

Psychoonkologie in Österreich

Band 1

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Psychoonkologie in Österreich

Österreichweite Bestandsaufnahme des psychoonkologischen Versorgungsangebots
Band 1

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autor:

Barbara Schleicher
Karin Eglau
Julian Strizek

Unter Mitarbeit von:

Thomas Kramar
Anja Laschkolnig

Fachliche Begleitung:

durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Magdalena Arrouas

Projektassistenz:

Verena Paschek

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen / des Autors und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Oktober 2018

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Eglau, Karin; Schleicher, Barbara; Strizek, Julian (2018): Psychoonkologie in Österreich. Österreichweite Bestandsaufnahme des psychoonkologischen Versorgungsangebots. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/2/4707

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund und Aufgabenstellung

Eine Krebserkrankung und deren Behandlung stellt für Patientinnen/Patienten und Angehörige eine außergewöhnliche Belastung in somatischer, psychischer und sozialer Hinsicht dar. Ein hoher Prozentsatz dieser Personen entwickelt sogar im Verlauf der Erkrankung eine behandlungsbedürftige psychische Störung, sehr viele leiden unter Belastungen wie Ängsten, depressiven Reaktionen, Selbstwertproblemen, Überforderung, sozialen Problemen etc. Diese klinischen und subklinischen Symptome können in der akuten Behandlungs- und/oder Nachsorgephase auftreten. Dieser psychoonkologische Behandlungsbedarf wird allerdings nicht immer erkannt. Daher ist davon auszugehen, dass zwischen der Prävalenz von Belastungsreaktionen bei onkologischen Patientinnen und Patienten und der Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten eine große Diskrepanz besteht.

Das nationale Krebsrahmenprogramm enthält das Ziel, für „alle Personen mit der Diagnose Krebs, deren Angehörige sowie für spezielle Personengruppen mit einem definierten erhöhtem Krebsrisiko ein psychoonkologisches Betreuungsangebot sicherzustellen“. Angesichts der lückenhaften Datenlage hat der Onkologiebeirat eine Bestandserhebung zur psychoonkologischen Versorgung in Österreich empfohlen. Mit der Durchführung wurde vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) beauftragt.

Methode

Zu Projektbeginn wurden eine Literaturanalyse und eine Analyse von Sekundärdaten durchgeführt. Die Primärdatenerhebung fand im Zeitraum Juni bis November 2017 statt:

- » Befragung von Akutkrankenhäusern (n = 92; Rücklaufquote: 64 %) und Rehabilitationszentren (n = 12; Rücklaufquote: 83 %) zu Strukturmerkmalen der psychoonkologischen Versorgung
- » Befragung der einschlägigen Fachgesellschaften (n = 3) nach Organisation, Inhalt und Methodik der psychoonkologischen Lehrgänge (Rücklaufquote: 100 %)
- » Erhebung unter den Absolventinnen/ Absolventen der angebotenen Qualifizierungslehrgänge zu strukturellen Merkmalen und eigenen Arbeitserfahrungen (n = 413; Rücklaufquote: 39 %)

Ergebnisse

Psychoonkologische Versorgung umfasst eine Reihe von Interventionen für Krebspatientinnen und -patienten und deren Angehörige, u. a. Information, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und unterstützende Begleitung. Diese Leistungen werden von unterschiedlichen Berufsgruppen zu verschiedenen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Versorgungssettings angeboten. Für Krebserkrankte mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder zusätzlich bestehenden

psychischen Störungen besteht die psychoonkologische Versorgung aus Diagnostik, Krisenintervention und psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.

- » 468 Gesundheitsfachkräfte aus Medizin, Psychologie, Pflege, Pädagogik, Sozialarbeit, Theologie etc. mit onkologischer Praxiserfahrungen haben in den letzten 20 Jahren einen psychoonkologischen Lehrgang einer entsprechenden Fachgesellschaft absolviert. Der Frauenanteil unter den Absolventinnen ist hoch (85 %). PSY-Berufe stellen mit 46 Prozent die größte Absolventen-Berufsgruppe, gefolgt von den medizinischen (31 %) und den pflegerischen Berufen (14 %).
- » 72 Prozent der befragten Absolventinnen und Absolventen sind älter als 40 Jahre, der Anteil jüngerer Psychoonkologinnen/-onkologen ist eher gering. Nur 43 Prozent sind in einer Versorgungseinrichtung vollzeitbeschäftigt, während mehr als die Hälfte einer Teilzeitbeschäftigung in Kombination mit einer selbstständigen Tätigkeit nachgeht. Mehrheitlich sind die Befragten in Krankenhäusern und Rehabilitationszentren tätig. Nur 23 Prozent von diesen sind allerdings ausschließlich für die Versorgung von Krebspatientinnen/-patienten zuständig.
- » Die befragten Psychoonkologinnen/-onkologen beobachten, dass die Nutzung des psychoonkologischen Versorgungsangebotes sehr stark nach soziodemografischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsgrad, kulturellem Hintergrund etc. variiert.
- » Den rückmeldenden Akutkrankenhäusern zufolge nehmen rund ein Drittel der Patientinnen und Patienten psychoonkologische Leistungen in Anspruch. Die am meisten verbreitete Organisationsform ist der Konsiliardienst. Das psychoonkologisch tätige Personal setzt sich mehrheitlich aus PSY-Berufen, gefolgt von medizinischen und pflegerischen Berufen sowie Sozialarbeit und Seelsorge zusammen. Rückmeldungen zufolge sind Personal- und Zeiteresourcen für die psychoonkologische Versorgung im Akutkrankenhaus knapp bemessen.
- » In den befragten onkologischen Rehabilitationszentren sind eigenen Angaben zufolge rd. 50 Mitarbeiter/innen in unterschiedlichen psychosozialen und psychoonkologischen Tätigkeitsfeldern beschäftigt, wobei mit einem VZÄ von 33,7 eine hohe Teilzeitbeschäftigungsquote vorliegt. Anzumerken ist auch, dass nur 54 Prozent eine abgeschlossene oder laufende fachspezifische Qualifikation aufweisen.

Schlussfolgerungen

Dieser Bericht zeigt, dass Psychoonkologie in Österreich zwar auf ein fachlich-wissenschaftliches Fundament aufbauen kann und generell strukturell verankert ist, aber noch einige Problemfelder aufweist: Bezüglich Personalausstattung, Behandlungskonzepten der einzelnen Versorgungssettings, Niederschwelligkeit der Angebote, Vernetzung der Versorgungssettings, Dokumentation und Supervision besteht durchaus Verbesserungsbedarf.

Schlüsselwörter

Onkologie; Psychoonkologie; Komorbidität; Versorgungssettings; Qualifizierung; Standards

Summary

Background and Subject

Cancer diseases and their treatments represent an extraordinary burden for patients and their relatives in somatic, psychological and social terms. A high percentage of patients develop a clinically significant mental disorder during the course of the disease and a large number of patients suffer from psychosocial stress such as fears, depressive reactions, problems with self-esteem, social problems, etc., which can be overwhelming. These clinical and subclinical symptoms can occur during acute treatment and/or in the aftercare period. However, the need for psycho-oncological treatment is not always recognized. Therefore, a large discrepancy exists between the prevalence of stress reactions in oncological patients and the use of care services.

The National Cancer Framework Programme aims to provide psycho-oncological care for all cancer patients, their relatives, and for target groups with a high risk of cancer. Given the poor data situation, the Oncology Advisory Council recommended a survey on psycho-oncological health-care in Austria, which to perform Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) was commissioned by the Ministry for Labour, Social Affairs, Health and Consumer's Protection (BMASGK).

Methods

First, literature and secondary data analyses were carried out. Then a three-level survey was conducted between June and November 2017:

- » Providers for medical care and rehabilitation: Questionnaire on structural characteristics of psycho-oncological care. Acute care hospitals (n = 92; response rate: 64 %) and rehabilitation centers (n = 12; response rate: 83 %).
- » Professional medical associations: Questionnaire on organization, content and methodology of psycho-oncology training courses. Relevant professional associations (n = 3; response rate: 100 %)
- » Training course graduates: Questionnaires on structural characteristics of psycho-oncological care and their own work experiences (n = 413; response rate: 39 %)

Results

Psycho-oncological care comprises a series of interventions for cancer patients and their relatives, including information, counselling, psychoeducation, crisis intervention and support. These services are provided by a variety of occupational groups in different treatment stages and

care settings. Psycho-oncological care consists of diagnostics, crisis intervention and psychological/psychotherapeutic treatment for cancer patients with severe psychological impairments or additional mental disorders.

- » In the last 20 years, 468 health professionals from medicine, psychology, nursing, pedagogy, social work, theology, etc. with practical experience in oncology, completed a professional training in psycho-oncology which was held by a leading professional association. The proportion of women graduates is high (85 %). PSY professions represent the largest group of graduates with 46 percent, followed by the medical (31%) and nursing professions (14 %).
- » 72 percent of the interviewed graduates are older than 40 years of age and the proportion of younger psycho-oncologists is rather low. Only 43 percent are full-time employees in a health care institution, while more than half of them only work part-time in combination with additional freelance jobs. The majority of respondents work in hospitals and rehabilitation centres. However, only 23 percent are exclusively responsible for cancer patients.
- » The interviewed psycho-oncologists observed that psycho-oncological service use varies greatly depending on socio-demographic factors such as gender, age, marital status, educational background, cultural background, etc.
- » According to the acute care hospital providers, around one-third of the patients use psycho-oncologic services. Consultation-/liaison services, which can be contacted on demand, are used most frequently. The psycho-oncology staff mainly consists of PSY professionals, followed by medical and nursing professionals, as well as social workers, and pastoral workers. Hospital providers report that limited personnel and time resources for psycho-oncological care is a problem in the acute care hospital setting.
- » The participating providers of oncological rehabilitation centres reported that 50 employees work in different psychosocial and psycho-oncological fields of activity, whereby a high part-time employment rate exists (33.7 full-time equivalents). Only 54 percent of these employees had completed or were attending specialist qualification trainings at the time of the survey.

Conclusions

This report shows, that the scientifically grounded field of psycho-oncology is structurally anchored in the health care system in Austria. The following problem areas were identified: There is considerable room for improvement in terms of personnel resources, treatment concepts for the individual care settings, low-threshold offers, care-setting networks, documentation and supervision.

Keywords

Oncology; Psycho-oncology; Comorbidity; Care settings; Qualification; Standards

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Abbildungen.....	IX
Tabellen	XII
Abkürzungen.....	XIII
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund der Bestandsaufnahme	1
1.2 Auftrag und Ziel.....	3
1.3 Definition der Psychoonkologie	4
2 Methodisches Vorgehen.....	5
2.1 Literaturrecherche.....	5
2.2 Sekundäranalyse bestehender Datenquellen	5
2.3 Primärerhebung von Daten in verschiedenen Settings	6
3 Krebs in Österreich	10
3.1 Epidemiologie bösartiger Neubildungen	10
3.1.1 Neuerkrankungen und Sterblichkeit.....	10
3.1.2 Todesfälle.....	12
3.1.3 Überlebensrate und Prävalenz	14
3.2 Epidemiologie psychischer Belastungen und Komorbiditäten	16
3.2.1 Psychosoziale Belastungen und Funktionsstörungen.....	16
3.2.2 Psychische Störungen nach ICD-10-Klassifikation	18
4 Psychoonkologie als Unterstützung für Patienten/Patientinnen und Angehörige	20
4.1 Psychoonkologischer Behandlungsbedarf	20
4.2 Spektrum psychoonkologischer Intervention	22
4.2.1 Psychoonkologische Diagnostik.....	24
4.2.2 Psychoonkologische Interventionen und Wirksamkeiten	25
5 Unterschiedliche psychoonkologische Betreuungssettings	31
6 Psychoonkologische Versorgung in Akutkrankenanstalten.....	35
6.1 Daten und Fakten zur onkologischen Versorgung in Akutkrankenanstalten.....	35
6.2 Erhebungsdaten der Akutkrankenanstalten	38
6.2.1 Patientengruppen.....	39
6.2.2 Organisationsstrukturen.....	40
6.3 Psychosoziale und psychoonkologische Berufsgruppen	44
6.3.1 Personalstruktur.....	44
6.3.2 Interkulturelle Kompetenz	45
6.3.3 Qualifikationen	46
6.4 Herausforderungen und Optimierungspotenziale.....	48
7 Psychoonkologische Versorgung in Rehabilitationszentren	50

7.1	Daten und Fakten zur onkologischen Rehabilitation.....	50
7.2	Erhebungsdaten der Rehabilitationszentren.....	53
	7.2.1 Leistungsspektrum und Interventionen.....	53
	7.2.2 Kooperationen	55
	7.2.3 Patientenmerkmale	56
	7.2.4 Berufsgruppen	56
	7.2.5 Qualifikation	58
7.3	Herausforderungen und Optimierungspotenziale.....	59
8	Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie.....	61
8.1	Rolle und Bedeutung psychoonkologischer Fachgesellschaften	61
8.2	Anforderungen an Aus- und Weiterbildung	63
	8.2.1 Lernziele und Inhalte.....	63
	8.2.2 Heterogene Zielgruppe.....	64
	8.2.3 Rahmenbedingungen	66
8.3	Herausforderungen und Optimierungspotenziale.....	68
9	Befragung von Absolventinnen und Absolventen psychoonkologischer Fachlehrgänge in Österreich	69
9.1	Ausbildung, Quellberufe, Geschlecht und Alter.....	69
9.2	Beschäftigungsstatus und Versorgungssetting.....	72
9.3	Diagnostik und Leistungsangebote nach Versorgungssettings	74
9.4	Gesprächsorte.....	80
9.5	Interkulturelle Kompetenz.....	80
9.6	Anzahl betreuter Patientinnen und Patienten	81
9.7	Dokumentation psychoonkologischer Leistungen	82
9.8	Nutzung des psychoonkologischen Angebotes	82
9.9	Herausforderungen und Optimierungspotenziale.....	85
10	Diskussion und Ausblick.....	86
10.1	Zusammenfassung.....	86
10.2	Handlungsempfehlungen	90
	10.2.1 Strukturqualität.....	90
	10.2.2 Prozessqualität	91
11	Literatur	93
12	Glossar.....	98
13	Anhang	101
13.1	Teilnehmer/innen an Experteninterviews.....	101
13.2	Peer-Reviewer/innen des Fragebogens.....	102
13.3	Suchstrategie der Literaturrecherche	104

Abbildungen

Abbildung 3.1: Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz aller Malignome bzw. Mortalität (2010–2012)	11
Abbildung 3.2: Die häufigsten Tumorlokalisationen, nach Geschlecht (2012) (in Prozent)	12
Abbildung 3.3: Krebsbedingte Todesfälle nach den häufigsten Krebsarten und nach Geschlecht (2012) (absolute Zahlen).....	13
Abbildung 3.4: Krebsmortalitätsrate in Österreich pro 100.000 Einwohner/innen gleichen Alters (2016) (absolute Zahlen)	14
Abbildung 3.5: Relative 5-Jahres-Überlebensrate nach Krebslokalisation (2014) (in Prozent)	15
Abbildung 3.6: Entwicklung der Krebsprävalenz im Zeitverlauf, nach Geschlecht (2000–2014) (absolute Zahlen).....	16
Abbildung 4.1: Diagnostik und Indikation zur psychosozialen Versorgung auf Basis des Krankheitsbewältigungsmodells	21
Abbildung 4.2: Klinischer Versorgungsalgorithmus für Psychoonkologie	28
Abbildung 4.3: Ergebnisqualität in der Psychoonkologie.....	29
Abbildung 5.1: Schematische Darstellung der psychoonkologischen Versorgung	31
Abbildung 5.2: Abgestufte psychoonkologische Versorgung – Ablaufschema	33
Abbildung 6.1: Anzahl onkologischer Patienten/Patientinnen mit einer Hauptdiagnose ICD-10 C00–D09 in FKA und SAN im Zeitverlauf (2002–2016) (absolute Zahlen)	35
Abbildung 6.2: Verteilung der onkologischen Hauptdiagnosen (nach ICD-10–Diagnosegruppen C00–D09) in FKA und SAN (2016) (in Prozent)	36
Abbildung 6.3: Geschlechterverteilung von onkologischen Patienten/Patientinnen mit einer Hauptdiagnose nach ICD-10–Gruppen C00–D09 in FKA und SAN, nach Größe der Krankenanstalt (2016) (absolute Zahlen)	37
Abbildung 6.4: Rückmeldende Krankenanstalten, geclustert nach der Anzahl der in den KA behandelten onkologischen Patientinnen/Patienten (2016) (absolute Zahlen)	38
Abbildung 6.5: Information über psychoonkologische Betreuung und ihre Inanspruchnahme durch die Patienten/Patientinnen (in Prozent)	39
Abbildung 6.6: Organisationsformen des psychoonkologischen Angebots (absolute Zahlen).....	41
Abbildung 6.7: Anforderung der psychoonkologischen Beratung/Betreuung durch verschiedene Gruppen (in Prozent)	42
Abbildung 6.8: Einbindung der psychoonkologisch tätigen Mitarbeiter/innen in die Patientenversorgung (in Prozent).....	43

Abbildung 6.9: Gesprächsräume für psychoonkologische Gespräche (in Prozent).....	44
Abbildung 6.10: Berufsgruppen, die primär mit der psychosozialen und psychoonkologischen Betreuung von Krebspatienten betraut sind, Mehrfachnennungen (in Prozent).....	45
Abbildung 6.11: Teilnahme am Lehrgang einer psychoonkologischen Fachgesellschaft (absolute Zahlen)	46
Abbildung 6.12: Psychoonkologische Fortbildungsangebote in den Krankenanstalten (in Prozent)	47
Abbildung 7.1: Aufenthalte mit Rehabilitationsindikationsgruppe Onkologie (RIG ONK) im Zeitverlauf (2009–2016) (absolute Zahlen).....	50
Abbildung 7.2: Verteilung der onkologischen Hauptdiagnosen nach ICD–10–Gruppe C00–D09 (in Prozent).....	51
Abbildung 7.3: Anzahl der Aufenthalte in der RIG ONK, differenziert nach Geschlecht in unterschiedlichen Clustern von Reha–Zentren (absolute Zahlen)	52
Abbildung 7.4: Einrichtungen und Organisationen, mit denen die Rehabilitationszentren kooperieren, Mehrfachnennungen (absolute Zahlen).....	55
Abbildung 7.5: Psychosoziale und psychoonkologisch tätige Berufe in Rehabilitationseinrichtungen (absolute Zahlen).....	57
Abbildung 7.6: Art der Einbeziehung von Psychoonkologen/Psychoonkologinnen in Rehabilitationseinrichtungen (absolute Zahlen).....	57
Abbildung 7.7: Art von psychoonkologischen Weiterqualifizierungsangeboten für Mitarbeitende in Rehabilitationseinrichtungen (absolute Zahlen)	58
Abbildung 8.1: Mitglieder der Fachgesellschaften zum Stichtag 1. 6. 2017 (absolute Zahlen)....	62
Abbildung 8.2: Absolventenzahlen nach Fachgesellschaft und Geschlecht (absolute Zahlen)	65
Abbildung 8.3: Absolventenzahlen nach Fachgesellschaft und Quellberufsgruppe (absolute Zahlen)	65
Abbildung 8.4: Entwicklung der Absolventenzahlen von psychoonkologischen Lehrgängen in Österreich von 1998 bis 2016 (absolute Zahlen)	66
Abbildung 9.1: Von Absolventinnen und Absolventinnen genutzte Ausbildungseinrichtung (in Prozent; n = 160).....	70
Abbildung 9.2: Quellberuf von Absolventinnen und Absolventen psychoonkologischer Lehrgänge, Mehrfachnennungen (absolute Zahlen)	71
Abbildung 9.3: Altersverteilung von Absolventen/Absolventinnen psychoonkologischer Fachausbildungen (Angaben in Prozent, n = 180).....	72
Abbildung 9.4: Arbeitssetting der befragten Absolventinnen und Absolventen der psychoonkologischen Ausbildung, Mehrfachnennungen (absolute Zahlen)	73

Abbildung 9.5: Verteilung des Tätigkeitsortes der Absolventen und Absolventinnen psychoonkologischer Fachausbildungen nach Urbanitätsgrad (Angabe in Prozent, n = 180)	74
Abbildung 9.6: Persönliches Leistungsangebot der befragten Absolventinnen/Absolventen in psychoonkologischer Diagnostik, nach Versorgungssettings, Mehrfachnennung (in Prozent)	75
Abbildung 9.7: Persönliches Leistungsangebot der befragten Absolventinnen und Absolventen an psychoonkologischen Interventionen, nach Versorgungssettings (in Prozent).....	76
Abbildung 9.8: Persönliches Leistungsangebot der befragten Absolventinnen und Absolventen an psychosozialen Angeboten, nach Versorgungssettings, Mehrfachnennungen (in Prozent).....	77
Abbildung 9.9: Persönliches Leistungsangebot der befragten Absolventinnen und Absolventen an pflegerischen Angeboten, nach Versorgungssettings, Mehrfachnennungen (in Prozent).....	78
Abbildung 9.10: Persönliches Leistungsangebot der befragten Absolventinnen und Absolventen in Ergotherapie, Physiotherapie und Bewegungstraining sowie Diätologie, nach Versorgungssettings, Mehrfachnennungen (in Prozent).....	79
Abbildung 9.11: Durchschnittliche Anzahl psychoonkologisch betreuter Patienten/Patientinnen pro Woche (absolute Zahlen).....	81
Abbildung 9.12: Unterschiede in der Angebotsnutzung nach unterschiedlichen Einflussfaktoren (Angaben in Prozent, n = 180).....	83

Tabellen

Tabelle 2.1: Übersicht zum Rücklauf auf Einrichtungsebene	8
Tabelle 2.2: Übersicht zum Rücklauf auf Personenebene (Absolventen/Absolventinnen von und Referenten/Referentinnen in psychoonkologischen Ausbildungen).....	9
Tabelle 3.1: Malignome insgesamt (C00–C97, ohne C44) – Krebsinzidenz nach Stadium, Jahresdurchschnitt (2012/2014)	11
Tabelle 3.2: Psychoonkologisch relevante Funktionsstörungen	18
Tabelle 3.3: Häufigkeit psychischer Störungen bei Krebserkrankten.....	19
Tabelle 4.1: Abgestufte psychoonkologische Versorgung in unterschiedlichen Settings	23
Tabelle 4.2: Spektrum psychoonkologischer Interventionen und ihre Wirksamkeit	26
Tabelle 7.1: Psychoonkologische Leistungsangebote in der stationären Rehabilitation	55
Tabelle 8.1: Themenblöcke der Curricula Psychoonkologie mit Stundenvorgaben der Fachgesellschaften (absolute Zahlen).....	64
Tabelle 8.2: Absolventenzahlen nach Fachgesellschaften (Stand: 31. 12. 2016) (absolute Zahlen)	64
Tabelle 8.3: Gegenüberstellung von Lehrgangskosten der psychoonkologischen Fachgesellschaften (Stand: 30. 6. 2017) (absolute Zahlen)	68
Tabelle 13.1: Suchstrategie für PubMed, ausgeführt am 26. 4. 2017 via OVID.....	104
Tabelle 13.2: Suchstrategie für PsycInfo, ausgeführt am 26. 4. 2017 via OVID	105

Abkürzungen

AM	Allgemeinmedizin
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
DGKP	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
FÄ	Fachärztin/Facharzt
FKA	Fonds-Krankenanstalt
ICD	Internationale Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
ICF	Internationale Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung)
IM	Innere Medizin
KA	Krankenanstalten
ÖARP	Österreichische Akademie für onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie
ÖGPO	Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie
ÖPPO	Österreichische Plattform für Psychoonkologie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PMR	Physikalische Medizin und Rehabilitation
PSY (-Berufe)	Berufsgruppen mit psychologischer/psychotherapeutischer Qualifikation
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RIG	Rehabilitationsindikationsgruppe
SAN	Sanatorium/Sanatorien
VK	Vollzeitkräfte
VZÄ	Vollzeit-Äquivalente
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

1.1 Hintergrund der Bestandsaufnahme

In Österreich erkranken jährlich etwa 39.000 Menschen an Krebs. Da das Erkrankungsrisiko mit steigendem Alter zunimmt und die Bevölkerung immer älter wird, ist mittelfristig mit mehr Krebserkrankungen zu rechnen. Obwohl Krebs nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen immer noch die zweithäufigste Todesursache ist, führt nicht jede Krebserkrankung zum Tod. Über alle Krebsarten stieg die durchschnittliche relative Überlebensrate deutlich an (Statistik Austria 2017b). Immer mehr Menschen überleben eine Krebserkrankung dank des medizinischen Fortschritts.

Statistischen Eckdaten sagen jedoch wenig über die persönliche Krankheitserfahrung und die Bewältigung einer Krebserkrankung aus. Was bewegt Krebspatienten? Welche psychischen Folgen haben Diagnose und Behandlung? Bereits die Diagnose einer Krebserkrankung kann einen Schock, Ängste, Ohnmachtsgefühle und Entsetzen bei Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen auslösen. In weiterer Folge sind die Therapie und deren Folgewirkungen sowie eine mögliche Bedrohung durch ein potenzielles Rezidiv (Wiederauftreten der Krebserkrankung) zu bewältigen.

In zahlreichen Studien konnte die Wirksamkeit von Psychoonkologie nachgewiesen werden. Das Spektrum möglicher Intervention weist eine große Bandbreite auf, von psychosozialer Beratung bis zu spezifischer Psychotherapie. Welche Intervention zur Anwendung kommt, ist abhängig von Patientenpräferenzen, von der Phase der Erkrankung sowie vom vorhandenen Leistungsspektrum im Versorgungssetting. Psychosoziale und psychotherapeutische Angebote können bei der Bewältigung von Krebserkrankungen sowie in der Prävention von Krebserkrankungen bei genetischer Disposition unterstützen, psychische und psychosomatische Symptome lindern sowie Lebensqualität, soziale Integration und Compliance verbessern. Insgesamt besteht hinsichtlich des fachlich-wissenschaftlichen Fundaments der Psychoonkologie und der Notwendigkeit ihrer strukturellen Verankerung im Gesundheitswesen kein Zweifel (BMG 2012). Deshalb definiert das österreichische Krebsrahmenprogramm das Ziel, dass „für alle Personen mit der Diagnose Krebs, deren Angehörige sowie für spezielle Personengruppen mit einem definierten erhöhtem Krebsrisiko (familiär, genetisch) ein psychoonkologisches Betreuungsangebot sicherzustellen“ ist (BMG 2014a).

Psychoonkologische Betreuung setzt eine enge Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachberufen (Medizin, Psychologie, Gesundheits- und Krankenpflege, Sozialarbeit, Seelsorge, Physiotherapie u. a.) sowie zwischen den Versorgungsstrukturen voraus. In puncto psychoonkologischer Versorgung sind in den letzten Jahren große Fortschritte und Verbesserungen erzielt worden.

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) (BMGF 2017b), der für die Behandlung von Krebserkrankungen ein abgestuftes Modell (Onkologisches Zentrum, Onkologischer Schwerpunkt, Assoziierte onkologische Versorgung, Ambulante Versorgung extramural) vorsieht, ist die Psychoonkologie als integraler Bestandteil der multiprofessionellen Zusammenarbeit verankert. Für den Bereich Rehabilitation besteht eine eigene Rehabilitationsindikationsgruppe „Onkologische Reha-

bilitation“, für die im Rehabilitationsplan 2016 (Gyimesi et al. 2016) als wünschenswerte Zusatzqualifikation für Ärztinnen und Ärzte ebenfalls eine psychoonkologische Ausbildung festgelegt ist. Eine psychologische – vorzugsweise psychoonkologische – Diagnostik gilt als Voraussetzung für die Formulierung der Rehabilitationsziele.

Im niedergelassenen Bereich gibt es nur eine geringe Anzahl versorgungsrelevanter Berufsgruppen (z. B. niedergelassene Allgemeinmediziner/innen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten) mit einer psychoonkologischen Qualifizierung.

Außerhalb der professionellen Versorgungssettings ist es die österreichische Krebshilfe, die ihr psychosoziales Beratungs- und Betreuungsnetz stetig ausbaut und dadurch einen wertvollen Beitrag für Krebs Erkrankte leistet. In Bundesländern wie Wien stellt sie sogar psychoonkologische Angebote für Krebspatientinnen und -patienten bereit. Erwähnenswert ist auch das Netz von Selbsthilfegruppen, das im Bereich der Onkologie vergleichsweise eng geknüpft ist. Diese ergänzen die Leistungen des professionellen Versorgungssystems und sind unverzichtbar für die psychosoziale Begleitung von Patientinnen und Patienten.

Allerdings darf der aufgezeigte Entwicklungstrend nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich die psychoonkologische Versorgungssituation für Krebspatientinnen/-patienten und deren Angehörige in Österreich vor allem regional sehr unterschiedlich darstellt. Ursächlich ist dies auf Informations- und Qualifizierungsdefizite sowie auf Finanzierungsprobleme und regionale Versorgungslücken zurückzuführen. Hinzu kommt, dass Art, Wirkungsweise und Zugang zu psychoonkologischer Unterstützung manchmal sowohl den Patienten/Patientinnen als auch den Trägerorganisationen (Krankenhaus, Rehabilitation) unbekannt sind (Herschbach, P./Mandel 2011).

Problematisch ist auch, dass „Psychoonkologie“ keine geschützte Berufs- und Tätigkeitsbezeichnung ist. Es liegen auch noch kein verbindliches, allgemeingültiges Curriculum und keine definierten Qualifikationsanforderungen vor, wodurch die Abgrenzung zu anderen onkologisch tätigen Berufsgruppen schwierig ist.

Die psychoonkologischen Fachgesellschaften¹ haben jeweils eigene Ausbildungscurricula mit unterschiedlichen Lernzielen, Lerninhalten, unterschiedlicher Ausbildungsdauer etc. entwickelt. Nur Personen mit einschlägigen Quellberufen aus Medizin, Psychologie, Pflege, Therapie, Pädagogik, Sozialarbeit, Seelsorge etc. können sich nach diesen Curricula weiterqualifizieren. Die vor 20 Jahren gestarteten Lehrgänge wurden bis dato von 468 Personen besucht (vgl. Kapitel 8.2.2). Mit diesen Absolventenzahlen kann der Bedarf nicht vollständig gedeckt werden.

1

Die drei größten in Österreich agierenden Ausbildungsvereine heißen ÖGPO (Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie), ÖPPO (Österreichische Plattform für Psychoonkologie) und ÖARP (Österreichische Akademie für onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie).

1.2 Auftrag und Ziel

Das nationale Krebsrahmenprogramm zielt u. a. darauf ab, die strukturellen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte psychoonkologische Prävention und Versorgung zu schaffen. Dabei ist eine Erhebung des Status quo die Voraussetzung für die stufenweise Behebung erhobener Mängel bei spezieller psychoonkologischer Betreuung und für die Erarbeitung von Fortbildungsstandards (vgl. BMG 2014b).

Ziel der vorliegenden österreichweiten Bestandsaufnahme war es, eine differenzierte und datenbasierte Grundlage zur psychoonkologischen Versorgung von Krebspatientinnen und Krebspatienten in Österreich zu schaffen.

1. Per Online-Erhebung wurden Organisationsstruktur, Leistungsangebote, Personalsituation etc. in der akutstationären und tagesklinischen Versorgung und der Onkologischen Rehabilitation erhoben.
2. Eine zweite Befragung unter Vertretern/Vertreterinnen der psychoonkologischen Fachgesellschaften zielte auf die Inhalte, Strukturen, Absolventen etc. der Ausbildungsvereine ab.
3. Die dritte und letzte Zielgruppe waren Personen, die eine entsprechende psychoonkologische Ausbildung abgeschlossen haben. Sie wurden nach ihren Berufs- und Tätigkeitsbereichen, Leistungsangeboten, Ausbildungen etc. befragt.

Aus zeitökonomischen Gründen und unter dem Aspekt der Ressourcenschonung ist auf eine Erhebung im niedergelassenen Bereich verzichtet worden, wobei allerdings Daten der ausgebildeten Psychoonkologen/Psychoonkologinnen diesen Bereich teilweise abbilden. Auf Grund fehlender Daten des Dachverbandes der Österreichischen Krebshilfe kann zu dessen regionalen Beratungs- und Therapieangeboten keine Angabe gemacht werden.

Folgenden Fragen wurde im Rahmen des Projektes nachgegangen:

- » Welche Arten (psychotherapeutisch, psychosozial etc.) und Formen (speziell, Teilangebote etc.) der Beratung und Therapie (Gespräche, praktische Hilfen, künstlerische Angebote etc.) werden wo und wie häufig angeboten?
- » Wie sind Versorgungsausmaß und -qualität in den einzelnen Einrichtungen (z. B. Patientenzahl) zu beurteilen?
- » Welche zeitlichen Ressourcen stehen den jeweils Leistungserbringenden zur Verfügung?
- » Wie viel Zeit wird durchschnittlich für die Beratung aufgewendet?
- » Welchen Quellberuf und welche Qualifikation haben die psychoonkologisch Tätigen in den jeweiligen Settings?
- » Welche Probleme und Herausforderungen bestehen derzeit in der psychoonkologischen Versorgung?
- » Welche Handlungsempfehlungen lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?

Schließlich werden Handlungsempfehlungen für eine zukünftige, bedarfsgerechte Gestaltung der psychoonkologischen Versorgungsangebote abgeleitet.

Diese erstmalige systematische Bestandsaufnahme der psychoonkologischen Versorgung in Österreich wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (vormals Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) und auf Empfehlung des nationalen Onkologiebeirats durchgeführt. Die Arbeiten fanden im Zeitraum 1. 1. 2017 bis 31. 12. 2017 statt und beziehen sich auf den Stand der Versorgung im Jahr 2016.

Mit dieser Studie wird eine Basis für Planung und Ausbau der psychoonkologischen Versorgungsangebote vorgelegt.

1.3 Definition der Psychoonkologie

Da weder „Psychoonkologie“ noch die entsprechenden Berufs- oder Tätigkeitsbezeichnungen (Psychoonkologe) geschützte Begriffe sind, sind unterschiedliche Definitionen in Verwendung. Für die vorliegende Untersuchung wurde auf die Definition der deutschen S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten (AWMF 2014b; AWMF 2014a) zurückgegriffen:

Psychoonkologie ist ein eigener Behandlungsansatz, der primär patientenzentriert, ressourcen- sowie problemorientiert ist und eine supportive Ausrichtung hat. Die Psychoonkologie umfasst psychosoziale, klinisch-psychologische und psychotherapeutische Maßnahmen im engeren Sinne, die je nach Bedarf in allen Phasen einer Krebserkrankung den Patientinnen/Patienten und Zugehörigen angeboten werden können: Früherkennung und Diagnostik, stationäre bzw. ambulante medizinische Therapie, stationäre bzw. ambulante Rehabilitation, Nachsorge, palliative bzw. terminale Phase. Darüber hinaus fokussiert sie auch die spezifischen Probleme und Langzeitfolgen bei Überlebenden einer Krebserkrankung. Die Psychoonkologie zeichnet sich durch interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen der Fachbereiche Medizin, Psychologie, Soziologie, Ethik, Theologie etc. aus (AWMF 2014b).

2 Methodisches Vorgehen

Die zentralen Forschungsfragen werden im Wesentlichen über drei methodische Ansätze beantwortet:

- » Literaturanalyse
- » Statische Auswertungen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
- » Onlinebefragungen in Versorgungssettings und von Vertretern/Vertreterinnen der Fachgesellschaften sowie Absolventen/Absolventinnen der psychoonkologischen Lehrgänge.

2.1 Literaturrecherche

Nach Literatur wurde in den Datenbanken PubMed und PsycINFO gesucht (Details zur Suchstrategien siehe Kap. 13.3).

Zur Identifizierung relevanter Literatur in Bezug auf die Wirksamkeit von Psychoonkologie wurde je eine Schlagwortgruppe mit Begriffen zur Indikation (Krebs) und mit Begriffen zur Intervention (Psychoonkologie) gebildet und mit dem logischen Operator AND verknüpft. Es wurde ein Filter für bestimmte Studientypen (unter anderem Meta-Analysen, systematische Übersichtsarbeiten und Beobachtungsstudien) verwendet. Des Weiteren wurde die Suche auf Publikationen ab dem Jahr 2010 sowie auf Artikel, die sich mit erwachsenen Personen (>18 Jahren) beschäftigen, eingeschränkt. Ergänzend wurde in PubMed noch eine weitere Suche durchgeführt mit dem Ziel, insbesondere Studien in Bezug auf die Versorgungssituation zu identifizieren. Hierfür wurde eine weitere Schlagwortgruppe mit Begriffen zum Thema Versorgung/Qualität gebildet, die wiederum mit den beiden anderen Schlagwortgruppen mit dem logischen Operator UND verknüpft wurde. Bei dieser zweiten Suche fand keine Einschränkung auf bestimmte Studientypen statt. In die Literatursuche und -selektion fanden nur deutsch- und englischsprachige Publikationen Eingang.

Um weitere relevante Literatur zu identifizieren, wurde eine Handsuche im Internet durchgeführt (Google, Google Scholar, Website entsprechender Fachverbände). Auch hierfür wurden die Schlagwörter der systematischen Suche (z. B. Psychoonkologie und Versorgung) verwendet.

2.2 Sekundäranalyse bestehender Datenquellen

Die Daten in Bezug auf Akutkrankenanstalten und Rehabilitationszentren sind der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten entnommen. Darin sind die Diagnosen gemäß ICD-10-Klassifikation verschlüsselt, wobei die jeweils gültige österreichische Fassung zur Anwendung kommt.

Bis 2014 waren in der DLD nur Aufenthalte dokumentiert und Patienten/Patientinnen nicht direkt identifizierbar. Patientenanzahlen wurden unter der Annahme geschätzt, dass es sich bei Aufenthalt-Datensätzen, in denen sowohl Wohnortpostleitzahl, Geschlecht und Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr) als auch Nationalität und Wohnsitzstaat identisch sind, um eine im Betrachtungszeitraum mehrmals in stationäre Behandlung aufgenommene Person (einen Patienten / eine Patientin) handelt. Dadurch ergaben sich bis zum Berichtsjahr 2014 Unschärfen, etwa durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, gleichem Geburtsdatum und gleicher Wohnortpostleitzahl (Unterschätzung der Patientenanzahl) oder durch Wohnsitzwechsel von Personen innerhalb eines Beobachtungszeitraums (Überschätzung der Patientenanzahl).

Ab dem Berichtsjahr 2015 wird die Anzahl der mindestens einmal im Jahr in Akutkrankenanstalten (FKA und SAN) stationär aufgenommenen Patienten und Patientinnen mit Hauptdiagnose C00–D09 proportional hochgerechnet: Da Patienten-Pseudonyme nur unvollständig verfügbar sind (die Verfügbarkeit liegt derzeit bei ca. 84 %), wird die Patientenanzahl mittels Analogieschlüssen auf Basis der Anzahl stationärer Aufenthalte von Patienten/Patientinnen mit diesen ICD-10-Hauptdiagnosen geschätzt.

Zusätzlich zu Zahlen aus dem stationären Versorgungsbereich wurden für Sekundäranalysen auch Daten der österreichischen Todesursachenstatistik berücksichtigt.

2.3 Primärerhebung von Daten in verschiedenen Settings

Auf Basis der Literaturergebnisse und erster statistischer Auswertungen bestehender Datenquellen sowie 15 Interviews mit Expertinnen und Experten aus den Versorgungsbereichen und Fachgesellschaften wurden strukturierte Fragebögen für die weiteren Erhebungen entworfen. Diese Fragebögen richten sich an folgenden Zielgruppen:

- » Vertreter/innen von Krankenanstalten, die onkologische Patienten/Patientinnen behandeln
- » Vertreter/innen von onkologischen Rehabilitationseinrichtungen
- » Vertreter/innen von psychoonkologischen Fachgesellschaften
- » Absolventinnen/Absolventen und Referenten/Referentinnen der psychoonkologischen Lehrgänge

Die Fragebögen wurden einer Überprüfung mittels Peer-Review-Verfahren unterzogen. In den Prozess des Peer-Reviews waren 19 Expertinnen und Experten (s. Anhang 13.2) aus unterschiedlichen Versorgungssettings und Fachgesellschaften eingebunden. Anschließend wurden elektronische Versionen der Fragebögen erstellt. Sämtliche Erhebungen erfolgten mittels Online-Fragebögen.

