlen aus einem relativ gut ausgestatteten Krankenhaus, bei dem Bedarf und Bedürfnis von Patienten systematisch erhoben werden.

Im Rahmen des Programms „Case Management Psychoonkologie“ wurden entsprechende Voraussetzungen (Personalstellen, routinemäßiges Screening, definierte Versorgungspfade) geschaffen und die Versorgungszahlen über 2 Jahre hinweg dokumentiert [17]. Die Ergebnisse dieser Dokumentationen werden hier unter Bezug auf folgende Fragestellungen dargestellt:

- ▶ Wie viele Patienten wurden von den Psychoonkologen betreut (Patienten pro Vollzeitstelle)?
- ▶ Wie lange dauerten die Gespräche im Durchschnitt?
- ▶ Wie viele Gespräche pro Patient wurden im Durchschnitt geführt?
- ▶ Wie viel Arbeitszeit wurde für direkte Patientenversorgung aufgewendet?
- ▶ Wie viel Arbeitszeit wurde für indirekte Patientenversorgung (Gespräche mit Ärzten und Pflegenden über die Patienten, Teamabsprachen) sowie für Verwaltungsaufgaben, Wegezeiten usw. aufgewendet?

## Methoden



### Design

Die hier präsentierten Daten wurden im Rahmen einer multi-zentrischen Implementierungsstudie gewonnen. Das Programm „Case Management Psychoonkologie“ (CMP) wurde im Jahr 2004 in 6 Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens implementiert und dabei wissenschaftlich begleitet [17], das zugrunde liegende Versorgungskonzept war von der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Herford entwickelt worden [18]. Die beteiligten Krankenhäuser wurden nach Absprache zwischen der CARINA Stiftung und der AOK Westfalen-Lippe zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Ausschlaggebende Kriterien waren eine hohe Zahl behandelter Patienten mit den Tumordiagnosen Mamma-, Ovarial-, Uterus-, Prostata-, Harnblasen-, Colon- oder Bronchial-Karzinom im Jahr 2002 sowie die Bereitschaft der Geschäftsführung zur Projektteilnahme und der damit verbundenen Anstellung Psychologischer Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation in Psychoonkologie. Folgende Krankenhäuser nahmen an dem Projekt teil: Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Franziskus Hospital Bielefeld, Klinikum Dortmund, Klinikum Herford und das St.-Johannes-Hospital Dortmund.

### Psychoonkologisch-Psychotherapeutische Versorgung

Als psychoonkologisch-psychotherapeutische Leistungen galten in dem Projekt die folgenden Interventionen von Psychologischen Psychotherapeuten (PPT):

- ▶ Kontakte mit Patienten und/oder Angehörigen („direkte“ Leistungen)
- ▶ Kontakte mit Ärzten, Pflegenden und anderen Krankenhausmitarbeitern bezüglich der psychosozialen Belange eines Patienten und/oder seiner Angehörigen sowie notwendige Vor- und Nachbereitungszeit für die direkten Patienten- und Angehörigengespräche, Dokumentation („indirekte“ Leistungen)

Diese Leistungen wurden in Form von Liaisondiensten erbracht. Zu beachten ist, dass im Rahmen des Projektes nur sogenannte

„Indexpatienten“ psychoonkologisch versorgt wurden. Als „Indexpatient“ definiert wurde ein erstmals onkologisch erkrankter (oder nach einem rezidivfreien Jahr wieder erkrankter) Patient mit oder ohne Metastasierung, mit einer der folgenden Tumordiagnosen: Mamma-, Ovarial-, Uterus-, Prostata-, Harnblasen-, Kolon-, oder Bronchialkarzinom.

Es wurde zunächst bei allen Indexpatienten ein Screening auf psychische Belastung anhand einer einfachen visuellen Analogskala (VAS) durchgeführt, ergänzt durch Einzelfragen zur Belastung der Angehörigen, Lebensqualität, Informationsbedarf, sozialen Unterstützung, Befürchtungen hinsichtlich beruflicher und finanzieller Probleme durch die Krankheit, schlechten Vorerfahrungen mit Krankenhäusern und Gesprächswunsch mit den Psychoonkologen. Der Bogen wurde von Ärzten oder Pflegenden ausgegeben und eingeholt und von den PPT in eine Datenbank eingegeben und ausgewertet. Bei einem Wert von  $\geq 5$  in der VAS wurde der Patient gebeten, die Hospital Anxiety and Depression Scale [19,20] auszufüllen. Bei einem HADS-Summenwert von  $\geq 14$  führten die PPT ein Anamnesegespräch und stellten die Indikation zur psychoonkologisch-psychotherapeutischen Versorgung. Die Patienten, die in der VAS einen Wert von  $\geq 5$  hatten, in der HADS aber  $< 14$  lagen, erhielten ein diagnostisches Gespräch und bis zu 3 psychoonkologische Gespräche und ein Hilfeplan wurde erstellt. Ein Hilfeplan, gefolgt von bis zu 3 psychoonkologischen Gesprächen, wurde auch erstellt bei VAS  $< 5$ , aber angegebenen Problemlagen und Bedürfnissen in den Einzelfragen des Screenings, z.B. „Ich rechne mit beruflichen oder finanziellen Problemen infolge meiner Erkrankung oder Behandlung“. Stellte sich im Laufe dieser 3 Gespräche heraus, dass die psychische Belastung doch sehr hoch war, konnte immer noch die Indikation zur psychoonkologisch-psychotherapeutischen Versorgung gestellt werden [18]. Bei Patienten, die im VAS  $< 5$  lagen und die keine besonderen Problemlagen oder Bedürfnisse benannt hatten, erfolgte eine psychosoziale Basisversorgung durch Ärzte und Pflegende, PPT konnten bei Krisen oder Veränderung der psychosozialen Belastungen aber jederzeit hinzugezogen werden. Eine ausführliche Darstellung der Indikationsstellung ist bei Jung [17] nachzulesen.

