

Aus dem Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Psychoonkologisch qualifizierte Psychotherapeuten und ihre
Arbeitsbedingungen – eine Untersuchung der äußeren
Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit und der inneren Bedingungen des
Arbeitens, bei Niederlassung ohne Kassensitz.

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin

der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
vorgelegt von

Annette Rockenbach
aus Annweiler am Trifels

Mainz, 2019

Wissenschaftlicher
Vorstand:

1. Gutachter:

2. Gutachter:

Tag der Promotion:

Für

.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	11
1. Einführung in die Thematik	16
1.1. Ausgangssituation.....	16
1.2. Die äußeren Bedingungen der psychotherapeutischen Praxen.....	18
1.3. Die inneren Bedingungen der Psychotherapeuten.....	23
2. Prävalenz psychischer Erkrankungen	26
2.1. Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Krebspatienten.....	27
2.2. Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Angehörigen von Krebspatienten.....	31
3. Effektivität und Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen	32
3.1. Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen	33
3.2. Wirksamkeit psychodynamischer Behandlungsverfahren.....	35
3.3. Effektivität und Wirksamkeit integrierter Versorgung	37
3.4. Effektivität und Wirksamkeit stufenweiser Versorgung.....	38
4. Prädiktoren für die Nutzung bzw. die Nichtnutzung psychoonkologischer Angebote	41
4.1. Prädiktoren: Mangel an Informationen über und an Vertrauen in psychosoziale Unterstützungsangebote	41
4.2. Prädiktor: Unerfülltes Bedürfnis nach psychosozialer Versorgung.....	42
4.3. Prädiktoren: Bildung, Geschlecht, Tumorausbreitung, Alter, Einkommen, Wohnort....	43
4.4. Prädiktor: Stadt-Land-Vergleich	43
4.5. Prädiktoren: persönliche Haltung der Krebspatienten, soziale Kontrolle	44
5. Psychoonkologische (Unter-)Versorgung von Krebspatienten	46
5.1. Zunehmende Professionalisierung im stationären Bereich.....	47
5.2. Entwicklung der psychoonkologischen Versorgung im ambulanten Bereich	48

6. Die psychotherapeutische Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung	49
6.1. Psychotherapeutische Behandlungsformen	49
6.2. Anwendung als Einzel- oder Gruppentherapien, psychosomatische Grundversorgung	50
6.3. Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie.....	50
6.4. Leistungs- und Behandlungsumfang bis (und seit) den neuen Psychotherapierichtlinien zum 01.04.2017: Kurzzeit- und Langzeittherapie.....	50
6.5. Weitere Behandlungsangebote seit 01.04.2017: psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung, Rezidivprophylaxe	51
6.6. Weitere Möglichkeiten der Versorgungserbringung	52
6.6.1. Ermächtigung	52
6.6.2. Sonderbedarf.....	52
6.6.3. Selektivverträge	52
6.6.4. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V-ASV-RL)	53
6.6.5. Disease-Management-Programm (DMP Brustkrebs)	53
6.7. Kostenerstattung	54
7. Methode	54
7.1. Studiendesign.....	54
7.2. Erhebungsinstrument	54
7.3. Einschlusskriterien	55
7.4. Zusammenstellung der Stichprobe	56
7.5. Datenerhebung.....	56
7.6. Dateneingabe und –Auswertung	56
8. Ergebnisse	57
8.1. Teilnahmequote.....	57
8.2. Die äußeren Bedingungen der psychotherapeutischen Praxen.....	58
8.2.1. Anteil von Krebsbetroffenen in der Behandlung	58
8.2.2. Charakteristika der Praxen.....	59

8.2.3. Charakteristika der Psychotherapeuten.....	60
8.2.4. Tätigkeit im psychoonkologischen Bereich.....	67
8.2.5. Spektrum der behandelten Krebspatienten.....	71
8.2.6. Alter der Krebspatienten.....	74
8.2.7. Zeitpunkt und Krankheitsphase des Behandlungsbeginns.....	75
8.2.8. Praxisform und -Personal.....	77
8.2.9. Arbeitsorganisation.....	78
8.2.9.1. Zugangswege.....	78
8.2.9.2. Wartezeiten, Abweisungen, Frequenz.....	80
8.2.9.3. Krisenintervention.....	84
8.2.9.4. Aufsuchende Interventionen, sektorenübergreifende Tätigkeit.....	84
8.2.9.5. Praxiskommunikation: Telefonsprechzeit, Sprechstunde, Arztbrief, Vertretung.....	85
8.2.10. Psychotherapeutische Behandlung: Dauer, Indikation.....	87
8.2.11. Vernetzung mit anderen onkologischen Einrichtungen.....	88
8.2.12. Supervision und Intervision.....	92
8.2.13. Weitere psychotherapeutische Leistungen.....	94
8.2.13.1. Paar-, Familien- und Gruppentherapie.....	94
8.2.13.2. Ergänzende psychotherapeutische Verfahren.....	95
8.2.13.3. Beratung per Email oder online.....	96
8.2.13.4. Umgang mit sozialrechtlichen Fragen.....	96
8.2.14. Finanzierung.....	98
8.2.14.1. Abrechnungsmodalitäten.....	98
8.2.14.2. Antragstellung zur Kostenübernahme bei den Kostenträgern.....	99
8.2.14.3. Ausfallshonorar.....	101
8.3. Die innere Bedingungen des Arbeitens der Psychotherapeuten.....	103
8.3.1. Kompetenz, Berufliche Befriedigung, Belastung.....	103
8.3.2. Organisatorische Tätigkeiten, Vernetzung, Vermittlung.....	103
8.3.3. Psychische Leistung der psychotherapeutischen Arbeit.....	104