- » Ein Fragebogen zu Strukturmerkmalen der psychoonkologischen Versorgung wurde an 92 Akutkrankenhäuser (n = 92, Mehrfach-Rückmeldungen pro KA zulässig) und Rehabilitationszentren (n = 12) übermittelt.
- » Einschlägige Fachgesellschaften (n = 3) wurden in Bezug auf Organisation, Inhalt und Methodik der psychoonkologischen Lehrgänge befragt.

- » Unter den Absolventen/Absolventinnen von Fachlehrgängen (= qualifizierte Psychoonkologen/Psychoonkologinnen) wurden strukturelle Merkmale und eigene Arbeitserfahrungen erhoben. Die Kontaktdaten von 413 der insgesamt 468 Absolventinnen und Absolventen waren für die Fachgesellschaften verfügbar und konnten von diesen angeschrieben werden (n = 413).

Die Erhebung fand im Zeitraum Juni bis November 2017 statt. Bei ausbleibendem Fragebogenrücklauf wurde bis zu drei Mal telefonisch bzw. per E-Mail erinnert. Entsprechend hoch fiel die Rücklaufquote in den Krankenanstalten (64 %), Rehabilitationszentren (83 %), Fachgesellschaften (100 %) und bei den qualifizierten Psychoonkologen/Psychoonkologinnen (39 %) aus.

Auf eine Befragung im ambulanten Versorgungsbereich wurde aus Ressourcengründen verzichtet. Die Österreichische Krebshilfe lehnte aus datenschutzrechtlichen Bedenken eine Erhebung ab, daher konnten deren Einrichtungen nicht berücksichtigt werden.

Krankenanstalten und Rehabilitationszentren

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Erhebungsbögen „Psychoonkologie in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren“ sind Strukturmerkmale, Organisationsformen und Qualitätsmerkmale der psychoonkologischen Angebote. Adressendateien für beide Versorgungssettings wurden dem Österreichischen Spitalskompass (www.spitalskompass.at) und dem Österreichischen Rehabilitationskompass (<https://rehakompass.goeg.at>) entnommen, wobei alle Einrichtungen kontaktiert wurden, die onkologische Patienten und Patientinnen betreuen.

Um eine möglichst hohe Teilnahmequote zu erreichen, wurden die Krankenanstaltenträger im Vorfeld informiert und um Weiterleitung der Einladung zur Fragebogenbeantwortung gebeten. Städtische und konfessionelle Krankenanstalten sowie onkologische Rehabilitationszentren wurden direkt kontaktiert. Die Fragebögen waren primär an die Verantwortungsträger/innen der Einrichtungen gerichtet und sollten insbesondere von Personen aus den operativen Teams vor Ort beantwortet werden.

Zur Erhöhung der Rücklaufquote wurden mehrere Erinnerungsmails versandt und einige Versorgungseinrichtungen auch telefonisch kontaktiert.

Fachgesellschaften

Für die drei psychoonkologischen Fachgesellschaften (ÖGPO, ÖPPO, ÖARP) wurde ein eigener Erhebungsbogen erstellt, dessen Fragen sich auf Inhalte, Strukturen, Absolventenzahlen etc. konzentrieren. Dieser Fragebogen wurde von allen drei Einrichtungen vollständig ausgefüllt retourniert.

Psychoonkologisch ausgebildete Berufsgruppen

Der umfangreiche Fragebogen für psychoonkologisch ausgebildeten Berufsgruppen zielt auf Aspekte wie Quellberufe, Qualifikation, Tätigkeitsfeld, Leistungsspektrum, Patientengruppen etc. ab. Zielgruppe waren Absolventen/Absolventinnen und Referenten/Referentinnen der psychoonkologischen Lehrgänge. Zur Wahrung der Anonymität wurde die Aussendung des Online-Fragebogens direkt von den Fachgesellschaften übernommen. Auch in diesem Bereich waren mehrere Erinnerungsmails erforderlich.

Rücklaufquote der Datenerhebungen

Insgesamt fiel der Rücklauf der drei Erhebungen auf Einrichtungsebene gut aus und übertraf die Erwartungen. Auf Ebene der Fachgesellschaften für psychoonkologische Ausbildung in Österreich gelang eine Vollerhebung (3 von 3 Einrichtungen). Von den kontaktierten Krankenanstalten und Rehabilitationszentren konnten jeweils mehr als drei Viertel der Einrichtungen, die onkologische Patienten/Patientinnen betreuen, erreicht werden.

Tabelle 2.1:
Übersicht zum Rücklauf auf Einrichtungsebene

	Grundgesamtheit (Anzahl)	Rücklauf (Anzahl)	Rücklaufquote (in Prozent)
Krankenanstalten*	92	59	64 %
Onkologische Rehabilitationszentren*	12	10	83 %
Fachgesellschaften für psychoonkologische Ausbildung	3	3	100 %

* Anmerkung: Angeschrieben wurden alle Einrichtungen, die onkologische Patienten/Patientinnen betreuen.

Quellen: BMG (2017); Erhebung GÖG (2017)

Auf Ebene der kontaktierten Personen, die eine psychoonkologische Ausbildung abgeschlossen haben (vgl. Tabelle 2.2), wurde eine deutlich niedrigere Rücklaufquote erzielt. In Summe haben 39 Prozent der derzeit beruflich aktiven bzw. als Referent/in tätigen Personen an der Erhebung teilgenommen.

Tabelle 2.2:

Übersicht zum Rücklauf auf Personenebene (Absolventen/Absolventinnen von und Referenten/Referentinnen in psychoonkologischen Ausbildungen)

	Grundgesamtheit (Anzahl)	Rücklauf (Anzahl)	Rücklaufquote (in Prozent)
ÖGPO Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie	236	91	39 %
ÖPPO Österreichische Plattform für Psychoonkologie	136	44	32 %
ÖARP Österreichische Akademie für Rehabilitation und Psychoonkologie	41	15	37 %
Andere Einrichtungen	–	10	–
Gesamt	413	160	39 %

Anmerkung: Inkludiert sind Absolventen/Absolventinnen und Referenten/Referentinnen.

Quelle: Erhebung GÖG (2017)

3 Krebs in Österreich

3.1 Epidemiologie bösartiger Neubildungen

Im Jahr 2012 wurde bei 39.014 Menschen eine Krebserkrankung diagnostiziert, die bei 10.673 Männern und 9.505 Frauen zum Tod führte (Statistik Austria, Krebserkrankungen 2016). Damit ist jeder vierte Todesfall in Österreich auf eine Krebserkrankung zurückzuführen (Statistik Austria 2016d). Krebs ist unter den 70- bis 75-Jährigen die häufigste Todesursache. „Tendenziell gehen aber sowohl das Risiko einer Neuerkrankung als auch das Sterblichkeitsrisiko zurück. Zum Jahresende 2012 lebten in Österreich rund 315.000 Personen mit der Diagnose Krebs“ (Hackl/Karim-Kos 2016).

Durch die Fortschritte in Früherkennung und Therapie hat sich Krebs vielfach von einer akut lebensbedrohlichen zu einer chronischen Krankheit gewandelt. Dadurch leben in Österreich immer mehr Personen als „Langzeitüberlebende“, die entweder geheilt sind oder mit Einschränkungen – aufgrund der Behandlungsfolgen – viele Jahre mit einer Krebserkrankung leben.

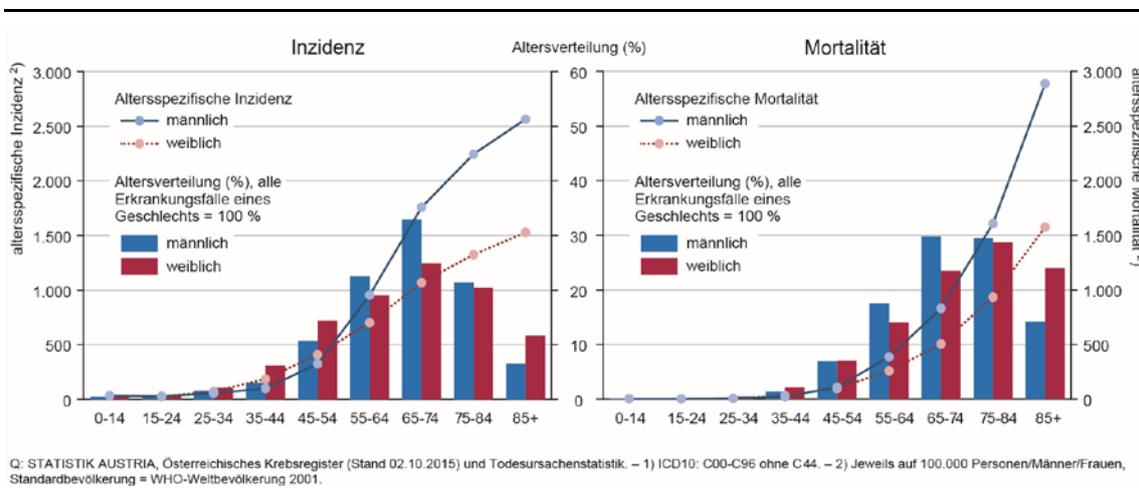
3.1.1 Neuerkrankungen und Sterblichkeit

Die wachsende Bedeutung von Krebserkrankungen in der allgemeinen Krankheitsstatistik hängt unmittelbar mit der steigenden Lebenserwartung und dem demographischen Wandel zusammen. In den kommenden Jahren ist mit einer kontinuierlichen Steigerung der Neuerkrankungsrate zu rechnen. Den Prognosen von Statistik Austria zufolge wird im Jahr 2020 bei 41.300 und im Jahr 2030 bei 43.000 Patienten/Patientinnen eine Neuerkrankung diagnostiziert werden. In diesen Trendvarianten ist der zu erwartende soziale und medizinische Fortschritt bereits berücksichtigt (Hackl et al. 2015).

Das durchschnittliche Alter, in dem eine Krebsdiagnose gestellt wird, variiert je nach Krebsart. Grundsätzlich betrifft die Krebsdiagnose eher ältere Patientinnen und Patienten. Das mittlere Alter einer Diagnosestellung beträgt bei Männern 67 Jahre und bei Frauen 66,3 Jahre. Krebserkrankungen, die in einem vergleichsweise frühen Lebensalter diagnostiziert werden, sind Hodenkrebs (Männer: 38,9 Jahre), Schilddrüsenkrebs (Männer 53,4 Jahre; Frauen: 51,5 Jahre,) Gebärmutterhalskrebs (Frauen: 55,7 Jahre), malignes Melanom (Frauen: 59,5 Jahre) und Brustkrebs (Frauen: 63,3 Jahre) (Hackl/Karim-Kos 2016).

Abbildung 3.1:

Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz aller Malignome bzw. Mortalität (2010–2012)



Quelle: Hackl et al. (2015)

Bei der Diagnosestellung einer Krebserkrankung ist das Tumorstadium ein zentrales Kriterium für die Prognose. Die Einteilung erfolgt nach internationalen Standards, für die insbesondere drei Kriterien maßgeblich sind:

- » Größe und Ausdehnung des Tumors
- » Beteiligung der Lymphknoten
- » Vorhandensein von Metastasen

Anhand dieser Kriterien kann ein Tumor klassifiziert und den entsprechenden Stadien zugeordnet werden. Dem entsprechend werden Therapieschritte gesetzt. Wie die nachfolgende Tabelle verdeutlicht, wird rund ein Drittel aller malignen Tumoren in einem lokalisierten Stadium entdeckt.

Tabelle 3.1:

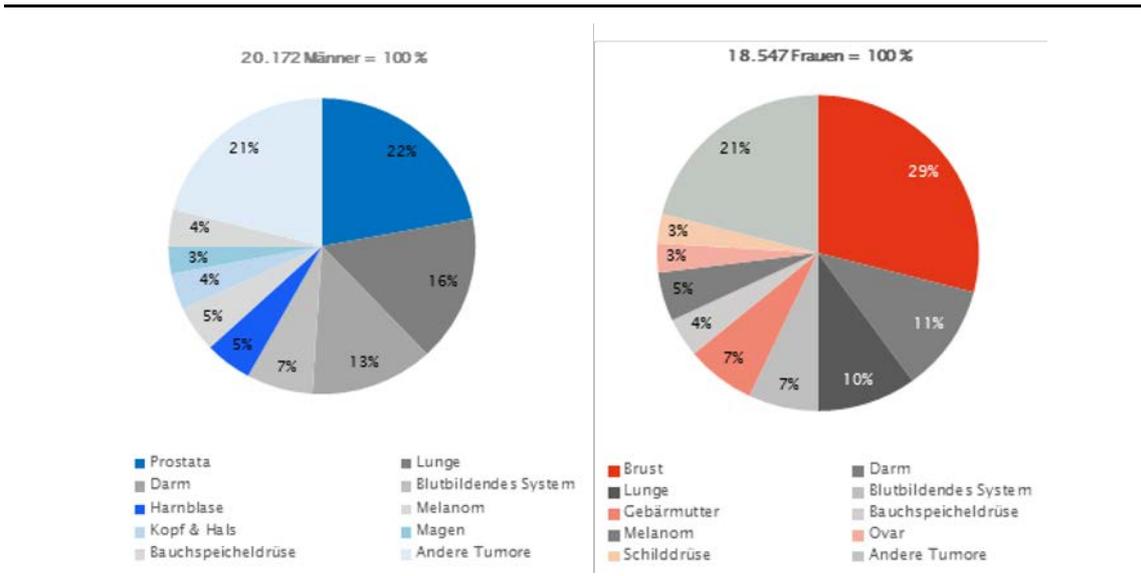
Malignome insgesamt (C00–C97, ohne C44) – Krebsinzidenz nach Stadium, Jahresdurchschnitt (2012/2014)

Tumorstadium	Männer (in Prozent)	Frauen (in Prozent)
Lokalisiertes Tumorstadium (auf Organ beschränkt)	33,9	35,0
Regionäres Tumorstadium (Organgrenze durchbrochen)	19,9	21,1
Disseminiertes Tumorstadium (mit Fern-Metastasen)	12,6	11,6
Systemische Erkrankung (böartige Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe)	7,2	6,5
Keinem Erkrankungsstadium zuzuordnen (mangelhafte Krebsmeldung)	19,7	18,7
DCO-Fälle (keine Information über Erkrankungsstadium)	6,7	7,1

Quelle: Statistik Austria (2016b)

Obwohl es wissenschaftlichen Studien zufolge mehr als 200 verschiedene Krebsarten gibt, sind ca. 50 Prozent der onkologischen Erkrankungen auf drei Krebsarten zurückzuführen. Deutlich zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei Männern treten gehäuft Prostata-, Lungen und Dickdarmkrebs und bei Frauen Brust-, Dickdarm- und Lungenkrebs auf (vgl. Abb. 2.2).

Abbildung 3.2:
Die häufigsten Tumorlokalisationen, nach Geschlecht (2012) (in Prozent)



Quelle: Hackl/Karim-Kos (2016)

Nach der Krebsdiagnose folgt meistens ein langwieriger Prozess der Behandlung und Nachsorge. Im Jahr 2016 wurden etwa 115.000 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose C00–D09 (bösartige Neubildungen) gemäß ICD–10 stationär in einer Fonds–Krankenanstalt bzw. in einem Sanatorium in circa 330.000 stationären Aufenthalten behandelt.

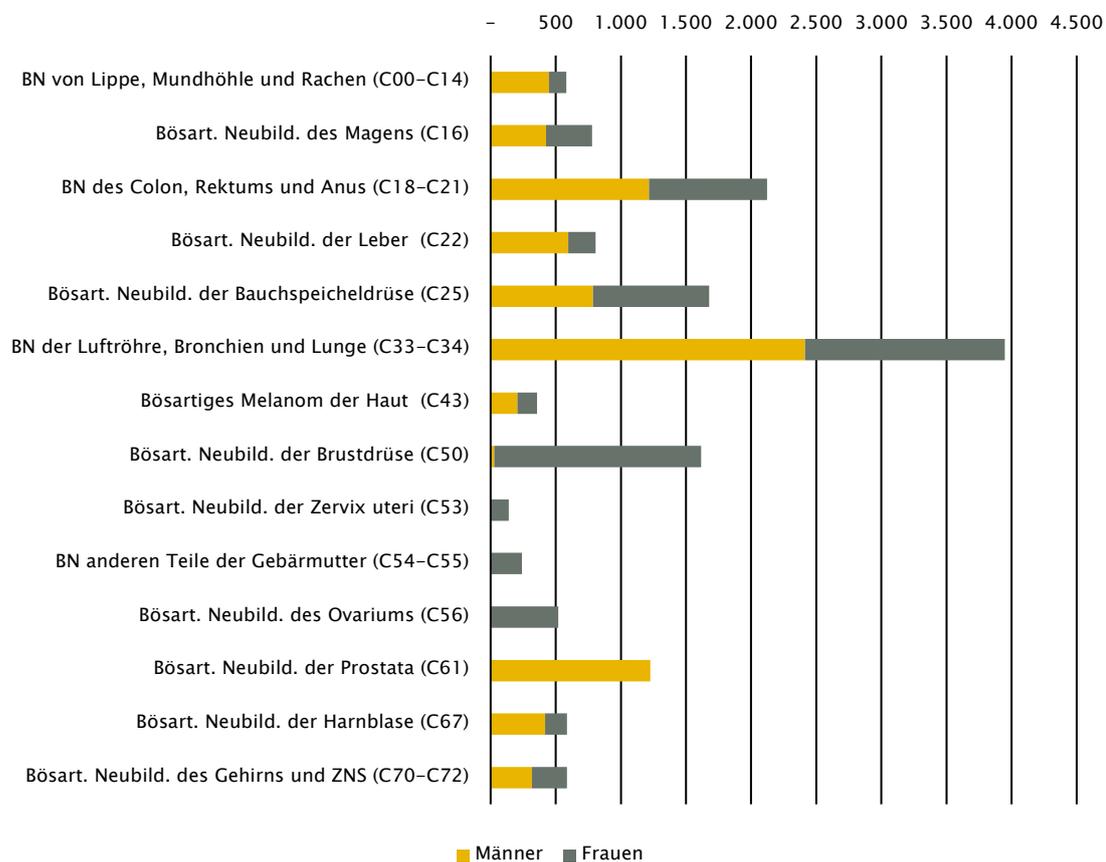
3.1.2 Todesfälle

Im Jahr 2016 starben 20.182 Personen an einer Krebserkrankung, 9.419 Frauen und 10.763 Männer. Dies entspricht rund einem Viertel aller Todesfälle in Österreich in diesem Jahr (Statistik Austria 2017c).

Erwartungsgemäß sind krebsbedingte Todesfälle bei älteren Menschen häufiger anzutreffen als bei jüngeren, wobei das durchschnittliche Sterbealter aufgrund einer Krebserkrankung bei Männern 72,8 Jahre und bei Frauen 74,3 Jahre beträgt (Statistik Austria 2017c).

Krebsarten, die am häufigsten zum Tode führen, sind bei Männern Lungenkrebs und bei Frauen Brustkrebs (vgl. Abbildung 3.3).

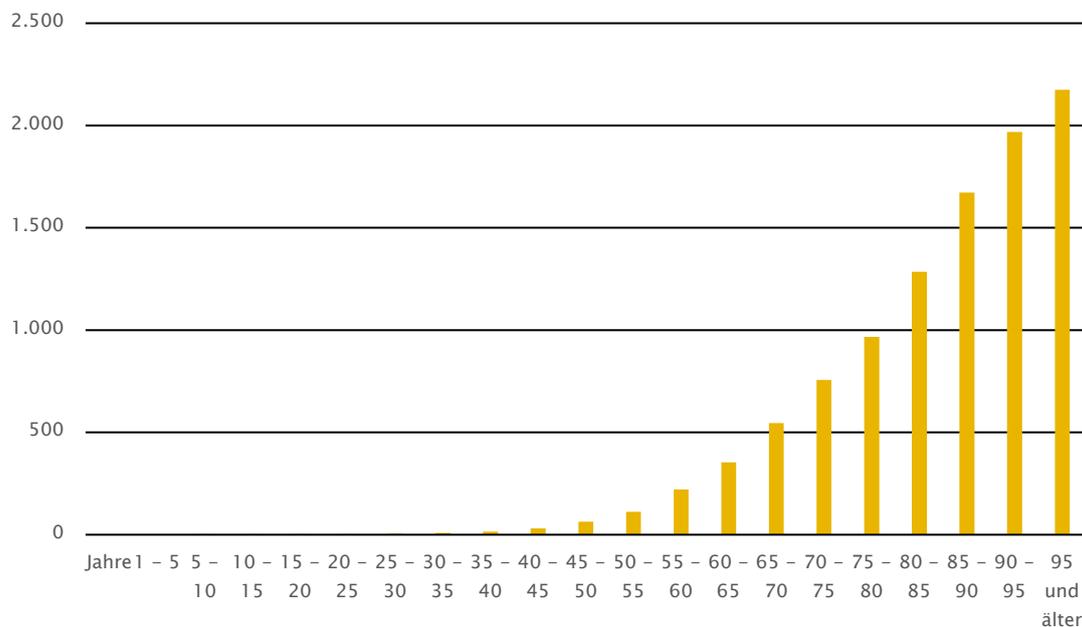
Abbildung 3.3:
 Krebsbedingte Todesfälle nach den häufigsten Krebsarten und nach Geschlecht (2012) (absolute Zahlen)



Quelle: Hackl/Karim-Kos (2016)

In den letzten Jahren ist die Krebsmortalität rückläufig. Die altersstandardisierten Sterberaten sind in den letzten 30 Jahren um 27 Prozent bei Frauen und um 36 Prozent bei Männern zurückgegangen, was auf verbesserte Früherkennung, Diagnostik, Therapie und das engmaschige Kontrollnetz zurückzuführen ist (Hackl/Karim-Kos 2016).

Abbildung 3.4:
 Krebsmortalitätsrate in Österreich pro 100.000 Einwohner/innen gleichen Alters (2016)
 (absolute Zahlen)



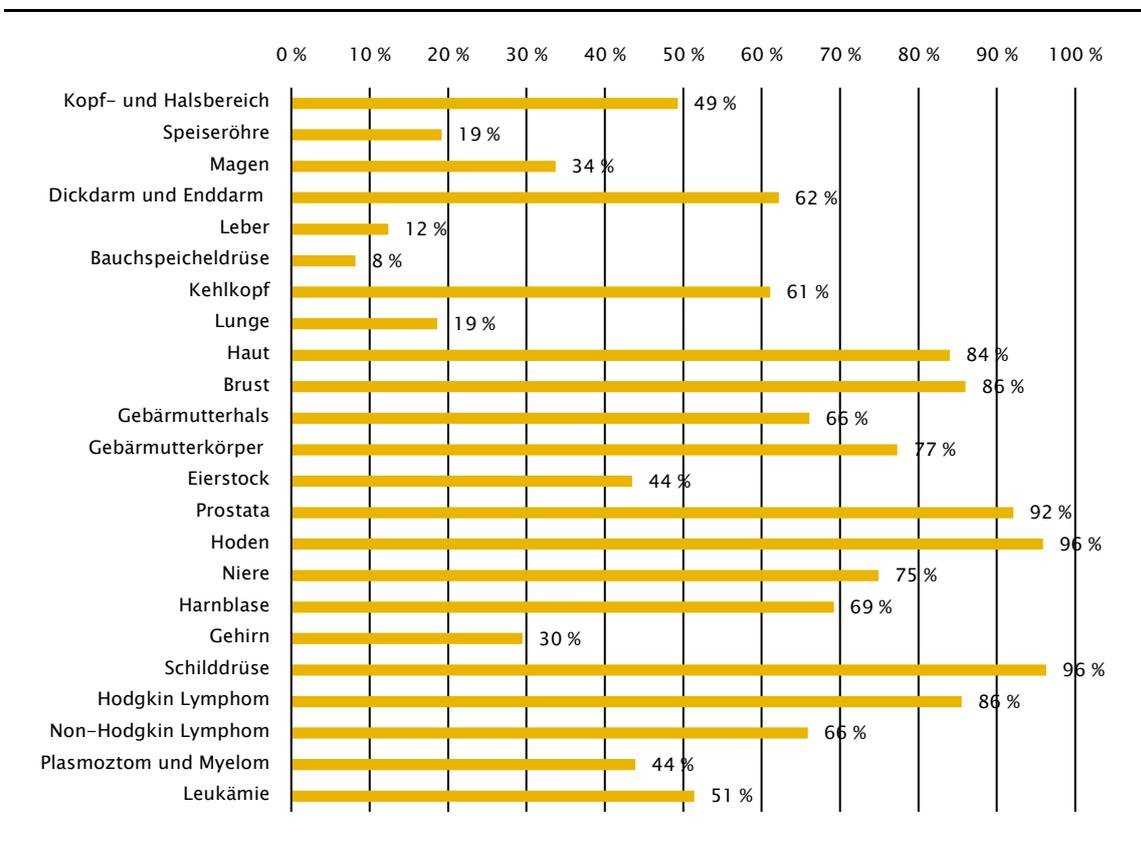
Quelle: Statistik Austria (2016d)

3.1.3 Überlebensrate und Prävalenz

In den letzten 20 Jahren ist die Zahl der onkologischen Neuerkrankungen kontinuierlich gestiegen, die Anzahl der Sterbefälle jedoch zurückgegangen. Die 5-Jahres-Überlebensrate über alle Krebsarten hinweg ist seit 1994 von 48 auf 61 Prozent gestiegen. Damit verringerte sich der Überlebensnachteil von Personen mit einer Krebserkrankung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung von 52 auf 39 Prozent (Statistik Austria 2017b).

Im Jahr 2014 betrug die 5-Jahres-Überlebensrate bei allen Malignomen 63 Prozent für Frauen und 59 Prozent für Männer (relative Überlebensrate). Dies ist ein Anstieg um 10 bzw. 16 Prozentpunkte gegenüber 1994 (Frauen 53 %; Männer 43 %). Die Gründe dafür sind erfolgreiche Früherkennungsmaßnahmen von Brust- und Prostatakrebs, gesunkene Inzidenz von Lungenkrebs infolge erfolgreicher Raucherstopp-Programme sowie Verbesserungen der Therapien (Statistik Austria (2017b); Anzenberger et al. (2017); BMGF (2017a)).

Abbildung 3.5:
Relative 5-Jahres-Überlebensrate nach Krebslokalisation (2014) (in Prozent)

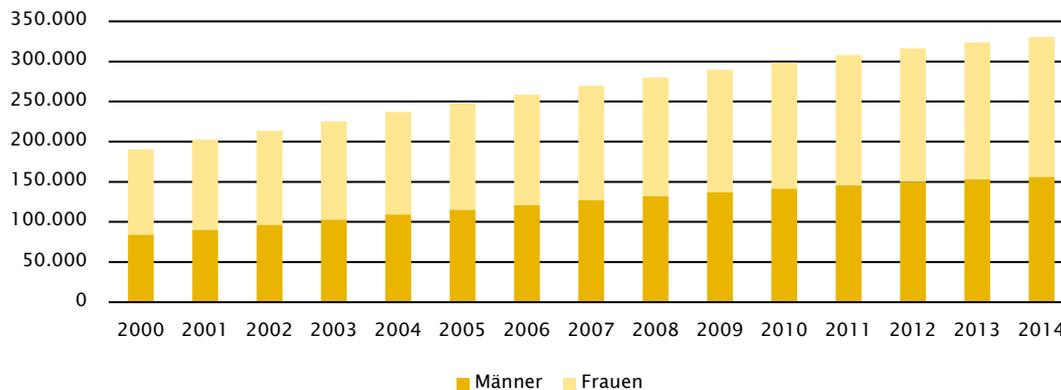


Quelle: Statistik Austria (2017a)

Die gestiegenen Überlebenswahrscheinlichkeiten bereits erkrankter Personen führen auch bei gleichbleibender oder abnehmender Inzidenz zu einem Anstieg der Prävalenz von Krebserkrankungen. Gerade die Zahl der Langzeitüberlebenden (mehr als 5 Jahre nach der Diagnosestellung) steigt deutlich an. Zum Jahresende 2014 lebten in Österreich 330.492 Personen mit einer Krebsdiagnose (Frauen: 127.441; Männer 109.443). Bei mehr als 50 Prozent lautete die Diagnose auf Brust-, Prostata-, Darm- und Lungenkrebs.

Abbildung 3.6:

Entwicklung der Krebsprävalenz im Zeitverlauf, nach Geschlecht (2000–2014) (absolute Zahlen)



Quelle: Statistik Austria (2016a)

3.2 Epidemiologie psychischer Belastungen und Komorbiditäten

Eine Krebsdiagnose löst bei vielen Betroffenen eine existenzielle Lebenskrise aus. Neben der Krankheit sind auch die medizinischen Behandlungen zu verarbeiten, die häufig mit physischen und psychischen Belastungen einhergehen. An neuropsychologischen Beeinträchtigungen können Angstzustände, Depressionen, Anpassungsstörungen und eine verstärkten Anfälligkeit für psychotrope Substanzen auftreten. Überdies sind Krebserkrankte häufig mit sozialen, finanziellen und beruflichen Belastungen und existenziellen Fragen konfrontiert.

Wie internationale Studien belegen, leiden bis zu 32 Prozent der Krebspatienten/-patientinnen unter den physischen und psychischen Krankheits- und Behandlungsfolgen. Das beeinträchtigt nicht nur ihre Lebensqualität, sondern wirkt sich unmittelbar auch auf den Krankheitsverlauf bzw. den Gesundungsprozess aus (Mehnert et al. 2014; Singer et al. 2010).

3.2.1 Psychosoziale Belastungen und Funktionsstörungen

Im Verlauf der Erkrankung und medizinischen Behandlung können unterschiedliche körperliche, psychische, soziale und spirituelle Probleme auftreten, die sich auf alle Lebensbereiche auswirken und die Lebensqualität einschränken (Weis 2010a):

- » Einbußen der Lebensqualität, Erleben von Einsamkeit, Isolation, sozialer Ausgrenzung oder Diskriminierung
- » Multiple Körperbeschwerden (Schmerz, Fatigue, Appetitmangel, Übelkeit, Schlafprobleme, Hautveränderungen, Blutungen, körperliche Entstellung etc.)

- » Bedrohung des Körperbildes und der Sexualität
- » Depressivität, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Trauer, Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug, Rezidiv- oder Todesängste
- » Suizidalität, Hilfs- und Hoffnungslosigkeit, Verlust des Würdegefühls
- » Sinnkrise mit dem Verlust des Glaubens
- » Probleme in der Kommunikation mit medizinischem und pflegerischem Personal im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung mit Auswirkung auf die Compliance
- » Finanzielle Belastungen, Probleme am Arbeitsplatz und im Rahmen der Rückkehr ins Berufsleben.

Wissenschaftlich nachweisbar sind spezielle Risikofaktoren, die das Auftreten psychischer Störungen bei Krebspatienten begünstigen (in Klammer jeweils jene Merkmalsausprägung, die ein erhöhtes Risiko aufweist). Dazu gehören

- » das Alter (jüngere Patienten),
- » das Geschlecht (weiblich),
- » der Bildungsstand (niedriger),
- » der Familienstand (ledig oder geschieden),
- » der sozioökonomische Status (geringes Einkommen, Arbeitslosigkeit),
- » die Lokalisation (Lunge, Kopf/Hals, Brust, Darm, gynäkologische und urologische Tumoren),
- » das Tumorstadium (Krankheitsprogress/Fernmetastasierung),
- » Beschwerden wie Schmerz, Fatigue und psychische Vorerkrankungen (Depressionen).

Insgesamt ist das Selbstmordrisiko von Krebserkrankten deutlich höher als jenes der Allgemeinbevölkerung (AWMF 2014b).

Aus den körperlichen und psychosozialen Belastungen können sich Funktionsstörungen entwickeln, die eine psychoonkologische Intervention erfordern.

Tabelle 3.2:
Psychoonkologisch relevante Funktionsstörungen

Störungsbereich	Funktionsstörungen
Körperlich	Bewegungs- und Mobilitätseinschränkung Sensorische Beeinträchtigung Stimmstörung Gastrointestinale und urologische Störungen Sexuelle Störung Kognitive Einschränkung
Psychisch	Emotionale Fähigkeiten Einschränkung der Kontaktfähigkeit und Mobilisierung von sozialer Unterstützung Probleme der Lebensstiländerung, beschränkte Genussfähigkeit
Sozial	Beeinträchtigung der Lebensführung (Wohnen, Selbstversorgung, Ankleiden) Eingeschränkte Mobilität (Arztbesuch, Einkaufen etc.) Schulische und berufliche Einschränkungen (Produktivität, Leistungsfähigkeit, Arbeitsanforderungen) Einschränkungen der familiären und sozialen Interaktion (Kinderbetreuung, Freizeitbeschäftigung, Inanspruchnahme gesundheitlicher Angebote)

Quelle: AWMF (2014b)

Metastudien kommen zu dem Ergebnis, dass rd. 59 Prozent der Krebspatientinnen und -patienten unter hohen psychischen Belastungen leiden: Starke Ängste waren bei 48 Prozent der Erkrankten zu finden, wobei 32 Prozent Angst vor einem Wiederauftreten bzw. Fortschreiten der Krebserkrankung haben. Eine niedergeschlagene Grundstimmung bzw. Depressivität ist bei etwa 58 Prozent der Erkrankten erkennbar (AWMF 2014b).

3.2.2 Psychische Störungen nach ICD-10-Klassifikation

Mehrheitlich gelingt es Krebskranken alleine bzw. mit Unterstützung ihres sozialen Netzes, die Probleme zu bewältigen. Allerdings konnte in wissenschaftlichen Untersuchungen aufgezeigt werden, dass infolge der psychosozialen Belastungen die Lebensqualität von 25 bis 30 Prozent der Patientinnen und Patienten essentiell beeinträchtigt wird (Singer/Krauß 2013).

In einer internationalen Metastudie, die die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Tumorpatientinnen und -patienten untersucht, zeigt sich die Bandbreite von Belastungen, die sich zwischen „normalen Belastungsreaktionen“ und psychischer Komorbidität gemäß ICD-10-Klassifikation bewegen. Nach dieser Studie zählen Anpassungsstörungen zu den häufigsten psychischen Störungen bei Krebspatientinnen und -patienten, werden allerdings in den Behandlungsmanuals nur ungenau definiert und häufig unterschätzt (Beutel 2015). Insbesondere affektive Störungen und Angststörungen treten durch die Krebserkrankung gehäuft auf. Hervorzuheben ist auch das erhöhte Suizidrisiko (Singer/Krauß 2013).

In Österreich können aufgrund der fehlenden Datenlage über die Häufigkeiten psychischer Erkrankungen bei Krebspatientinnen/-patienten keine Aussagen getroffen werden. Dennoch er-

scheint es plausibel, dass die Tendenzen der internationalen Metaanalyse auf Österreich übertragbar sind. Demnach liegt die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Tumorpatientinnen und -patienten deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung (AWMF 2014b).

Tabelle 3.3:
Häufigkeit psychischer Störungen bei Krebserkrankten

Psychische Störungen	Punktprävalenz (International)	Range
1. Affektive Störungen (F30–39)	11.1 %	0–49 %
a. Depressionen (F32.0–32.2)	8,2 %	0–49 %
b. Dysthymia (F34.1)	3,3 %	0–15 %
c. Bipolare affektive Störung (F31.0–31.9)	1.7 %	0–4 %
2. Angststörungen (F40–42.9)	10.2 %	0–50 %
a. Generalisierte Angststörung (F41.1)	3.2 %	0–15 %
b. Panikstörung (F41.0)	2.5 %	0–11 %
c. Zwangsstörung (F42.0–42.9)	3.1 %	1–5 %
d. Soziale Phobien (F40.1)	1.2 %	0–7 %
e. Agoraphobie (F40.0)	0.9 %	0–3 %
3. Akute Belastungsreaktion (F43.0)	4.8 %	0–28 %
4. Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	2.6 %	0–22 %
5. Anpassungsstörung (F43.2)	12.5 %	0–49 %
6. Somatoforme Störung (F45.0–45.9)	1.7 %	0.5–11 %
7. Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F60–69)	1.3 %	1–1 %
8. Essstörungen (F50)	1 %	0–1 %
9. Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)	13.1 %	2–51 %
10. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	4.0 %	0–40 %

Quelle: AWMF (2014b)

Eine aktuelle Studie zeigt, dass für 32 Prozent der Krebserkrankten eine oder mehrere psychische Diagnosen gestellt werden, mit einer großen Schwankungsbreite der Prävalenzen für die einzelnen Tumorarten. Die Ergebnisse verweisen auf die Notwendigkeit, eine psychoonkologische Versorgung anzubieten. Diese sollte auf die Zielgruppen (Alter, Bildungsstand, Rehabilitanden) und die jeweiligen Tumorentitäten angepasst werden (Mehnert et al. 2014).

Entsprechend den individuellen Bedürfnissen sind adäquate Interventionsschritte zu setzen, die abhängig von der jeweiligen Erkrankungsphasen anzubieten sind. Konkret heißt das, dass auch weniger belastete Patientinnen und Patienten das Angebot von Information und psychosozialer Beratung, Psychoedukation oder künstlerischen und Entspannungstherapien erhalten sollten (Beutel et al. 2015). Dabei sind patientenorientierte Informationen und psychoonkologische Unterstützungsangebote frühzeitig und krankheitsbezogen sicherzustellen.

Gemäß nationalem Krebsrahmenprogramm ist für alle in Österreich lebenden Menschen mit einer Krebserkrankung und für deren Angehörige sowie für Personengruppen mit einem erhöhten Krebsrisiko (familiär, genetisch) ein psychoonkologisches Betreuungsangebot sicherzustellen (BMG 2014a).

4 Psychoonkologie als Unterstützung für Patienten/Patientinnen und Angehörige

Psychoonkologischer Behandlungsbedarf ist in der Praxis nicht leicht zu bestimmen, da repräsentative Bedarfszahlen im Allgemeinen und für die jeweiligen Versorgungssettings weitestgehend fehlen. Dieser Sachverhalt ist auf die unterschiedlichen Zugangswege zur Bedarfsschätzung seitens der Expertinnen und Experten und auf die Heterogenität von Versorgungslage und Patientencharakteristika zurückzuführen, wobei als Einflussgrößen das Inanspruchnahme-Verhalten, die subjektive Bedürftigkeit, die Zugänglichkeit und Erreichbarkeit von Bedeutung sind (Heckl et al. 2011).

Ziel der psychoonkologischen Interventionen sind die Krankheitsbewältigung durch Entwicklung adäquater Bewältigungsstrategien, die Stärkung von Ressourcen, der Erhalt bzw. die Verbesserung der Lebensqualität sowie das Erkennen und Behandeln psychischer Belastungsreaktionen der Patientinnen und Patienten wie auch deren Angehöriger (Heckl et al. 2011).