### Leistungsdokumentation und Datenerhebung

Die Versorgungsleistungen wurden von den PPT täglich in einer Access-Datenbank dokumentiert. Neben den Versorgungsleistungen wurden Wegezeiten und Zeitaufwand für administrative Aufgaben dokumentiert.

Es wurden alle von den PPT erbrachten Leistungen erfasst, die einem Patienten zugeordnet werden konnten, also keine Leistungen für eine Gruppe von Patienten, für Angehörige oder Krankenhausmitarbeiter. Von allen Patienten liegen schriftliche Einverständniserklärungen zur pseudonymisierten Auswertung der Dokumentation vor.

Die Leistungen wurden seit dem 1.7.2004 dokumentiert und die Daten, nach Etablierung des Dokumentationssystems und Schulung der Mitarbeiter, vom 1.1.2005 bis 31.12.2006 ausgewertet. Außerdem wurden mit allen Projektakteuren (Psychoonkologen, Ärzte, Pflegekräfte, Projektleiter, Krankenhausgeschäftsführer) problemzentrierte Leitfadenterviews geführt, um mögliche Probleme bezüglich Versorgungsstrukturen und multiprofessioneller Zusammenarbeit zu erfahren. Hier dargestellt sind Ergebnisse der Interviews mit den PPT.

### Auswertung

Häufigkeit und Dauer von direkten und indirekten Versorgungsleistungen wurden mittels deskriptiver Statistik ausgewertet. Die verwendete Software war SPSS, Version 15 [21].

Die Interviews wurden inhaltsanalytisch anhand des Interviewleitfadens ausgewertet.

### Ergebnisse

#### Versorgungsstruktur

Die beteiligten Krankenhäuser verfügten über 200 bis mehr als 1000 Betten, entsprechend unterschiedlich war die jeweilige Stellenausstattung für den psychoonkologischen Dienst (Tab. 1). Insgesamt waren 10 Personen für die psychoonkologische Versorgung eingestellt worden. Im Jahr 2005 standen insgesamt 7,65 Vollzeitstellen zur Verfügung, im Jahr 2006 6,9 (Tab. 2).

Die Psychoonkologen waren in den Krankenhäusern unterschiedlichen Abteilungen zugeordnet. Dienstvorgesetzte waren entweder die Chefarzte der Fachabteilungen (Gynäkologie, Urologie, Hämatologie/Onkologie, Strahlentherapie), der Kaufmännische Direktor oder der Leiter der Abteilung für Psychoonkologie.

#### Arbeitszeit für Patientenversorgung

Für das gesamte Projekt gab es 2005 und 2006 (an jeweils 222 Arbeitstagen) eine Gesamtarbeitszeitkapazität von 13076 Arbeitsstunden im Jahr 2005 bzw. 11788 im Jahr 2006 (Tab. 2). Patientenbezogene Arbeitszeit, d.h. direkte oder indirekte Versorgung, wurde in 41% bzw. 50% dieser Stunden erbracht (durchschnittlich 45,5%). Die restliche Arbeitszeit verteilte sich beispielsweise für das Jahr 2006 wie folgt:

- ▶ 50% dokumentierte patientenbezogene (direkte und indirekte) Arbeitszeit
- ▶ 16% Abwesenheit durch Krankheit und externe Fortbildung/Supervision sowie krankenhauserne Veranstaltungen und Qualitätszirkel

Tab. 1 Größe und Trägerschaft der beteiligten Krankenhäuser.

Krankenhaus	A	B	C	D	E	F
Bettenanzahl	> 1000	200–499	500–999	> 1000	500–999	200–499
Krankenhausträger	frei-gemeinnützig	frei-gemeinnützig	frei-gemeinnützig	öffentlich	öffentlich	frei-gemeinnützig
Anzahl beteiligter Standorte	2	1	1	2	1	1
Anzahl PPT (Stellenumfang)	2 (0,5+0,5)	1 (1,0 bzw. 0,5) <sup>1</sup>	2 (1,0+0,3)	2 (0,8+0,8)	2 (1,0+1,0)	1 (1,0)
beteiligte medizinische Abteilungen	Gynäkologie Urologie Chirurgie weitere	Gynäkologie Urologie weitere	Gynäkologie Chirurgie	Gynäkologie Urologie	Gynäkologie Urologie Chirurgie weitere	Urologie Chirurgie weitere

<sup>1</sup>) Stellenreduktion ab Juni 2005; PPT = Psychologische Psychotherapeuten

Tab. 2 Psychologische Arbeitszeitkapazität je Krankenhaus, Anteil der für die Patientenversorgung verfügbaren Zeit und der dokumentierten patientenbezogenen Versorgungszeit.

Krankenhaus	Stellenaussstattung	Arbeitszeit je Tag	Gesamtkapazität*	2005			2006				
				verfügbare Zeit <sup>#</sup>	% von Gesamtkapazität	patientenbezogene Zeit <sup>□</sup>	% von Gesamtkapazität	verfügbare Zeit <sup>#</sup>	% von Gesamtkapazität	patientenbezogene Zeit <sup>□</sup>	% von Gesamtkapazität
A	1,0	7,7	1709	1411	83%	715	42%	1250	73%	833	49%
B	2005: 0,75 2006: 0,5	5,8 3,9	1288 855	1080	84%	453	35%	714	84%	491	57%
C	1,3	10,0	2220	2067	93%	904	41%	2087	94%	1247	56%
D	1,6	12,0	2664	2150	81%	969	36%	2240	84%	1236	46%
E	2005: 2,0 2006: 1,5	15,4 11,6	3419 2564	2681	78%	1404	41%	2046	80%	1096	43%
F	1,0	7,7	1709	1617	95%	941	55%	1525	89%	963	56%
gesamt	2005: 7,65 2006: 6,9	58,9 53,1	13076 11788	11006	84%	5386	41%	9861	84%	5866	50%