8.3.4. Weitere Ergebnisse zu den inneren Bedingungen.....	105
8.3.5. Zusammenhänge Geschlecht bzw. Berufsabschluss der Psychotherapeuten....	106
9. Diskussion	107
9.1. Limitationen der Studie	108
9.2. Meine Ergebnisse im Licht anderer Studien.....	111
9.2.1. Die äußeren Bedingungen der Praxen.....	111
9.2.2. Die inneren Bedingungen der Arbeit	112
10. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen	117
Literaturverzeichnis	121
Anhang	128
Danksagung	146
Lebenslauf	147

Abkürzungsverzeichnis

Abk.	Abkürzung
AP	Analytische Psychotherapie
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
bzw.	beziehungsweise
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CI	Confidence Interval
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
d	Effekt (Cohens)
d/Mon.	Tag pro Monat
dapo	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.
d.h.	das heißt
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V.
DSM	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders
et al.	et alii
FÄ f.	Fachärzte für
FBK	Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten
GAD	Generalized Anxiety Screener
h/Wo	Stunde pro Woche
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICD (-C; -F)	International Classification of Diseases (- Bösartige Erkrankungen; - Psychische und Verhaltensstörungen)
ID	Identifikationsnummer

Kassenzulassg.	Kassenzulassung
KBS	Krebsberatungsstelle
KID	Krebsinformationsdienst
Kostenerstattg.	Kostenerstattung
lt.	laut
M	Mittelwert
Männl. /m.	Männlich
max.	maximal
m.E.	meines Erachtens
min	Minute
min.	minimal
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
n	Anzahl
Nicht-(N)-SchwPP	Nicht-Schwerpunktpraxis
OR	Odds ratio
p	P-Wert
Pat.	Patient
PHQ	Patient Health Questionnaire
PO	Psychoonkologe
PSO	Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
Psychol.	Psychologisch
Psychoth.	Psychotherapeut
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PT	Psychotherapie
Q.	Quartal
QLQ	Quality of Life Questionnaire
S.	Seite

SGB	Sozialgesetzbuch
SchwPP	Schwerpunktpraxis
SD; Std. Dev.	Standard Deviation
Std/Mo	Stunde(n) pro Monat
TB	Tumorboard
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
t 1/2/3	Zeitpunkt 1/2/3
UE	Unterrichtseinheit
vs.	versus
VT	Verhaltenstherapie
Weibl. /w.	Weiblich
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
%	Prozent
=	gleich
< / >	kleiner / größer
§	Paragraph

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Teilnahme an der Studie (% angeschriebene Psychotherapeuten)	57
Abbildung 2: Prüfung der Eligibilität	58
Abbildung 3: Anteil Krebspatienten in Nicht-Schwerpunkt- vs. Schwerpunktpraxen (%)	59
Abbildung 4: Einwohnerzahl des Ortes der Praxisniederlassung; Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen	59
Abbildung 5: Alter und Geschlecht der Psychotherapeuten	60
Abbildung 6: Jahr der Approbation	61
Abbildung 7: Geschlechterverteilung Berufsabschlüsse	61
Abbildung 8: Geschlechterverteilung Ärzte und Psychologen	62
Abbildung 9: Facharzttitle (Anzahl der Ärzte).....	63
Abbildung 10: Psychotherapierichtung (Anzahl der Psychotherapeuten).....	64
Abbildung 11: Besuch von psychoonkologischen Fortbildungen (anerkannt von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) bzw. andere: „ja“).....	64
Abbildung 12: Anzahl der Unterrichtseinheiten (UE), neben der von der Deutschen Krebsgesellschaft anerkannten Fortbildung (UE à 45min)	65
Abbildung 13: Mitgliedschaft in Berufsverbänden und Fachgesellschaften (Abk. in folgender Tabelle 1)	65
Abbildung 14: Schwerpunktmäßige Arbeit mit Krebspatienten; % der Psychotherapeuten ...	67
Abbildung 15: Schwerpunktmäßige Arbeit bzw. % Krebsbetroffene in der Praxis; % der Psychotherapeuten	67
Abbildung 16: Zeitdauer der schwerpunktmäßigen Arbeit mit Krebspatienten in der Praxis (Jahre); Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen.....	68
Abbildung 17: Konsil-/Liaisondienste; Nicht-Schwerpunktpraxen bzw. Schwerpunktpraxen; % der Psychotherapeuten	69
Abbildung 18: Konsil-/Liaisondienste (Stunden/Woche (h/Wo)); Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen.....	69
Abbildung 19: Reserviertes Zeitkontingent für Krebspatienten; Schwerpunkt- bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen.....	70
Abbildung 20: Flyer und Website zur Information über die psychoonkologische Tätigkeit; Nicht-Schwerpunkt- bzw. Schwerpunktpraxen.....	71
Abbildung 21: Anzahl Krebspatienten je Entität seit Anfang der psychoonkologischen Tätigkeit; % der Psychotherapeuten	72