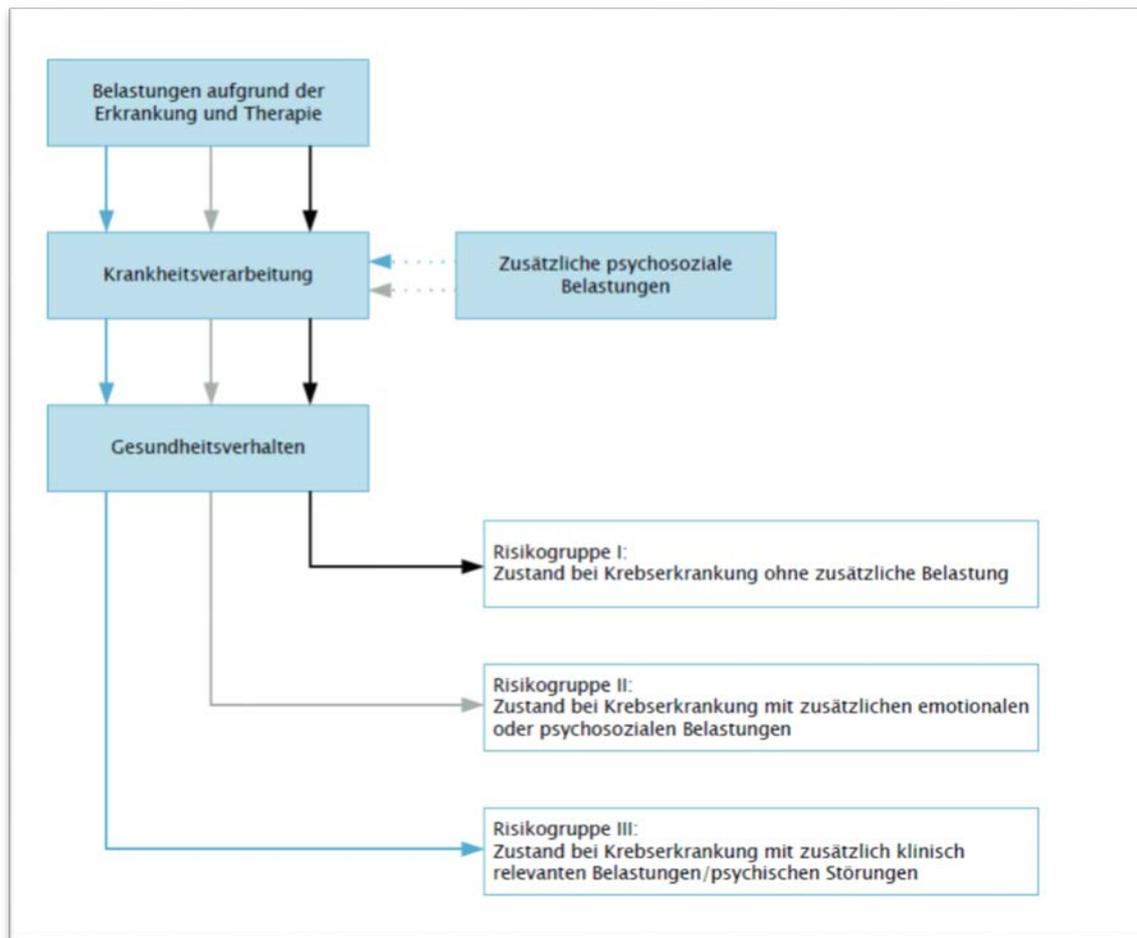
4.1 Psychoonkologischer Behandlungsbedarf

Groben Schätzungen zufolge bewältigt etwa die Hälfte der Krebserkrankten die auftretenden Belastungen selbst und/oder mithilfe ihres sozialen Netzes. Allerdings besteht in bestimmten Krankheitsphasen ein erhöhter psychoonkologischer Betreuungsbedarf (Heckl et al. 2011):

- » nach Mitteilung der Diagnose
- » im Rahmen der Behandlung und ihrer Nebenwirkungen
- » in der Rehabilitation und Nachsorge
- » bei Rezidiv oder Auftreten von Metastasen
- » in der palliativen bzw. terminalen Phase

Ein psychoonkologischer Behandlungsbedarf wird entweder bei Wunsch der Tumorpatienten/-patientinnen oder vom Behandlungsteam festgestellt. Erschwert wird die Feststellung des Bedarfs dadurch, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die Pflegefachkräfte ihn häufig unterschiedlich einschätzen oder sogar nicht erkennen bzw. fehleinschätzen (Singer/Krauß 2013).

Abbildung 4.1:
 Diagnostik und Indikation zur psychosozialen Versorgung auf Basis des
 Krankheitsbewältigungsmodells



Quelle: Kusch/Stecker (2005)

Im **Akutkrankenhaus** äußern Krebspatienten/-patientinnen vielfach keinen subjektiven Betreuungsbedarf bzw. lehnen entsprechende Angebote aus Angst vor Stigmatisierung, Destabilisierung oder vor zu starker Konfrontation mit der Krankheit ab. Andererseits fehlen ihnen häufig die Informationen zum psychoonkologischen Angebot, sodass sie keine genaue Vorstellung oder sogar falsche Erwartungen haben.

In der **onkologischen Rehabilitation** wird hingegen häufig ein Unterstützungsbedarf seitens der Patientinnen und Patienten geäußert (Heckl et al. 2011).

Häufig verstärken sich in der **Nachsorgephase** die krankheitsbedingten Belastungen und Ängste. Zu den körperlichen Problemen kommen bei jedem vierten bis fünften Langzeitüberlebenden ver-

minderte Belastbarkeit, Fatigue, starke Rezidiv-Ängste und Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit hinzu. Etwa 10 bis 40 Prozent aller Krebspatienten und -patientinnen klagen nach einer Chemotherapie über verminderte Merkfähigkeit, Konzentrationsstörungen und geringere Stressbelastung. In den meisten Fällen bildet sich dieser sog. „Chemobrain“ im Laufe der Jahre völlig zurück.

Gerade Langzeitüberlebenden fehlen häufig professionelle Ansprechpartner/innen. Zu den körperlichen Belastungen kommen oft berufliche Problem (z. B. berufliche Reintegration) und familiäre Krisen hinzu bzw. werden als Belastung virulent. Wissenschaftliche Studien weisen darauf hin, dass Krebspatientinnen und -patienten fünf Jahren nach Diagnosestellung unter Rezidiv- und Zukunftsängsten leiden, die wiederum zu psychovegetativen Syndromen wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Erschöpfung, Fatigue etc. führen können (Heckl et al. 2011).

Insgesamt weisen zahlreiche Studien darauf hin, dass der subjektive Unterstützungsbedarf von Krebspatienten häufig nicht erkannt oder beachtet wird. Dazu gehört Unterstützungsbedarf in folgenden Bereichen (Harrison et al. 2009):

- » Aktivitäten im Alltag
- » Psychische, physische und psychosoziale Belastungen
- » Spirituelle Belange
- » Arzt-Patient-Kommunikation
- » Sexuelle Beschwerden
- » Informationsbedürfnis

Um diese Situation zu verbessern und Unterstützungsbedarf rechtzeitig zu erkennen, sollten in den jeweiligen Versorgungssettings gezielte Diagnostikinstrumente zum Einsatz kommen.

4.2 Spektrum psychoonkologischer Intervention

Die Psychoonkologie hält eine Bandbreite möglicher Interventionen bereit, die von der Indikation, dem Versorgungssetting und dem berufsspezifischen Leistungsangebot abhängig sind. Konzeptionell ist der psychoonkologische Behandlungsansatz durch eine Reihe von Besonderheiten gekennzeichnet: „Er ist primär patientenzentriert, ressourcen- sowie lösungsorientiert und hat eine supportive Ausrichtung. Die psychoonkologische Therapie zeichnet sich durch einen schulengreifenden Ansatz aus und ist nicht einseitig auf eine der klassischen Psychotherapieschulen begrenzt“ (AWMF 2014b, 25).

Die abgestufte Psychoonkologie umfasst sowohl psychosoziale als auch klinisch-psychologische/psychotherapeutische Interventionen. Allerdings gibt es in der wissenschaftlichen Literatur keine eindeutige Abgrenzung der Begriffe „Psychoonkologie“, „psychosoziale Onkologie“ oder „psychosoziale Unterstützung“, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass es sich um ein relativ junges und integratives Versorgungsangebot handelt. Häufig werden diese Termini synonym verwendet, wobei eine Abgrenzung notwendig erscheint, um die unterschiedlichen Leistungsangebote der Versorgungssettings, die Berufsgruppen usw. präzise darzustellen.

Tabelle 4.1:
Abgestufte psychoonkologische Versorgung in unterschiedlichen Settings

Psychoonkologische Angebote	Indikation	Intervention	Versorgungssetting	Gesundheitsfachberufe	Ausbildungsvoraussetzung
Psychoonkologische Basisversorgung	Informationsbedürfnis und Entlastung der akuten Stresssituation	Information Beratung Supportive Begleitung von Erkrankten und Angehörigen	Akutkrankenhaus Onkologische Rehabilitation Krebsberatungsstellen Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte mit „zertifizierter“ psychoonkologischer Ausbildung in Fachgesellschaft	Medizin Psychologie Pflege Sozialarbeit Seelsorge Physiotherapie Ernährungsberatung u. a.	Alle Personen aus Gesundheitsfachberufen, die in die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen eingebunden sind, sollten über Basiswissen, psychosoziale Aspekte einer Krebserkrankung etc. verfügen.
Psychoonkologische Betreuung	Psychische Belastung Betreuungswunsch Erhöhter psychischer und sozialer Distress Angebot einer psychoonkologischen Betreuung sollte in jeder Krankheitsphase für alle Patientinnen/Patienten vorhanden sein	Abgestufte niederschwellige Psychosoziale und klinisch-psychologische/psychotherapeutische Betreuung bis zur psychoedukativen und ressourcenorientierten Interventionen	Akutkrankenhaus Onkologische Rehabilitation Krebsberatungsstellen Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte mit zertifizierter psychoonkologischer Ausbildung Niedergelassene klinische Psychologinnen/Psychologen Niedergelassene Psychotherapeuten/-therapeutinnen	Medizin Psychologie Pflege Sozialarbeit Seelsorge Physiotherapie Ernährungsberatung etc.	Alle Gesundheitsfachberufe aus den Versorgungssettings sollen einen zertifizierten Lehrgang einer psychoonkologischen Fachgesellschaft absolviert haben. ¹
Spezifische psychoonkologische Behandlung (Diagnostik und Therapie)	Krisen Psychische Belastungen Depressive und angstbezogene Symptomatik Spezielle soziale Bedürfnisse Subklinische Syndrome Psychische Störungen (ICD) Familiäre Krisen Genetisches Risiko	Psychodiagnostik Krisenintervention Psychoonkologische Psychotherapie Klinisch-psychologische Therapie	Akutkrankenhaus Onkologische Rehabilitation Krebsberatungsstellen Niedergelassene Psychotherapeuten/-therapeutinnen mit psychoonkologischer Zusatzqualifikation Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte mit PSY3 Niedergelassenen klinische Psychologinnen/Psychologen	Ärztliche Psychotherapie Psychiatrie Psychotherapie Klinische Psychologie	Alle Gesundheitsfachberufe aus den Versorgungssettings sollen einen zertifizierten Lehrgang einer psychoonkologischen Fachgesellschaft absolviert haben. ¹

¹ Zertifizierte psychoonkologische Ausbildung: Zwei österreichische Fachgesellschaften (ÖGPO, ÖPPO) bieten curriculare Fortbildungen an, die mit dem Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft abschließen.

Darstellung: GÖG 2017

4.2.1 Psychoonkologische Diagnostik

Der Krankheitsverlauf führt zu verschiedenen Symptomen, die durch eine Vielzahl individueller, krebs- und behandlungsspezifischer sowie umweltbezogener Faktoren bedingt sind. Aufgabe der psychoonkologischen Diagnostik ist das Erkennen und Erfassen von somatischen und psychosozialen Belastungen sowie von psychischen Störungen, wobei die Diagnosestellung nicht nur die Krebspatientinnen/-patienten sondern auch deren Partner/innen und Angehörige mit einschließt. Ziel der psychoonkologischen Diagnostik ist immer eine zeitnahe und evidenzbasierte Versorgung der Patienten und Patientinnen. Daraus leitet sich als zentrale Aufgabe eine frühzeitige und valide Erfassung behandlungsbedürftiger psychosozialer Belastungen und psychischer Störungen und die Zuweisung von Patienten und Patientinnen zu bestehenden Unterstützungsangeboten ab.

Hinsichtlich der Diagnostik psychischer Störungen und psychosozialer Belastungen bei Krebspatienten/-patientinnen bestehen große Unterschiede zu körperlich gesunden Menschen. Da die Krebsinzidenz im Alter ansteigt (vgl. Kap.3), handelt es sich bei betagten Patienten und Patientinnen häufig um multimorbide Menschen, bei denen der Schweregrad psychischer Symptome und deren Behandlungsbedürftigkeit unterschätzt werden (Mehnert et al. 2011). Die psychoonkologische Diagnostik stellt in dieser Patientengruppe sowie bei Menschen mit weit fortgeschrittenen Krebserkrankungen eine besondere Herausforderung dar. Deshalb wird von Expertenseite eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits in der Diagnose-Erstellung empfohlen (Schulz-Kindermann 2013).

Die umfassende psychoonkologische Diagnostik kann auf unterschiedliche Schwerpunkte ausgerichtet sein, die sich an settingspezifisch vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten in Krankenanstalten und Reha-Einrichtungen (z. B. Beratung, Information, Krisenintervention, Einzelgespräche, therapeutische Angebote) sowie an unterschiedlichen Zielgruppen (Patienten, Angehörige) orientieren.

In der psychoonkologischen Diagnostik werden, basierend auf den Methoden der klinischen Diagnostik, sowohl strukturierte Interviewverfahren als auch Fragebögen (Selbst- und Fremdeinschätzung) eingesetzt. Die Auswahl des Erhebungsverfahrens ist eng an das Ziel der Diagnostik und die verfügbaren Ressourcen gebunden.

Beispielsweise kommen im Krankenhaus häufig **Screening-Instrumente** zur Anwendung, mit denen das Ausmaß der psychischen Belastung erhoben werden kann und die Einleitung einer adäquaten Intervention ermöglichen (Schulz-Kindermann 2013). Mehrheitlich handelt es sich dabei um Selbstbeurteilungsfragebögen, die in einer verständlichen Sprache psychische Symptome wie z. B. Distress (allgemeine psychische Belastung), Ängste und Depressivität sowie weitere Belastungsmerkmale erfassen.

Mit Blick auf die beste Evidenz empfiehlt die S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik folgende Screening-Instrumente (AWMF 2014b):

- » Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) (Selbsteinschätzung)
- » Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-23 und FBK-10) (Selbsteinschätzung)

- » Distress-Thermometer (Selbsteinschätzung)
- » Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) (Fremdeinschätzung).

Der Vorteil von Screening-Bögen zur Erfassung psychosozialer Belastungen liegt im frühzeitigen Erkennen von belasteten Patienten/Patientinnen. Derart gewonnen Erkenntnisse bieten sodann die Möglichkeit, die Kommunikation zwischen den Patienten/Patientinnen und dem medizinisch/pflegerischen Personal zu verbessern, wodurch sich auch die Behandlungszufriedenheit und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erhöhen. Im klinischen Alltag überzeugen die Bögen mit ihrer hohen Praktikabilität und einer allgemeinen Akzeptanz seitens der Patientinnen und Patienten. Als nachteilig erweist sich die eingeschränkte diagnostische Validität, was dazu führt, dass Screening-positive Patienten/Patientin einer genaueren Psychodiagnostik unterzogen werden müssen.

Als sichere Instrumente der umfassenden psychosozialen Diagnostik und als valide Methode zur Erfassung von psychischen Störungen, basierend auf den ICD-10 Klassifikationen, gelten die **strukturierten klinischen Interviews**. Der Einsatz von strukturierten und standardisierten diagnostischen Interviews setzt sowohl präzise klinische Expertise als auch genaue Kenntnisse des Interviewmanuals und des Interviews voraus (Schulz-Kindermann 2013).

Zur praktischen Anwendung kommen vor allem folgende diagnostischen Interviews:

- » Strukturiertes klinisches Interview für DSM-V (SKID) (halbstrukturiertes Interview)
- » Composite International Diagnostic Interview, basierend auf ICD-10 (CIDI) (standardisiertes Interview)

Neben der psychoonkologischen Eingangsdiagnostik gilt es, speziell bei wechselnden Versorgungssettings, eine Verlaufsdagnostik zu implementieren, damit der psychoonkologische Befund aktualisiert wird. Eine weitere Diagnose am Ende der psychoonkologischen Intervention kann erste Hinweise auf den Erfolg liefern.

4.2.2 Psychoonkologische Interventionen und Wirksamkeiten

Psychoonkologische Interventionen richten sich nach dem individuellen Bedarf der Betroffenen und nach dem Grad der Belastung, der jeweiligen Krankheitsphase, dem Patientenwunsch und nicht zuletzt nach dem Behandlungssetting. Konkret wird darunter folgendes verstanden:

Der **individuelle Bedarf** wird in erster Linie über das beschriebene psychoonkologische Screening-Verfahren und über weiterführende diagnostische Abklärungsverfahren eruiert.

Entscheidend ist auch der **Belastungsgrad** der festgestellten psychischen Störung. Bei geringen Belastungen ist es ausreichend, Informationen bereitzustellen und/oder eine psychosoziale Beratung durchzuführen. Handelt es sich um subsyndromale Belastungen (z. B. Distress, Ängste und Depressivität) und Anpassungsstörung, können neben dem Beratungsangebot auch Einzel- oder Gruppentherapie indiziert sein. Grundsätzlich ist bei Patienten/Patientinnen mit psychiatrischen

ICD-10-Diagnosen immer auch die Wechselwirkung von somatischen und sozialen Faktoren auf die psychischen Störungen zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 3.2).

Die Art der psychoonkologischen Intervention ist stark auf die jeweilige **Krankheitsphase** (Erstdiagnose, Operation, adjuvante Therapie, Rezidiv-freie Phase, Rezidiv-Phase, palliative Phase) ausgerichtet. Dadurch ergibt sich auch das zuständige **Behandlungssetting** (Krankenhaus, Rehabilitationsphase, ambulantes Setting), das wiederum spezifische Angebote bereithält (vgl. Kap. 4.1). Trotz dieser Differenzierung nach Krankheitsphase und Behandlungssetting sind die Unterstützungsbedürfnisse sehr vielfältig und erfordern die interdisziplinäre Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen.

Tabelle 4.2:
Spektrum psychoonkologischer Interventionen und ihre Wirksamkeit

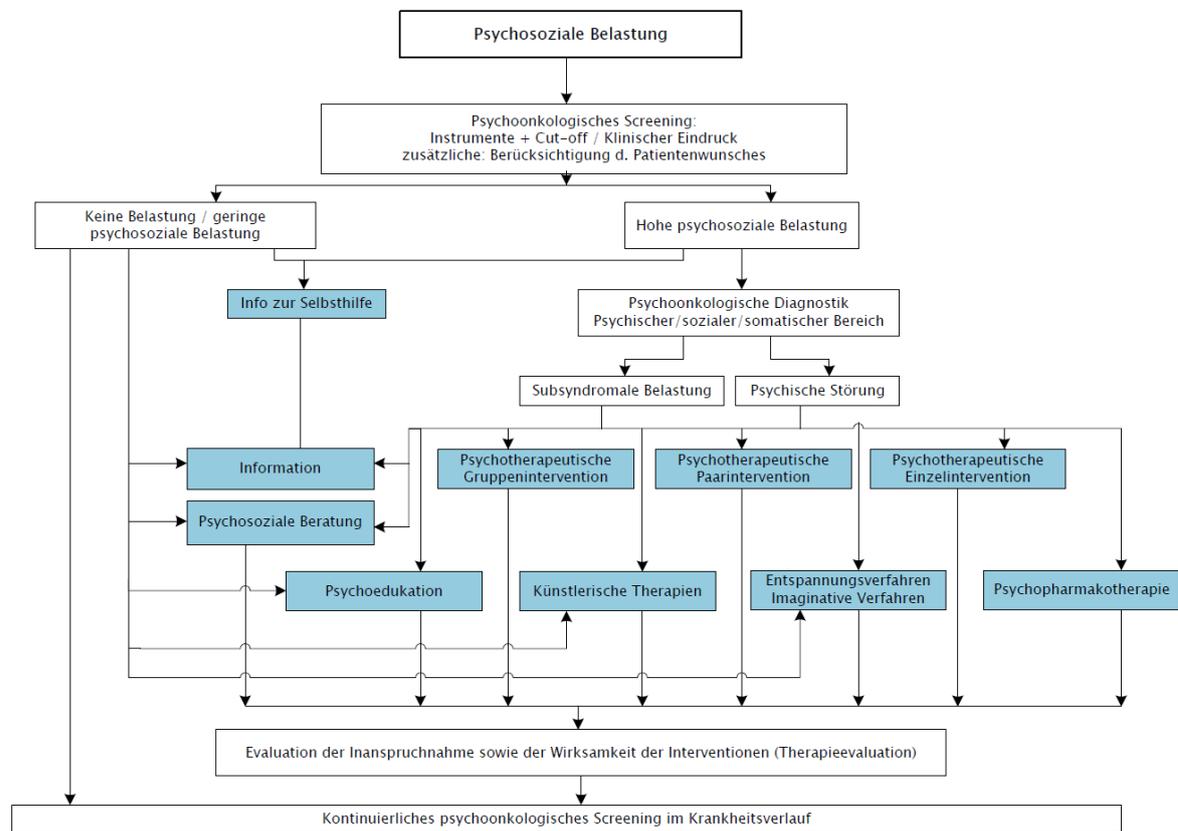
Psychoonkologische Intervention	Indikation	Inhaltliche Gestaltung	Evidenzbasierte Wirksamkeit
Entspannungsverfahren, imaginäre Verfahren	Nebenwirkungen der chemotherapeutische Behandlung Angst, Depressivität	Professionelle Anleitung in Gruppen und Selbstmanagement Niederschwelliger Zugang	Reduktion von Angst und Übelkeit Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Verminderung der psychischen Belastung
Psychoedukation, Patientenschulung	Auseinandersetzung mit krankheitsbedingten Problemen (Trauer, Sinnfrage, soziales Netz)	Standardisierte, multimodale, interaktive Interventionen (z. B. Krankheitsinformationen, Gesundheitsverhalten, Stressmanagement, Krankheitsbewältigung, psychosoziale Unterstützung)	Verringerung psychischer Belastungen Verbesserung des psychischen Befindens Steigerung der Lebensqualität Verringerung von Angst und Depressivität
Psychotherapeutische Einzel-, Gruppen- und Paarintervention	Psychische Störungen Körperliche Beschwerden	Kurzzeittherapien Kognitive Verhaltenstherapie / Coping Skills Training Psychodynamische Therapien Andere Therapieverfahren	Effekte bei psychischen Belastungen Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Minderung von Angst und Depressivität Reduzierung von körperlichen Beschwerden
Psychosoziale Beratung für Patienten/Patientinnen und Angehörige	Krankheitsbedingte psychosoziale Belastungen Problem der beruflichen Integration Gefahr der Chronifizierung von psychischen Störungen	Systematische Sozialanamnese Assesment des Versorgungsbedarfs Multimethodiale Interventionsformen	Problembezogene Unterstützung, Entlastung, Stabilisierung Aktivierung der persönlichen und sozialen Ressourcen Förderung der Bewältigungskompetenz im Umgang mit psychosozialen Problemen und Belastungen Sozialrechtliche Unterstützung
Musiktherapie	Krankheitsbedingte Angststörungen Depressionen Schmerzen	Musiktherapeutische Interventionen mit rezeptivem Ansatz und aktiver musikalischer Beteiligung	Reduzierung der krankheitsbedingten Angst Beeinflussung der Stimmung Erhöhte Lebensqualität Reduktion von Schmerzen Senkung von Herzfrequenz und Blutdruck

Psychoonkologische Intervention	Indikation	Inhaltliche Gestaltung	Evidenzbasierte Wirksamkeit
Kunsttherapie und Tanztherapie	Körperliche und seelische Erschöpfungszustände, Ängste und Depressionen Probleme in der Rollenfunktion, sozialen Funktion etc.	Heterogene kunsttherapeutische Verfahren Kombinierte Gruppenkonzepte, expressive Gruppentherapie Mindfulness Based Stress Reduction Konzept der „Creative Arts Therapy“	Verbesserung bzgl. Vitalität, Fatigue, physischem Wohlbefinden Reduzierung von Ängsten und Depressionen Verbesserung der psychosozialen Belastung und der Lebensqualität Verbesserung der körperlichen Symptome und der Krankheitsverarbeitung
Ergotherapie	Einschränkung in der körperlichen Funktionsfähigkeit (z. B. Schwellungen der Lymphgefäße, Fatigue) Probleme mit Körpergewicht Eingeschränktes Bewegungsausmaß	Entsprechend den Krankheitsphasen Üben von Fertigkeiten der Selbstversorgung Sensomotorisch-perzeptive Verfahren Sensibilisierungstraining Anpassung von Kontextfaktoren (Hilfsmittelversorgung etc.)	Erhalt, Stabilisierung, Wiederherstellung der Handlungs- und Bewegungsfähigkeit Förderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Physio- und Bewegungstherapie	Behandlung von direkten Folgen der Krebsbehandlung wie Ödeme, Bewegungseinschränkungen Verringerung von Muskelkraft und Ausdauer Ängste und Depressionen	Kraft- und Ausdauertraining Entspannungstraining	Lebensqualität von Krebskranken deutlich verbessert (Fatigue etc.) Verstärkung der physiologischen Körperwahrnehmung Linderung von Ängsten und Depression

Quelle: AWMF (2014b)

Die genannten Interventionen können Beschwerden und Belastungen nachweislich vermindern. Bei einigen Patientinnen und Patienten erweisen sich Entspannung, Energie- und Aktivitätsmanagement, Psychoedukation, themenbezogene Beratung und Psychotherapie als besonders wirksam (Schulz/Eckert 2016). Je nach patientenbezogener Bedürfnislage und Versorgungssituation können mehrere Interventionen miteinander kombiniert werden. Die nachfolgende Abbildung aus der S3-Leitlinie (AWMF 2014b) zeigt einen idealtypischen klinischen Versorgungsalgorithmus.

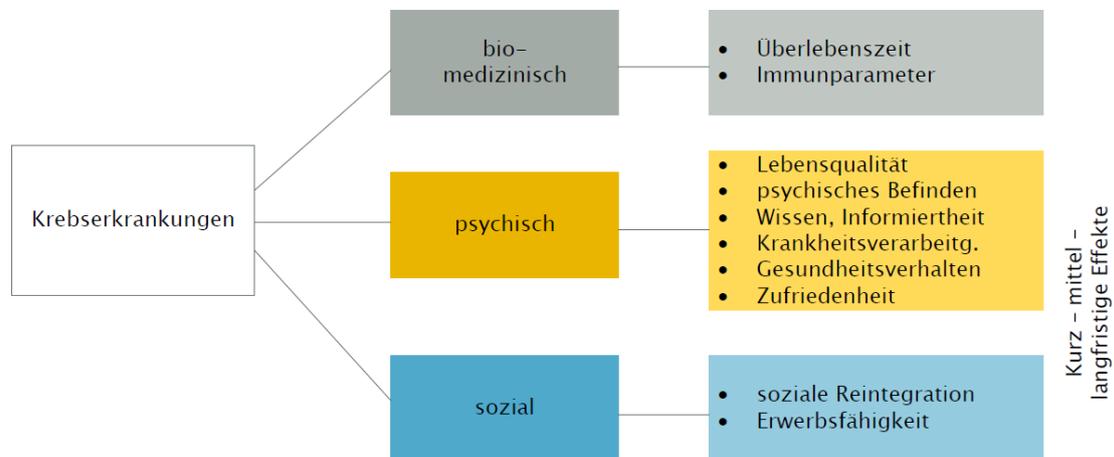
Abbildung 4.2:
Klinischer Versorgungsalgorithmus für Psychoonkologie



Quelle: AWMF (2014b)

In einer deutschen Metaanalyse konnte die Wirksamkeit von psychoonkologischen Interventionen nachgewiesen werden. Das Ergebnis der Studie zeigt positive Effekte für einige psychoonkologische Interventionen (Einzel-, Gruppen- und Paartherapie, Psychoedukation, Entspannungsverfahren). Sie können Distress, Angst und Depressionen lindern und die Lebensqualität (jedenfalls kurzfristig) verbessern. Die Effektgrößen liegen zwischen gering und mittelgradig, sind aber deutlich. Bei einer Vorauswahl der Patientinnen/Patienten mit erhöhtem Distress sind die Effektgrößen zwischen mittelgradig (≤ 6 Monate) und hoch (≥ 6 Monate) (Faller et al. 2013).

Abbildung 4.3:
Ergebnisqualität in der Psychoonkologie



Quelle: Weis (2010b) – adaptiert

4.2.2.1 Patientenzentrierte Kommunikation

Kommunikationsqualität ist von zentraler Bedeutung, wenn es um die Behandlungszufriedenheit von Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen geht (IOM 2008). Eine gelungene Kommunikation zwischen Behandlungsteam und Krebspatient/in führt zu einer Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens, hilft bei der Entscheidungsfindung und erhöht Compliance und Behandlungssadhärenz. Nachweislich kann eine gezielte Aufklärung über emotionale Belastungsreaktionen nach einer Krebsdiagnose und während der Therapie wesentlich zur Reduktion der tatsächlich empfundenen psychosozialen Belastung sowie der empfundenen Stigmatisierung beitragen (Dowsett et al. 2000; Friedrichsen et al. 2000; Kowalski et al. 2009).

Patientenzentrierte Kommunikation setzt eine Grundhaltung voraus, die weit über kommunikative Soft Skills hinausgeht. Abgestimmt auf die besonderen Erfordernisse von Krebspatienten/-patientinnen werden von Epstein und Street (2007) Ziele und Aufgaben der patientenzentrierten Kommunikation anhand von sechs ineinandergreifenden Funktionen dargestellt:

- » Fördern einer hilfreichen und „heilsamen“ Beziehung
- » Austausch von Information
- » Umgehen mit Emotionen
- » Gemeinsame Entscheidungsfindung zum weiteren Vorgehen
- » Fördern der Toleranz für Ungewissheit
- » Unterstützung von Selbstbestimmung und eigenen Aktivitäten (Epstein/Street 2007).

Dabei zeigen die Präferenzen von Krebspatienten und –patientinnen hinsichtlich der Kommunikation ein höchst differenziertes Bild. Vor allem jüngere Erkrankte erwarten eine patientenzentrierte Haltung der behandelnden Onkologen/Onkologinnen, wobei die Präferenzen nach Persönlichkeit, Krebsstadium und Schwere der Erkrankung variieren und sich im Krankheitsverlauf ändern können. Insbesondere in fortgeschrittenen Krankheitsphasen und bei schlechter Prognose benötigen Patienten/Patientinnen mehr Unterstützung und Zuwendung. Sie vertrauen vor allem kompetenten und engagierten Ärzten/Ärztinnen, die sie in ihrer Krankheit als Mensch wahrnehmen und respektieren (Friedrichsen et al. 2000; Thorne et al. 2005; Uitterhoeve et al. 2010).

Nachweislich führt ein patientenzentrierter Kommunikationsstil zur Steigerung der Patientenzufriedenheit, wobei sich Empathie, Anteilnahme, Besorgnis und Optimismus am stärksten auswirken (Jürg/Butow 2011). Obwohl bis dato keine Evidenz zur Verbesserung von psychischer Befindlichkeit (Angst, Depressionen etc.) bzw. zur Verminderung psychischer Belastungen erbracht werden konnte (Uitterhoeve et al. 2010), weisen bisherige Erfahrungen von Psychoonkologen/–onkologinnen darauf hin, dass die meisten Tumorpatienten/–patientinnen eine stärker patientenzentrierte Kommunikation brauchen.

Insgesamt sind für die in der Onkologie tätigen Gesundheitsfachberufe bezüglich patientenzentrierter Kommunikation folgende Grundprinzipien zu beachten (AWMF 2014b):

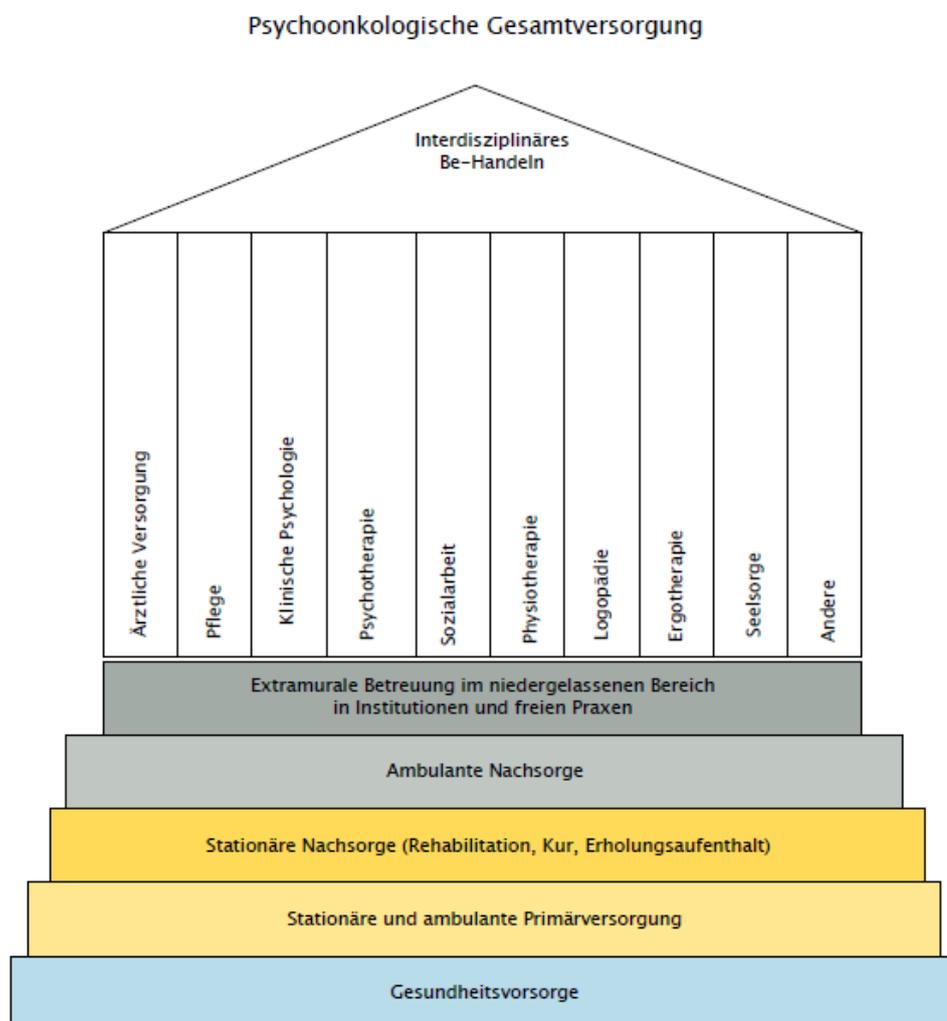
- » Gewährleisten einer atmosphärisch angemessenen und ungestörten Umgebung ohne Unterbrechung
- » Aufbauen einer tragfähigen Beziehung zum Patienten / zur Patientin
- » Gesprächsführung auf Basis des aktiven Zuhörens
- » Direktes und einfühlsames Ansprechen schwieriger Themen
- » Vermittlung von bedeutsamen Informationen in einer patientennahen Sprache unter Vermeidung von medizinischem Fachvokabular, ggf. Erklärung von Fachbegriffen
- » Verwenden von Strategien, um das Verstehen zu erleichtern (Wiederholung, Zusammenfassung wichtiger Informationen, Nutzung von Graphiken u. ä.)
- » Ermutigen, Fragen zu stellen und Gefühle auszudrücken
- » Einbeziehen von Angehörigen oder Bezugspersonen in Abhängigkeit vom Wunsch des Patienten / der Patientin
- » Anbieten weiterführender Hilfen

Im Mittelpunkt der Anforderungen an menschliche und professionelle Kompetenz – zwischen Herausforderung und zuweilen Überforderung und Bereicherung – stellt patientenzentrierte Kommunikation das wichtigste Vehikel bzw. Agens dar: Eine „heilsame“ Behandlung und Versorgung von Krebserkrankten ist ohne patientenzentrierte Kommunikation nicht denkbar (Epstein/Street 2007).

5 Unterschiedliche psychoonkologische Betreuungssettings

Psychoonkologische Interventionen werden – dem interdisziplinären Ansatz entsprechend – von verschiedenen Berufsgruppen in unterschiedlichen Versorgungssettings und Kontexten geleistet. Dabei zeichnet sich das psychoonkologische Arbeiten durch unterschiedliche Aufgaben, Inhalte und Methoden aus, die vom jeweiligen Versorgungsschwerpunkt abhängig sind.

Abbildung 5.1:
Schematische Darstellung der psychoonkologischen Versorgung



Quelle: Schmid/Wienerroither (2017)

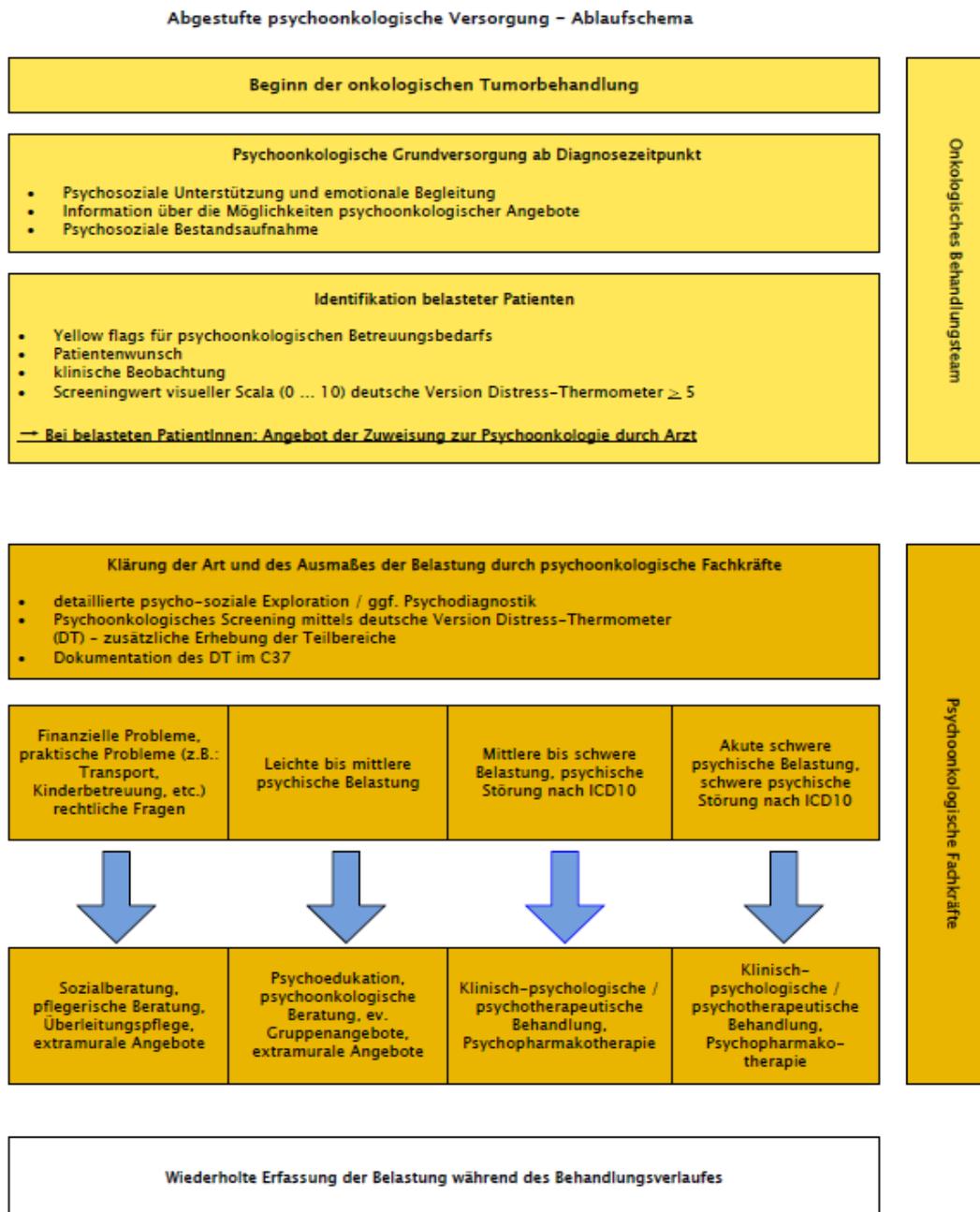
Im **Akutkrankenhaus** sind psychoonkologische Interventionen an den jeweiligen Erkrankungs- und Behandlungsverlauf gebunden. Die Erstdiagnose erhalten die meisten Patienten und Patientinnen im akutmedizinischen Bereich, hier werden sie auch über das Auftreten von Rezidiven, Progredienz oder Komplikationen in der Krebstherapie informiert. Die Erkrankung selbst und die erheblichen Nebenwirkungen der medizinischen Therapie führen häufig zu funktionellen Einschränkungen und psychischen Belastungen. Die Ungewissheit über den weiteren Krankheitsverlauf, die existentielle Bedrohung, der Verlust der körperlichen Integrität, das veränderte Selbstbild, die Isolation, familiäre Konflikte, Veränderungen der Sozialbeziehungen usw. können in weiterer Folge psychische Störungen, Distress und Probleme der Compliance hervorrufen (Weis/Brähler 2013).