Alle Zeitangaben in Stunden

\* potenziell mögliche Arbeitszeit an 222 Arbeitstagen pro Jahr

<sup>#</sup> verfügbare Zeit: Zeit, die für die Patientenversorgung zur Verfügung stand. Von der regulären Arbeitszeit wurden Zeiten abgezogen, in denen durch Krankheit, externe Fortbildung, krankenhaushinterne Veranstaltungen und Qualitätszirkel keine Patienten versorgt werden konnten

<sup>□</sup> patientenbezogene Versorgungszeit = direkte Zeit + indirekte Zeit

- Konsile und psychologische Versorgung nichtonkologischer Patienten
- Gespräche mit weiteren Patienten (Zimmernachbarn, hilflose Patienten auf dem Flur etc.)
- Dienstbesprechungen: Ärztekonzern, Tumorkonferenz (1x pro Woche 1 bis 1 ½ Stunden), Pflegeübergaben, Besprechungen mit Sozialdienst und Seelsorge, kollegialer Austausch, Ärztefrühbesprechung (täglich ¾ bis 1 Stunde)
- hausinterne Kontakte mit Gremien wie z.B. Ethikkommission
- Recherche und Lesen der medizinischen und psychoonkologischen Patientendaten zur Vorbereitung von Gesprächen
- Recherche von Telefonnummern, Versicherungsnummern, TNM-Tumorklassifikation
- hausinterne Dokumentation, z.B. OPS
- Formulare einholen und nachfragen, wenn diese nicht abgegeben wurden
- Nachkopieren von Formularen
- Zusammenstellen von Informationsmaterial für Patienten
- psychologischer Gesprächsbedarf von Kollegen
- Fortbildung für verschiedene Krankenhausmitarbeiter, Pflegenden und Ärzte
- Nachbesprechung der Qualitätszirkel (QZ) in den Teams
- eigene Vor- und Nachbereitung für QZ (ca. 6-8 Stunden / Monat) - u. a. Qualitätsbericht verstehen und anderen erklären
- Recherche nach psychoonkologischer Nachsorge, Pflege der Adressliste, Netzwerkbildung
- Kontakte zu medizinischen Nachsorgebehandlern, z.B. Reha-Kliniken
- Kontakt zu und Besuche bei Selbsthilfegruppen, Artikel für Selbsthilfe-Magazin
- Vorbereitung und Durchführung von Patientennachmittagen (ca. 3 Stunden / Monat)
- Präsenz bei Tagen der offenen Tür, Patientenseminaren, Infoständen etc.
- Teilnahme an hausinternen Veranstaltungen und Qualitätszirkeln, z.B. Weiterentwicklung Entlassungsmanagement, Zentrumszertifizierung.

Abb. 1 Tätigkeiten der PsychoonkologInnen, die nicht in den dokumentierten Versorgungszeiten berücksichtigt werden konnten.

- ▶ 34% undokumentierte Arbeitszeit für Patientengruppen, stations-, team- sowie mitarbeiterbezogene Zeit (Fortbildung/Supervision für Krankenhausmitarbeiter, Visiten, Übergabesprechungen und ggf. Tumorkonferenzen), Dokumentations- und Auswertungszeit

Von allen dokumentierten 20366 psychoonkologisch-psychotherapeutischen Leistungen (direkt und indirekt) waren 2476 (12%) ausschließlich indirekt, das heißt nur mit dem Behandlungsteam, und 5417 (26%) ausschließlich direkt, das heißt nur mit Patienten bzw. Angehörigen. Die restlichen Leistungen waren sowohl direkt als auch indirekt.

Weiterhin gaben die PPT weitere notwendige Tätigkeiten an, die in der Berechnung der Versorgungszeiten nicht ausreichend berücksichtigt werden konnten (◉ Abb. 1).

### Betreute Patienten pro Vollzeitstelle

In den Jahren 2005 und 2006 wurden in den 6 Krankenhäusern insgesamt 4947 Patienten psychoonkologisch versorgt (◉ Tab. 3). Durchschnittlich wurden im Jahr 2005 insgesamt 351 Patienten und 2006 insgesamt 436 Patienten mit einer Vollzeitstelle psychoonkologisch versorgt, im Durchschnitt also 393 pro Vollzeitstelle.

### Art, Häufigkeit und Dauer psychoonkologischer Leistungen

Die am häufigsten erbrachten Leistungen waren supportive Einzelgespräche (22% aller Leistungen) und Kurzkontakte von 10 min z.B. zur Terminvereinbarung (◉ Tab. 4).

Die mittlere Dauer der direkten Gespräche mit Patienten und Angehörigen lag bei 29 min. Der Anteil sehr kurzer (2-10 min) und kurzer (11-30 min) Gespräche lag bei insgesamt 66% (◉ Tab. 5, 6).

Die große Bedeutung dieser Kurzkontakte wurde in den Experteninterviews von den PPT hervorgehoben: „Zu den Kurzkontakten: Ein ganz großer Teil unserer Arbeit läuft auf dem Flur ab, im Aufenthaltsraum und dann, wenn man bei einem Patienten

**Tab. 3** Anzahl psychoonkologisch betreuter Patienten pro Vollzeitstelle.

Krankenhaus	Stellenumfang (in VK)	betreute Ptn		betreute Ptn je	
		2005	VK	2006	VK
A	0,5+0,5=1,0	374	374	421	421
B	2005: 1,0 ⇒ 0,5* = 0,75	290	387		
	2006: 0,5			201	402
C	1,0+0,3=1,3	682	525	805	619
	0,8+0,8=1,6	438	274	541	338
E	2005: 1,0+1,0=2,0	508	254		
	2006: 1,0+0,5=1,5			582	388
F	1,0	394	394	459	459
gesamt	2005: 7,7	2686	<b>351</b>		
	2006: 6,9			3009	<b>436</b>

\* am 06.06.2005 als halbe Stelle neu besetzt; PPT=Psychologische Psychotherapeuten; Ptn=Patienten; VK=Vollzeitäquivalent