Entsprechend rückt die psychoonkologische Betreuung patientenbezogen Problemfelder in den Vordergrund. Im Bedarfsfall können auch An- und Zugehörige durch supportive und systemische Maßnahmen direkt unterstützt und entlastet werden.

Österreichische Universitätskliniken und größere Krankenanstalten haben großteils eigene psychosoziale Konzepte implementiert oder beschäftigen qualifizierte Psychoonkologen, die in Form von Konsiliar- und Liaisondiensten organisiert sind. Allerdings sinkt in Korrelation zur Krankenhausgröße auch das psychoonkologische Betreuungsangebot. Die Aufgaben der Psychoonkologie werden dann häufig von Sozialdiensten und Seelsorgern übernommen (vgl. Abschnitt 6.2.2).

Um für alle onkologischen Patienten standortunabhängig eine qualitätsgesicherte psychoonkologische Betreuung garantieren zu können, wurde für das oberösterreichische Tumorzentrum gspag – Elisabethinen erstmalig eine Leitlinie zur abgestuften und bedarfsorientierten Patientenversorgung (siehe Abbildung 5.2) erstellt, an dessen Implementierung derzeit aktiv gearbeitet wird.

Abbildung 5.2:
Abgestufte psychoonkologische Versorgung – Ablaufschema



Adaptiert nach den Leitlinien zur psychoonkologischen Betreuung von erwachsenen Krebskranken und ihren Angehörigen der Schweizer Gesellschaft für Psychoonkologie.

Quelle: Schmid/Wienerroither (2017)

Vielfach kehren Patienten/Patientinnen während oder nach der Akutbehandlung in ihr häusliches Umfeld zurück, ohne über ihre früheren körperlichen Fähigkeiten zu verfügen, was Betroffene und Angehörige zusätzlich psychisch und physisch belastet. Darin liegt die wachsende Bedeutung der **Rehabilitation in der onkologischen Versorgung** begründet, die auf einen ganzheitlichen Ansatz mit interdisziplinärer Behandlungsstrategie setzt. Für eine erfolgreiche Rehabilitation müssen Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose gegeben sein.

Hauptziel der Rehabilitation ist es, „den Patientinnen und Patienten unabhängig von der (diagnose- und organbezogenen) Herkunft der Beeinträchtigung die Möglichkeit zu eröffnen, an ihrem bisherigen Leben wieder aktiv teilzunehmen. Die Patientinnen und Patienten sollen wieder in die Lage versetzt werden, möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben zu führen, einen Beruf auszuüben oder eine Ausbildung zu absolvieren. Behindertenbedingte Pensionierungen und Pflegebedürftigkeit sollen verhindert oder zumindest aufgeschoben werden“ (Gyimesi et al. 2016, 16). In der stationären Rehabilitation ist die psychoonkologische Betreuung ein fixer Bestandteil der Patientenversorgung.

Außerhalb der (teil-)stationären Versorgungssettings ist von einem überschaubaren psychoonkologischen Angebot in ambulante Rehabilitationseinrichtungen und in regionalen Krebsberatungsstellen auszugehen. Niedergelassene Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen verfügen nicht immer über eine spezifische psychoonkologische Qualifikation. In den letzten 20 Jahren haben weniger als 500 Personen am Weiterbildungsangebot der Psychoonkologischen Fachgesellschaften teilgenommen.

Den regionalen Krebsberatungsstellen als **niederschwellige Versorgungseinrichtungen** kommt für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige eine große Bedeutung zu. Über ihr Leistungsangebot, ihre Qualitätskriterien und personelle Situation sind jedoch keine Aussagen möglich, da die Österreichische Krebshilfe aus Gründen des Datenschutzes keine Daten übermittelte.

Deshalb werden in den nachfolgenden Kapiteln nur die Ergebnisse aus den Versorgungsbereichen Krankenhaus und Rehabilitation präsentiert und im Wesentlichen die Versorgungsstruktur, die tätigen Berufsgruppen, der Personalstand sowie Qualifizierung und Fortbildungsangebote thematisiert.

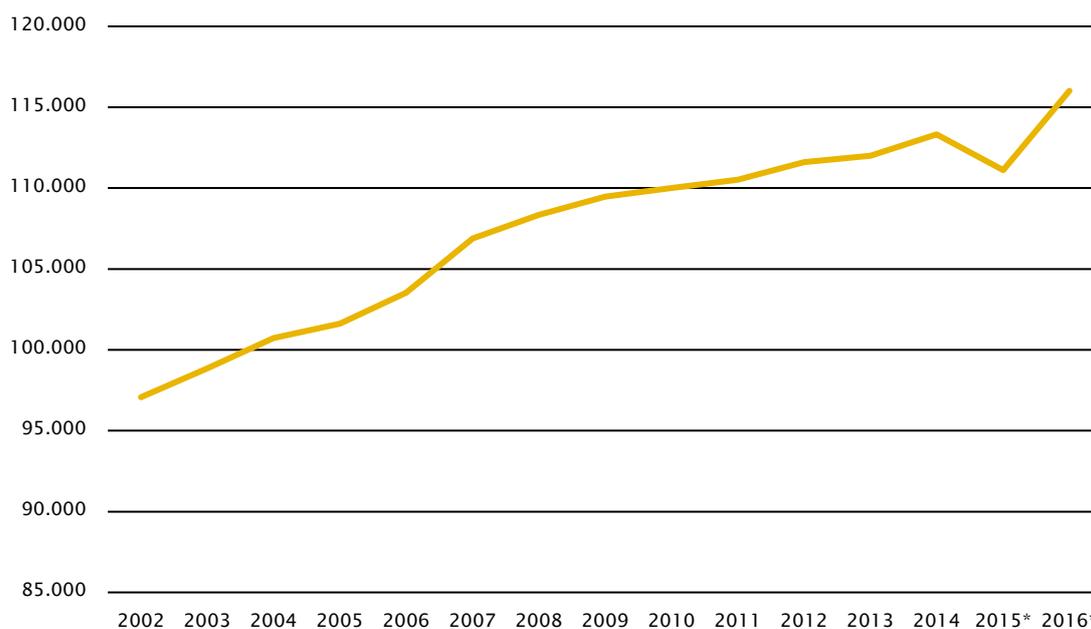
6 Psychoonkologische Versorgung in Akutkrankenanstalten

6.1 Daten und Fakten zur onkologischen Versorgung in Akutkrankenanstalten

Die Zahl der in Akutkrankenanstalten – im Falle der onkologischen Versorgung Fonds–Krankenanstalten (FKA) und Sanatorien (SAN) – behandelten Patienten und Patientinnen mit einer malignen Neuerkrankung als Hauptdiagnose (ICD–10 C00–D09) ist im Verlauf der letzten Jahre aufgrund demographischer und medizinischer Faktoren (vgl. Kapitel 3) kontinuierlich angestiegen.

Abbildung 6.1:

Anzahl onkologischer Patienten/Patientinnen mit einer Hauptdiagnose ICD–10 C00–D09 in FKA und SAN im Zeitverlauf (2002–2016) (absolute Zahlen)



Anmerkung: Seit 2015 besteht eine Änderung in der Methodik der Patientenzählung (siehe Kap.2.2).

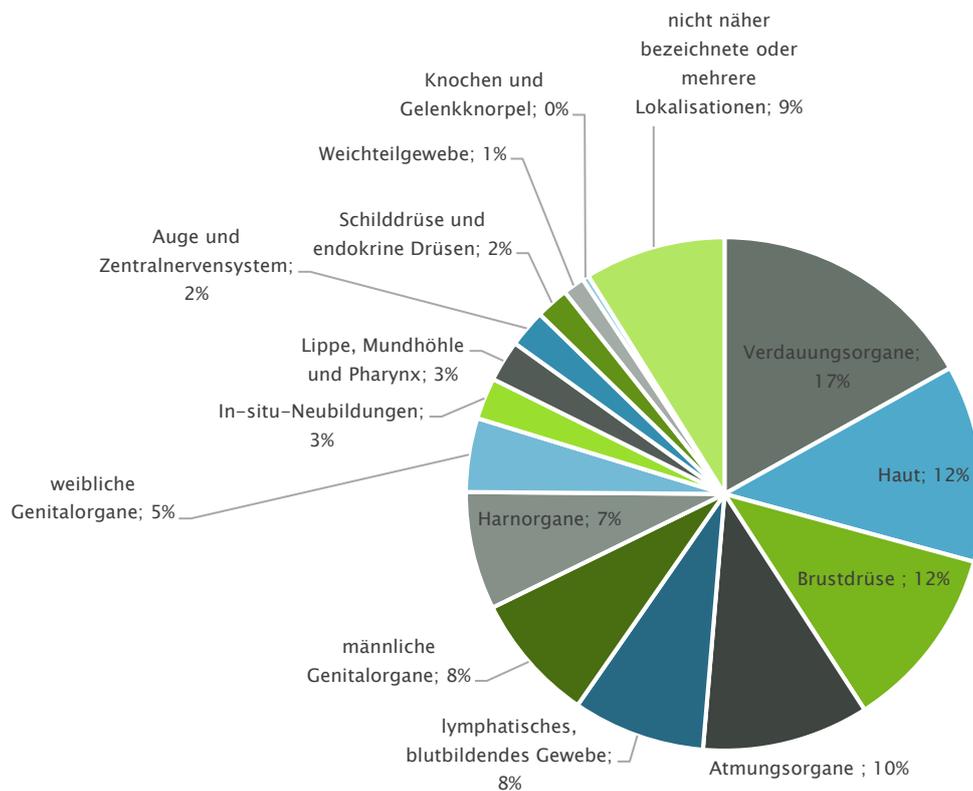
Quelle: Auswertung und Darstellung: GÖG 2017

Insgesamt wurden im Jahr 2016 in Akutkrankenanstalten ca. 115.000 onkologische Patienten/Patientinnen mit einer malignen Neuerkrankung (ICD–10 C00–D09) als Hauptdiagnose behandelt. Diese Patienten/Patientinnen wurden in ca. 330.000 stationären Aufenthalten inkl. Nulltagesaufenthalte versorgt.

Sieben Prozent aller in FKA und SAN behandelten Patienten/Patientinnen haben eine Hauptdiagnose aus dem Bereich bösartiger Neuerkrankungen, bei den Aufenthalten ist der Prozentsatz mit 15 Prozent doppelt so hoch. Im Durchschnitt wird jeder/jede onkologische Patient/Patientin ca. dreimal pro Jahr stationär wegen einer bösartigen Neuerkrankung aufgenommen. Die durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen ohne Nulltagesaufenthalte beträgt etwa sechs Tage.

Die häufigsten Krebsentitäten, aggregiert nach ICD-10-Diagnosegruppen, die in Akutkrankenhäusern stationär behandelt werden, sind bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, der Haut, der Brustdrüse und des lymphatischen und blutbildenden Systems. Anzumerken ist, dass viele Hauttumoren im ambulanten Bereich behandelt werden und so nicht in diesen Auswertungen enthalten sind.

Abbildung 6.2:
Verteilung der onkologischen Hauptdiagnosen (nach ICD-10-Diagnosegruppen C00-D09) in FKA und SAN (2016) (in Prozent)

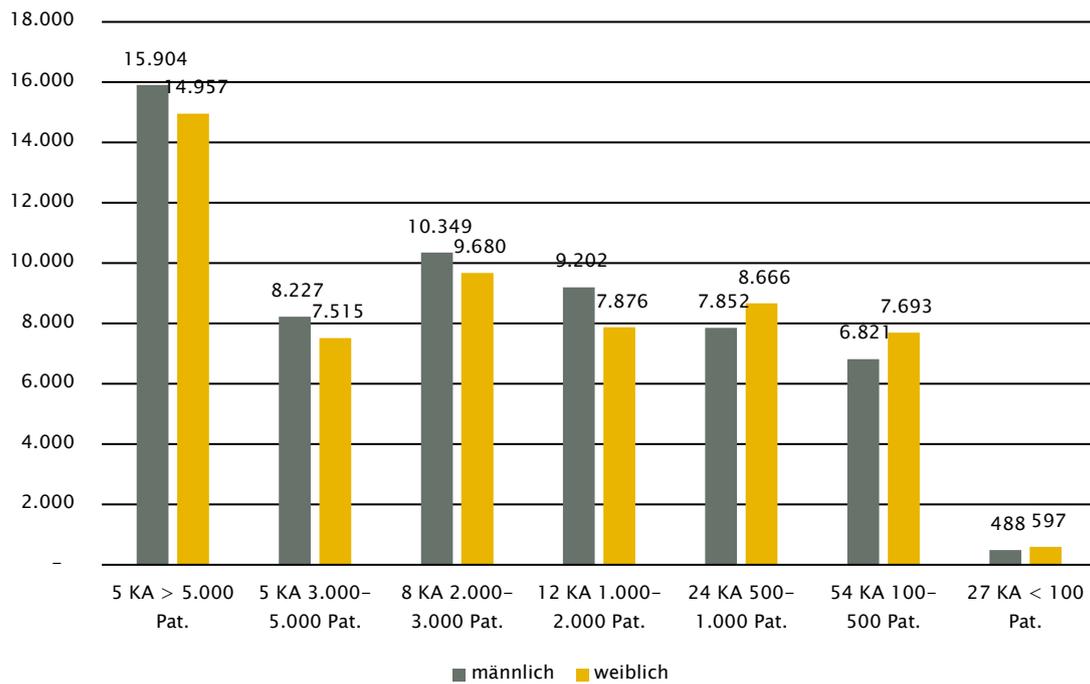


Quelle: Diagnosen und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenhäuser;
Berechnung und Darstellung: GÖG 2017

In Akutkrankenhäusern werden insgesamt etwas mehr Männer (51 %) als Frauen (49 %) onkologisch behandelt. Werden Krankenhäuser nach der Anzahl der pro Jahr (2016) behandelten Patienten/Patientinnen mit einer entsprechenden Diagnose (bösartige Neuerkrankungen) unterschieden, zeigt sich, dass Männer häufiger in jenen Krankenhäusern aufgenommen werden, die

viele Krebspatientinnen/Krebspatienten behandeln, wohingegen Frauen häufiger in kleineren Krankenanstalten behandelt werden.

Abbildung 6.3:
Geschlechterverteilung von onkologischen Patienten/Patientinnen mit einer Hauptdiagnose nach ICD-10-Gruppen C00-D09 in FKA und SAN, nach Größe der Krankenanstalt (2016) (absolute Zahlen)



Quelle: Diagnosen und Leistungsdocumentation der österreichischen Krankenanstalten;
Berechnung und Darstellung: GÖG 2017

Qualitätskriterien für die stationäre Versorgung von Patienten/Patientinnen mit einer Krebserkrankung sind im aktuellen Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG) im Kapitel „Kreberkrankungen“ festgelegt (BMGF 2017b). Als Versorgungsmodell wurde eine abgestufte und modulare Versorgung gewählt. Spezifische Qualitätskriterien, z. B. Tumorboards oder interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit, betreffen die gesamte Versorgung. Hinsichtlich Personal und Ausstattung werden die einzelnen Versorgungsstufen – Onkologisches Zentrum (ONKZ), Onkologischer Schwerpunkt (ONKS) und assoziierte onkologische Versorgung (ONKA) – adressiert.

Eine **psychoonkologische Betreuung** ist für ONKZ und ONKS jedenfalls im Tagdienst (Montag bis Freitag in der festgelegten Betriebszeit) sicherzustellen. Für ONKA soll, abhängig von der Anzahl

der behandelten onkologischen Patienten/Patientinnen, mindestens eine psychoonkologisch versierte Person in der Krankenanstalt zur Verfügung stehen.

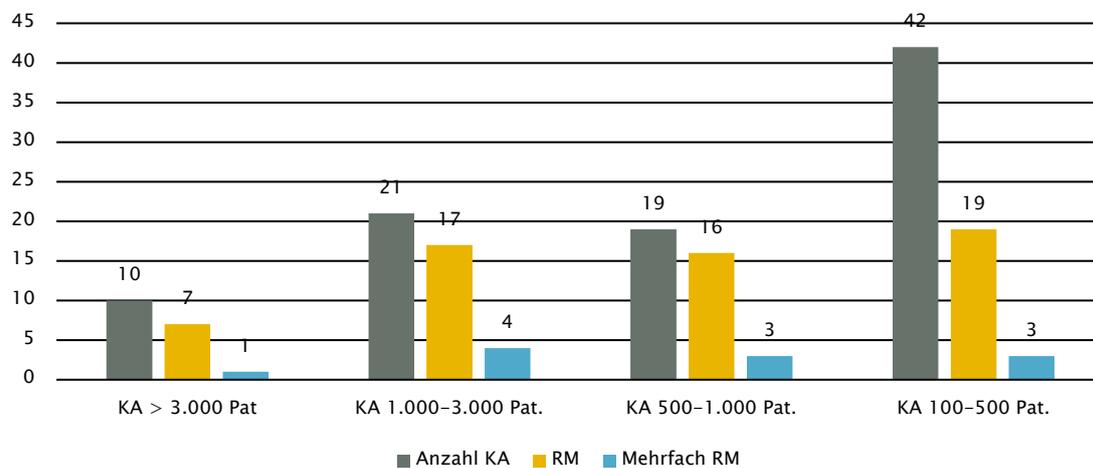
6.2 Erhebungsdaten der Akutkrankenanstalten

Die Krankenanstalten wurden entweder direkt von der GÖG oder über ihre Träger eingeladen, an der Erhebung teilzunehmen, Sanatorien wurde in der Befragung nicht berücksichtigt. Von den 92 angeschriebenen Akutkrankenanstalten haben 59 teilgenommen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 64 Prozent. Von neun Krankenanstalten kamen jeweils zwei Rückmeldungen von unterschiedlichen Personen, von zwei Krankenanstalten wurden jeweils drei Fragebögen ausgefüllt retourniert. Damit stehen insgesamt 72 Rückmeldungen für die Auswertungen zur Verfügung.

Die Krankenanstalten, die an der Befragung teilgenommen haben, sind nach der Anzahl ihrer Patienten/Patientinnen, die sie im Jahr 2016 behandelt haben, geclustert. Dabei zeigt sich, dass in den drei Clustern von Krankenanstalten mit mehr als 500 onkologischen Patienten/Patientinnen pro Jahr jeweils etwa 80 Prozent an der Befragung teilgenommen haben, von den Krankenanstalten, die unter 500 Patienten/Patientinnen pro Jahr betreuen, nur 45 Prozent.

Abbildung 6.4:

Rückmeldende Krankenanstalten, geclustert nach der Anzahl der in den KA behandelten onkologischen Patientinnen/Patienten (2016) (absolute Zahlen)



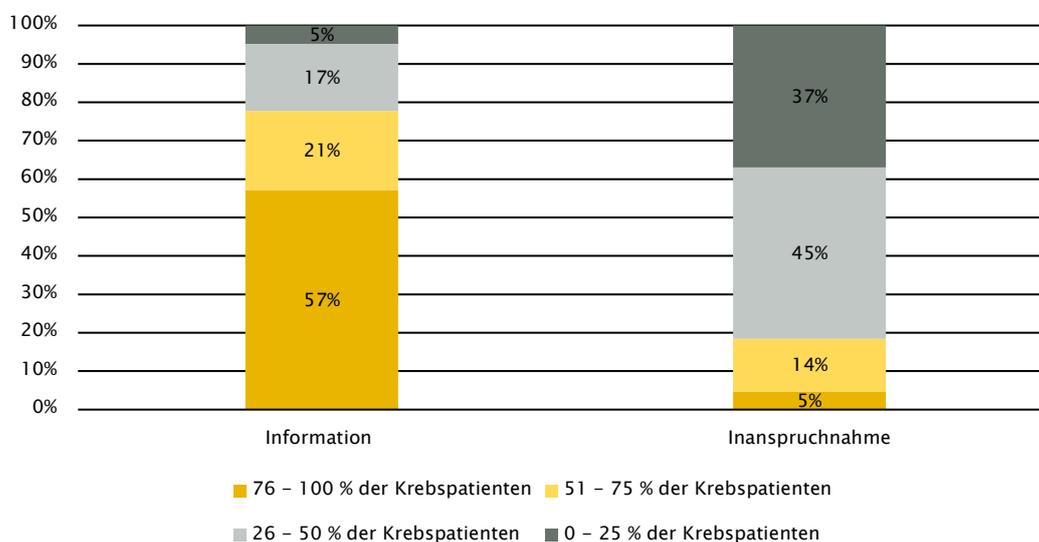
KA = Krankenanstalt; RM = Rückmeldung erhalten; Mehrfach RM = mehrfache Rückmeldung (Teilmenge von RM)

Quelle: Erhebung GÖG (2017)

6.2.1 Patientengruppen

Die Erhebung stellt unter anderem die Frage, ob Krebspatienten/-patientinnen über das psychoonkologische Angebot in der jeweiligen Krankenanstalt informiert werden. Rund zwei Drittel der Rückmeldungen (57 % + 21 % = 78 %) geben an, dass mehr als die Hälfte der onkologischen Patienten und Patientinnen über die bestehenden psychoonkologischen Betreuungsangebote in Kenntnis gesetzt werden.

Abbildung 6.5:
Information über psychoonkologische Betreuung und ihre Inanspruchnahme durch die Patienten/Patientinnen (in Prozent)



Lesebeispiele: 57 % der Rückmeldungen beinhalten die Information, dass mehr als drei Viertel der Patienten/Patientinnen (76-100 %) Informationen zu psychoonkologischen Angeboten erhalten (dunkelgelber Bereich der ersten Säule). 37 % der Rückmeldungen beinhalten die Information, dass maximal ein Viertel der Patienten/Patientinnen (0-25 %) psychoonkologische Angebote auch in Anspruch nehmen (dunkelgrauer Bereich der zweiten Säule).

Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Die Inanspruchnahme von psychoonkologischen Angeboten fällt hingegen deutlich niedriger aus. Etwa ein Drittel der rückmeldenden Personen (37 %) gibt an, dass maximal ein Viertel der Patienten/Patientinnen solche Angebote in Anspruch nehmen, bei lediglich rund einem Fünftel der Rückmeldungen (14 % + 5 % = 19 %) nutzen mindestens die Hälfte der Patienten/Patientinnen oder sogar mehr das Angebot. Der Mittelwert über alle Rückmeldungen sagt aus, dass etwa ein Drittel der Patienten/Patienten psychoonkologische Angebote beanspruchen. Diese Angabe entspricht dem in der Literatur genannten Prozentsatz von rund einem Drittel versorgungsbedürftiger Krebspatienten/-patientinnen mit einer klinisch relevanten psychischen Komorbidität (Weis/Brähler 2013).

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Erhebung um Selbstauskünfte der Spitäler handelt und das, was unter dem Titel Psychoonkologie angeboten wird, in Bezug auf Inhalt und Umfang vermutlich variiert.

6.2.2 Organisationsstrukturen

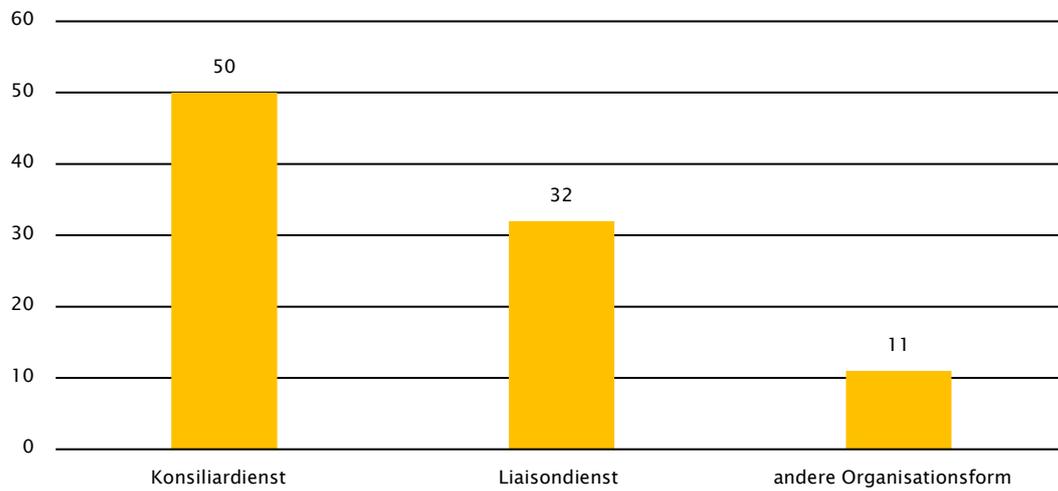
Abhängig vom jeweiligen Akutkrankenhaus und vom Krankenhausträger haben sich unterschiedliche psychosoziale bzw. psychoonkologische Versorgungsmodelle entwickelt. Während an den meisten Standorten die Psychoonkologie der medizinischen Psychologie, der Psychosomatik und/oder der Psychiatrie zugeordnet ist, gibt es in großen Krankenanstalten auch Abteilungen (z. B. Gynäkologie) mit festangestellten Psychoonkologen/Psychoonkologinnen. Speziell in kleineren Spitälern kommen mitunter niedergelassene Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen auf Anfrage auf die Stationen oder Seelsorger/innen nehmen diese Aufgabe wahr. In der Praxis sind am häufigsten das Konsiliar- und das Liaisonmodell anzutreffen.

Konsiliardienste sind organisatorisch an einen Bereich (z. B. Medizinische Psychologie, Psychosomatik, Psychiatrie) gebunden. Unterschiedlich geregelt ist, ob der Konsiliardienst nur auf Anforderung in akuten Krisenfällen kommt oder ob routinemäßig seitens der onkologischen Abteilung neu aufgenommene Patienten/Patientinnen nach einem kurzen Belastungsscreening dem Konsiliardienst vorgestellt werden. „Ein Nachteil ist, dass der Bedarf so gut wie ausschließlich vom Personal der betreffenden Abteilung eingeschätzt und damit von der psychosozialen Fachkunde und Sensibilität des medizinischen-pflegerischen Teams abhängig ist“ (Schulz-Kindermann 2013, 159). Damit bleibt offen, ob tatsächlich jene Krebspatienten/-patientinnen von dem psychoonkologischen Angebot profitieren können, die es am dringlichsten brauchen.

Im Gegensatz dazu bietet der **Liaisondienst** eine intensivere Betreuung, da die psychosozialen Berufsgruppen mit den onkologischen Abteilungen eng kooperieren. In der Praxis haben diese Dienste verbindliche Anwesenheitszeiten bzw. nehmen an ärztlichen Visiten und/oder pflegerischen Übernahmen teil.

Den Rückmeldungen zufolge wird das Konsiliarmodell deutlich häufiger angeboten als das Liaisonmodell. Neben dem Konsiliar- und Liaisondienst bestehen in einigen Krankenanstalten noch andere Organisationsformen wie integrierte Arbeitsgruppenmodelle, Teilzeitregelungen für Psychoonkologen auf der Station und ähnliches.

Abbildung 6.6:
Organisationsformen des psychoonkologischen Angebots (absolute Zahlen)



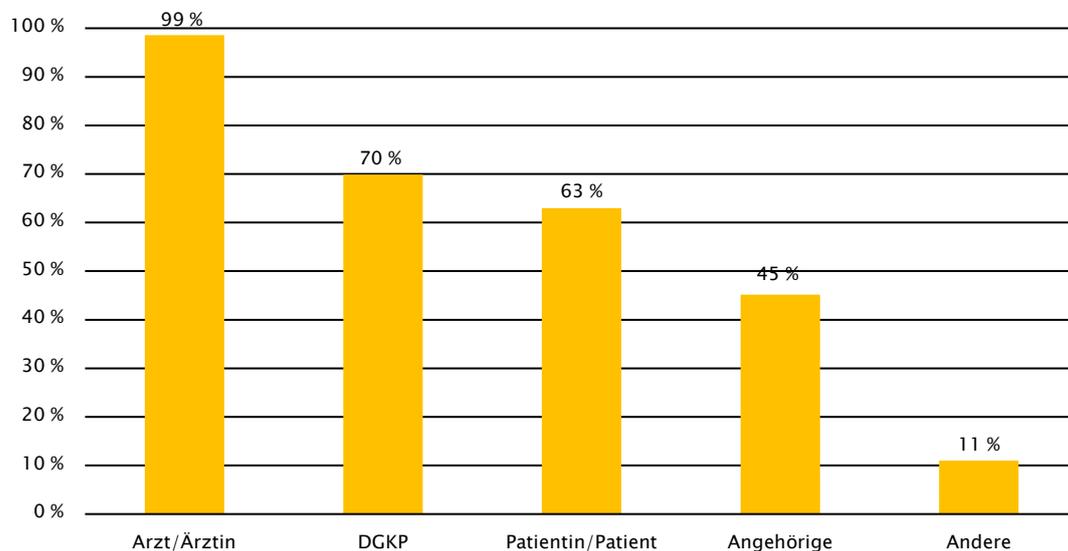
Anmerkung: Mehrfachangaben möglich

Quelle: Erhebung GÖG (2017)

In den Einrichtungen, wo ein psychoonkologischer Dienst angefordert wird, obliegt dies nahezu immer (Mehrfachnennungen waren möglich) dem medizinischen Personal (vgl. Abbildung 6.7).

Abbildung 6.7:

Anforderung der psychoonkologischen Beratung/Betreuung durch verschiedene Gruppen (in Prozent)



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

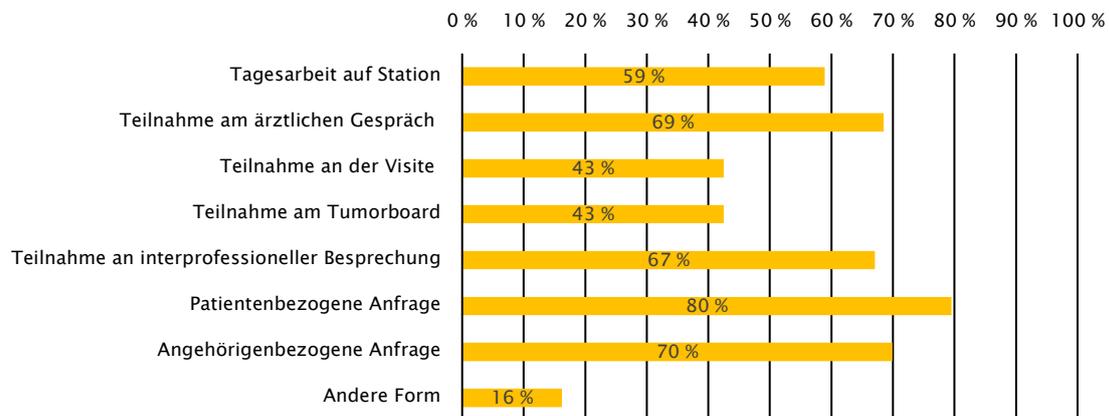
Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Laut 7 von 10 Rückmeldungen wird auch von Pflegepersonen psychoonkologisches Fachpersonal angefordert, etwa gleich hoch liegt der Wert für die Kategorie „von Patient/Patientin angefordert“. In die Kategorie „sonstige“ Anfordernde fallen auch Sozialarbeiter/innen oder Seelsorger/innen, die aber insgesamt keine große Rolle im „Anforderungsprozess“ spielen.

Die **Einbindung** von psychosozialen, psychotherapeutischen und psychoonkologischen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen geschieht auf vielfältige Weise (vgl. Abbildung 6.8) und inkludiert die Teilnahme an unterschiedlichen internen Besprechungen (Tumorboard, interprofessionelle Besprechungen) und Patientenkontakte (Visite, Arztgespräch).

Abbildung 6.8:

Einbindung der psychoonkologisch tätigen Mitarbeiter/innen in die Patientenversorgung (in Prozent)



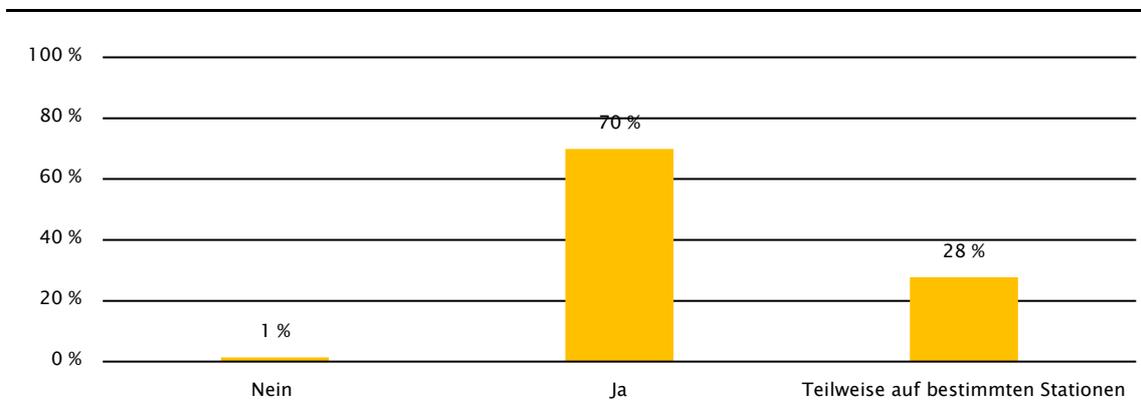
Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Die Raumsituation für psychoonkologische Gespräche ist in den Krankenanstalten unterschiedlich geregelt. Sieben von zehn Befragten geben an, dass Gesprächsräume für Einzelgespräche bereit stehen, weitere knapp 30 Prozent meinen, dass dies zumindest teilweise auf einzelnen Stationen der Fall ist. Keine eigenen Räumlichkeiten für Gespräche werden nur in einem einzigen Fall berichtet. Mehrheitlich handelt es sich bei den Räumen um Dienstzimmer, die von mehreren Ärzten/Ärztinnen bzw. Psychologen/Psychologinnen genutzt werden, was interner Absprachen bedarf.

Auf Stationen ohne Besprechungszimmer müssen die psychoonkologischen Gespräche zwangsläufig am Krankenbett geführt werden. Je nach Krebsart und Schweregrad der Erkrankung ist dies eine große Herausforderung.

Abbildung 6.9:
Gesprächsräume für psychoonkologische Gespräche (in Prozent)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

6.3 Psychosoziale und psychoonkologische Berufsgruppen

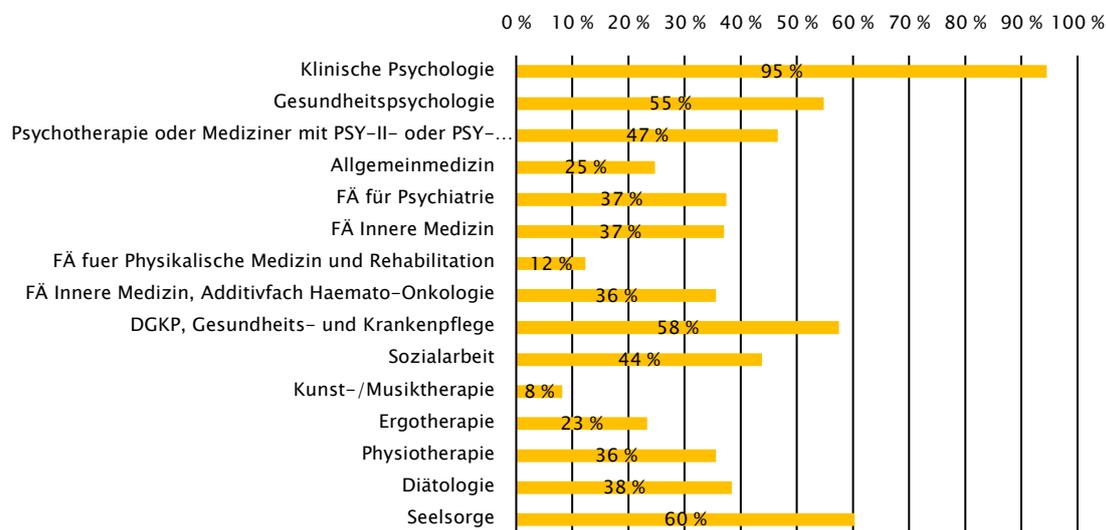
6.3.1 Personalstruktur

Über die Anzahl der Personen, die primär für die psychoonkologische Betreuung im Krankenhaus zuständig sind, sind präzise Aussagen nicht möglich. Hier erweisen sich die Angaben als zu ungenau und lückenhaft, was vermutlich daran liegt, dass die Personen verschiedenen Abteilungen bzw. Bereichen zugeordnet sind und unterschiedliche Teilzeitregelungen vorliegen. Deutlich ergibt sich hingegen ein Geschlechterungleichgewicht der psychoonkologisch tätigen Personen mit einem Frauenanteil von fast 90 Prozent.

Eine Reihe von Berufsgruppen ist in die psychosoziale und psychoonkologische Betreuung von Krebspatienten/-patientinnen im Krankenhaus eingebunden. An der Spitze stehen die verschiedenen psychologischen Dienste, gefolgt von medizinischen Diensten, aber auch Pflegeberufe, Sozialarbeit und Seelsorge spielen in der Versorgung eine große Rolle.

Abbildung 6.10:

Berufsgruppen, die primär mit der psychosozialen und psychoonkologischen Betreuung von Krebspatienten betraut sind, Mehrfachnennungen (in Prozent)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

In Hinblick auf das Beschäftigungsausmaß in Akutkrankenanstalten ergibt sich ein Mittelwert von 2,2 Vollzeitäquivalenten, die dezidiert für psychoonkologische Tätigkeiten angestellt sind. In onkologischen Zentren (laut onkologischen Versorgungsstufen im ÖSG) liegt dieser Wert bei 4,6 Vollzeitäquivalenten.

6.3.2 Interkulturelle Kompetenz

Psychosoziale Betreuung/Beratung bzw. psychoonkologische Gespräche werden in knapp 60 Prozent der Einrichtungen ausschließlich in deutscher Sprache angeboten. Befragt nach den eigenen Fremdsprachenkenntnissen geben rd. 13 Prozent der Befragten englische, etwa jeweils drei Prozent serbokroatische, türkische, ungarische oder spanische Sprachkenntnisse an; zum Teil sind sie *Native Speaker*. Drei Prozent können mittels Gebärdensprache kommunizieren.

Etwa 9 von 10 Krankenanstalten verfügen über einen professionellen Dolmetschdienst. Werden Fremdsprachenkenntnisse für die psychoonkologische Betreuung benötigt, so stehen folgende Lösungsmodelle bereit:

- » Muttersprachliche Mitarbeiterinnen (Intranet-Liste)
- » Video- oder Telefondolmetscher
- » Internetgestützte Dienste (z. B. Google Translate)

Die genannten Lösungsmodelle werden von 73 Prozent der Befragten als praxistauglich eingestuft, von 27 Prozent hingegen kritisch beurteilt. Bedenken gibt es dahingehend, dass fachfremde muttersprachliche Mitarbeiter/innen über keine spezielle Schulung verfügen, worunter die Qualität der psychoonkologischen Betreuung leidet. Kritisch hinterfragt werden auch organisatorische Vorlaufzeiten, bevor der/die muttersprachliche Mitarbeiter/in wirklich bereitsteht. Was professionelle Dolmetscherdienste betrifft, so fehlt oft eine kultursensible Schulung, was bei tiefergreifenden psychoonkologischen Gesprächen (in denen es z. B. um Tod und Sterben geht) schnell zur Überforderung führt.

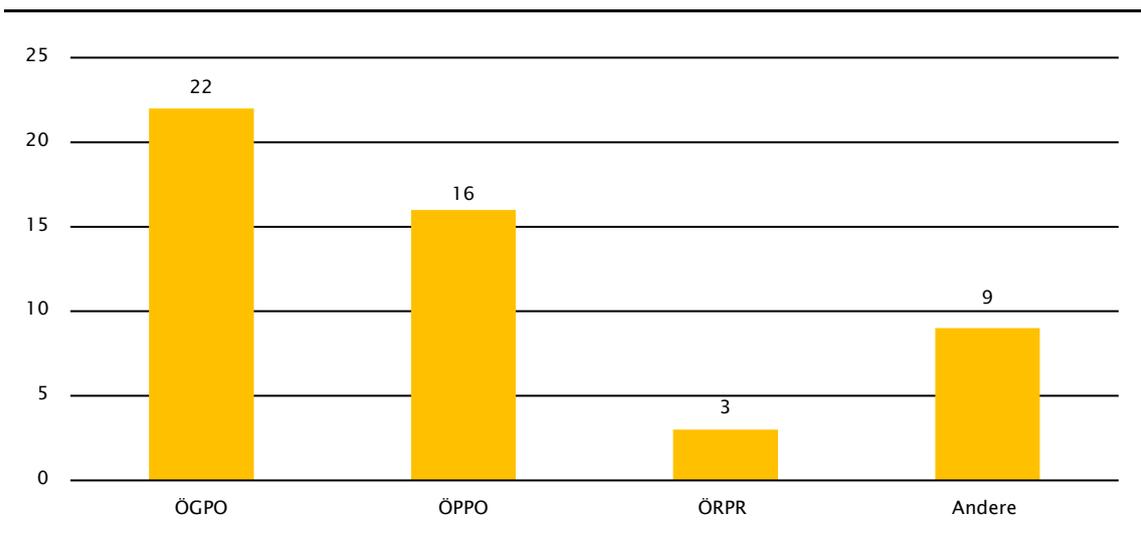
6.3.3 Qualifikationen

6.3.3.1 Ausbildungsstatus

Was die psychoonkologische Qualifikation der beteiligten Berufsgruppen betrifft, so zeigt die Erhebung ein differenziertes Bild. Da in vielen Krankenanstalten keine Aufzeichnungen zur Qualifikation bzw. Referententätigkeit der Mitarbeiter/innen vorliegen, zeichnet die nachfolgende Grafik nur einen Trend auf.

Auch die Angaben über die Ausbildung bei einer psychoonkologischen Fachgesellschaft sind als unvollständig einzuschätzen. Nach der Erhebung haben 41 Mitarbeiter/innen (vgl. Abbildung 6.11) einen Lehrgang bei einer der führenden Fachgesellschaften besucht. Dabei schulte die ÖGPO als älteste Fachgesellschaft die meisten (22) Psychoonkologen/Psychoonkologinnen, gefolgt von der ÖPPO mit 16 und der ÖRPR mit 3 Personen.

Abbildung 6.11:
Teilnahme am Lehrgang einer psychoonkologischen Fachgesellschaft (absolute Zahlen)



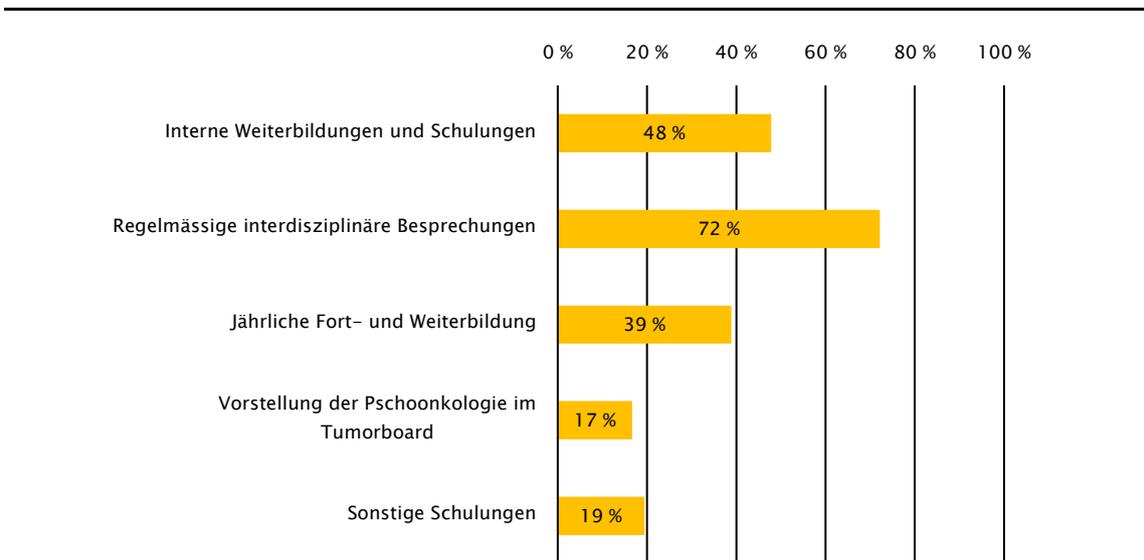
Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Bei der Personengruppe ohne Lehrgangszuordnung handelt es sich zumeist um Referentinnen und Referenten der psychoonkologischen Fachgesellschaften, die als „Gründergeneration“ die psychoonkologischen Fachgesellschaften ins Leben gerufen haben.

6.3.3.2 Fortbildung und Supervision

Knapp die Hälfte (48 Prozent) der Rückmeldenden geben an, den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen jährliches ein psychoonkologisches Weiterbildungsangebot zu unterbreiten, wobei das von unterschiedlichem Ausmaß ist. Die Rede ist von mehrstündigen Vorträgen bis zu ein- bis mehrtägigen Fachtagungen. Auch die Möglichkeit, die Arbeit der Psychoonkologie in interdisziplinären Besprechungen, Tumorboards etc. vorzustellen und sich dort einzubringen, wird genannt.

Abbildung 6.12:
Psychoonkologische Fortbildungsangebote in den Krankenanstalten (in Prozent)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Im Hinblick auf die Intervision als kollegiales Beratungsgremium sagen immerhin 52 Rückmeldungen (73 %) aus, den psychoonkologisch tätigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern diese Möglichkeit zu bieten. 62 Prozent geben an, dass externe Supervision von der Krankenanstalt finanziert wird, wobei die Bereitschaft bei den großen Krankenanstalten deutlich höher ist.

Bei allen Krankenanstalten bewegt sich das Ausmaß externer Supervision zwischen 6 und 24 Stunden jährlich. Dabei handelt es sich mehrheitlich um Einzelsupervisionen und nur in Ausnahmefällen um Teamsupervision.

6.4 Herausforderungen und Optimierungspotenziale

Der Erhebungsbogen fragt u.a. nach Herausforderungen und Optimierungspotenzialen für die psychoonkologische Versorgung (Freitextfelder).

Seitens der Befragten wird auf die steigenden Patientenzahlen bei gleichzeitig knappen Personalressourcen hingewiesen, die aus vielerlei Gründen eine psychosoziale und psychoonkologische Versorgung erschweren:

Mehrheitlich sind Mitarbeiter/innen, die einen Lehrgang bei einer psychoonkologischen Fachgesellschaft absolviert haben, als Teilzeitbeschäftigte tätig bzw. mit der Betreuung von Krebskranken nur zeitweise beschäftigt. Aufgrund knapper Personal- und Zeitressourcen kann häufig eine notwendige Sensibilisierung und Schulung der medizinisch tätigen Personen, welche Patienten und Patientinnen der psychoonkologischen Betreuung zuweisen sollten, nicht stattfinden. Folglich werden Krebskranken auch seltener auf dieses Angebot aufmerksam gemacht. Auf der anderen Seite zeigt die Ressourcenknappheit, dass eine Ausweitung des psychoonkologischen Angebotes gegenwärtig nicht möglich ist.

Als Problemfeld stufen die Befragten auch die unzureichende psychoonkologische ambulante Nachsorge ein, die vornehmlich von niedergelassenen Psychotherapeuten/-therapeutinnen, niedergelassenen Allgemeinmediziner/-medizinerinnen und Fachärzten/Fachärztinnen erbracht wird. Diese hätten jedoch nur in Ausnahmefällen eine psychoonkologische Zusatzqualifizierung.

Den Befragungsergebnissen zufolge ist die Gesundheitskompetenz vieler Patienten und Patientinnen niedrig, was die Aufklärung über Erkrankung und Therapie, das Herstellen der Compliance sowie die Information über das psychoonkologische Angebot zu einer besonderen Herausforderung macht. Gegenwärtig sind Umfang, Art und Zugang zur psychoonkologischen Versorgung nicht auf diese Patientengruppe zugeschnitten, das Angebot wird als zu hochschwierig eingestuft. Kritische Bemerkungen weisen auch darauf hin, dass die Psychoonkologie geriatrische onkologische Patientinnen/Patienten sowie Patientinnen/Patienten mit migrationsbedingten Sprachbarrieren vernachlässigt.

Grundsätzliches **Optimierungspotenzial** im Akutkrankenhaus wird in zusätzlichen Personal- und Zeitressourcen geortet. Erste Schritte werden in psychoonkologischen Qualifizierungsangeboten für die im onkologischen Bereich tätigen Mitarbeiter gesehen. Weiters bestehe im Auf- bzw. Ausbau der Liaisondienste die größte Chance zur verstärkten Interdisziplinarität und Diversifizierung in der onkologischen Versorgung.

- » Um psychosoziale Belastungen in der onkologischen Routineversorgung besser zu erfassen, wird die Implementierung von standardisierte Screening-Verfahren vorgeschlagen. Von Vorteil seien ein frühzeitiges Erkennen der belasteten Patientengruppe sowie die Weitervermittlung an Fachkräfte. Speziell die Kurz-Screenings weisen hohe Praktikabilität im klinischen Alltag und hohe Akzeptanz bei den Krebspatientinnen und -patienten auf.

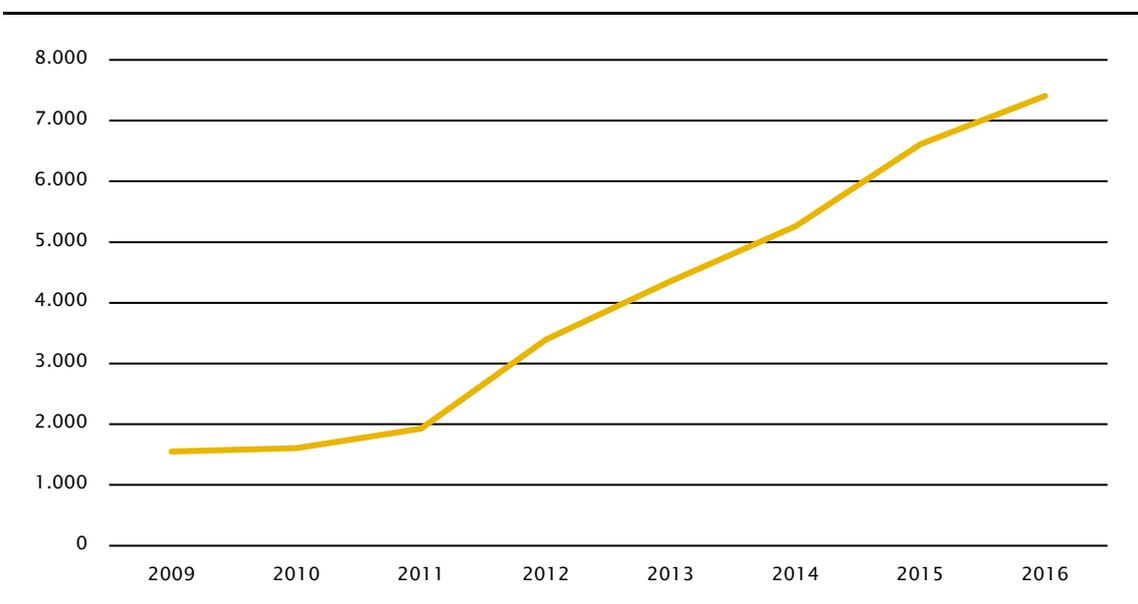
- » Als wünschenswert stufen die Befragten eine naht- und reibungslose Betreuung von Krebspatienten/-patientinnen in allen Krankheitsphasen ein. Dazu bedarf es verstärkter Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich.

7 Psychoonkologische Versorgung in Rehabilitationszentren

7.1 Daten und Fakten zur onkologischen Rehabilitation

Die Anzahl der Aufenthalte in Rehabilitationszentren in der Rehabilitationsindikationsgruppe Onkologie (RIG ONK) ist in den letzten Jahren sehr stark angestiegen und hat sich innerhalb von sieben Jahren nahezu verfünffacht.

Abbildung 7.1:
Aufenthalte mit Rehabilitationsindikationsgruppe Onkologie (RIG ONK) im Zeitverlauf (2009–2016) (absolute Zahlen)



Quelle: Diagnosen und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Darstellung GÖG

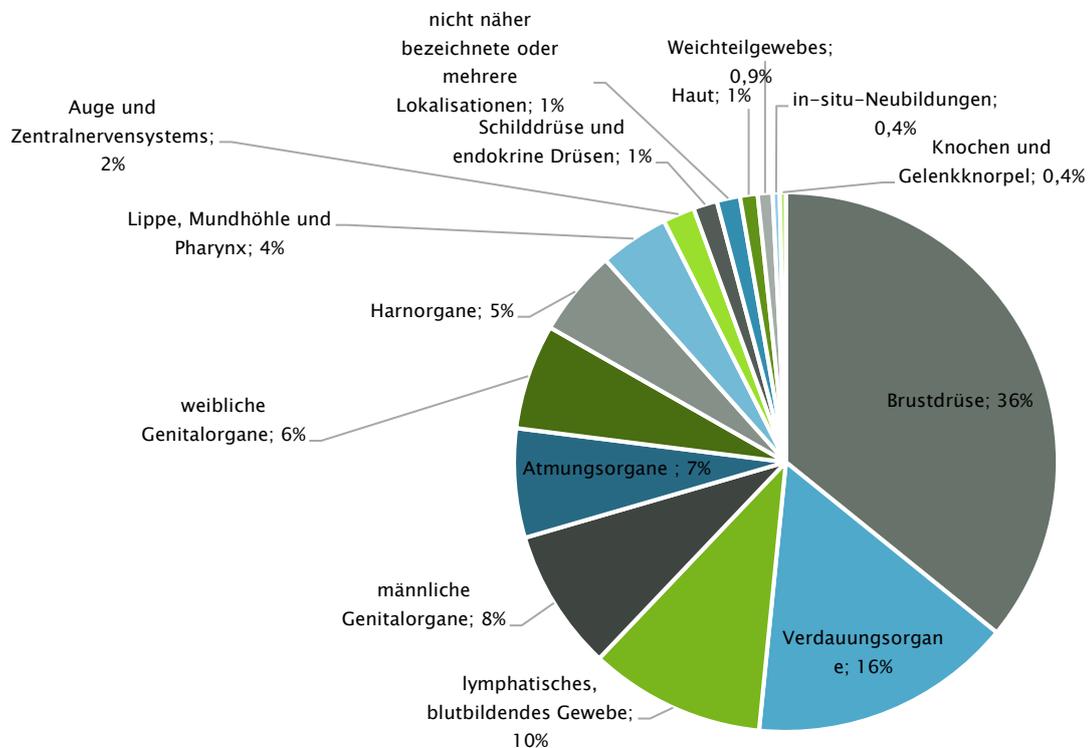
Im Rehabilitationsplan 2016 (Gyimesi et al. 2016) werden für Ende 2014 für die RIG ONK in der stationären Rehabilitation für Erwachsene 505 systemisierte Betten für Österreich ausgewiesen. Mit April 2016 waren bereits 585 Betten vorhanden bzw. bewilligt. Als Plansoll werden für das Jahr 2020 587 Betten angestrebt. Für die ambulante Rehabilitation der Phase II sind für Österreich 34 ambulante Therapieplätze für die RIG ONK ausgewiesen (April 2016 bereits in Betrieb bzw. bewilligt), das Plansoll für 2020 liegt bei 49 ambulanten Therapieplätzen.

Im Jahr 2016 gab es in Rehabilitationszentren in Österreich ca. 7.500 Aufenthalte in der RIG ONK, wobei fünf Rehabilitationszentren auf die Rehabilitation onkologischer Patienten/Patientinnen spezialisiert sind. In diesen fünf Rehabilitationszentren liegt der Anteil onkologischer Aufenthalte

bei 97 Prozent aller Aufenthalte und dort werden in Summe 80 Prozent der onkologischen Patienten und Patientinnen betreut. Da davon ausgegangen werden kann, dass pro Patient/in nur ein Antrag auf Rehabilitation im Jahr genehmigt wird, kann die Anzahl der Aufenthalte mit der Patientenanzahl pro Jahr gleichgesetzt werden.

Die häufigsten Krebsentitäten, aggregiert nach ICD-10-Gruppen, die in Rehabilitationszentren stationär betreut werden, sind bösartige Neubildungen der Brustdrüse, der Verdauungsorgane, des lymphatischen und blutbildenden Systems und der männlichen Genitalorgane. Der Anteil und die Reihenfolge der Hauptdiagnosen unterscheiden sich damit vom akutstationären Bereich.

Abbildung 7.2:
Verteilung der onkologischen Hauptdiagnosen nach ICD-10-Gruppe C00-D09 (in Prozent)

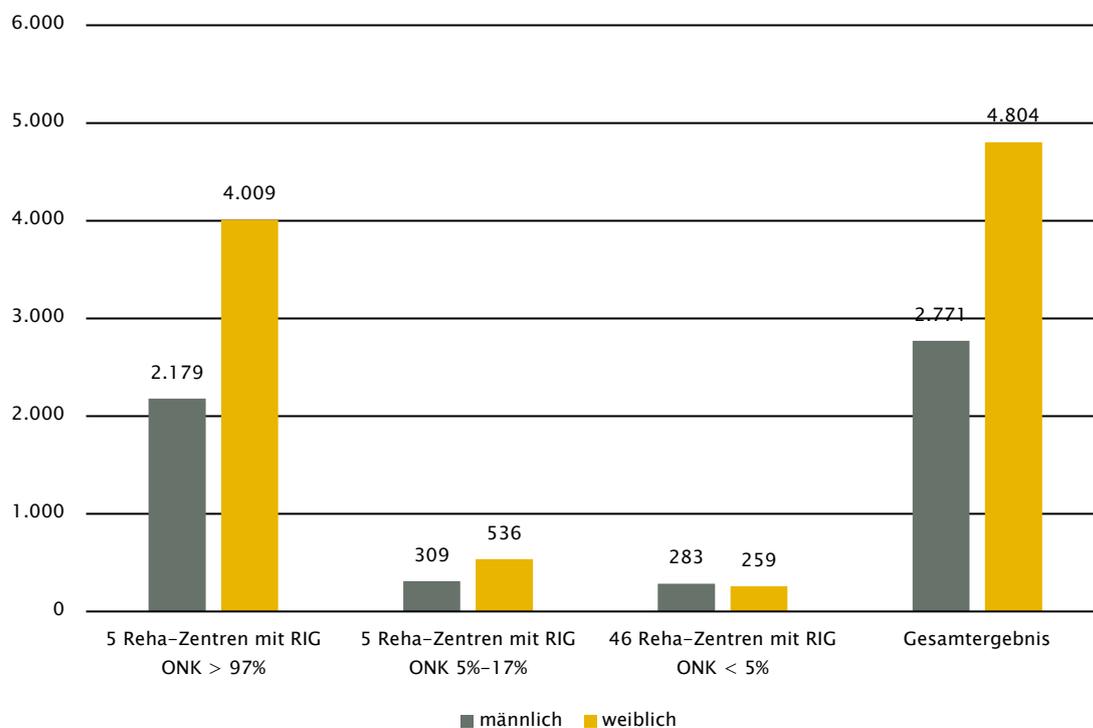


Anmerkung: Rehabilitationszentren mit mindestens 100 Aufenthalten aus RIG ONK

Quelle: Diagnosen und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Darstellung: GÖG

In Rehabilitationszentren werden in der RIG ONK insgesamt deutlich mehr Frauen (63 %) als Männer (37 %) betreut. Dieser Geschlechterunterschied ist in den fünf Rehabilitationszentren, die fast ausschließlich onkologische Patienten/Patientinnen betreuen, besonders auffällig. In Rehabilitationszentren, die nur wenige onkologische Patienten/Patientinnen betreuen, ist der Anteil der Männer hingegen geringfügig höher als jener der Frauen. Die Clusterung in Abbildung 7.3 entspricht dem Anteil der RIG ONK an allen Aufenthalten in den drei Gruppen.

Abbildung 7.3:
Anzahl der Aufenthalte in der RIG ONK, differenziert nach Geschlecht in unterschiedlichen Clustern von Reha-Zentren (absolute Zahlen)



Quelle: Diagnosen und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Darstellung: GÖG

Die nachfolgenden Daten sind dem Rehabilitationsplan 2016 und dem Reha-Kompass 2017² entnommen (Gyimesi et al. 2016).

Qualitätskriterien der stationären Rehabilitation für Erwachsene in der RIG ONK sind im **Rehabilitationsplan 2016** enthalten (Gyimesi et al. 2016). Neben den Voraussetzungen und Indikationen für eine Rehabilitation sind als Strukturqualitätskriterien die personelle und räumliche Ausstattung sowie die Leistungsangebote festgelegt.

Für den Bereich psychoonkologische Versorgung ist hinsichtlich der personellen Ausstattung eine Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte durch Zusatzausbildung in Psychoonkologie wünschenswert. Bei den klinischen und Gesundheitspsychologen/-psychologinnen muss zumindest ein/e Mitarbeiter/in über eine psychoonkologische Zusatzqualifikation verfügen (Gyimesi et al. 2016). In den Leistungsangeboten ist die psychoonkologische Betreuung nicht explizit enthalten.

²

<https://rehakompass.goeg.at>

7.2 Erhebungsdaten der Rehabilitationszentren

Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf den Daten von acht stationären Rehabilitationszentren und zwei ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, was einer Rücklaufquote von 83 Prozent entspricht. Die Daten der stationären Reha-Einrichtungen liegen beinahe vollständig vor und weisen somit eine hervorragende Abdeckung auf. Die Datensätze von den ambulanten Einrichtungen sind hingegen eher lückenhaft, sodass für diesen Bereich keine aussagekräftige Auswertung möglich ist.

7.2.1 Leistungsspektrum und Interventionen

Im Sinne der ICF-Klassifikation sollen durch den Einsatz interdisziplinärer Rehabilitationsteams Schädigungen/Funktionstörungen und Fähigkeitsstörungen durch Beeinträchtigung der Teilhabe beseitigt, verbessert oder hintangehalten werden (Gyimesi et al. 2016).

Ausgewiesene psychosoziale Rehabilitationsziele sind u. a. folgende:

- » Krankheitsbewältigung (z. B. Verminderung von Ängstlichkeit und Depressivität, Bewältigung von chronischen Schmerzzuständen und Stress, Erlernen von Kompensationsstrategien)
- » Drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen in Bereichen wie psychische Gesundheit, soziale Integration, Reintegration, soziale Kompetenz, Orientierung etc. vermeiden bzw. vermindern (Gyimesi et al. 2016)

Das für den jeweiligen Patienten / die jeweilige Patientin passende Leistungsangebot wird direkt bei der Aufnahme in der Reha-Einrichtung durch den aufnehmenden Arzt bzw. die aufnehmende Ärztin zusammengestellt, häufig auch durch eine Psychologin / einen Psychologen. Dieses Leistungsangebot umfasst in besonderem Maße auch psychologische Unterstützung zur Bewältigung der Erkrankung sowie Informationen über die Krebserkrankung und ihre Folgen (Hassler 2015).

7.2.1.1 Psychoonkologische Einzel- und Gruppenintervention

Erfahrungsgemäß orientiert sich die Einzelintervention immer am individuellen Patientenbedürfnis. Dazu gehören Fragen zur Krankheitsbewältigung (Rezidiv- und Progredienzangst, Angst vor dem Sterben, Pflegebedürftigkeit, Depressionen etc.), zum sozialen Umfeld (Familie, Partnerschaft) und zum Berufsleben (finanzielle Probleme, Wiedereinstieg etc.).

In den unterschiedlichen Gesprächsgruppen stehen neben dem Erfahrungsaustausch und der Ressourcenarbeit auch Themen zur Angst- und Stressbewältigung, Ernährungspsychologie, Fatigue, gesunder Schlaf und ähnliche Themen im Fokus. Welche Gruppenintervention wann angemessen ist, hängt im Wesentlichen von der Motivation und Zielsetzung des einzelnen Patienten bzw. der einzelnen Patientin und nicht zuletzt vom bestehenden Angebot der Einrichtung ab. Dauer und Anzahl der Termine werden meistens gleich zu Beginn definiert.

Im Ausmaß der psychoonkologischen Einzel- und Gruppeninterventionen zeigen sich zwischen den einzelnen Einrichtungen große Schwankungsbreiten. So bewegen sich bei einer dreiwöchigen Rehabilitation

- » Einzelinterventionen zwischen 150 und max. 420 Minuten,
- » Gruppeninterventionen zwischen 120 und 300 Minuten.

Laut Leistungsprofil der Pensionsversicherung (Stand 04/2014) sind pro Einzelintervention 25 Minuten und pro Gruppenintervention 50 Minuten (max. 12 Personen) vorgesehen (PVA 2015).

7.2.1.2 Psychoonkologische Sexualberatung

Nach einer Krebserkrankung kann sich eine Vielzahl von Faktoren direkt auf die Sexualität auswirken. Dazu gehören sowohl körperliche Beschwerden (z. B. Brustamputation, Scheidentrockenheit, Scheidenverkürzung, erektile Dysfunktion, reduzierte Libido) als auch psychische Beeinträchtigungen wie Depressionen, Scham und Versagensängste, Gefühle der eigenen Unattraktivität etc.

In der stationären Rehabilitation gehört die psychoonkologische Sexualberatung im Einzel- und/oder Gruppensetting zum Standard. Einzelgespräche werden angeboten, wenn Orgasmus- und Erektionsstörungen, reduzierte Libido und andere Indikationen vorliegen. Den Angaben der befragten Einrichtungen zufolge handelt es sich um begrenzte Gesprächsangebote zwischen 25 und 45 Minuten im Einzelsetting und zwischen 55 und 120 Minuten im Gruppensetting.

7.2.1.3 Weitere psychoonkologische Leistungsangebote

Im rehabilitativen Setting spielen auch kreative Therapiemöglichkeiten eine Rolle, die den Patientinnen und Patienten helfen können, neue Ausdrucksformen für die zurückliegenden Erfahrungen zu finden. Imaginative Verfahren dienen dem Stressabbau und der Entspannung. Überdies können psychoedukative, psychologische und soziale Informationsveranstaltungen die Betroffenen bei der Krankheitsbewältigung unterstützen. Eine Quantifizierung der genannten Leistungsangebote ist aufgrund fehlender Angaben aus den Reha-Einrichtungen nicht möglich.

Tabelle 7.1:
 Psychoonkologische Leistungsangebote in der stationären Rehabilitation

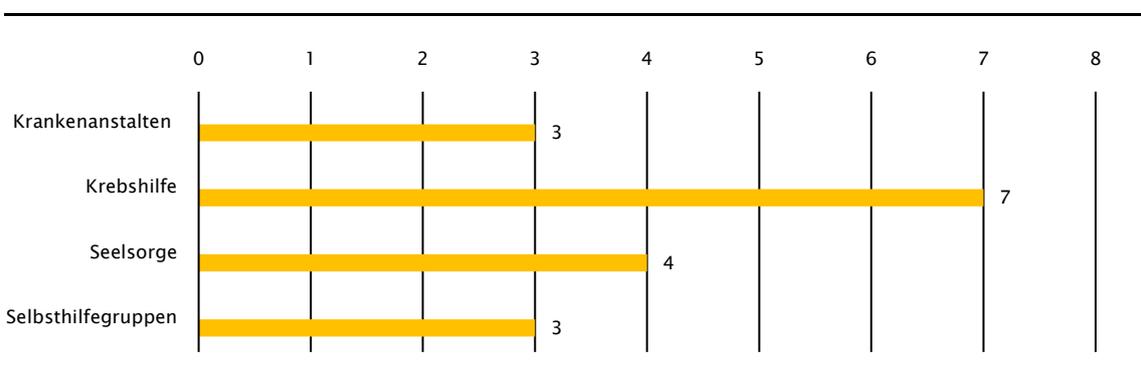
Psychoedukation	Krankheitsbewältigung Umgang mit Angst, Depressionen und Distress Anpassungsstörungen Akute Belastungsstörungen
Entspannungsverfahren und imaginative Verfahren	Autogenes Training Imagination Achtsamkeitstraining Biofeedback Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen
Ausdruckstherapeutische Verfahren	Bewältigung Vermeidendes Verhalten Ergotherapie Malthherapie Musiktherapie Psychomotorik
Informationsveranstaltungen	Ängste Entspannungsverfahren Psyche und Tumorerkrankung
Weitere psychoonkologische Angebote	Gedächtnistraining Raucherberatung und -entwöhnung

Quelle: Erhebung GÖG (2017)

7.2.2 Kooperationen

Alle Rehabilitationszentren kooperieren mit verschiedenen Einrichtungen und Organisationen. Sieben von zehn stehen in ständigem Kontakt mit der Krebshilfe Österreich, die in einigen Rehabilitationszentren auch eigene Sprechstunden anbietet.

Abbildung 7.4:
 Einrichtungen und Organisationen, mit denen die Rehabilitationszentren kooperieren, Mehrfachnennungen (absolute Zahlen)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

7.2.3 Patientenmerkmale

Das onkologische Rehabilitationskonzept weicht vom früheren „Behandelt–Werden“ ab und stellt stattdessen die aktive Beteiligung von Patienten und Patientinnen in der Vordergrund. Deshalb wird am Anfang jeder onkologischen Rehabilitation gemeinsam mit dem interdisziplinären Behandlungsteam ein Therapieplan ausgearbeitet. Die Beteiligung des Patienten / der Patientin an der Rehabilitationsplanung und deren Durchführung ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg. Dabei stellt sich die Frage, welche Patientengruppen eher zur Teilnahme an psychoonkologischen Angeboten zu motivieren sind (Hassler 2015).

Fünf von zwölf Rückmeldungen aus den Reha–Einrichtungen weisen auf Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme und dem **Alter** hin. Speziell jüngere Patientengruppen zeigen eine höhere Bereitschaft zur aktiven Beteiligung an psychoonkologischen Angeboten.

Acht von zwölf Rückmeldungen geben an, dass **Frauen** grundsätzlich öfter psychoonkologische Angebote annehmen. Diese Aussage wird dadurch relativiert, dass die Einrichtungen explizit auf Brustkrebspatientinnen als Zielgruppe hinweisen.

Bei männlichen Patienten stößt das Thema „Sexualität“ in der Einzel– und/oder Gruppentherapie auf gesteigertes Interesse, wobei sich hier auch Zusammenhänge mit Prostatakrebs aufzeigen lassen.

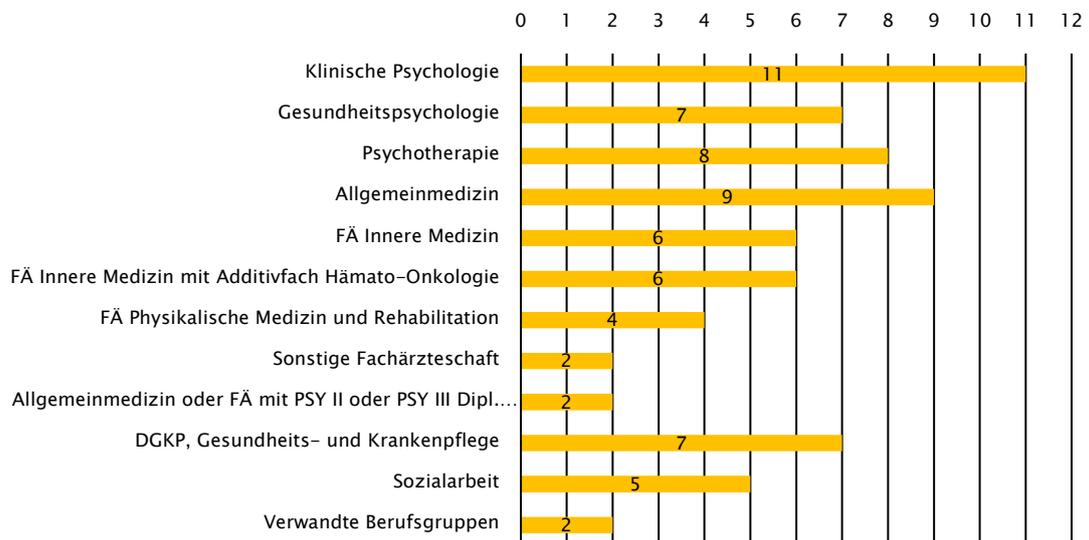
Fünf von zwölf Rückmeldungen verweisen auf einen Zusammenhang zwischen der Nutzung von psychoonkologischen Angeboten und dem **Ausbildungsgrad**, höher gebildete Gruppen nutzen verstärkt psychoonkologische Angebote. Damit in Zusammenhang steht ev. auch die geringe Nutzung der Angebote durch fremdsprachige Patienten/Patientinnen mit Migrationshintergrund, die von zwei der zwölf Rückmeldungen erwähnt wird.

Nur in einem Fall wird die Nutzung von psychoonkologischen Angeboten mit dem Krankheitsstadium in Verbindung gebracht, wovon sich ableiten lässt, dass die **Prognose** nur geringe Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von psychoonkologischen Angeboten hat.

7.2.4 Berufsgruppen

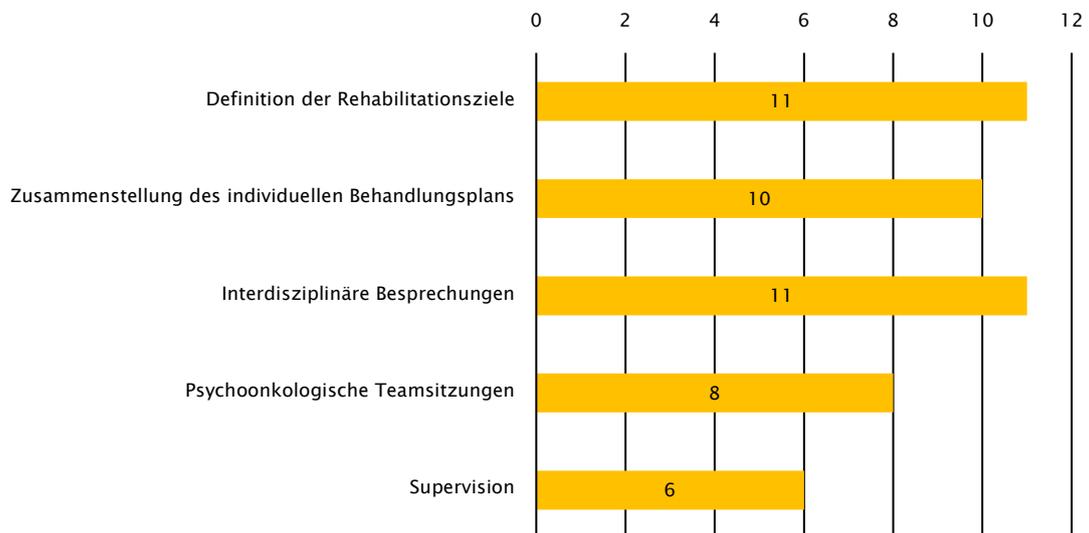
Laut eigenen Angaben sind in den Rehabilitationszentren insgesamt 50 Mitarbeiter/innen in unterschiedlichen psychosozialen und psychoonkologischen Tätigkeitsfeldern tätig. Das Vollzeitäquivalent von 33,7 lässt den Rückschluss auf einen hohen Anteil an – vermutlich überwiegend weiblichen – Teilzeitbeschäftigten zu.

Abbildung 7.5:
 Psychosoziale und psychoonkologisch tätige Berufe in Rehabilitationseinrichtungen (absolute Zahlen)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Abbildung 7.6:
 Art der Einbeziehung von Psychoonkologen/Psychoonkologinnen in Rehabilitationseinrichtungen (absolute Zahlen)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Im multiprofessionellen Team haben psychoonkologisch tätige Berufsgruppen einen besonderen Stellenwert, sofern sie bereits in die Diagnoseerstellung, die Definition des Rehabilitationszieles und die Erstellung des patientenbezogenen Behandlungsplanes einbezogen sind. Die regelmäßig stattfindenden Besprechungen gewährleisten den kontinuierlichen multiprofessionellen Informationsaustausch. Überdies geben zwei von drei befragten Einrichtungen an, psychoonkologische Teamsitzung abzuhalten. In der Hälfte der befragten Einrichtungen finden auch Supervisionen statt.

7.2.5 Qualifikation

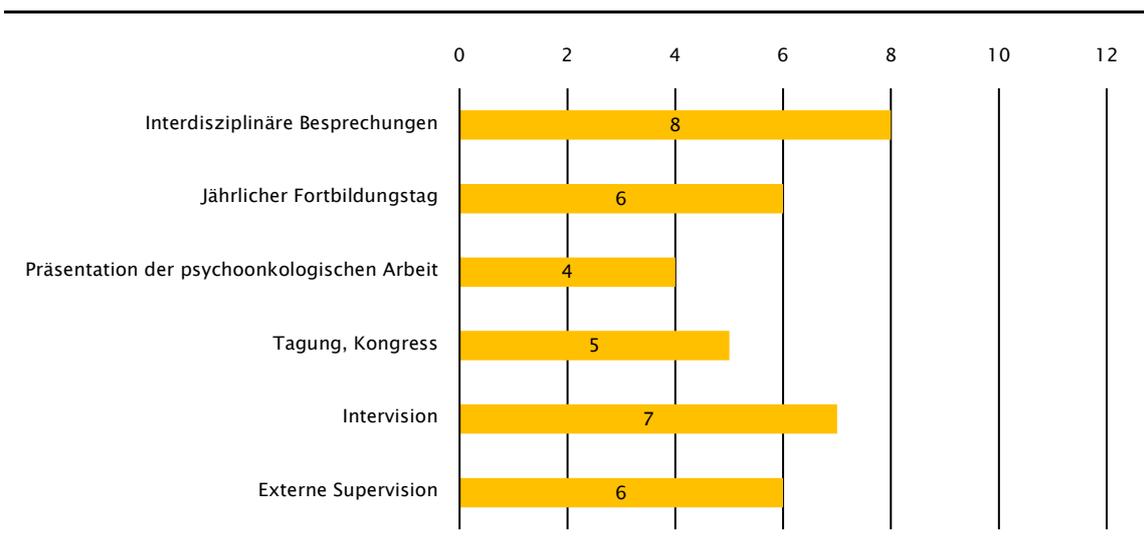
Die Absolvierung eines Lehrgangs der führenden Fachgesellschaften qualifiziert Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen zur psychosozialen Beratung und psychoonkologischen Behandlung im onkologischen Rehabilitationsbereich.

Zum Ausbildungsstatus wird angegeben, dass insgesamt 19 ausgebildete Psychoonkologinnen/Psychoonkologen in den Einrichtungen tätig sind. Weitere acht Mitarbeiter/innen sind derzeit in einem Lehrgang der führenden Fachgesellschaften in Ausbildung. Von den 50 psychoonkologisch arbeitenden Personen, die seitens der Reha-Einrichtungen angegeben werden, weisen somit nur 27 Mitarbeiter (54 %) eine abgeschlossenen oder laufende fachspezifische Qualifikation auf.

Für eine psychoonkologische Weiterqualifizierung der Mitarbeiter/innen werden verschiedene Angebote in unterschiedlichen Settings ermöglicht (vgl. Abbildung 7.7).

Abbildung 7.7:

Art von psychoonkologischen Weiterqualifizierungsangeboten für Mitarbeitende in Rehabilitationseinrichtungen (absolute Zahlen)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Das Ausmaß von Maßnahmen der Weiterqualifizierung bewegt sich in einer Spannweite von 1,5 bis 5 Werktagen im Jahr pro Mitarbeiter/in.

7.3 Herausforderungen und Optimierungspotenziale

Auf die Frage nach den größten Herausforderungen der onkologischen Rehabilitation weisen einige Befragungsteilnehmer/innen auf die Defizite in der Informationsweitergabe, die mangelnde Vernetzung und die Schnittstellenproblematik zwischen medizinischer Akutbehandlung, Rehabilitation und ambulanter Nachbetreuung hin. Unterstrichen wird auch die Bedeutung einer frühzeitigen, bedarfsgerechten Rehabilitation unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen und Einschränkungen des Patienten / der Patientin.