Interventionsart	%	Dauer direkt in min 27	Dauer indirekt in min 11
1. Supportives Einzelgespräch	21,8	29	9
2. Kurzkontakt/Terminvereinbarung	15,4	11	9
3. Katamnesegespräch bzw. -telefonat	12,4	15	14
4. psychotherapeutische Intervention	11,9	45	11
5. Absprachen mit Behandlungsteam	10,7	–	15
6. Diagnostisches Gespräch	6,9	31	11
7. Anamnesegespräch	5,1	39	12
8. Paar- und Familiengespräch	4,2	34	11
9. Krisenintervention	2,8	36	13
10. Beratung/Kontaktvermittlung	2,3	20	10
11. Palliativbetreuung	1,9	26	10
12. Datenerhebung	1,2	–	24
13. Nachsorgeorganisation	0,8	23	13
14. Nachsorgegespräch	0,7	34	10
15. Psychoedukation	0,7	34	10
16. Symptomorientierte Verfahren	0,7	36	11
17. Sterbebegleitung	0,6	28	9

**Tab. 4** Interventionsarten aller dokumentierten psychoonkologischen Leistungen und dafür aufgewandte durchschnittliche direkte und indirekte Versorgungszeiten.

ist und der zweite hat auch noch ein Problem. Das dauert oft 5 min. Und ich schaffe es in den wenigsten Fällen, dies zu dokumentieren. Da ist der Dokumentationsaufwand zu hoch. Das ist schwer erfassbar, aber gehört unbedingt zur Liaisonarbeit. Diese Kontakte sind unverzichtbar, da wird Vertrauen aufgebaut und stabilisiert“.

Werden die indirekten Kontakte mit dem Behandlungsteam mit einbezogen, ergeben sich 4,1 psychoonkologische Leistungen je Patient. Der durchschnittliche Zeitaufwand je Patient betrug für direkte Gespräche 107 min und für zusätzliche indirekte Leistungen 37 min.

### Räumliche Situation

Für alle PPT bestand die Problematik, dass therapeutische Gespräche im Patientenzimmer selten störungsfrei und in der notwendigen Privatsphäre geführt werden konnten. Aus Mangel an geschützten Gesprächsräumen wurden häufig Patientenaufenthaltsräume oder -teeküchen auf der Station genutzt, und auf Schildern gebeten, das Gespräch nicht zu stören. In einem Krankenhaus stand ein von mehreren Abteilungen genutzter Schulungsraum für Patientengespräche zur Verfügung.

Teilten sich 2 PPT ein Arbeitszimmer und ggf. auch einen Computer, stellte dies einen erhöhten Aufwand für Absprachen (wer kann wann Patientengespräche im Psychologenzimmer oder auf Station führen bzw. den PC für die Dokumentation nutzen) dar.

### Interdisziplinäre Kooperation

In Interviews gaben die PPT an, an folgenden regelmäßigen Treffen mit Ärzten und Pflegenden teilzunehmen:

- ▶ KH-A: Standort (a): täglich auf den Stationen präsent, aber keine regelmäßigen Treffen; Standort (b): jeden Morgen auf den Stationen präsent, ein Mal pro Woche in Pflege-Übergabe, keine regelmäßigen Treffen mit Ärzten,
- ▶ KH-B: täglich auf allen Stationen präsent, ein Mal pro Woche in Ärzte-Mittagskonferenz, Tumorkonferenzen,
- ▶ KH-C: Gynäkologie: nahezu täglich in Pflege-Dienstbesprechung und in Ärzte-Frühkonferenz; Chirurgie: kein geregelter Austausch mit Pflegenden oder Ärzten,
- ▶ KH-D: Urologie: täglich in Pflege-Übergabe, selten in Ärzten-Konferenzen; Gynäkologie: manchmal in Pflege-Übergabe, häufiger Aufenthalt im Stationszimmer, meist zu Ärzte-Frühkonferenz, Tumorkonferenzen,
- ▶ KH-E: täglich auf den Stationen präsent, aber keine regelmäßigen Treffen,
- ▶ KH-F: täglich enger Kontakt mit Pflegenden, ein Mal pro Woche bei Chefarztvisite dabei, etwa ein Mal pro Monat *jour fixe* mit projektverantwortlichem Chefarzt.

Im gesamten Projektverlauf wurde von den PPT das Problem berichtet, den für alle Beteiligte passenden Rahmen für regelmäßige Fall- und Projektbesprechungen bei möglichst geringem Zeit-

Tab. 5 Dauer der Gespräche.

	gesamt	mit Frauen	mit Männern	Gyn	Chir	Uro	Innere	Hämato	Strahlen	amb.	sonst.°
Anzahl Gespräche	17 890	11 930	5 960	4024	1 921	2 485	1 277	826	1 816	3 903	1 638
mittlere Dauer in Minuten	28,5	28,4	28,7	29	29	33	31	27	25	26	30
<b>Dauer der Gespräche in %</b>											
2–10 min	23,8	25,8	20,0	21,9	16,6	11,3	11,4	29,2	31,5	36,7	24,0
11–30 min	41,8	41,1	43,1	44,0	50,1	37,9	50,5	39,5	45,2	35,4	38,1
31–45 min	18,4	15,8	23,6	18,0	20,5	35,7	24,4	16,5	12,5	7,7	18,9
46–60 min	11,3	11,8	10,3	12,2	9,5	13,6	11,0	10,8	5,4	12,3	12,9
>60 min	4,7	5,5	3,0	3,9	3,3	1,4	2,7	4,1	5,5	7,8	6,2

Gyn = Gynäkologie; Chir = Chirurgie; Uro = Urologie; Innere = Innere Medizin; Hämato = Hämatologie/Oncologie; Strahlen = Strahlentherapie/Oncologie; amb. = ambulant; sonst. = Sonstige

°zum Beispiel Tagesklinik, Krebsberatungsstelle, Palliativstation

Tab. 6 Anzahl von Gesprächen.