In den onkologischen Rehabilitationszentren stellen steigende Patientenzahlen eine der größten Herausforderung dar. Daraus ergeben sich folgende Probleme: Aufgrund fehlender Personalressourcen sind in den Gruppensettings zu viele Patienten und Patientinnen, gleichzeitig gibt es zu geringe Zeitressourcen für Einzeltherapien. Infolgedessen kann speziell die Patientengruppe mit klinisch ausgeprägten Angst- und Depressionssymptomen nicht adäquat betreut werden.

Indes müssen Psychoonkologen/Psychoonkologinnen täglich bis zu zehn Einzeltherapien und mehrere Gruppentherapien durchführen, was mit großen Belastungen verbunden sei. Den Angaben der Befragten zufolge ist die unmittelbare Folge dieser Arbeitsbelastung eine hohe **Personalfuktuation**.

Die Befragten sehen folgende Optimierungspotenziale für Psychoonkologie in der stationären Rehabilitation:

- » Über den Reha-Bedarf von Patienten und Patientinnen entscheidet im Akutbereich der behandelnde Arzt / die behandelte Ärztin. Ein wichtiger Schritt zur Optimierung wird in gezielten Informationen und der besseren Vernetzung zwischen Krankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen gesehen.
- » Vorgeschlagen wird eine standardisierte Einstufung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfes zu Beginn der stationären Rehabilitation, damit nur Patienten und Patientinnen mit indiziertem Behandlungsbedarf eine psychoonkologische Betreuung erhalten. Für diese Patientengruppe gelte es, die Einzelgespräche zu erweitern (deutlich mehr Einheiten und längere Zeitintervalle), ohne die Gruppenangebote für sie zu reduzieren. Dieser Schritt setzt allerdings mehr Flexibilität in der Therapieplanung voraus, was wiederum im Leistungsprofil der stationären Rehabilitation zu verankern wäre.
- » Großes Optimierungspotenzial liegt in der psychoonkologischen Qualifizierung der Mitarbeiter/innen, wobei zur Qualifizierung auch das Angebot der regelmäßigen Supervision gezählt wird. Die Vermittlung von psychosozialen und psychoonkologischen Kompetenzen sei sowohl für die Qualität der Patientenbetreuung wie auch für die Zusammenarbeit und Vernetzung der Professionen von großer Bedeutung.

- » Weiters wird ein erweitertes Behandlungsspektrums angeregt. Speziell jüngeren Krebspatienten/-patientinnen könnte die Möglichkeit einer Kinderbetreuung während der stationären Rehabilitation eingeräumt werden. Bei multimorbiden Patientengruppen sei die Mitbehandlung von Komorbidität überlegenswert.

8 Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie

Die Entwicklung der Psychoonkologie zu einer anerkannten Fachdisziplin ist eng an die Gründung nationaler und internationalen Fachgesellschaften sowie die Veröffentlichung wissenschaftlicher Arbeiten geknüpft. In den letzten drei Jahrzehnten hat sich die Psychoonkologie zu einer anerkannten Teildisziplin der Onkologie wie auch der psychosozialen Medizin entwickelt und trägt wesentlich zur besseren Versorgung von Krebspatienten/-patientinnen in Krankenanstalten, Rehabilitationszentren, ambulanten Praxen und Beratungsstellen bei (Mehnert/Koch 2016).

In diesem Sinn erfordert professionelle psychoonkologische Betreuung spezifische fachliche Kenntnisse und therapeutische Fertigkeiten, die in den Ausbildungslehrgängen der nationalen Fachgesellschaften vermittelt werden. Es bedarf klarer Vorgaben für die erforderlichen Qualifikationen der beteiligten Berufsgruppen, nur so können angemessene Qualitätsstandards erreicht und die spezifischen psychoonkologischen Kompetenzen in die onkologische Versorgungsstruktur integriert werden (Mehnert/Koch 2016). Derzeit ist die Ausgestaltung der Lehrgänge unterschiedlich und nicht verbindlich geregelt. Aus diesem Grund fordert das nationale Krebsrahmenprogramm die „Verfügbarkeit österreichweit einheitlicher Fort- und Weiterbildungsstandards für psychoonkologische Basisversorgung sowie spezielle psychoonkologische Versorgung“ (BMG 2014b).

8.1 Rolle und Bedeutung psychoonkologischer Fachgesellschaften

In Österreich bieten zwei Fachgesellschaften ein Podium für fachspezifische Weiterentwicklung und qualitätsgestützte Ausbildung sowie für gesundheitspolitische Aktivitäten an:

- » Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, ÖGPO (www.oegpo.at)
- » Österreichische Plattform für Psychoonkologie, ÖPPO (www.oeppeo.com)

Als dritter Fachverband ist die Österreichische Gesellschaft für Onkologische Rehabilitation (ÖGORehab) zu nennen, dessen *Österreichische Akademie für onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie* (ÖARP) speziell die Ausbildung und Arbeit in der onkologischen Rehabilitation fördert (www.oearp.at).

Während sich alle drei Fachgesellschaften durch umfassendes Fachwissen auszeichnen, unterscheiden sie sich durch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen insbesondere in Bezug auf Betreuungssetting und Berufsgruppen.

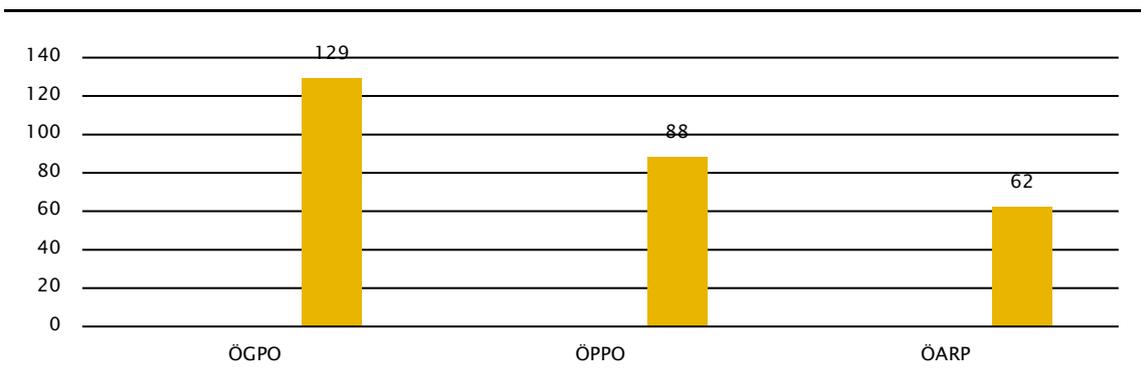
In Österreich waren es diese Fachgesellschaften, die die psychoonkologische Forschung und Versorgung maßgeblich vorgebracht und gestaltet haben, wobei der kontinuierliche Austausch mit internationalen Fachgesellschaften wie ESPO (European Society for Psycho-Onkology) und EORTC

(Quality of Life Group) besonders förderlich war. Den kontinuierlichen Aktivitäten der Fachgesellschaften ist es zu verdanken, dass entscheidende Verbesserungen in der psychoonkologischen Versorgung und Qualität erzielt wurden.

Die Bedeutung der Fachgesellschaften zeigt sich in stetig wachsenden Mitgliederzahlen: Mit Stichtag 1. Juni 2017 werden insgesamt 279 Mitglieder ausgewiesen, denen jährliche Fachtagungen eine geeignete Plattform für wissenschaftlichen Austausch und Networking bieten.

Abbildung 8.1:

Mitglieder der Fachgesellschaften zum Stichtag 1. 6. 2017 (absolute Zahlen)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Von Beginn an war die Verbesserung der Qualität durch eine fachspezifische Fort- und Weiterbildung ein zentrales Anliegen von ÖGPO, ÖPPO und ÖARP. Nach der erfolgreichen Durchführung erster psychoonkologischer Pilotlehrgänge durch die ÖGPO (1996) und später durch die ÖPPO (2004) etablierten die beiden Fachgesellschaften ein österreichweites Ausbildungssystem. Im Jahr 2013 folgte die ÖARP mit einem eigenen Curriculum. Eigenen Angaben zufolge sind in den letzten zwanzig Jahren 468 Personen psychoonkologisch qualifiziert worden, wobei zu bedenken ist, dass viele Qualifizierte aus Altersgründen heute nicht mehr berufstätig sind.

Mit Stand Juli 2017 ist der Lehrgang der ÖGPO auf der Liste der von der Deutschen Krebsgesellschaft akkreditierten Ausbildungsanbieter für psychosoziale Onkologie angeführt. Laut Angaben der ÖPPO wurde der ÖPPO-Lehrgang im September 2017 ebenfalls zur Anerkennung durch die Deutsche Krebsgesellschaft eingereicht.

8.2 Anforderungen an Aus- und Weiterbildung

8.2.1 Lernziele und Inhalte

Die drei österreichischen Fachgesellschaften ÖGPO, ÖPPO und ÖARP haben jeweils eigene Curricula für ihre psychoonkologischen Lehrgänge entwickelt; alle drei sind berufsbegleitend und interdisziplinär konzipiert. Grundsätzlich sollen die Lehrgänge die Befähigung der Teilnehmer/innen fördern, spezifische Belastungen von Tumorpatienten/-patientinnen frühzeitig zu erkennen und ihnen Bewältigungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Erreicht werden soll dies durch Lehrgangsinhalte wie

- » Erweiterung der fachlichen Kompetenz im engeren Sinne (Wissensvermittlung),
- » Erkennen der Bedeutung biopsychosozialer Belange und Einflussfaktoren bei Tumorerkrankungen,
- » Verbesserung der eigenen Kommunikation im Umgang mit Krebskranken und deren Angehörigen,
- » Erkennen eigener Möglichkeiten zur Bewältigung der aus der Arbeit mit Krebskranken resultierenden Belastungen,
- » Systematische Weiterbildung in psychoonkologisch relevanten Themen,
- » Supervision und Selbsterfahrung.

In allen Curricula werden Inhalte aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Pflege, Soziales etc. vermittelt. Damit fördern die Lehrgänge auch den Austausch zwischen medizinisch-pflegerisch und psychosozial tätigen Berufsgruppen und liefern die Basis zur Teamarbeit in der täglichen Praxis in den Versorgungssettings. Der Lehrgang fördert den interdisziplinären Austausch der Teilnehmer/innen und ermöglicht so wechselseitiges Lernen.

Neben vielen Gemeinsamkeiten unterscheiden sie sich in der inhaltlichen Schwerpunktsetzung, was sich im Stundenumfang einzelner Themengebiete niederschlägt (vgl. Tabelle 8.1). Die Lehrgänge werden grundsätzlich berufsbegleitend als Blockveranstaltungen angeboten, die Gesamtausbildungszeiten bewegen sich zwischen zehn Monaten und zwei Jahren.

Tabelle 8.1:
Themenblöcke der Curricula Psychoonkologie mit Stundenvorgaben der Fachgesellschaften
(absolute Zahlen)

Themenblöcke	ÖGPO (Stunden)	ÖPPO (Stunden)	ÖARP (Stunden)
Psychologische und medizinische Grundlagen der Psychoonkologie	28	30	40
Psychosoziale Aspekte der Krebserkrankung	52	56	30
Theorie und Praxis (Fallarbeit) der psychoonkologischen Versorgung	58	16	40
Forschungsmethoden und Forschungsergebnisse Psychoonkologie	2	4	6
Strukturen psychoonkologischer Versorgung	2	2	2
Sozialrechtliche Grundlagen	4	2	2
Selbsterfahrung und kritische Reflexion	36	24	120
Sonstiges	34	6	0
Stundenvolumen gesamt	216	140	240
Laufzeit	18 Monate	10 Monate	24 Monate

Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Die wissenschaftliche und konzeptionelle Leitung der Ausbildungskurse liegt bei den psychoonkologischen Fachgesellschaften. Die inhaltliche Gestaltung und Durchführung wird von Expertinnen/Experten gewährleistet, die über eine langjährige Erfahrung in Praxis, Forschung und Lehre verfügen. Für spezielle Themen werden Vortragende unterschiedlicher Fachdisziplin (z. B. Pflege, Hospiz- und Palliative Care) verpflichtet. Dabei ist eine langjährige Berufserfahrung immer Voraussetzung.

8.2.2 Heterogene Zielgruppe

Grundsätzlich richtet sich die psychoonkologische Ausbildung an die Gesundheitsfachkräfte aus Medizin, Psychologie, Pflege, Sozialarbeit, Pädagogik, Seelsorge und andere Gruppen, die praktische Erfahrungen mit onkologischen Patienten/Patientinnen haben und sich psychoonkologische Fachkompetenzen aneignen wollen. Laut Angaben der Fachgesellschaften haben von 1998 bis 2016 insgesamt 468 Personen einen Lehrgang absolviert.

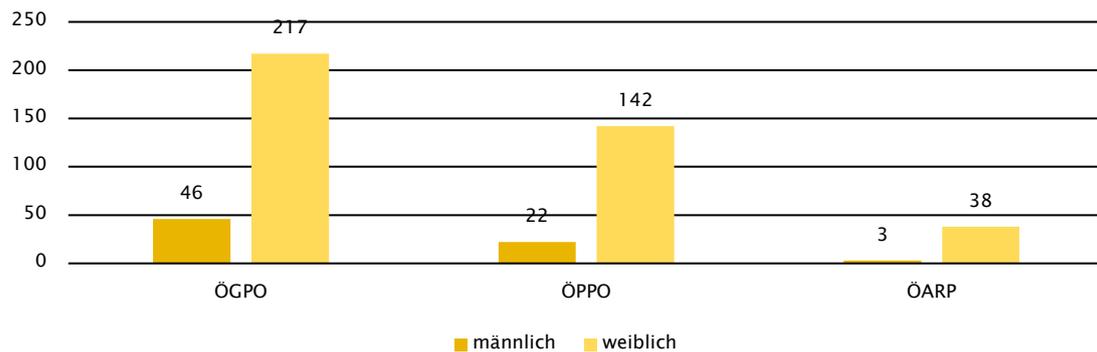
Tabelle 8.2:
Absolventenzahlen nach Fachgesellschaften (Stand: 31. 12. 2016) (absolute Zahlen)

Fachgesellschaften	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (absolut)
ÖGPO	263
ÖPPO	164
ÖARP	41
Gesamt	468

Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Insgesamt ist der Frauenanteil unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr hoch (85 % gegenüber 15 % Männern). In erster Linie dürfte das darauf zurückzuführen sein, dass die wesentlichen Quellberufe – psychologische und pflegende Gesundheitsfachberufe – traditionell weiblich dominiert sind.

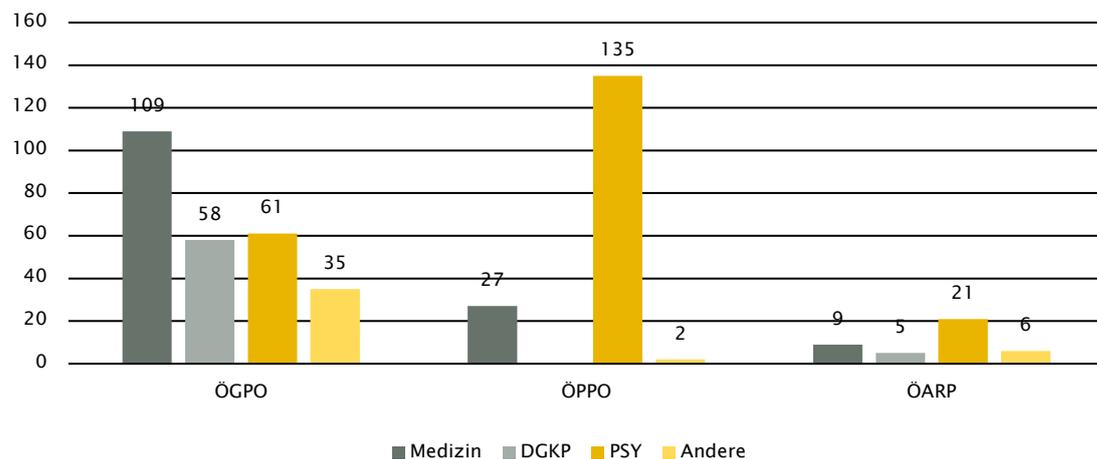
Abbildung 8.2:
Absolventenzahlen nach Fachgesellschaft und Geschlecht (absolute Zahlen)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Hinsichtlich Quellberuf ist die PSY-Berufsgruppe mit 46 Prozent die größte Absolventengruppe, gefolgt von den medizinischen Berufen (31 %), Pflegeberufen (14 %) und anderen Quellberufe (9 %).

Abbildung 8.3:
Absolventenzahlen nach Fachgesellschaft und Quellberufsgruppe (absolute Zahlen)



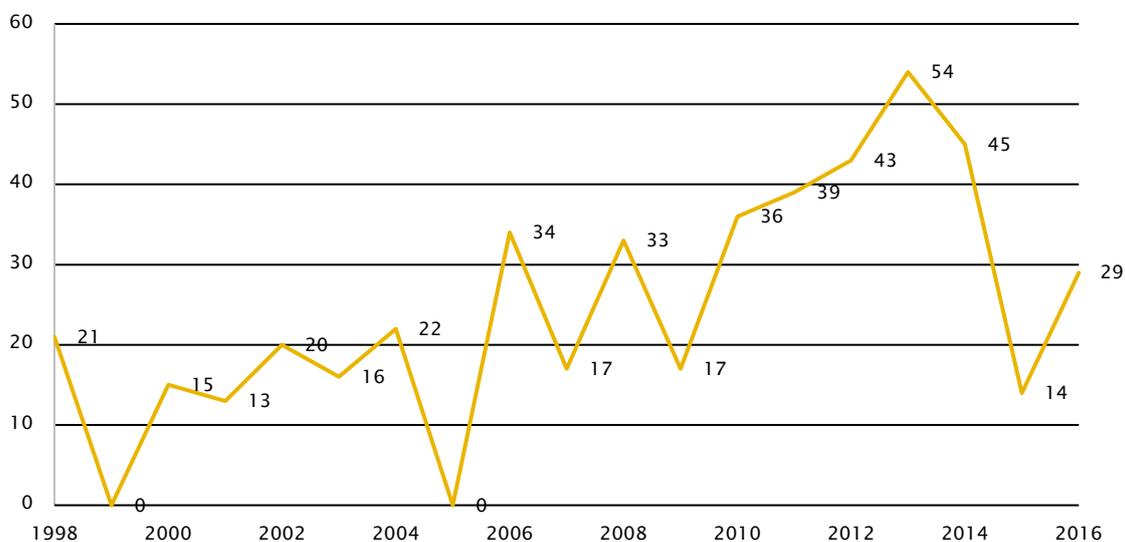
Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Deutlich ist die Fokussierung der einzelnen Fachgesellschaften auf jeweils bestimmte Quellberufe. Während in der ÖPPO rd. 80 Prozent der Absolventinnen und Absolventen einen PSY-Quellberuf

haben, liegt der Vergleichswert in der ÖGPO bei nur knapp einem Viertel der Teilnehmer/innen, dort dominieren medizinische Quellberufe mit etwa 40 Prozent.

Die Absolventenzahlen sind in den Jahren nach 1998 leicht angestiegen, was auf das zusätzliche Lehrgangsangebot der ÖPPO zurückzuführen ist. Die hohen Teilnehmerquoten zwischen 2012 und 2014 hängen mit dem neuen Lehrgangsangebot der ÖARP zusammen.

Abbildung 8.4:
Entwicklung der Absolventenzahlen von psychoonkologischen Lehrgängen in Österreich von 1998 bis 2016 (absolute Zahlen)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

8.2.3 Rahmenbedingungen

Nachfolgend sind einige Informationen zu Zulassung, Abschluss, Anerkennung und Kosten aufgelistet. Weitere Informationen sind den Websites der psychoonkologischen Fachgesellschaften zu entnehmen.

Zugangsvoraussetzungen und Anmeldung

Der Zugang zum psychoonkologischen Lehrgang ist bei den Fachgesellschaften unterschiedlich geregelt. Grundsätzliche Zielgruppen sind die Berufsgruppen

- » Medizin
- » Klinische Psychologie
- » Psychotherapie

- » Radiologietechnologie
- » Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP)

Für die ÖGPO ist eine einjährige Berufserfahrung im onkologischen Bereich Zugangsvoraussetzung. Überdies bedarf es eines Motivationsschreiben seitens der Interessentinnen bzw. Interessenten und in begründeten Einzelfällen (z. B. bei Quellberufen wie Seelsorger/in oder Sozialarbeiter/in) auch eines Aufnahmegesprächs.

Prinzipiell sind die Teilnehmerzahlen eines Ausbildungskurses bei allen Anbietern begrenzt.

Abschluss und Anerkennung

Damit die einzelnen Ausbildungselemente (Workshops, Supervision, Fallbesprechungen und Selbsterfahrung) positiv absolviert werden können, wird persönliche Anwesenheit vorausgesetzt, wobei die Anwesenheitsregeln lehrgangintern geregelt sind. Zudem werden Wissensnachweise wie z. B. Abschlussarbeit und Fallgespräch verlangt. Nach erfolgreichem Abschluss händigen die Fachgesellschaften ein entsprechendes Fortbildungsdiplom aus.

Da die Curricula als medizinische und psychologische Fortbildungen anerkannt sind, werden auch Fortbildungspunkte der Österreichischen Ärztekammer (DFP-Punkte) vergeben. Die ÖPPO vergibt zusätzlich Fortbildungspunkte des Berufsverbands Österreichischer Psychologen/Psychologinnen (BÖP). Indes wurde das Curriculum der ÖGPO von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert, was als zusätzliche qualitätssichernde Maßnahme zu werten ist. Darüber hinaus erhalten die ÖGPO-Absolventinnen und -Absolventen aus den Pflegeberufen bei einem positiven Abschluss die Berechtigung, die Zusatzbezeichnung Psychoonkologie³ zu führen.

Kosten

Die Kosten für die Lehrgänge richten sich nach dem jeweiligen Stundenvolumen und beinhalten die Aufwendungen für Theorieseminare, Supervision, Selbsterfahrung, Lehrgangsunterlagen, Verpflegung etc. Kosten für Übernachtung und Reisekosten sind hingegen nicht inkludiert.

3

Es bestehen keine Formvorschriften, somit ist die Bezeichnung „DGKP Psychoonkologie“ zulässig.

Tabelle 8.3:

Gegenüberstellung von Lehrgangskosten der psychoonkologischen Fachgesellschaften (Stand: 30. 6. 2017) (absolute Zahlen)

	ÖGPO	ÖPPO	ÖARP
Stundenvolumen	216 Stunden	140 Stunden	240 Stunden
Laufzeit	18 Monate	10 Monate	18 Monate
Lehrgangskosten	4.400 Euro für Frühbucher ab 3.780 Euro	2.650 Euro	4.700 Euro

Quelle: Erhebung GÖG (2017)

8.3 Herausforderungen und Optimierungspotenziale

Die seit 20 Jahren laufenden Lehrgangsangebote der Fachgesellschaften haben zu einem kontinuierlichen Auf- und Ausbau der psychoonkologischen Versorgungsangebote geführt. Als größte Herausforderungen wurden eingestuft, dass

- » keine einheitlichen Ausbildungsstandards definiert sind,
- » selten dezidierte Psychoonkologie-Stellen ausgeschrieben werden,
- » häufig keine Unterscheidung zwischen psychoonkologischer Beratung und Therapie gemacht wird,
- » die Integration der Psychoonkologie in die onkologische Versorgung schwierig ist und
- » keine Abrechnungs- und Leistungsposition der Krankenkassen für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte bestehen (z. B. ärztliche Gesprächsführung).

Optimierungspotenziale aus Sicht der Befragten der psychoonkologischen Fachgesellschaften:

- » Einen ersten Schritt sehen die Fachgesellschaften in der Standardisierung der Aus- und Weiterbildung. Speziell die medizinischen, psychologischen und pflegerischen Quellberufe, die unmittelbar Krebspatientinnen/-patienten betreuen und behandeln, müssten über psychoonkologisches Grundwissen verfügen. Für diese Berufsgruppen sollte eine entsprechende Weiterbildung verpflichtend sein.
- » Als weiteres Ziel wird die Verbesserung der Personalsituation in den Versorgungssettings sowie die Integration der Psychoonkologie in die klinischen Abläufe – z. B. ihre Einbindung in Tumorboards oder die Aufnahme psychoonkologischer Befunde in die onkologische Dokumentation etc. – gesehen.

9 Befragung von Absolventinnen und Absolventen psychoonkologischer Fachlehrgänge in Österreich

Die Bezeichnung „Psychoonkologie“ ist gesetzlich nicht geschützt. Entsprechend dem Grundsatz der Interdisziplinarität sind verschiedene Berufsgruppen in der Psychoonkologie tätig, die zusätzlich zu ihrem Quellberuf (Medizin, Psychologie, Psychotherapie, Krankenpflege, Sozialarbeit, Pädagogik, Theologie etc.) einen anerkannten Lehrgang der psychoonkologischen Fachgesellschaften (vgl. Kap. 8) absolviert haben.

Abhängig vom Aufgabengebiet im jeweiligen Versorgungssetting sollten ausgebildete Psychoonkologen/Psychoonkologinnen die jeweils erforderlichen Aufgaben in der psychoonkologischen Diagnostik, Beratung und Behandlung entsprechend dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse qualitätsgesichert durchführen.

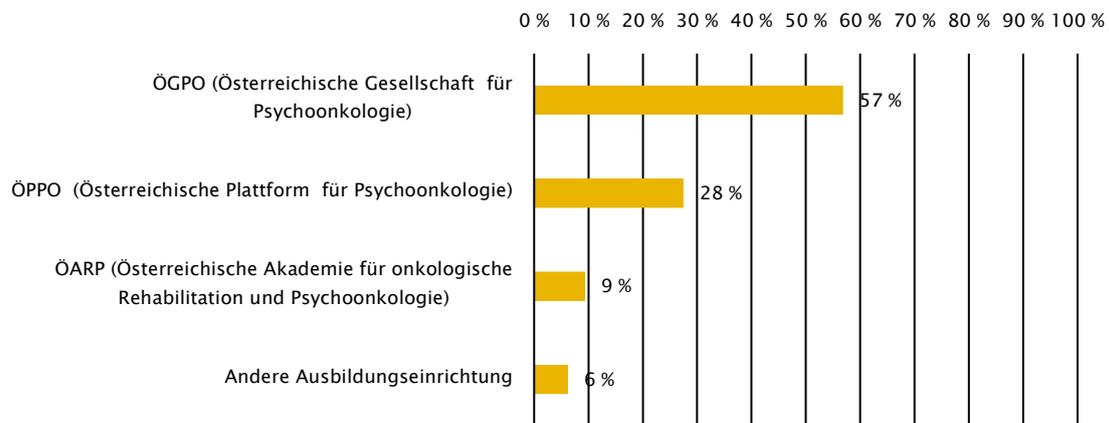
Die Ergebnisse in den nachfolgenden Subkapiteln basieren auf einer Befragung unter 180 Absolventen und Absolventinnen der Lehrgänge der in Kap. 8 beschriebenen Fachgesellschaften. Aus Datenschutzgründen konnten die Absolventinnen und Absolventen zur Befragung nicht von der GÖG direkt kontaktiert werden. Daher wurden von ÖGPO, ÖPPO und ÖARP 413 der insgesamt 468 Absolventinnen und Absolventen mit vorhandenen Kontaktdaten angeschrieben. Die Rücklaufquote von 39 Prozent weist auf großes Interesse hin.

9.1 Ausbildung, Quellberufe, Geschlecht und Alter

Die Anforderungen und das Betätigungsfeld qualifizierter Psychoonkologen/Psychoonkologinnen haben sich in den letzten beiden Jahrzehnten stark verändert. Durch die psychoonkologischen Lehrgänge der Fachgesellschaften fand eine deutliche Professionalisierung statt. Die Erhebung unter den befragten Personen zeigt, dass diese mehrheitlich die Lehrgänge von ÖGPO und ÖPPO absolvierten.

Abbildung 9.1:

Von Absolventinnen und Absolventinnen genutzte Ausbildungseinrichtung (in Prozent; n = 160)

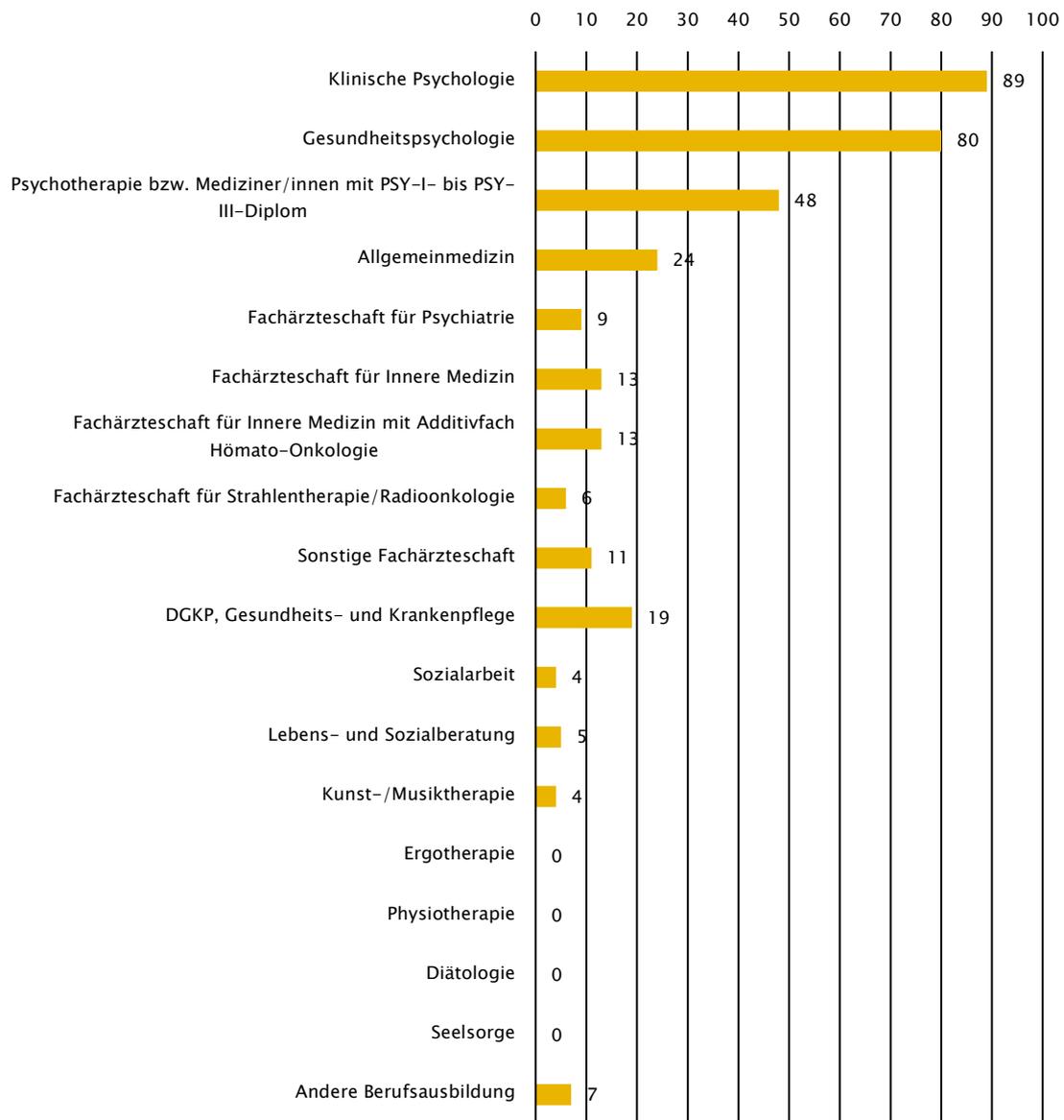


Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Unter den befragten Absolventinnen und Absolventinnen sind 41 Personen, die nun selbst in der psychoonkologischen Ausbildung tätig sind. Die Lehrtätigkeit wird in einem psychoonkologischen Lehrgang einer Fachgesellschaft oder in benachbarten Fachgebieten wie Hospiz- und Palliative Care, Psychologie, Onkologie oder in Universitäten, Pflegeschulen und krankenhausinternen Weiterbildungen ausgeübt.

Unter den Befragten sind deutlich mehr Frauen als Männer (86 % Frauen gegenüber 14 % Männern), da traditionell weiblich dominierten Quellberufe überwiegen.

Abbildung 9.2:
 Quellberuf von Absolventinnen und Absolventen psychoonkologischer Lehrgänge,
 Mehrfachnennungen (absolute Zahlen)

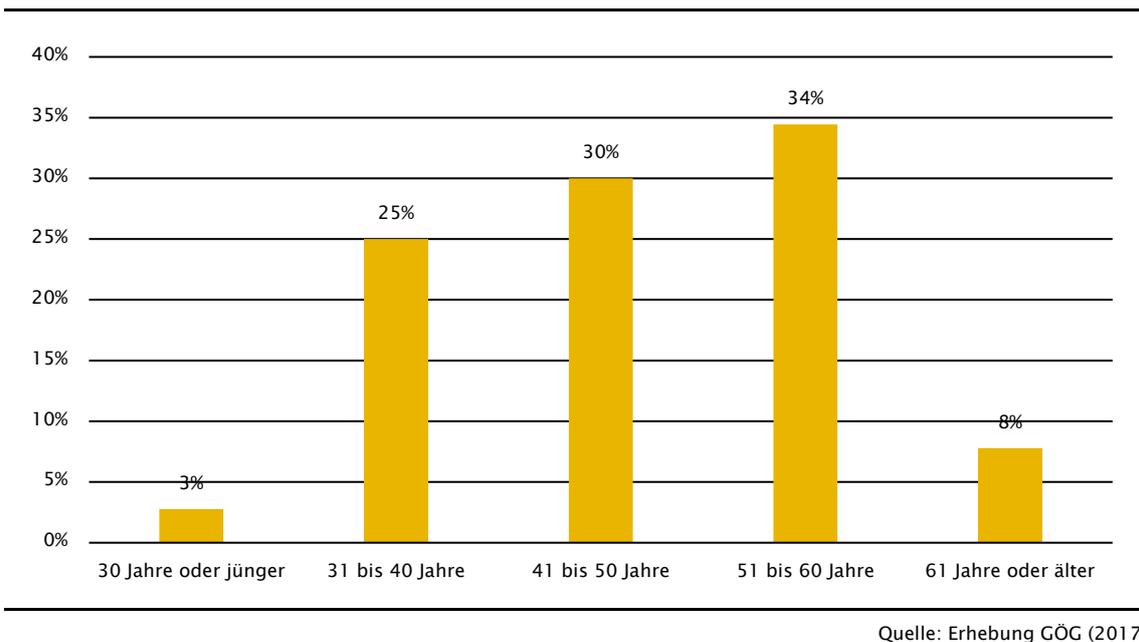


Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Die Altersstruktur der ausgebildeten Psychoonkologen/Psychoonkologinnen erlaubt einerseits Rückschlüsse auf ihre Berufserfahrung, andererseits Prognosen, was die zukünftige psychoonkologische Versorgung betrifft. 42 Prozent der befragten Absolventen und Absolventinnen sind älter als 50 Jahre. Die Altersverteilung ist somit durch einen relativ geringen Nachwuchs und einen

hohen Anteil älterer Psychoonkologen/Psychoonkologinnen gekennzeichnet. In zukünftigen Bedarfsschätzungen und Planungen für die Versorgungssettings muss dieser Aspekt entsprechende Berücksichtigung finden.

Abbildung 9.3:
Altersverteilung von Absolventen/Absolventinnen psychoonkologischer Fachausbildungen
(Angaben in Prozent, n = 180)

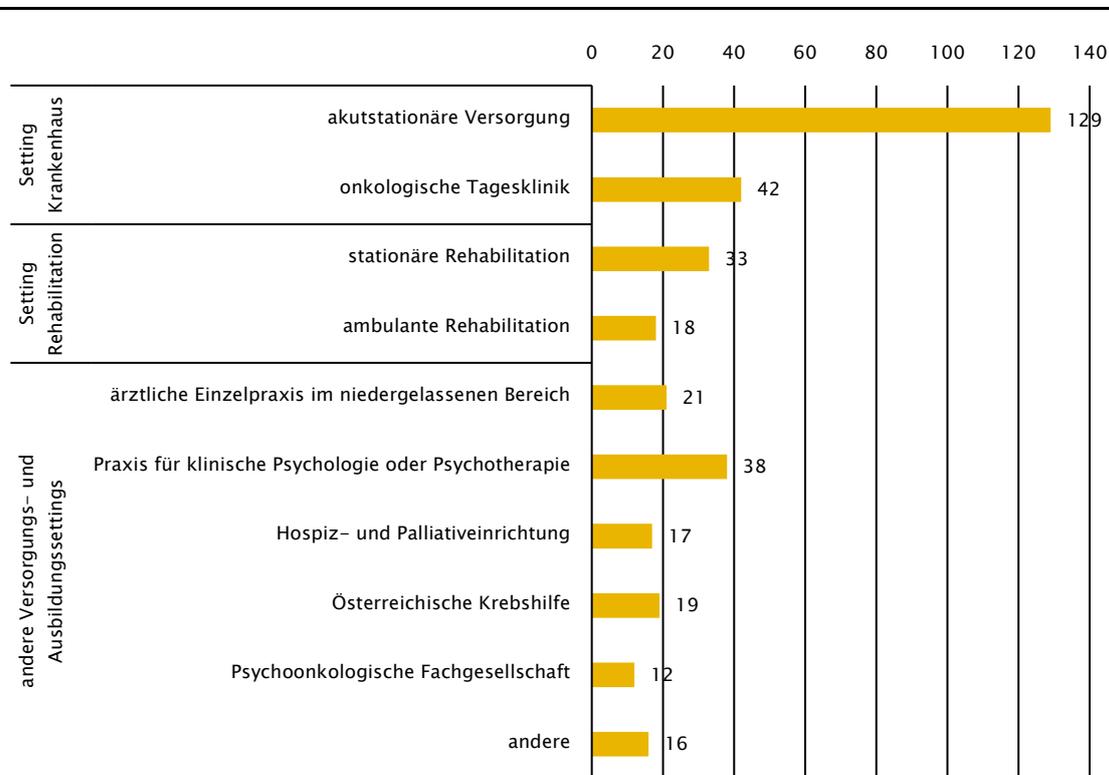


9.2 Beschäftigungsstatus und Versorgungssetting

Psychoonkologen/Psychoonkologinnen können in stationären, tagesklinisch/spitalsambulant und extramuralen ambulanten Einrichtungen tätig sein, in denen Krebs Erkrankte versorgt werden. Den Angaben der befragten Absolventen und Absolventinnen zufolge ist ein Großteil von ihnen in stationären oder tagesklinischen/spitalsambulant Einrichtungen tätig, wobei Einrichtungen der Akutversorgung häufiger genannt werden als Reha-Einrichtungen (stationäre Rehabilitation). Etwas geringer ist die Anzahl im ambulanten Setting der Akutversorgung und in Reha-Einrichtungen. Im niedergelassenen Bereich sind mehr Absolventen/Absolventinnen mit Quellberuf klinische Psychologie oder Psychotherapie tätig als mit ärztlichen Quellberufen.

Abbildung 9.4:

Arbeitssetting der befragten Absolventinnen und Absolventen der psychoonkologischen Ausbildung, Mehrfachnennungen (absolute Zahlen)



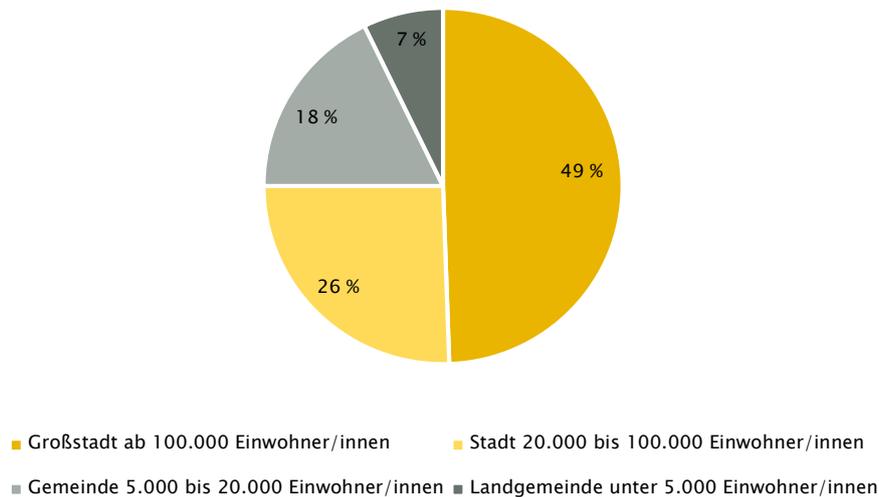
Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Antworten zum Beschäftigungsausmaß der befragten Absolventen und Absolventinnen ergaben, dass 43 Prozent als Vollzeitbeschäftigte, 41 Prozent als Teilzeitbeschäftigte und 34 Prozent als Selbstständige tätig sind (Mehrfachantworten möglich).

Was das Aufgabenspektrum betrifft, so gibt weniger als ein Viertel der Befragten an (23 %), ausschließlich für die Versorgung von Krebspatienten/Krebspatientinnen zuständig zu sein. 49 Prozent sind vornehmlich in Großstädten (≥ 100.000 EW) bzw. 26 Prozent in Städten mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern/Einwohnerinnen tätig. In kleinen Gemeinde und im ländlichen Raum sind ca. 25 Prozent der Psychoonkologen/Psychoonkologinnen zu finden. Daraus wird deutlich, dass sich die psychoonkologische Versorgung auf urbane Räume konzentriert.

Abbildung 9.5:

Verteilung des Tätigkeitsortes der Absolventen und Absolventinnen psychoonkologischer Fachausbildungen nach Urbanitätsgrad (Angabe in Prozent, n = 180)



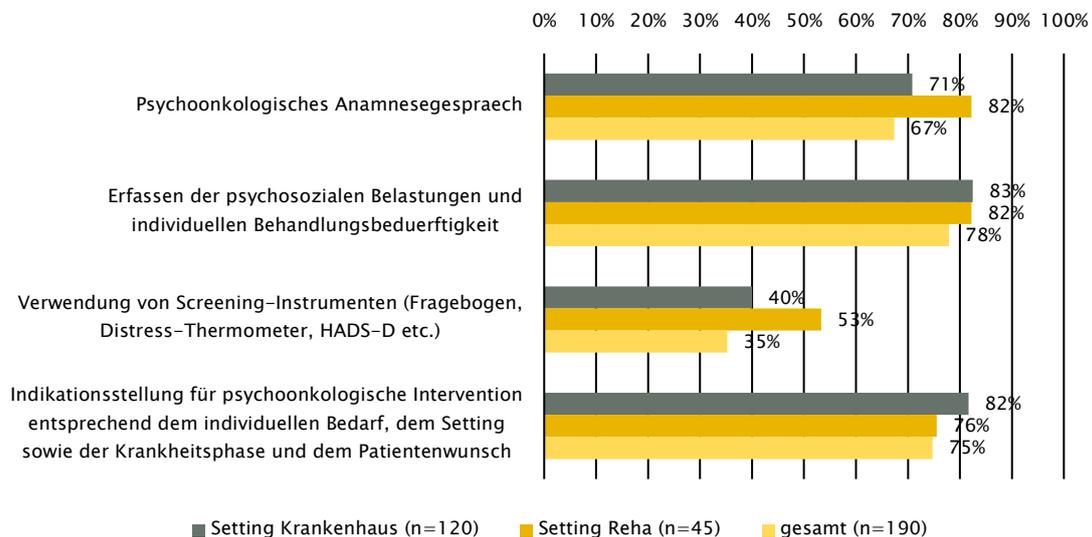
Quelle: Erhebung GÖG (2017)

9.3 Diagnostik und Leistungsangebote nach Versorgungssettings

Die Absolventinnen und Absolventen der Psychoonkologie-Lehrgänge wurden im Rahmen der Erhebung auch befragt, welche Interventionen sie in Diagnostik und Betreuung von psychoonkologischen Patienten/Patientinnen anbieten. Die im Folgenden dargestellten Rückmeldungen werden getrennt für das Versorgungssetting Rehabilitation und das Versorgungssetting Krankenanstalten ausgewiesen, spiegeln aber natürlich auch den beruflichen Hintergrund der Lehrgangsteilnehmer/innen wieder.

In der Psychoonkologie stehen, basierend auf den Methoden der klinischen Diagnostik, sowohl strukturierte Interviewverfahren als auch Fragebögen zur Verfügung. Auf onkologischen Stationen in Krankenanstalten werden Patienten/Patientinnen häufig nur kurz von psychoonkologischen Fachkräften gesehen, daher bleibt nur wenig Zeit für eine zeitaufwendige Anamnese oder den Einsatz standardisierter Screening-Instrumente (vgl. Abbildung 9.6). Personen, die im Versorgungssetting Rehabilitation tätig sind, berichten prozentuell häufiger, dass Screening-Tools und psychoonkologisches Anamnesegespräch zum Einsatz kommen, als Personen, die im Versorgungsbereich Krankenhaus tätig sind.

Abbildung 9.6:
 Persönliches Leistungsangebot der befragten Absolventinnen/Absolventen in psychoonkologischer Diagnostik, nach Versorgungssettings, Mehrfachnennung (in Prozent)

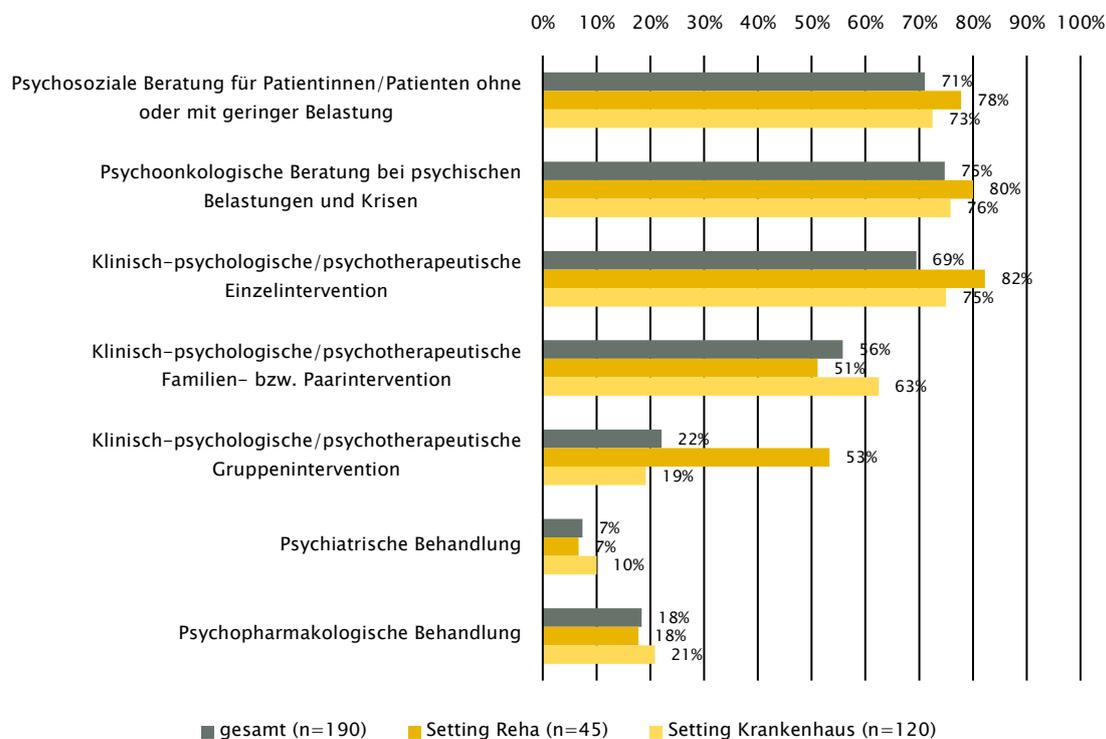


Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Wenn bei Krebserkrankten psychische Symptome oder Störungen vorliegen, bedarf es unterschiedlicher psychoonkologischer Interventionen, die vom Versorgungssetting und vom Quellberuf der Leistungserbringer/innen abhängig sind. Aus dem Bereich der psychoonkologischen Interventionen (vgl. Abbildung 9.7) werden psychosoziale Beratung, psychoonkologische Beratung und klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Einzelinterventionen am häufigsten angeboten. Hingegen kommen psychotherapeutische Familien- und Paarinterventionen ebenso wie Gruppeninterventionen seltener zum Einsatz. Überwiegend im Reha-Bereich werden Gruppeninterventionen angeboten. Verhältnismäßig selten enthält die persönliche Angebotspalette der Absolventen und Absolventinnen der psychoonkologischen Lehrgänge medizinische Interventionen wie eine psychiatrische oder pharmakologische Behandlung, da diese Ärzten/Ärztinnen vorbehalten ist.

Abbildung 9.7:

Persönliches Leistungsangebot der befragten Absolventinnen und Absolventen an psychoonkologischen Interventionen, nach Versorgungssettings (in Prozent)

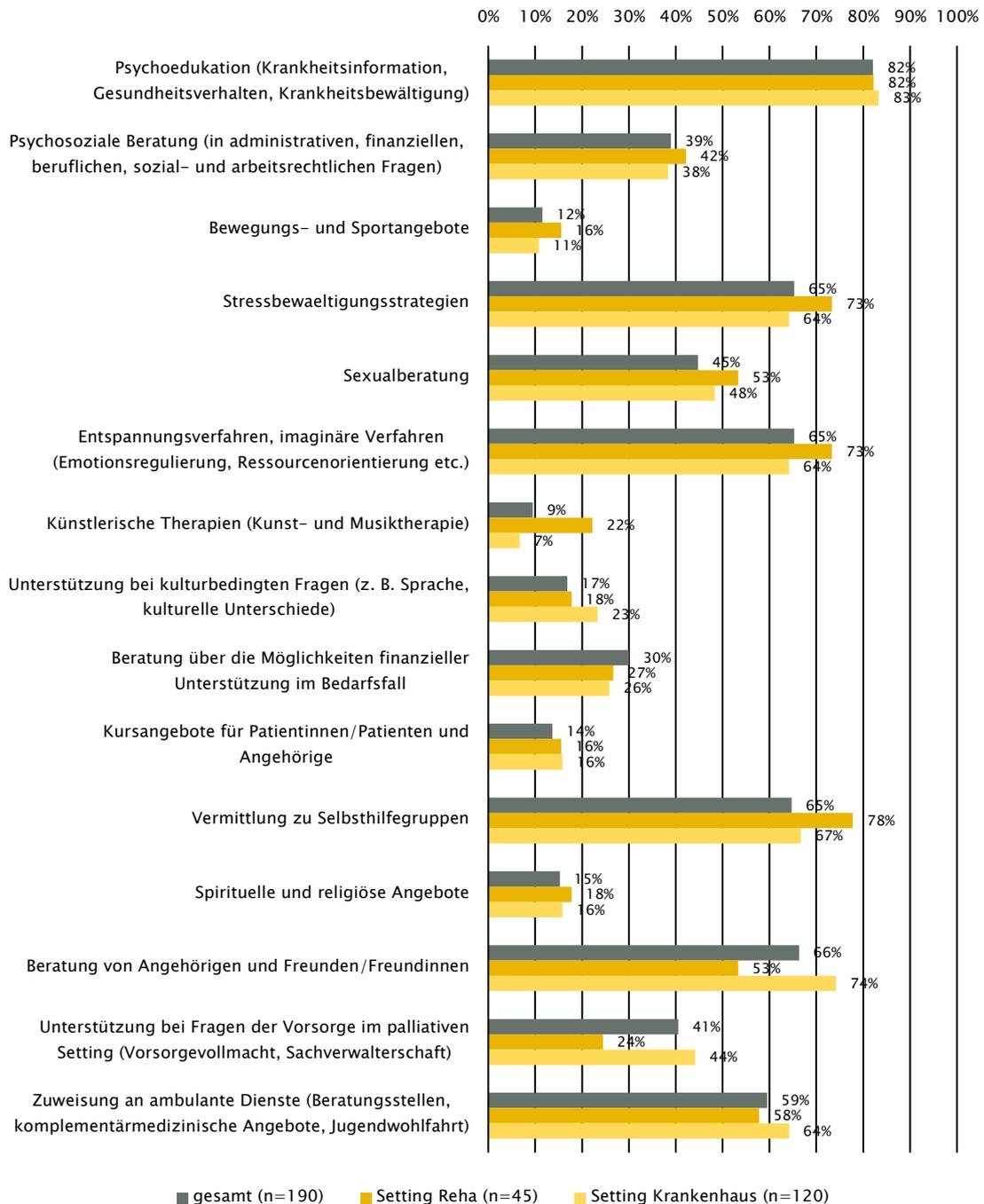


Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Insbesondere in Rehabilitation und ambulanter Nachsorge werden den Krebspatienten/Krebspatientinnen zahlreiche psychosoziale Therapieangebote unterbreitet (vgl. Abbildung 9.8), deren Ziel es ist, die Krankheit leichter zu verarbeiten und die Lebensführung an die veränderte Lebenssituation anzupassen. Die befragten Absolventinnen und Absolventen der psychoonkologischen Lehrgänge nennen von diesen psychosozialen Therapieangeboten am häufigsten Psychoedukation, Stressbewältigungsstrategien bzw. Entspannungsverfahren und Angehörigenberatung. Sie vermitteln aber auch häufig zu anderen Angeboten, z. B. an Selbsthilfegruppen oder ambulante Dienste.

Abbildung 9.8:

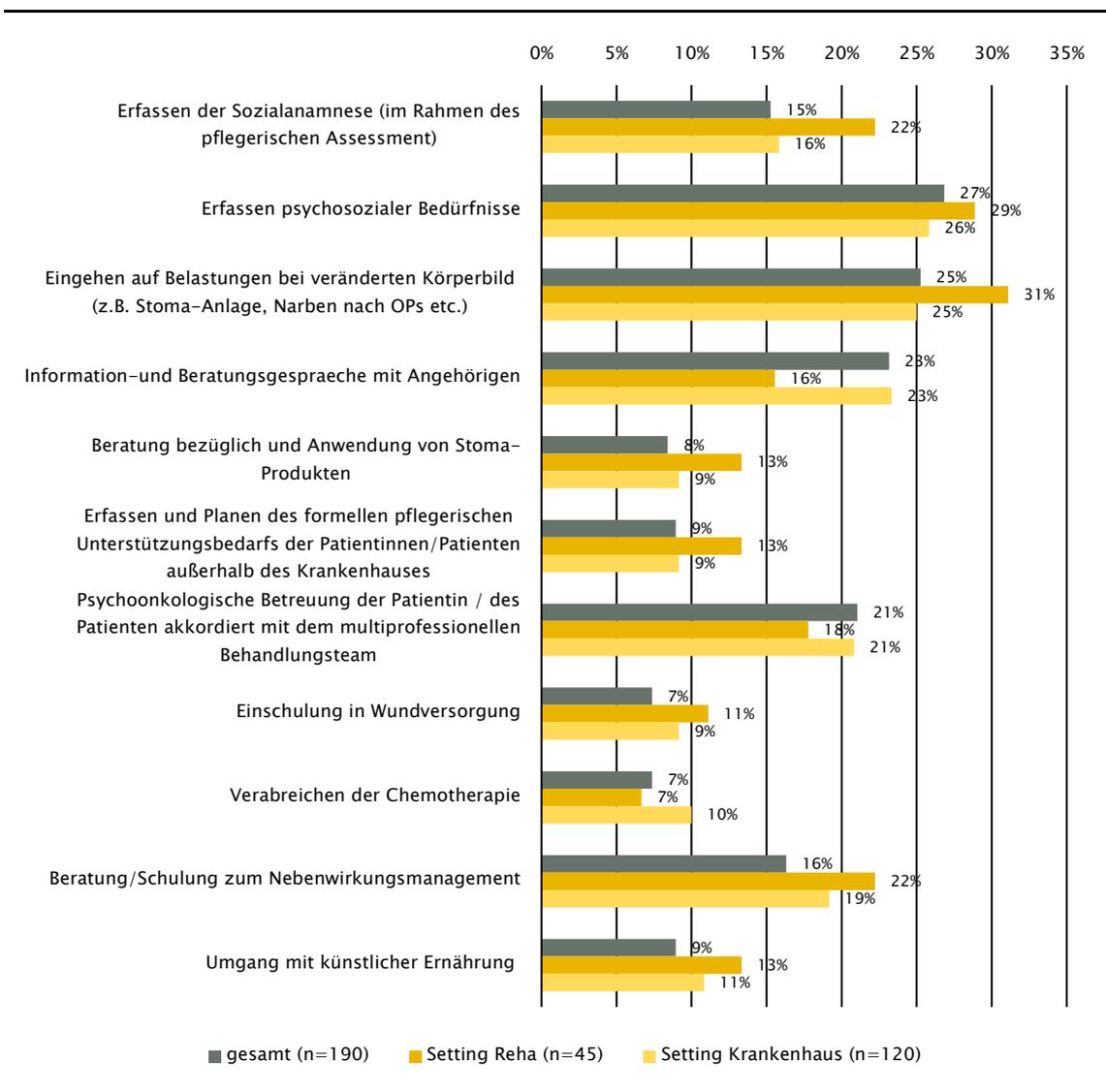
Persönliches Leistungsangebot der befragten Absolventinnen und Absolventen an psychosozialen Angeboten, nach Versorgungssettings, Mehrfachnennungen (in Prozent)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

In der abgestuften psychoonkologischen Versorgung kommt den pflegerischen Aufgaben eine besondere Rolle zu, deren breites Spektrum in Abbildung 9.9 deutlich wird. Im Vergleich zu psychosozialen Angeboten werden pflegerische Angebote deutlich seltener von den Absolventen/Absolventinnen der psychoonkologischen Lehrgänge genannt. Von den pflegerischen Interventionen, die der Fragebogen anbietet, werden am häufigsten sehr allgemeine Aufgaben markiert (Erfassen psychosozialer Bedürfnisse, Eingehen auf Belastungen), wohingegen spezifischere Aufgaben (z. B. Einschulung in Wundversorgung) viel seltener angeführt werden.

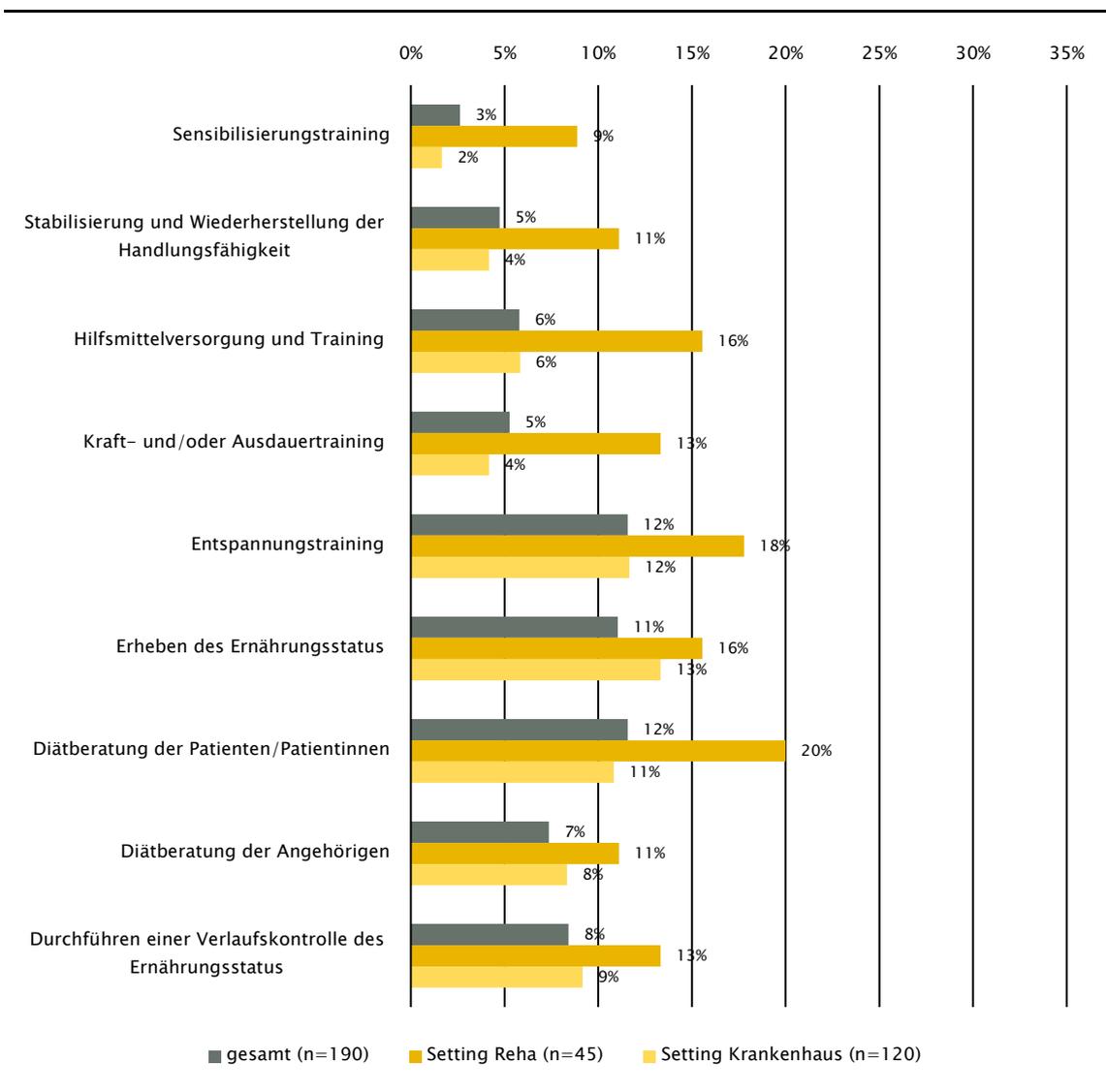
Abbildung 9.9:
 Persönliches Leistungsangebot der befragten Absolventinnen und Absolventen an pflegerischen Angeboten, nach Versorgungssettings, Mehrfachnennungen (in Prozent)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Der letzte Abschnitt des persönlichen Leistungsangebots umfasst Interventionen aus den Bereichen der Ergotherapie, Physiotherapie und Bewegungstraining sowie Diätologie (vgl. Abbildung 9.10). Interventionen aus diesen Bereichen werden am seltensten von den befragten Absolventen/Absolventinnen angeführt, wobei sich hier die deutlichsten Unterschiede zwischen den Versorgungssettings zeigen: Personen, die im Bereich Rehabilitation tätig sind, weisen diese Interventionen deutlich häufiger auf als Personen, die im Versorgungssetting Krankenhaus tätig sind.

Abbildung 9.10:
 Persönliches Leistungsangebot der befragten Absolventinnen und Absolventen in Ergotherapie, Physiotherapie und Bewegungstraining sowie Diätologie, nach Versorgungssettings, Mehrfachnennungen (in Prozent)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

9.4 Gesprächsorte

Für eine optimale psychoonkologische Versorgungstätigkeit bedarf es separater Räumlichkeiten, um eine ungestörte und vertrauensvolle Beratung und Behandlung zu ermöglichen und die Intimsphäre des Patienten bzw. der Patientin zu wahren. Diese Notwendigkeit ist speziell dann gegeben, wenn die Krebsart die Sexualität oder die Verdauung in Mitleidenschaft zieht. Den Angaben der Absolventen/Absolventinnen der psychoonkologischen Lehrgänge zufolge können immerhin drei Viertel (75 %) ein ungestörtes Gespräch in separaten Räumlichkeiten führen. Welche Räume das im Einzelfall sind, hängt vom Versorgungssetting ab.

Das verbleibende Viertel der Befragten (25 %) muss auf das Dienstzimmer, den Gang oder ein Arztzimmer ausweichen. Insgesamt ist jedoch die deutliche Mehrheit der Befragten (87 %) der Meinung, dass in ihrem Arbeitsalltag ein ungestörtes Gespräch möglich ist. Speziell bei bettlägerigen Patienten und Patientinnen in Mehrbettzimmern ist hingegen ein intimer Gesprächsrahmen kaum möglich.

9.5 Interkulturelle Kompetenz

Krebspatientinnen und -patienten mit Migrationshintergrund und mangelnden Deutschkenntnissen können häufig keine psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nehmen. Um dieser Patientengruppe psychoonkologische Leistungen zugänglich zu machen, bedarf es kultursensibler Psychoonkologinnen/Psychoonkologen mit entsprechenden Fremdsprachenkenntnissen.

In der Erhebung nennen 42 Prozent der Befragten zusätzliche Sprachkenntnisse, wobei es sich mehrheitlich um Englischkenntnisse handelt (61 Personen). Weiters weisen jeweils zwei Personen ungarische bzw. Italienische Sprachkenntnisse aus. Französische, portugiesische, rumänische, russische, slowenische, serbokroatische und spanische Sprachkenntnisse nennt jeweils ein Psychoonkologe / eine Psychoonkologin.

Das Sprachdefizit könnten speziell ausgebildete Dolmetsch-Dienste schließen, die über fachspezifisches und kultursensibles Wissen verfügen.

Immerhin 56 Prozent der Befragten geben an, dass es die Möglichkeit gibt, auf Unterstützung durch einen Dolmetsch zurückzugreifen. Dabei handelt es sich zumeist um Vertreter/innen von ärztlichen, pflegerischen und anderen Gesundheitsfachberufen mit guten Fremdsprachenkenntnissen, die tw. selbst Migrationserfahrung haben. Neben diesen hausinternen Möglichkeiten können in Einzelfällen auch externe Dolmetsch-Dienste, 24-Stunden-Telefondolmetsch-Dienste und Videodolmetsch-Dienste herangezogen werden. Die Zufriedenheit mit diesen Unterstützungsmöglichkeiten fällt überwiegend positiv aus, wenngleich knapp ein Drittel die eingesetzten Dolmetsch-Dienste als nicht praxistauglich bewertet.

Insgesamt zeigt die Erhebung, dass der Bedarf an psychoonkologischer Versorgung für krebserkrankte Migranten und Migrantinnen mit psychischen Belastungen bei weitem nicht gedeckt werden kann (Brause et al. 2010).

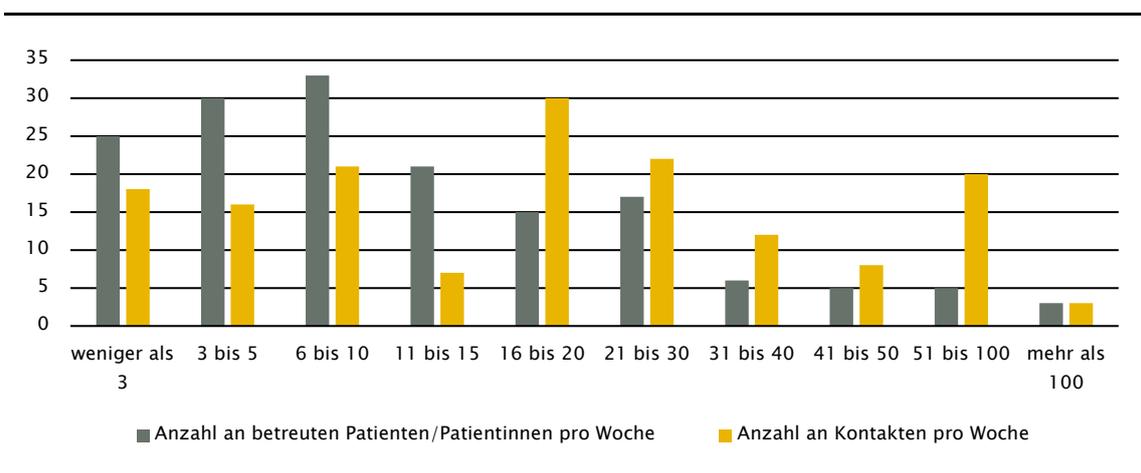
9.6 Anzahl betreuter Patientinnen und Patienten

Die Anzahl der Patienten/Patientinnen (erfragt als Durchschnittswert für das Jahr 2016), die von den Absolventen und Absolventinnen pro Woche psychoonkologisch betreut werden, ist von enormer Varianz gekennzeichnet und reicht von „weniger als ein Patient / eine Patientin“ bis zu „mehr als hundert“. Diese Schwankungsbreite kann sowohl auf die unterschiedlichen Versorgungssettings als auch auf die unterschiedlichen Positionen der befragten Personen innerhalb der Einrichtungen zurückgeführt werden.

Aufgrund der ungleichmäßigen Verteilung ist der Medianwert (10 Personen pro Woche) aussagekräftiger als der Mittelwert (18 Personen pro Woche).

Auch die Verteilung der Anzahl psychoonkologischer Kontakte zeigt eine hohe Varianz und liegt im Durchschnitt bei 20 (Median) bzw. 26 Kontakten (Mittelwert). In der grafischen Darstellung wird deutlich, dass eine Frequenz von über 50 Kontakten pro Woche keine Seltenheit ist. Eine Betreuung von Angehörigen findet hingegen deutlich seltener statt: Im Durchschnitt werden zwei (Median) bzw. fünf (Mittelwert) Angehörige pro Woche betreut.

Abbildung 9.11:
Durchschnittliche Anzahl psychoonkologisch betreuter Patienten/Patientinnen pro Woche (absolute Zahlen)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

9.7 Dokumentation psychoonkologischer Leistungen

Die Dokumentation psychoonkologischer Leistungen erfolgt sowohl in Krankenanstalten als auch in Rehabilitationseinrichtungen hauptsächlich in der Patientenakte oder der Pflegedokumentation.

In Hospiz- und Palliativeinrichtungen werden patientenbezogene Dokumentationen bzw. eine fortlaufende interdisziplinäre Palliativdokumentation geführt.

Im niedergelassenen Bereich machen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten patientenbezogene Aufzeichnungen in einer eigenen Kartei.

Nur 6,3 Prozent der Befragten geben an, eine standardisierte Basisdokumentationen (z. B. PO-BADP; Herschbach & Marten-Mittag etc.) für das Screening, ob eine psychoonkologische Betreuung sinnvoll ist, zu verwenden. Überdies führen einige Psychoonkologen/Psychoonkologinnen an, dass geplant ist, spezielle Programme wie Mosaig für Linac, POBADO etc. einzusetzen.

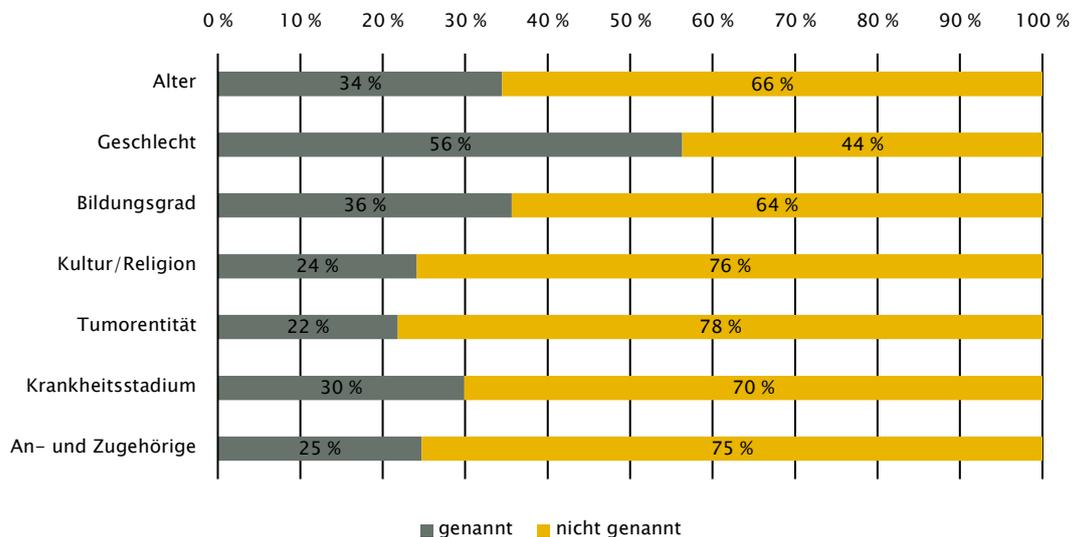
Aufgrund fehlender strukturierter und somit auswertbarer Dokumentation können keine Aussagen über die tatsächliche Inanspruchnahme von psychoonkologischen Leistungen getroffen werden.

9.8 Nutzung des psychoonkologischen Angebotes

Laut den Angaben der Absolventen/Absolventinnen der psychoonkologischen Lehrgänge ist das Geschlecht der wichtigste Einflussfaktor dafür, ob psychoonkologische Angebote auch genutzt werden (mehr als 50 % nennen diesen Einflussfaktor). Etwa ein Drittel der Befragten sieht Unterschiede durch Alter, Bildungsgrad und Krankheitsstadium, andere Einflussfaktoren werden nur von etwa einem Viertel der Befragten wahrgenommen.

Alle Einflussfaktoren konnten mittels einer offenen Antwortkategorie genauer bezüglich Richtung und Art ihres Einflusses beschrieben werden (siehe folgende Ausführungen in diesem Abschnitt).

Abbildung 9.12:
 Unterschiede in der Angebotsnutzung nach unterschiedlichen Einflussfaktoren (Angaben in Prozent, n = 180)



Quelle: Erhebung GÖG (2017)

Alter der Nutzer/innen

Bis dato fokussierte die Psychoonkologie besonders auf die Altersgruppe der 40- bis 60-Jährigen, die durch hohe Mehrfachbelastungen (z. B. familiäre Betreuungspflichten, Pflege der Eltern, berufliche Anforderungen etc.) geprägt sind.

Bei älteren und hochbetagten Patienten/Patientinnen liegt häufig eine Multimorbidität mit schwierigen Behandlungsentscheidungen vor.

Für Krebspatienten/-patientinnen mit Kindern ist die seelische Belastung aufgrund der Sorgen um die Kinderbetreuung während der Therapiephase enorm. Vermutlich ist dies eine Erklärung dafür, dass rund ein Drittel der befragten Absolventinnen und Absolventen der Fachausbildung angibt, dass Unterstützungsangebote von jüngeren Patienten/Patientinnen eher genutzt werden als von älteren.

Geschlecht der Nutzer/innen

Rund 53 Prozent der Befragten geben an, dass psychoonkologische Angebote überwiegend von Frauen genutzt werden, was damit begründet wird, dass Frauen grundsätzlich eher bereit sind, sich psychologische Unterstützung zu holen. Im Vergleich dazu nehmen männliche Krebspatienten psychoonkologische Angebote kaum in Anspruch, auch wenn Sie unter starken Depressionen leiden. Dies bestätigt auch die Literatur (vgl. Beutel 2015).

Bildungsgrad der Nutzer/innen

Der Zusammenhang zwischen einem niedrigen formalen Bildungsgrad, bestimmten Tumorarten (z. B. Darm- und Brustkrebs) und psychischen Belastungen konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden (Schäfer 2014). Eine mögliche Begründung ist, dass es für schlechter ausgebildete Personen schwieriger ist, verständliche Informationen über ihre Krankheit zu erhalten, und sich dadurch Ängste verstärken können. Zudem gehören bildungsferne Schichten meistens zu den schlechter verdienenden Bevölkerungsgruppen, die zusätzlich größere finanzielle und soziale Probleme bewältigen müssen. Knapp 33 Prozent der Befragten bestätigen, dass es Zusammenhänge zwischen Bildungsgrad und der Inanspruchnahme von psychoonkologischen Angeboten und ein geringerer Ausbildungsgrad mit einer unterdurchschnittlichen Nutzung einhergeht.

Herkunft, Religion, kultureller Hintergrund der Nutzer/innen

Insgesamt treten bei Migranten/Migrantinnen psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angsterkrankungen signifikant häufiger auf als beim Rest der österreichischen Bevölkerung (Statistik Austria 2016c). Im Falle einer onkologischen Erkrankung sind Menschen mit Migrationshintergrund in mehrfacher Weise benachteiligt, da es häufig an Sprachkenntnissen und damit an entsprechender Information fehlt. Hinzu kommt, dass die befragten Absolventinnen und Absolventen über eher geringe Fremdsprachenkenntnisse verfügen und Dolmetsch-Dienste teilweise kritisch beurteilt werden (vgl. Kap. 9.5).

Neben den Sprachbarrieren sind es auch kulturelle und religiös-ethische Hürden, die seitens der Krebspatienten/-patientinnen und deren Familien den psychoonkologischen Unterstützungsangeboten entgegenstehen. Insgesamt sind ein Viertel der befragten Absolventen und Absolventinnen der Meinung, dass Sprachbarrieren und religiös-kulturelle Hürden der Grund für die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung durch Personen mit Migrationshintergrund sind.

Tumorentitäten der Nutzer/innen

Knapp ein Viertel der Befragten gibt an, dass psychoonkologische Angebote vermehrt von Personen mit Brust-, Prostata- und Lungenkrebs genutzt werden.

An- und Zugehörige Nutzer/innen

Die Krebserkrankung betrifft nicht nur die Patienten und Patientinnen, sondern auch deren Familien oder enge Freunde/Freundinnen. Wenn An- und Zugehörige helfen wollen, benötigen sie Hintergrundinformationen. Erste Ansprechpersonen können die behandelnden Ärzte/Ärztinnen sein, die oftmals von Patienten/Patientinnen und deren Vertrauenspersonen gemeinsam aufgesucht werden. Rund 24 Prozent der Befragten geben an, auch die stark belasteten Familienmitglieder und Zugehörigen von Krebskranken psychoonkologisch zu unterstützen.

9.9 Herausforderungen und Optimierungspotenziale

Absolventinnen/Absolventen der psychoonkologischen Lehrgänge weisen auf unterschiedliche Problemlagen hin:

- » Die wachsende Anzahl von Krebspatienten/-patientinnen ziehe einen Mehrbedarf an psychoonkologischer Betreuung nach sich. Kritisch bemerkt wird dazu, dass das psychoonkologische Personal eine bedarfsgerechte Betreuung und Versorgung oft nicht gewährleisten könne. Überdies weisen die Befragten darauf hin, dass eine ambulante Nachbetreuung von Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen kaum stattfindet, da psychoonkologisch ausgebildeten Personen im niedergelassenen Bereich fehlen. Überdies seien ambulante Psychotherapien kostenpflichtig und für einen Großteil der Patientinnen und Patienten nicht finanzierbar.
- » In den Versorgungssettings fehlten häufig Informationen über die psychoonkologischen Dienste und deren Leistungsangebote, dementsprechend seien auch Krebspatientinnen und -patienten über die Angebote nicht informiert. Noch schwerwiegender seien die Informations- und Betreuungsdefizite von älteren Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund, die einen erheblichen Anteil der Patienten/Patientinnen ausmachen.

Optimierungspotenziale aus Sicht der befragten Absolventinnen und Absolventen der psychoonkologischen Lehrgänge:

- » Eine Erhöhung des Personalschlüssels in den Versorgungssettings wird als Voraussetzung gesehen, die psychosoziale bzw. psychoonkologische Versorgung sicherzustellen und Zeit für interdisziplinäre Kooperationsarbeit zu haben. Überlegenswert sei eine psychosoziale Grundversorgung durch das onkologische Behandlungsteam (Medizin, Pflege) und erst im zweiten Schritt die Hinzuziehung von psychoonkologischen Fachkräften.
- » Weiters wird darauf hingewiesen, dass die differenzierte diagnostische Abgrenzung zwischen normalen Belastungsreaktionen und psychischen Folgestörungen forciert werden sollte. Dazu bedürfe es standardisierter Screening-Instrumente, die bereits bei Diagnosestellung, aber auch während des weiteren Behandlungsverlaufes bei allen Krebspatientinnen/-patienten zur Anwendung kommen.
- » Hervorgehoben wird auch die Notwendigkeit von interdisziplinären Fortbildungen für die Berufsgruppen (Medizin, Psychologie, Pflege u. a.), die vornehmlich Krebserkrankte betreuen.

Als Voraussetzung für diese Optimierungsvorschläge wird die Klärung der Finanzierungsfragen gesehen, die im Vorfeld stattfinden muss.