	gesamt	Geschlecht		Medizinische Abteilung			amb.	sonst.°
		Frauen	Männer	Innere	Hämato	Strahlen		
Anzahl Patienten	4 947	2 976	1 971	926	381	115	693	521
<b>Anzahl Gespräche je Patient in %</b>								
kein direkter Kontakt*	3,5	3,1	4,2	1,4	1,0	0,0	13,1	5,8
ein Gespräch	32,7	30,7	35,7	32,0	34,6	27,8	43,6	34,4
2–3 Gespräche	34,0	33,0	35,6	40,5	30,7	26,1	23,7	31,9
4–6 Gespräche	17,2	18,1	15,9	16,7	20,2	21,7	9,8	14,8
7–10 Gespräche	7,1	8,3	5,1	5,6	7,9	10,4	4,5	7,1
>10 Gespräche	5,5	6,8	3,6	3,8	5,5	13,9	5,3	6,1

\* ) für diese Patienten wurden nur indirekte Zeiten angegeben, z. B. für Absprachen mit dem Behandlungsteam über den Patienten. Gyn = Gynäkologie; Chir = Chirurgie; Uro = Urologie; Innere = Innere Medizin; Hämato = Hämatologie/Oncologie; Strahlen = Strahlentherapie/Oncologie; amb. = ambulant; Sonst. = sonstige

°zum Beispiel Tagesklinik, Krebsberatungsstelle, Palliativstation

aufwand zu finden. Dies drückt sich unter anderem in folgendem Interviewausschnitt aus: „Die Kommunikation gelingt in erster Linie über persönliche Präsenz. Schon allein deswegen ist es schwierig, mit einer halben Stelle 8 verschiedene Stationen zu versorgen. Dieses Eingebundensein in ein Team, das fällt sozusagen komplett weg. Und das ist eigentlich für psychosoziale Versorgung unerlässlich und ist dann ein hinderlicher Faktor. Kooperation gelingt immer am besten mit denselben Menschen. Das ist aber leider in der Realität nicht machbar wegen des Schichtdienstes, und auch je nach Klinik sehr schwierig, weil die Chirurgen z.B. immer im OP sind. Die stehen dann zur Verfügung, wenn ich keine übliche Arbeitszeit mehr habe. Es gab z.B. Versuche von mir, mit in die Visite zu gehen. Aber das hat sich als überhaupt nicht förderlich erwiesen, weil da ganz andere Themen im Vordergrund stehen, und die Patienten durch die Menge der Leute, die da auflaufen, sowieso schon so verunsichert sind. Übergaben habe ich auch ausprobiert. Das hat sich auch nicht als fruchtbar erwiesen. Es gibt ja keine ausgesprochen onkologische Station, wo alle Patienten wirklich onkologisch sind und besprochen werden, sondern ich sitze dann auf einer Station mit 28 Patienten und vielleicht 5 sind für die Psychoonkologie relevant. In den Tumorkonferenzen ist es insofern schwierig, dass die medizinischen Themen im Vordergrund stehen. Ich bekomme aber immer das Protokoll per Mail, sodass ich das verfolgen kann“.

Die Zusammenarbeit mit psychologischen Kollegen im eigenen Krankenhaus wurde als sehr unterstützend berichtet und umgekehrt das Fehlen eines weiteren Kollegen im Haus als belastend erlebt, da ein Austausch über die eigene psychologisch-therapeutische Arbeit im Sinne kollegialer Intervention als wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung angesehen wurde.

Eine besondere Problematik zeigte sich dann, wenn bei Abwesenheit eines PPT die psychoonkologische Basisversorgung allein durch Ärzte und Pflegenden zu leisten war. Das Screening war dann oft lückenhaft organisiert und die Patienten wurden eher sporadisch oder gar nicht über psychoonkologische Unterstützungsangebote informiert.

## Diskussion

Die psychosozialen Belange von (nicht nur onkologischen) Patienten erhielten bundesweit unter anderem durch das Gutachten 2000/2001 des „Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ und dessen Bericht zur Über-, Unter- und Fehlversorgung eine höhere gesundheitspolitische Aufmerksamkeit. Darin heißt es im Band III, Punkt 318 [1], eine Unterversorgung mit psychoonkologischer Beratung und Betreuung bestehe insbesondere bei der Akutbehandlung und ambulanten Nachsorge. Ziel des Projektes war es, die Versorgungsrealität im Rahmen eines psychoonkologischen Versorgungsprogramms [18] abzubilden, das heißt die geleisteten Versorgungsleistungen zu dokumentieren.

Das Hauptergebnis der hier dargestellten Analysen ist, dass mit einer Vollzeitstelle durchschnittlich 393 Patienten psychoonkologisch versorgt werden können, wenn – wie im Falle des Projektes – das Screening auf psychische Belastungen durch andere Berufsgruppen unterstützt wird [22].

Bislang existieren nur wenige vergleichbare Dokumentationen. Am Klinikum Kreis Herford wurden im Jahr 2003 insgesamt 789 Patienten mit 2402 dokumentierten Gesprächen psychoonkologisch betreut [23]. Weiterhin erhielten 44 Angehörige 93 Gespräche. Diese Arbeit wurde von 3 in Vollzeit tätigen Psychologi-

schen Psychotherapeuten geleistet [23], das heißt dass im Durchschnitt ein Therapeut mit Vollzeitstelle 263 Patienten pro Jahr betreute.

In 2 Krankenhäusern im Land Brandenburg [24] wurden vom 1. Januar 2001 bis 31. Oktober 2004 (46 Monate) insgesamt 1711 Patienten (Standort A: 690, Standort B: 1021) von 2 Psychoonkologinnen in Teilzeit am Standort A und einer Vollzeit tätigen Psychoonkologin am Standort B in insgesamt 6305 Gesprächen betreut. Weiterhin wurden 299 Angehörige (Standort A: 78, Standort B: 221) unterstützt. Pro Vollzeitstelle und Jahr wurden in dieser Studie 213 Patienten betreut.