10 Diskussion und Ausblick

10.1 Zusammenfassung

Epidemiologie

Die Zahl der Krebserkrankung steigt stetig – in Österreich erkranken jährlich rund 39.000 Menschen, etwa 20.400 Menschen sterben pro Jahr an Krebs. Die Zahl jener, die 5-Jahre nach einer Tumorerkrankung als „geheilt“ erscheinen, und jener, die mit Krebs als chronischer Krankheit leben, wird mit insgesamt 330.500 angegeben (Statistik Austria 2017b). In den nächsten Jahren zeichnet sich infolge der demographischen Entwicklung eine Steigerung der Krebserkrankungen ab, gleichzeitig ist durch den Ausbau von Früherkennungsprogrammen, durch medizinisch-therapeutischen Fortschritte sowie durch rehabilitative, nachsorgeorientierte und psychosoziale Angebote ein Anstieg der Überlebenswahrscheinlichkeit der onkologischen Patienten/Patientinnen zu erwarten.

Psychosoziale Belastungen und Funktionsstörungen

Eine Krebsdiagnose stellt für Patienten/Patientinnen und deren soziales Umfeld ein krisenhaftes Ereignis dar, das mit vielfältigen Belastungen (Bedrohung, Körperbeschwerden, Ängste, sinkende Lebensqualität etc.) einhergeht. Rund 25 bis 30 Prozent aller Krebspatienten/Krebspatientinnen entwickeln im Krankheitsverlauf eine behandlungsbedürftige psychische Störung (Mehnert 2011). Überdies ist davon auszugehen, dass ein ähnlich hoher Prozentsatz unter subklinischen bzw. sub-syndromalen Belastungen wie Ängsten, depressiven Reaktionen, Selbstwertproblemen, Überforderung, Partnerschaftsproblemen und sozialrechtlichen Sorgen leidet, die nicht das Kriterium einer ICD-10-Diagnose erfüllen, gleichwohl aber zu einem hohen Leidensdruck führen.

Als Risikofaktoren für psychische Störungen bei Krebskranken werden Alter (jüngere Patienten), Geschlecht (weiblich), Familienstand (ledig oder geschieden), Lokalisation (Brust, Prostata, Lunge), Krankheitsprogredienz, Beschwerden wie Schmerz oder Fatigue und psychische Vorerkrankungen genannt. Das Suizidrisiko ist insgesamt deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Versorgungssetting Akutkrankenanstalt

Im Jahr 2016 sind in den Akutkrankenanstalten rund 115.0000 onkologische Patientinnen/Patienten mit der Hauptdiagnose bösartige Neubildung in ca. 330.000 stationären Aufenthalten inkl. Nulltagesaufenthalte behandelt worden. Im Durchschnitt wird jede onkologische Patientin / jeder onkologische Patient etwa dreimal pro Jahr stationär wegen einer bösartigen Neuerkrankung aufgenommen.

Die häufigsten Krebsentitäten (aggregiert nach ICD-10-Diagnosegruppen), die in Akutkrankenanstalten stationär behandelt werden, sind bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, der Haut, der Brustdrüse und des lymphatischen und blutbildenden Systems.

In Akutkrankenanstalten werden insgesamt etwas mehr Männer (51%) als Frauen (49 %) onkologisch behandelt, wobei Cluster von Krankenanstalten sich in der Geschlechterverteilung unterscheiden.

- » Den Aussagen der Krankenanstalten zufolge werden mehr als die Hälfte der Krebspatienten/Krebspatientinnen über bestehende psychoonkologische Betreuungsangebote informiert. Der Anteil jener Patienten/Patientinnen, die das Angebot in Anspruch nehmen, liegt bei 36,1 Prozent (Mittelwert).
- » 54 Prozent der KA kontaktieren dafür einen Konsiliardienst, 34 Prozent einen Liaisondienst.
- » Die Selbstauskünfte der im psychoonkologischen Versorgungsbereich tätigen Personengruppen sind lückenhaft, weshalb seriöse Aussagen zum Personalschlüssel bzw. zu Umfang und Qualität der psychoonkologischen Betreuung nicht möglich sind.
- » Im psychoonkologischen Versorgungsbereich sind psychologische Berufe am häufigsten anzutreffen, gefolgt von medizinischen Berufen. Andere involvierte Berufsgruppen kommen aus der Seelsorge, dem Pflegepersonal und der Sozialarbeit. Mit knapp 90 Prozent überwiegend in der Psychoonkologie weibliche Beschäftigte.
- » Angesichts fehlender Gesamtzahlen der im Krankenhausbereich psychoonkologisch tätigen Mitarbeiter/innen sowie deren Qualifikationsnachweise müssen die Angaben der psychoonkologischen Fachgesellschaften herangezogen werden. Demnach haben 41 Mitarbeiter/innen im Krankenhaus einen psychoonkologischen Lehrgang absolviert.
- » Externe Supervisionen für psychoonkologisch Tätige werden nur in 44 Krankenanstalten finanziert, wobei das Angebot eine Spannweite von 6 bis 24 Stunden aufweist.

In den Akutkrankenanstalten ist von einem ungedeckten Bedarf an psychoonkologischer Betreuung auszugehen, wobei die Versorgungssituation in großen Krankenanstalten besser ist als in kleinen Spitälern.

Psychoonkologische Interventionen sollten in das Gesamtkonzept einer interdisziplinären und multiprofessionellen onkologischen Therapie integriert werden. Ein abteilungsgebundener Liaisondienst kann das unterstützen.

Auffällig ist der geringe Anteil „qualifizierter Psychoonkologen/Psychoonkologinnen“, was als Indiz einer noch mangelnden Professionalisierung gewertet werden kann. Das geringe Ausmaß an Supervisionsangeboten weist gleichfalls Optimierungspotenzial auf.

Versorgungssetting Rehabilitationszentrum

Im Jahr 2016 gab es in den österreichischen Rehabilitationszentren ca. 7.500 Aufenthalte, wobei fünf Einrichtungen auf onkologische Rehabilitation spezialisiert sind und zusammen mehr als 80 Prozent der onkologischen Patienten/Patientinnen betreuen.

Die häufigsten Krebsentitäten (aggregiert nach ICD-10-Gruppen), die in Rehabilitationszentren stationär betreut werden, sind bösartige Neubildungen der Brustdrüse, der Verdauungsorgane, des lymphatischen und blutbildenden Systems und der männlichen Genitalorgane. Der Anteil und die Reihung der Hauptdiagnosen unterscheiden sich damit vom akutstationären Bereich. In Rehabilitationszentren werden im Rahmen der RIG ONK insgesamt deutlich mehr Frauen (63 %) als Männer (37 %) betreut.

- » Das Leistungsspektrum der onkologischen Rehabilitation ist als medizinisches Leistungsprofil im Rehabilitationsplan definiert, bietet aber auch patientenbezogene Spielräume. Befragt nach dem Ausmaß der Einzel- und Gruppeninterventionen zeigen die einzelnen Einrichtungen große Unterschiede.
- » 67 Prozent der Rehabilitationszentren geben an, dass Frauen grundsätzlich eher bereit sind, psychoonkologische Angebote anzunehmen. Überdies stellen 42 Prozent fest, dass in den Einrichtungen eher jüngere Patienten und Patientinnen mit einem höheren Bildungsgrad anzutreffen sind.
- » 54 Prozent der psychosozial und psychoonkologisch arbeitenden Personen in den 10 Rehabilitationszentren können eine abgeschlossene psychoonkologische Ausbildung bei einer Fachgesellschaft vorweisen.
- » Nur sechs Rehabilitationszentren ermöglichen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen externe Supervisionen.

Die onkologische Rehabilitation umfasst einen ganzen Katalog möglicher Leistungen. Aufgrund der personellen Ausstattung haben viele Krebspatienten/Krebspatientinnen hier erstmals die Möglichkeit, psychoonkologische Betreuung in Anspruch zu nehmen. Festzustellen ist dennoch, dass knapp 50 Prozent der psychoonkologisch Tätigen keine entsprechende Qualifizierung aufweisen.

Psychoonkologische Qualifizierung

Seit 20 Jahren bieten die Fachgesellschaften (ÖGPO, ÖPPO, ÖARP) psychoonkologische Lehrgänge an, an denen bis dato **468 Personen** teilgenommen haben. Für die Entwicklung der Curricula haben die drei Fachgesellschaften einige Qualitätskriterien aufgestellt, wobei nur die Curricula von der ÖGPO seit Jahren kontinuierlich einem externen Review-Verfahren der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) unterzogen werden und damit den DKG-Qualitätsstandards entsprechen.

- » Voraussetzung für die Teilnahme an einem psychoonkologischen Lehrgang bei einer der führenden Fachgesellschaften ist ein Quellberuf in den Fachbereichen Medizin, Psychologie, Psychotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege, Sozialarbeit, Theologie.

- » In den Lehrgängen werden Inhalte aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Pflege, Soziales etc. vermittelt. Ein gewichtiger Themenblock ist die Kommunikation mit den Patienten und Patientinnen. Entsprechend der inhaltlichen Schwerpunktsetzung sind in den berufsbegleitenden Lehrgängen zwischen 140 bis 240 Stunden zu absolvieren.
- » Die größte Gruppe an den Absolventen stellen die PSY-Berufe (46 %) dar, gefolgt von den medizinischen (31 %) und den Pflegeberufen (13 %). Insgesamt werden die Lehrgänge von Frauen dominiert (85 %).

Während in ihren Anfängen psychoonkologische Versorgung undifferenziert von unterschiedlichen Berufsgruppen angeboten wurde, rückt heute die Qualifikation stärker in den Vordergrund. Angesichts der heterogenen Ausgangslage der unterschiedlichen Berufsgruppen ist eine klare Vorgabe der jeweils erforderlichen Qualifikation notwendig. Für alle Berufsgruppen sollte eine spezifische fachliche Qualifizierung durch entsprechende Fort- und Weiterbildung Voraussetzung für die Arbeit im Bereich der psychoonkologischen Versorgung sein (Schumacher/Singer 2016).

Psychoonkologische Berufsgruppe

Die Absolventen/Absolventinnen und Referenten/Referentinnen der psychoonkologischen Lehrgänge, die als „qualifizierte Psychoonkologen/Psychoonkologinnen“ bezeichnet werden können, beteiligten sich zu 37 Prozent an der Befragung.

- » Rund 51 Prozent von ihnen haben die psychoonkologische Weiterqualifizierung an der ältesten Fachgesellschaft ÖGPO, rund 24 Prozent an der ÖPPO absolviert. Ihre häufigsten Quellberufe sind psychologische, gefolgt von medizinischen Berufen. Eigenen Angaben zufolge sind 42 Prozent der Befragten älter als 50 Jahre.
- » Die überwiegende Mehrheit ist im Krankenhaus beschäftigt. Hervorzuheben ist, dass nur 43 Prozent einer Vollbeschäftigung nachgehen. 34 Prozent der Befragten sind als Selbstständige tätig. Weniger als ein Viertel der Befragten ist ausschließlich für onkologische Patienten/Patientinnen zuständig.
- » Die Fremdsprachen-Kenntnisse der behandelnden Psychoonkologen/Psychoonkologinnen sind meistens auf Englisch begrenzt. 56 Prozent der Befragten geben an, dass bei Migranten/Migrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen Übersetzungsdienste hinzugezogen werden. Dies lässt den Rückschluss zu, dass fremdsprachige Patienten/Patientinnen deutlich weniger Informationen über Ihre Krankheit und Behandlung erhalten als deutschsprachige.
- » Befragt nach der Inanspruchnahme psychoonkologischer Interventionen zeigt sich, dass einerseits einzelne Patientengruppe (z. B. Brustkrebspatientinnen) und andererseits jüngere, gebildete Krebspatienten/Krebspatientinnen vergleichsweise häufiger die Angebote der Psychoonkologie nutzen. Es ist davon auszugehen, dass bestimmte Teilgruppen (z. B. Patienten/Patientinnen fortgeschrittenen Alters, Personen aus bildungsfernen Schichten oder mit Migrationshintergrund) zwar einen erheblichen Patientenanteil darstellen, aber deutlich weniger vom psychoonkologischen Betreuungsangebot profitieren.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es an Daten zur Verfügbarkeit und zum Implementierungsgrad von psychosozialen und psychoonkologischen Versorgungsangeboten mangelt. Dies gilt für die stationäre Akutversorgung und die Rehabilitation gleichermaßen und insbesondere für die ambulante Nachsorge.

Die Informationslücken im Versorgungsbereich ambulante Nachsorge bestehen insbesondere hinsichtlich

- » der verfügbaren psychoonkologisch arbeitenden Fachkräfte und deren Qualifikation,
- » der Arbeitsbedingungen und des Leistungsspektrums von Psychoonkologen/Psychoonkologinnen,
- » der Integration psychoonkologischer Dienste in die bestehende onkologische Versorgungsstruktur,
- » der Kosten und notwendigen finanziellen Ressourcen, um künftig eine angemessene psychoonkologische Versorgung sicherzustellen.

Nachdem die individuelle Belastungs- bzw. Bedarfssituation von Krebspatienten/Krebspatientinnen nicht durchgängig und flächendeckend erfasst ist, kann von einer systematischen Unterschätzung des Bedarfs an psychoonkologischer Unterstützung ausgegangen werden (Herschbach, Peter et al. 2010).

10.2 Handlungsempfehlungen

Die vorliegende Bestandsaufnahme zur Psychoonkologischen Versorgung verdeutlicht, dass das im nationalen Krebsrahmenprogramm definierte Ziel „allen Personen mit der Diagnose Krebs, deren Angehörige sowie für spezielle Personengruppen mit einem definiert erhöhten Krebsrisiko (familiär, genetisch) ein psychoonkologisches Betreuungsangebot sicherzustellen“, in Österreich noch nicht vollständig umgesetzt ist (BMG 2014a).

Um in Österreich die psychoonkologische Versorgung in die verschiedenen Settings zu integrieren, bieten die in der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ definierten Anforderungen zur Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) eine solide Grundlage (AWMF 2014b). Diese sollte auf die österreichische Versorgungssituation angepasst werden.

10.2.1 Strukturqualität

Personelle Qualifikation und Erfordernisse

Ein möglichst hoher Anteil aller in der Psychoonkologie tätigen Berufsgruppen sollte einen qualitätsgesicherten Lehrgang bei einer psychoonkologischen Fachgesellschaft absolviert haben, der durch ein anerkanntes Zertifikat nachzuweisen ist.

Insgesamt sind die psychoonkologisch tätigen Berufsgruppen zu befähigen, die spezifische psychosoziale und psychische Belastungen von Krebspatientinnen und -patienten zu erkennen und bei Verdacht auf eine komorbide psychische Erkrankung zur Einleitung einer spezifischen Diagnostik und Behandlung einen entsprechenden Facharzt/eine Fachärztin oder Psychotherapeuten/Psychotherapeutin hinzuzuziehen (AWMF 2014b).

In Krankenanstalten mit entsprechender Patienten Klientel, in onkologischen Rehabilitationszentren und einschlägigen ambulanten Einrichtungen u. Ä. ist Psychoonkologie in das Leitbild und das Konzept des Versorgungssettings einzubinden. Es bedarf darüber hinaus einer den Fallzahlen entsprechenden personellen Ausstattung.

Räumliche Erfordernisse

Um eine ungestörte psychoonkologische Beratung und Behandlung zu ermöglichen, bedarf es geeigneter Räumlichkeiten für Einzel- und Gruppeninterventionen mit barrierefreiem Zugang und guter Erreichbarkeit.

Behandlungskonzeption

In jedem Versorgungssetting sind entsprechende Konzepte über Ziele, Leistungsangebote und Arbeitsweisen der psychoonkologischen Leistungserbringer/innen zu erstellen und dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung stetig anzupassen.

Psychoonkologische Angebote

In den Einrichtungen sind Krebspatienten/Krebspatientinnen über die psychoonkologischen Angebote, die möglichst niederschwellig zugänglich sein sollten, patientengerecht und in leicht verständlicher Sprache (ggf. auch in Fremdsprachen) zu informieren.

10.2.2 Prozessqualität

Vernetzung und Kooperation

In den verschiedenen Versorgungssettings sind interdisziplinäre Fallbesprechungen oder Stationskonferenzen abzuhalten, an denen alle in die Behandlung der Patienten/Patientinnen eingebundenen Gesundheitsfachberufe teilnehmen sollten. Ziel ist der gegenseitige Austausch von Informationen sowie die Koordination und Planung der psychoonkologischen Diagnostik, Beratung und Behandlung. Auch in den Tumorboards der Krankenanstalten sollten psychoonkologische Fachkräfte bedarfsorientiert eingebunden werden.

Zur leichteren Überbrückung von intra- und extramuralen Schnittstellen ist eine Vernetzung von Akutkrankenhäusern, Rehabilitationszentren, den Krebsberatungsstellen sowie den ärztlichen

und/oder psychologischen/psychotherapeutischen Praxen anzustreben. Überdies sollte eine Kooperation mit Selbsthilfeorganisationen bestehen.

Beratungs- und Behandlungsziele

Mit Beginn der psychoonkologischen Intervention sollte gemeinsam mit dem Krebspatienten / der Krebspatientin das Beratungs- bzw. Behandlungsziel definiert werden, welches im Behandlungsverlauf zu überprüfen und ggf. zu modifizieren ist.

Dokumentation und Berichtswesen

Die psychoonkologischen Leistungen sind gemäß den Vorgaben des jeweiligen Versorgungssettings zu dokumentieren. In der systematischen Basis- und Verlaufsdokumentation sind Kernmerkmale wie Indikation, Diagnostik, Patientenpräferenzen, Dauer und Anzahl der Kontakte etc. festzuhalten.

Da bislang eine strukturierte und somit auswertbare Dokumentation im psychoonkologischen Bereich – auch in Krankenanstalten und Reha-Zentren – fehlt, können keine Aussagen über die tatsächliche Inanspruchnahme von psychoonkologischen Leistungen getroffen werden. Hier besteht ein klarer Handlungsbedarf, um eine Bedarfsschätzung und –planung auf Basis von Daten durchführen zu können.

Supervision

Eine externe Supervision der psychoonkologischen Tätigkeit ist ein Bestandteil der Qualitätssicherung und sollte in allen Versorgungssettings bereitgestellt werden. Sie dient der Optimierung der Behandlung, der Entlastung und Unterstützung der psychoonkologischen Fachkräfte sowie der Burnout-Prophylaxe. Sie kann durch Intervision ergänzt werden, die jedoch die externe Supervision nicht ersetzen kann.

1 1 Literatur

- Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2017): Epidemiologiebericht Sucht 2017, Illegale Drogen und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- AWMF (2014a): Leitlinienreport: S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Leitlinienprogramm Onkologie 032/051OL. Leitlinienreport. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe, Berlin
- AWMF (2014b): S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Leitlinienreport. Nr. 032/051OL. Berlin, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe
- Beutel, Manfred E. (2015): Anpassungsleistung – Anpassungsstörung – Zur Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken und ihren Angehörigen. In: Psychoonkologie – Den Plan ändern. Hg. v. Schopperth, T. et al. Pabst Science Publishers, Lengerich. S. 34–26
- Beutel, Manfred E.; Barthel, Yvette; Haselbacher, Antje; Leuteritz, Katja; Zwerenz, Rüdiger ; Imruck, Barbara H.; Kuhnt, Susanne; Weißflog, Gregor; Brähler, Elmar (2015): Depressive Störungen bei Krebserkrankungen. Bd. 7. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
- BMG (2012): Onkologie in Österreich, Ist-Stands-Beschreibung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien. Unveröffentlicht
- BMG (2014a): Krebsrahmenprogramm Österreich. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2014b): Krebsrahmenprogramm Österreich, Tabellarische Kurzfassung. Bundesministerium für Gesundheit
- BMG (2017): Krankenanstalten – Online-Verzeichnis [Online]. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstalten/Krankenanstalten_Online_Verzeichnis/ [Zugriff am 15.5.2017]
- BMGF (2017a): Onkologie in Österreich, Tätigkeitsbericht des Onkologie-Beirates 2015–2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017b): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Brause, Michael; Reutin, Barbara; Schott, Thomas; Yilmaz-Aslan, Yüce (2010): Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive

Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der
medizinischen Rehabilitation. Universität Bielefeld, Bielefeld

- Dowsett, S.M.; Saul, J.L.; Butow, P.N.; Dunn, S.M.; Boyer, M.J.; Findlow, R.; Dunsmore, J. (2000):
Communication Styles in the Cancer Consultation: Preferences for a Patient-Centred
Approach. In: *Psycho-Oncology* 2000/9: 147-156:
- Epstein, Ronald M.; Street, Richard L. Jr. (2007): *Patient-Centered Communication in Cancer
Care, Promoting Healing and Reducing Suffering*. National Cancer Institute, USA
- Faller, Hermann; Schuler, Michael; Richard, Matthias; Heckl, Ulrike; Weis, Joachim; Küffner,
Roland (2013): Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and
Quality of Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. In:
Journal of Clinical Oncology 31/2013/6:
- Friedrichsen, Maria J.; Strang, Peter M.; Carlsson, Maria E. (2000): Breaking bad news in the
transition from curative to palliative cancer care – patient´s view of the doctor giving the
information. In: *Support Care Cancer* 2000/8:472-478
- Gyimesi, Michael; Fülöp, Gerhard; Ivansits, Sarah; Prochobradksy, Elisabeth; Stoppacher,
Andreas; Kawalirek, Sabine; Maksimovic, Alexander (2016): *Rehabilitationsplan 2016*.
Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen
Sozialversicherungsträger, Wien
- Hackl, Monika; Hanika, Alexander; Klotz, Johannes; Leitner, Barbara; Zielonke, Nadine; Statistik
Austria (2015): *Trends der Entwicklung von Krebserkrankungen in Österreich – Eine
Prognose bis 2030*. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Wien
- Hackl, Monika; Karim-Kos, Hentrike E. (2016): *Krebserkrankungen in Österreich*. Statistik Austria
- Harrison, James D.; Young, Jane M.; Price, Melanie A.; Butow, Phyllis N.; Solomon, Michael J.
(2009): What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic
review. In: *Support Care Cancer* 17: 1117-1128:
- Hassler, M. (2015): *Onkologische Rehabilitation*. In: *Journal für Pneumologie* 3 (2), 25-30:
- Heckl, U.; Singer, S.; Wickert, M.; Weis, J. (2011): Aktuelle Versorgungsstrukturen in der
Psychoonkologie. In: *Nervenheilkunde* 2011/3:124-139
- Herschbach, P.; Mandel, T. (2011): *Psychoonkologische Versorgung im Nationalen Krebsplan*. In:
Der Onkologe 2011/12:
- Herschbach, Peter; Berg, Petra; Waadt, Sabine; Duran, Gabriele; Engst-Hastreiter, Ursula;
Henrich, Gerhard; Book, Katrin; Dinkel, Andreas (2010): *Group Psychotherapy of
Dysfunctional Fear of Progression in Patients with Chronic Arthritis or Cancer*. In:
Psychotherapy and Psychosomatics:

- Jürg, Bernhard; Butow, Phyllis (2011): Communication about standard treatment options and clinical trials: can we teach doctors new skills to improve patient outcomes? Wiley Online Library 25.08.2011
- Kowalski, Christoph; Nitzsche, Anika; Scheibler, Fueloep; Steffen, Petra (2009): Breast cancer patients´ trust in physicians: The impact of patients´ perception of physicians´ communication behaviors and hospital organizational climate. In: Elsevier Ireland:
- Kusch, Michael; Stecker, Rolf (2005): Diagnostik und Indikation zur psychosozialen Versorgung auf Basis des Krankheitsbewältigungsmodells (mod. nach Kusch et al., 1996).
- Mehnert, Anja; Brähler, Elmar; Faller, Hermann; Härter, Martina; Keller, Monika; Schulz, Holger; Wegscheider, Karl; Weis, Joachim; Boehncke, Anna; Hund, Bianca; Reuter, Katrin; Richard, Matthias; Sehner, Susanne; Sommerfeldt, Sabine; Szalai, Carina; Wittchen, Hans-Ulrich; Koch, Uwe (2014): Four-Week Prevalence of Mental Disorders in Patients with Cancer across Major Tumor Entities. In: Journal of Clinical Oncology 32/2014/31:
- Mehnert, Anja; Koch, Uwe (Hg.) (2016): Handbuch Psychoonkologie. 1. Aufl., Hogrefe Verlag, Göttingen
- Mehnert, Anja; Volkert, J.; Wlodarczyk, O.; Andreas, S. (2011): Psychische Komorbidität bei Menschen mit chronischen Erkrankungen im höheren Lebensalter unter besonderer Berücksichtigung von Krebserkrankungen. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 54/1:75–82
- PVA (2015): Medizinisches Leistungsprofil; Stationäre Rehabilitation; Fachbereich Onkologie. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Vertragseinrichtungen eines Sozialversicherungsträgers (SVT). Pensionsversicherungsanstalt Wien
- Schäfer, Rebekka (2014): Prädiktoren psychischer Störungen bei Krebserkrankten – Dissertation, Würzburg
- Schmid, Sabina; Wienerroither, Thomas (2017): Psychoonkologie, Medizinische Leitlinie. Tumorzentrum gespag-Elisabethinen
- Schulz-Kindermann, Frank (2013): Psychoonkologie 1. Aufl., Beltz, Basel
- Schulz, Karl-Heinz; Eckert, Sandra (2016): Körperliche Aktivität und Tumorerkrankungen. In: Handbuch Psychoonkologie. Hg. v. Mehnert, Anja; Koch, Uwe. Aufl. 1. Hogrefe, Göttingen. S. 554–566
- Schumacher, Andrea; Singer, Susanne (2016): Fortbildung in der Psychoonkologie. In: Handbuch Psychoonkologie. Hg. v. Mehnert, Anja; Koch, Uwe. Hogrefe Verlag, Göttingen. S. 741–734
- Singer, Susanne; Das-Munshi, J.; Brähler, E. (2010): Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. In: Annals of Oncology 21/5:

- Singer, Susanne; Krauß, Oliver (2013): Psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen. In: Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Hg. v. Weis, Joachim; Brähler, Elmar. Schattauer, Freiburg. S. 22–16
- Statistik Austria (2016a): Entwicklung der Krebsprävalenz im Zeitverlauf, Österreich ab 2000 [Online].
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebspraevalenz/055179.html [Zugriff am 15.5.2017]
- Statistik Austria (2016b): Malignome, insgesamt (C00–C97, ohne C44) – Krebsinzidenz nach Stadium, Jahresdurchschnitt (2012/2014) [Online].
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebs_im_ueberblick/021780.html [Zugriff am 15.5.2017]
- Statistik Austria (2016c): Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren. Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien
- Statistik Austria (2016d): Todesursachen. Gestorbene insgesamt seit 1970 nach Todesursachen, absolut [Online].
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/021985.html [Zugriff am 15.5.2017]
- Statistik Austria (2017a): Krebserkrankungen in Österreich 2014. Pressemitteilung 11457-017/17, Wien 01.02.2017
- Statistik Austria (2017b): Krebserkrankungen in Österreich 2014: 330.492 Betroffene, 39.000 Neuerkrankungen. Pressemitteilung: 11457-017/17, 01.02.2017
- Statistik Austria (2017c): Todesursachen 2016: Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs am häufigsten; Lungenkrebssterblichkeit bei Frauen erstmals vor Brustkrebssterblichkeit [Online].
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/113292.html
- Thorne, Sally E.; Kuo, Margot; Armstrong, Elizabeth-Anne; McPherson, Gladys; Harris, Susan R.; Hislop, Gregory (2005): 'Being Known': Patients Perspectives of the Dynamics of Human Connection in Cancer Care. In: Psycho-Oncology 14: 887–898:
- Uitterhoeve, R.J.; Bensing, J.M.; Grol, R.P.; Demulder, P.H.M; Van Achterberg, T. (2010): The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. In: European Journal of Cancer Care 2010/19:
- Weis, Joachim (2010a): Aktueller Entwicklungsstand der Psychoonkologie im Spannungsfeld zwischen Psychotherapie, Beratung und Sterbebegleitung. In: Psychotherapie im Dialog 11/2:113–116
- Weis, Joachim (2010b): Qualitätssicherung in der Psychoonkologie. Kongress der ÖGPO. Bad Erlach, 23.09.2010

Weis, Joachim; Brähler, Elmar (Hg.) (2013): Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Schattauer, Freiburg

12 Glossar

Chemotherapie	Behandlung mit Medikamenten, die Krebszellen abtöten oder deren Vermehrung hemmen. Die Chemotherapie kann intravenös, subkutan oder in Tablettenform verabreicht werden.
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Die ICD ist als eine Systematik von Krankheitsgruppen definiert, der Krankheitsbilder nach feststehenden Kriterien zugeordnet werden.
Intervision	Unter Intervision wird die kollegiale Beratung verstanden, die auf Gleichrangigkeit, Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit beruht. Dabei werden das Wissen und die Erfahrung aller benutzt, um einen eingebrachten „Fall“ zu reflektieren, was zur Erweiterung der Handlungskompetenz aller Beteiligten führt.
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen pro Kalenderjahr, einschließlich der Sterbefälle an Krebs, die zuvor nicht dem Krebsregister gemeldet wurden (DCO-Fälle). Fälle an „nicht-melanotischen Hautkrebsen“ sowie CIS-Fälle gehen nicht in die Ergebnistabelle ein.
Karzinom	Vom Epithel (Deck- oder Drüsengewebe von Organen) ausgehende Krebserkrankungen. Karzinome bilden die größte Gruppe der Krebserkrankungen (ca. 80 %)
Kurative Therapie	Ziel der Behandlung ist die Heilung. Bei einer kurativen Therapie werden auch aggressive, belastende Behandlungen durchgeführt, bei denen entsprechende Spätfolgen in Kauf genommen werden.
Lebenserwartung	Die für ein Kalenderjahr berechnete Lebenserwartung bei der Geburt gibt an, wie viele Jahre ein neugeborenes Kind im Durchschnitt leben würden, wenn sich die im Kalenderjahr beobachteten altersspezifischen Sterberaten in Zukunft nicht mehr ändern würden.
Metastasen	Tochtergeschwulste des Primärtumors in anderen Organen. Metastasen können auch Jahre nach der ursprünglichen Krebserkrankung auftreten. Meistens bedeuten sie, dass die Krebserkrankung nicht heilbar ist.
Mortalität	Sterblichkeit
Palliative Therapie	Ziel der Behandlung ist nicht mehr die Heilung der Krebserkrankung, sondern die Linderung von tumorbedingten Beschwerden und bestmögliche Lebensqualität. Die Therapienebenwirkungen sollten möglichst gering sein,
Prävalenz	Anzahl von Personen (oder Anteile an einer Bevölkerung), die zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb einer bestimmten Periode an Krebs erkrankt war.

Rezidiv	Erneutes Auftreten einer Krebsgeschwulst nach vorangegangener Behandlung. Das Rezidiv kann an der ursprünglichen Stelle des Tumors auftreten (Lokalrezidiv) oder auch in anderen Körperbereichen in Form von Tochtergeschwülsten (Metastasen).
Screening	Reihenuntersuchung einer Bevölkerungsgruppe zur Entdeckung von Erkrankungen mittels einfacher Diagnosemethoden.
Strahlentherapie	Anwendung von energiereichen Strahlen zur Krebsbehandlung.
Subsyndromal	Darunter werden abgeschwächte Verläufe der Posttraumatischen Belastungsstörung verstanden. Abhängig vom Ausmaß der Belastungen kann das Selbstbild unterschiedlich stark erschüttert werden, wobei die individuelle Bereitschaft zur Akzeptanz gleichfalls höchst unterschiedlich ist.
Supervision	Supervision ist eine arbeitsfeldbezogene und aufgabenorientierte Beratung. Supervision hilft das berufliche Handeln zu reflektieren, effizient und zufriedenstellend zu gestalten und besser mit dem Privatleben zu vereinbaren.
Todesursachenstatistik	Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt.

13 Anhang

Die Gesundheit Österreich GmbH erhielt 2017 vom (ehemaligen) Bundesministerium für Gesundheit und Frauen den Auftrag eine Bestandserhebung zur „Psychoonkologie in Österreich“ durchzuführen. Das Know-how und die engagierte Mitarbeit von 22 Expertinnen und Experten aus unterschiedlichsten Versorgungseinrichtungen und Organisationen ermöglichten die Untersuchung in dieser Form und Vielfalt. Den beteiligten Fachleuten sei an dieser Stelle für die produktive und konstruktive Mitarbeit herzlich gedankt.

13.1 Teilnehmer/innen an Experteninterviews

Mag. Martina Amon	Psychologische Leitung, Onkologische Rehabilitation „Der Sonnenberg“, Bad Sauerbrunn
Mag. Elisabeth Andritsch	Klinische Abteilung für Onkologie an der Univ.-Klinik für Innere Medizin Graz, Stell. Obfrau der ÖPPO – Österreichische Plattform für Psychoonkologie, Graz
A.o. Univ. Prof. Dr. Richard Crevenna , MBA, MSc	Leiter der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin, Medizinische Universität Wien, Präsident der Gesellschaft zur Erforschung onkologischer rehabilitativer Grundlagen, Wien
OA Dr. med. univ. Erwin Czerwenka	Hanusch-Krankenhaus, Wien
Prim. Univ.-Prof. Dr. Alexander Gaiger	Universitätsklinik für Innere Medizin I, Klinische Abteilung für Hämatologie und Hämostaseologie Medizinische Universität Wien, Präsident der ÖARP – Österreichische Akademie für onkologische Rehabilitation und Psychoonkologie, Wien
Prim. Dr. Daniela Gattringer , MSc	Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern, Linz
DGKP Daniela Haselmayer , BSc	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien
Mag. Petra Hell	Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern, Linz
Mag. Dr.in Eva Lehner-Baumgartner , MBA	Leiterin der Abteilung Klinische Psychologie der Ärztlichen Direktion des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien, Medizinischer Universitätscampus Wien
OÄ Dr. Veronika Mosich , MSc	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien

Dr. Gabriele Schauer-Maurer	Medizinische Universität Innsbruck, Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Uniklinik für Psychiatrie II, Obfrau der ÖPPO – Österreichische Plattform für Psychoonkologie, Innsbruck
Mag. Manuela Schwanzer	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien
Dr. Gabriele Traun-Vogt	Psychoonkologische und Psychotherapeutische Praxis, Wien
Erika Wasserrab	Geschäftsführerin der ÖGPO – Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, Wien
OÄ Dr. Sabine Weibrecht	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien

13.2 Peer-Reviewer/innen des Fragebogens

Mag. Martina Amon	Psychologische Leitung, Onkologische Rehabilitation „Der Sonnenberg“, Bad Sauerbrunn
Mag. Elisabeth Andritsch	Klinische Abteilung für Onkologie an der Univ.-Klinik für Innere Medizin Graz, Stellvertretende Obfrau der ÖPPO – Österreichische Plattform für Psychoonkologie, Graz
A.o. Univ. Prof. Dr. Richard Crevenna , MBA, MSc	Leiter der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin, Medizinische Universität Wien, Präsident der Gesellschaft zur Erforschung onkologischer rehabilitativer Grundlagen (GEORG), Wien
OA Dr. med. univ. Erwin Czerwenka	Hanusch-Krankenhaus, Wien
Dr. Tilli Egger	FA für Strahlentherapie und -onkologie, Psychotherapeutin, Vizepräsidentin der ÖGPO – Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie
Univ.-Prof. Dr. Günther Gastl	Direktor der Universitätsklinik für Innere Medizin V in Innsbruck, Präsident der ÖGPO – Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, Innsbruck
DGKP Daniela Haselmayer , BSc	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien
Mag. Petra Hell	Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern, Linz
Dr.in Eva Lehner-Baumgartner , MBA	Leiterin der Abteilung Klinische Psychologie der Ärztlichen Direktion des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien, Medizinischer Universitätscampus, Wien

Dr. Martina Metz	Primaria am Institut für Radioonkologie und Strahlentherapie im Landeskrankenhaus Wr. Neustadt, Vorstandsmitglied der ÖGPO – Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, Wr. Neustadt
OÄ Dr. Veronika Mosich , MSc	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien
Mag. Marlene Pfeiffer-Rabe	Pflegewissenschaftlerin, DGKS (Psychoonkologie), Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, Dozentin an der FH Campus Wien, Vorstandsmitglied der ÖGPO – Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, Wien
Dr. Gabriele Schauer-Maurer	Medizinische Universität Innsbruck, Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Uniklinik für Psychiatrie II, Obfrau der ÖPPO – Österreichische Plattform für Psychoonkologie, Innsbruck
Univ.-Doz. Dr. Annemarie Schratter-Sehn	Primaria am Institut für Radioonkologie im SMZ-Süd/Kaiser Franz Josef Spital in Wien, Psychotherapeutin, Vorstandsmitglied der ÖGPO – Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, Wien
Univ.-Prof. Dr. Gerhard Schüßler	Vorstand der Universitätsklinik für Med. Psychologie und Psychotherapie in Innsbruck, Vizepräsident der ÖGPO – Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, Innsbruck
Mag. Manuela Schwanzer	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien
Dr. Gabriele Traun-Vogt	Psychoonkologische und Psychotherapeutische Praxis, Wien
Erika Wasserrab	Geschäftsführerin der ÖGPO – Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, Wien
Mag. Thomas Wienerroither	Klinischer- und Gesundheitspsychologe am Salzkammergut Klinikum Vöcklabruck und in freier Praxis, Vorstandsmitglied der ÖGPO – Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie

13.3 Suchstrategie der Literaturrecherche

Tabelle 13.1:
Suchstrategie für PubMed, ausgeführt am 26. 4. 2017 via OVID

1	oncology.af.	552593
2	Neoplasms/px [Psychology]	17614
3	cancer.ab,ti.	1203177
4	1 or 2 or 3	1493930
5	"psycho-oncolog*".ab,ti.	575
6	(psychosocial adj3 support).ab,ti.	2637
7	(psychosocial adj3 counselling).ab,ti.	135
8	5 or 6 or 7	3281
9	4 and 8	1364
10	limit 9 to (humans and yr="2010 -Current" and "all adult (19 plus years)")	398
11	Limit 10 to (english or german)	392
12	limit 11 to (case reports or clinical trial, all or clinical trial or comparative study or controlled clinical trial or evaluation studies or guideline or meta analysis or multicenter study or observational study or practice guideline or randomized controlled trial or "review" or systematic reviews)	114
13	care.mp. or Nursing Care/ or "Outcome and Process Assessment (Health Care)"/ or Quality Assurance, Health Care/ or "Quality of Health Care"/ or "Outcome Assessment (Health Care)"/ or Quality Indicators, Health Care/	1667605
14	medical care.af.	54377
15	provision of care.af.	1298
16	13 or 14 or 15	1673387
17	9 and 16	112

Tabelle 13.2:

Suchstrategie für PsycInfo, ausgeführt am 26. 4. 2017 via OVID

S3	S1 AND S2	Limiters – Publication Year: 2010–2017	View Re-sults (153)
		Search modes – Boolean/Phrase	View Details
			Edit
S2	neoplasm	Narrow by SubjectMajor: – treatment outcomes	View Re-sults (7,489)
		Narrow by SubjectMajor: – stress	View Details
		Narrow by SubjectMajor: – emotional adjustment	Edit
		Narrow by SubjectMajor: – anxiety	
		Narrow by SubjectMajor: – psychometrics	
		Narrow by SubjectMajor: – health care services	
		Narrow by SubjectMajor: – social support	
		Narrow by SubjectMajor: – therapeutic processes	
		Narrow by SubjectMajor: – caregivers	
		Narrow by SubjectMajor: – psychosocial factors	
		Narrow by SubjectMajor: – major depression	
		Narrow by SubjectMajor: – distress	
		Narrow by SubjectMajor: – oncology	
		Narrow by SubjectMajor: – coping behavior	
		Narrow by SubjectMajor: – neoplasms	
		Search modes – Boolean/Phrase	
S1	AB "psycho-oncolog*" OR TI "psycho-oncolog*" OR AB (psychosocial adj3 support) OR AB (psychosocial adj3 counselling) OR psycho-therap*	Limiters – Language: English, German; Age Groups: Adulthood (18 yrs & older)	View Results (75,591)