Damit liegen die in unserer Studie erreichten Versorgungszahlen über den bisher berichteten Daten. Eine mögliche Erklärung für diesen Unterschied ist, dass die Erhebung des Versorgungsbedarfs (Screening) im CMP-Projekt durch die Ärzte und Pflegenden mit unterstützt wurde, vermutlich wurde dies in anderen Krankenhäusern ausschließlich durch die Psychoonkologen geleistet. Eine andere Erklärung wäre, dass durch die strukturierten Patientenpfade, die das CMP-Projekt vorschrieb, Verfahrensabläufe routinierter wurden und dadurch mehr Patienten versorgt werden konnten. Diese Vermutung wird durch die Tatsache gestützt, dass im zweiten Erhebungsjahr mehr Patienten versorgt wurden als im ersten Jahr.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass hier nur die Zahl der versorgten Patienten verglichen werden kann. Unbekannt ist, ob die Qualität der Versorgung in den Studien vergleichbar ist und ob beispielsweise eine hohe Quantität von Versorgung mit einer geringeren Qualität einhergeht. Wir vermuten, dass – bis zu einem gewissen Grad – höhere Quantität mit einer höheren Qualität gekoppelt ist (z.B. Erfahrung und Spezialisierung der Therapeuten nehmen zu, Verfahrensabläufe lassen sich effizienter und besser klären usw.), dass aber ab einem bestimmten Punkt eine höhere Quantität mit Qualitätseinbußen erkaufte wird (z.B. weil Versorgungskapazität rationiert werden muss). Dies sind aber nur Vermutungen, die in Folgestudien überprüft werden müssten.

Zu berücksichtigen ist ferner unbedingt, dass im CMP-Projekt nur sogenannte Index-Patienten psychoonkologisch versorgt wurden. Zu vermuten ist, dass eine solche Einschränkung in anderen Häusern nicht vorgenommen wurde.

Auch die Organisationsform der Psychoonkologie beeinflusst die Qualität der psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten. In der Regel werden heute – meist aufgrund finanzieller Überlegungen – in den Krankenhäusern Konsildienste etabliert, um psychoonkologische Versorgung zu gewährleisten. Liaisondienste bieten demgegenüber eine bessere Personalkonstanz innerhalb der Station und engere Absprachemöglichkeiten mit dem onkologischen Team. Mögliche Nachteile können sein, dass Patienten nicht „über Stationsgrenzen hinaus“ versorgt werden können. Direkte Vergleiche beider Versorgungsformen im Rahmen von Studien sind bisher jedoch kaum erfolgt, sodass sich schwer sagen lässt, welche von ihnen besser zur Patientenversorgung geeignet ist.

In unserer Erhebung zeigte sich: Werden Patienten aus mehreren Abteilungen von einer psychoonkologischen Fachkraft betreut, steigt der Aufwand für Kommunikation und Arbeitsorganisation – die PPT im Rahmen des hier vorgestellten Projektes hatten auch umfangreiche organisatorische Aufgaben zu erfüllen, die die Kapazität für die psychoonkologische Versorgung einschränkten. Nur 45,5% der Gesamtarbeitszeit stand für patientenbezogene Arbeit (das heißt Gespräche mit oder über einzelne Patienten) zur Verfügung. Zu bedenken ist ferner, dass – im Ge-



gensatz zu dem hier dargestellten Modell des Liaisondienstes – im Konsildienst, der in den meisten Häusern etabliert ist, mehr Wegezeiten anfallen. Wenn die Patienten auf mehrere Stationen verteilt sind, nehmen die Wegezeiten zu, sodass davon ausgegangen werden muss, dass weniger Patienten pro Vollzeitstelle versorgt werden können. Dies wäre in einer weiteren Studie zu prüfen.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine gesicherte kontinuierliche psychologische Versorgung ist eine Vertretungsregelung für Urlaubs- und Krankheitszeiten. Eine solche Regelung setzt voraus, dass es mehr als eine Psychoonkologenstelle gibt und dass im Falle der Vertretungsnotwendigkeit klar geregelt ist, wer diese übernimmt. Wir haben in unserer Studie gesehen, dass es, wenn eine solche Vertretung nicht vorgesehen ist, zu erheblichen Problemen in der psychoonkologischen Versorgung kommt.

Als wesentliche materielle Ressource für die psychoonkologische Versorgung gilt ein für Patienten und ihre Angehörigen gut erreichbarer und insbesondere für die Liaisonbetreuung nah an der medizinischen Abteilung gelegener Arbeits- und Gesprächsraum für die PPT. Für jeden Psychoonkologen sollte zumindest ein eigener Raum für Patientengespräche zur Verfügung stehen sowie ein eigener PC für die Dokumentation der erbrachten Leistungen. Zusätzlich ist ein ruhiges Zimmer für Gespräche auf der Station wichtig, um zum Beispiel das Patientenzimmer für Gespräche mit Angehörigen verlassen oder Patienten während oder nach einer Chemotherapie psychologisch betreuen zu können.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis unserer Studie ist, dass viele psychoonkologische Leistungen relativ kurz waren, was bei der Festlegung von Kennzahlen für Zertifizierungen und bei der Formulierung von OPS-Codes berücksichtigt werden müsste. Die häufigste Interventionsart im CMP-Projekt waren zu 22% supportive Einzelgespräche mit einer durchschnittlichen Dauer von 29 min. Zudem gab es viele Kurzkontakte mit einer Dauer von etwa 10 min. Diese Daten spiegeln den Versorgungsalltag im Krankenhaus wider, der sich vom Psychotherapie-Setting im niedergelassenen Bereich unterscheidet. So hatten nur 12% der psychoonkologischen Leistungen eine Dauer von 45 min, was in etwa einer Psychotherapiesitzung in der Praxis eines niedergelassenen Therapeuten entspricht. 11% der Leistungen waren Absprachen mit dem ärztlichen und pflegerischen Behandlungsteam.

Im Gegensatz zum ambulanten Psychotherapie-Setting ist die Finanzierung psychoonkologischer Leistungen im stationären Bereich noch nicht zufriedenstellend geregelt [25]. Trotz der jährlichen Weiterentwicklung der psychosozialen Einzel- und Komplexziffern im OPS-Katalog sind krankenhaustypische psychoonkologische Leistungen wie zum Beispiel Kurzkontakte, Katamnesegespräche und Absprachen mit dem Behandlungsteam kaum oder gar nicht kodierbar. Zudem können Infrastrukturkosten der Psychoonkologie (Räume, IT-Ausstattung usw.) in den bestehenden fallbezogenen Kalkulationen nicht berücksichtigt werden [26].

Es bleibt auch weiterhin schwierig, die an Krankenhäusern erbrachten ambulanten psychoonkologischen Leistungen vergütet zu bekommen. Die bundesdeutsche Gesetzgebung gestattet seit Januar 2004 die ‚Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung‘ (§ 116a SGB V) und die ‚Ambulante Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen im Krankenhaus‘ (§ 116b SGB V). Mit diesen gesetzlichen Vorgaben könnte die nahtlose ambulante psychoonkologische

Versorgung durch ein Krankenhaus gewährleistet und finanziert werden, der Vollzug durch die Verwaltungsträger verlief in den einzelnen Bundesländern und Regierungsbezirken jedoch sehr unterschiedlich [27, 28]. Im Rahmen des CMP-Projektes wurden die Kosten für die PPT-Stellen durch die beteiligten Krankenhäuser getragen.

Neben der Finanzierung psychoonkologischer Leistungen ist auch die strukturelle Angliederung psychoonkologischer Dienste bisher noch nicht einheitlich geregelt. Die Ergebnisse der Interviews mit den PPT legen nahe, dass für die zukünftige Planung psychoonkologischer Versorgung eine zentrumsbezogene Zuordnung der Stellen – im Gegensatz zur Zuordnung zu einzelnen Kliniken – sinnvoll sein könnte. Dadurch könnten Patienten durchgängig von einer Person während des gesamten Krankheitsverlaufs versorgt und personale Kontinuität gewährleistet werden. Auch die Patientenbedürfnisse an den Schnittstellen zwischen Berufen, Funktionen und Abteilungen können so besser berücksichtigt werden. Entstehende Synergieeffekte stünden jedoch dem erhöhten Absprachenaufwand mit verschiedenen Kliniken gegenüber. Können die Psychoonkologen die Patienten kontinuierlich über verschiedene Versorgungssettings und -sektoren hinweg betreuen, so die Erfahrung aus dem Projekt, werden Behandlungsabbrüche reduziert.

Diese Studie war eine der ersten in Deutschland, die an mehreren Häusern ein psychoonkologisches Versorgungsmodell implementierte und psychoonkologisch-psychotherapeutische Leistungen systematisch und umfänglich dokumentierte. Es gibt aber auch einige Limitationen, die die Aussagekraft bzw. Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Studie einschränken und die hier noch einmal explizit benannt werden sollen: Erstens wurden in dem Versorgungsmodell nur sogenannte Indexpatienten berücksichtigt. Indexpatienten waren Patienten beim ersten Auftreten der Erkrankung (sei es als Primärfall oder im bereits metastasierten Stadium) bzw. bei Rezidiven nach einjähriger Rezidivfreiheit. Indexpatienten waren auch nur jene mit einer malignen Erkrankung der Brust, der Eierstöcke, des Uterus, der Prostata, der Harnblase, des Darms und der Lunge. Das heißt, dass es hier möglicherweise zu Selektionseffekten gekommen ist. Dies wäre besonders dann relevant, wenn Versorgungszahlen bei Patienten mit anderen Tumorerkrankungen (z. B. der Leber, des Pankreas, der Schilddrüse usw.) anders ausfallen würden. Es ist nicht unbedingt naheliegend, dass die Tumorentität mit Versorgungsdaten (Gesprächsdauer oder -häufigkeit, Wegezeiten, Teamabsprachen usw.) zusammenhängt, es kann aber auch nicht ausgeschlossen werden und sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Zweitens wurde nur ein Versorgungsmodell in den Häusern angewandt. Dies führte zu einer weitgehend einheitlichen Vorgehensweise in den verschiedenen Kliniken. Einerseits sind dadurch die Versorgungszahlen gut zusammenzuführen und gemeinsam auszuwerten, andererseits wäre es auch interessant gewesen, verschiedene Versorgungsmodelle miteinander zu vergleichen.

Drittens wurde in der vorliegenden Analyse vorrangig die Quantität der Versorgung dokumentiert, weniger umfangreich die Qualität derselben. Durch die Vorgaben des CMP-Projektes wurden allerdings Kriterien für Struktur- und Prozessqualität in den Häusern festgelegt (z. B. Qualifikation der PsychoonkologInnen, Patientenpfade). Regelmässig gab es auch im Rahmen des Projektes eine Katamnese zur Überprüfung der Ergebnisqualität, mit einer Wiederholung der Fragebögen und einem Nachsorgegespräch mit Empfehlungen für die ambulante Weiterbehand-

lung. Die Ergebnisse dieser Verlaufsdaten sind nachzulesen bei Kost et al. [29].

Das Projekt wurde gefördert durch die Carina Stiftung (CMP Projekt 2004–2006).

### Fazit für die Praxis

Mit einer Vollzeitstelle konnten durchschnittlich 393 Krebspatienten psychoonkologisch versorgt werden. Die Versorgungszahlen stiegen im Zeitverlauf von 2 Jahren. Die psychoonkologischen Interventionen waren typischerweise eher kurz (10 bis 30 min), was bei der Dokumentation und bei der Festlegung von Kennzahlen beachtet werden sollte. Etwa die Hälfte der Arbeitszeit wurde für indirekte, nicht direkt patientenbezogene Aufgaben (Dokumentation, Absprachen, Wege, Organisation usw.) aufgewandt. Damit im Falle von Krankheit oder Urlaub die Kontinuität der Versorgung gewährleistet werden kann, sollten möglichst mehrere Therapeuten an einer Versorgungseinrichtung zur Verfügung stehen.

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

### Literatur

- 1 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Berlin: Nomos; 2001
- 2 Weis J. Bedarf an psychosozialer Versorgung von Tumorpatienten. Theoretische Aspekte zum Begriff des Bedarfs und die Problematik der Bedarfsplanung. In: Koch U, Potreck-Rose F, Hrsg. Krebsrehabilitation und Psychoonkologie. Berlin: Springer; 1990; 113–123
- 3 Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H 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 Oncology* 2011; 12: 160–174
- 4 Muthny FA, Faller H, Küchenmeister U et al. Psychoonkologie: Bedarf, Maßnahmen und Wirkungen am Beispiel des ‚Herforder Modells‘. Lengerich: Pabst Science Publishers; 1998
- 5 Thomas W, Köhle K. Psychosozialer Liaisondienst in internistisch-onkologischen Akutkliniken – Bedarf, Inanspruchnahme, Kosten. In: Koch U, Weis J, Hrsg. Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Stuttgart: Schattauer; 1998; 184–193
- 6 Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. *Ann Oncol* 2010; 21: 925–930
- 7 Vehling S, Koch U, Ladehoff N et al. Prävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebs: Systematischer Literaturreview und Metaanalyse. *Psychother Psychosom Med Psychol* 62: 249–258
- 8 Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 2008; 64: 383–391
- 9 Faller H, Olshausen B, Flentje M. Emotional distress and needs for psychosocial support among breast cancer patients at start of radiotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003; 53: 229–235
- 10 Singer S, Götze H, Möbius C et al. Quality of Care and Emotional Support from the Inpatient Cancer Patient's Perspective. *Langenbecks Arch Surg* 2009; 394: 723–731
- 11 Kesting S, Kohlmann M, von Kries A et al. Tätigkeitsbericht. Psychoonkologischer Dienst (POD) an der HSK Wiesbaden für die Jahre 2003, 2004, 2005. Wiesbaden: 2006
- 12 Singer S, Hohlfeld S, Müller-Briel D et al. Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten – Versorgungsdichte und -bedarf. *Psychotherapeut* 2011; 56: 386–393
- 13 Singer S, Dieng S, Wesselmann S. Psycho-oncological care in certified cancer centres – a nationwide analysis in Germany. *Psychooncology* 2013, doi:10.1002/pon.3145
- 14 Söllner W, DeVries A, Steixner E et al. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer* 2001; 84: 179–185
- 15 Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C et al. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Annals of Oncology* 2004; 15: 1243–1249
- 16 Singer S, Brown A, Eimenkel J et al. Identifying Tumor Patients' Depression. *Support Care Cancer* 2011; 19: 1697–1703
- 17 Jung S. Die Implementierung von Versorgungsinnovationen in Krankenhäusern: Theoretische Betrachtungen und Ergebnisse der Implementierungsstudie zum Case Management Psychoonkologie. 2004 bis 2006. Berlin: Winter Industries; 2011
- 18 Kusch M, Labouvie H, Hein-Nau B. Klinische Psychoonkologie. Heidelberg: Springer; 2013
- 19 Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–370
- 20 Herrmann C, Buss U, Snaith RP. HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale. Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Bern: Huber; 1995
- 21 SPSS Inc. SPSS 15.0. Chicago Ill: SPSS Inc.; 2006
- 22 Zemlin C, Herrmann-Lingen C, Wiegand K et al. Implementierung eines EDV- und Screening-gestützten psychoonkologischen Versorgungspfades. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2011; 71: 853–861
- 23 Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford. Jahresbericht 2003. Herford: Verfügbar unter [www.igv-bochum.de/fileadmin/user\\_upload/Jahresberichte/Jahresbericht2003.pdf](http://www.igv-bochum.de/fileadmin/user_upload/Jahresberichte/Jahresbericht2003.pdf) 2004
- 24 Thielking-Wagner G. Psychoonkologie und Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus. Ergebnisse einer Evaluationsstudie im Land Brandenburg. Berlin: Dissertation, Technische Universität Berlin; 2006
- 25 Weis J, Blettner G, Schwarz R. Psychoonkologische Versorgung in Deutschland: Qualität und Quantität. *Z Psychosom Med Psychother* 2000; 46: 4–17
- 26 Ostermann H, Krych M. Dokumentation und Codierung psychoonkologischer Leistungen. In: Dorf Müller M, Dietzfelbinger H, Hrsg. Psychoonkologie. Diagnostik – Methoden – Therapieverfahren. München: Elsevier; 2009; 349–351
- 27 Ärztekammer Nordrhein. 116 b: Halbzeitbilanz eines umstrittenen Paragraphen. Verfügbar unter <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=8896> 2011
- 28 Thiele KP. § 116b SGB V: Erste Erfahrungen mit der Umsetzung der Richtlinie in NRW. Verfügbar unter [http://www.mdk-bayern.de/clients/mdk\\_bayern/webcms/CMS2Content.nsf/res/091029\\_Thiele\\_%C2%A7%20116b%20Erste%20Erfahrungen%20mit%20der%20Umsetzung.pdf/\\$FILE/091029\\_Thiele\\_%C2%A7%20116b%20Erste%20Erfahrungen%20mit%20der%20Umsetzung.pdf](http://www.mdk-bayern.de/clients/mdk_bayern/webcms/CMS2Content.nsf/res/091029_Thiele_%C2%A7%20116b%20Erste%20Erfahrungen%20mit%20der%20Umsetzung.pdf/$FILE/091029_Thiele_%C2%A7%20116b%20Erste%20Erfahrungen%20mit%20der%20Umsetzung.pdf) 2009
- 29 Kost C, Labouvie H, Kosfelder J et al. Veränderung der psychischen Belastung von Krebspatienten im Rahmen einer strukturierten psychoonkologischen Versorgung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009; 59: 432–439