Abbildung 22: Anzahl Krebspatienten je Entität im ganzen Berufsleben; Schwerpunktpraxen bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen	74
Abbildung 23: Altersverteilung der Krebspatienten	75
Abbildung 24: Zeitpunkt des häufigsten Aufsuchens im Behandlungsverlauf, % der Psychotherapeuten	76
Abbildung 25: Krankheitsphase des häufigsten Aufsuchens; % der Psychotherapeuten	77
Abbildung 26: Praxisorganisationsformen (MVZ, Medizinisches Versorgungszentrum)	77
Abbildung 27: Anzahl der psychoonkologischen Kollegen, wenn gemeinschaftlich in der Praxis tätig	78
Abbildung 28: Zugangswege zur Praxis: „Selbstgefunden“ und „Empfehlung anderer Patienten“; Schwerpunktpraxen (SchwPP) bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen (Nicht-SchwPP)	79
Abbildung 29: Zugangswege zur Praxis: Selbst gefunden, Empfehlung anderer Patienten, Selbsthilfegruppe, Krebsberatungsstelle, Fachärzte, Hausärzte, Onkologen, Psychotherapeuten, Psychiater, Psychosomatiker, Klinik.....	80
Abbildung 30: Wartezeit auf ein sondierendes Erstgespräch (Tage) bzw. weiterführende Gespräche (Wochen) (durchschnittlich); Schwerpunktpraxen (SchwPP) bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen (N-SchwPP)	81
Abbildung 31: Wartezeit auf einen Therapieplatz ab Anfragedatum (durchschnittlich)	82
Abbildung 32: Anzahl abgewiesener und/oder weitervermittelter Krebspatienten im Quartal; Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen	83
Abbildung 33: Anteil Behandlungen in wöchentlicher Frequenz; Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen	83
Abbildung 34: Zeitnahe Krisenintervention (Tage/d); % der Psychotherapeuten.....	84
Abbildung 35: Hausbesuche und Krankenhausbesuche; % der Psychotherapeuten	85
Abbildung 36: Telefonsprechzeit, feste Sprechstunde; % der Psychotherapeuten.....	86
Abbildung 37: Häufigkeit von Arztbriefen an Zuweiser nach Erstgespräch; % der Psychotherapeuten	86
Abbildung 38: Vertretung in Fällen von Abwesenheit; durchschnittlich bzw. Schwerpunktpraxen bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen	87
Abbildung 39: Behandlungen in Langzeittherapie, Kurzzeittherapie bzw. ausschließlich Probatorik; (durchschnittlich)	88
Abbildung 40: Häufigkeit subsyndromaler Krankheitsbilder; Nicht-Schwerpunkt- bzw. Schwerpunktpraxen.....	88
Abbildung 41: Häufigkeit des Kontakts mit onkologischen Praxen, onkologischen Fachärzten, Krebszentren/Kliniken; Nicht-Schwerpunktpraxen (Nicht-SchwPP) bzw. Schwerpunktpraxen (SchwPP)	89

Abbildung 42: Häufigkeit der Teilnahme an psychoonkologischen Qualitätszirkeln; Nicht-Schwerpunktpraxen bzw. Schwerpunktpraxen	90
Abbildung 43: Zeitaufwand bei Teilnahme an psychoonkologischen Qualitätszirkeln (Stunden pro Monat, Std/Mon.); Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen.....	91
Abbildung 44: Durchschnittlicher Zeitaufwand für Tätigkeiten der Vernetzung (Stunden/Monat).....	92
Abbildung 45: Häufigkeit von Supervision; Schwerpunkt- bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen ...	93
Abbildung 46: Häufigkeit von Intervision (durchschnittlich)	94
Abbildung 47: Angebot von Paar- bzw. von Familiengesprächen; % der Psychotherapeuten	94
Abbildung 48: Formate der Gruppenangebote, % der Psychotherapeuten, die Gruppen anbieten	95
Abbildung 49: Angebot ergänzender therapeutischer Verfahren; % der Psychotherapeuten	96
Abbildung 50: Umgang mit sozialrechtlichen Fragestellungen (Anträge zu Anschlussheilbehandlung, Rentenantrag, Schwerbehindertenausweis); % der Psychotherapeuten (KBS, Krebsberatungsstelle)	97
Abbildung 51: Zeitaufwand für sozialrechtliche Fragestellungen; % der Psychotherapeuten	97
Abbildung 52: Ausstellung von Krankschreibungen, Anträgen auf Rehabilitation, Erstellung von Sozialrechtlichen Gutachten; % der Psychotherapeuten.....	98
Abbildung 53: Abrechnungsmodi; % der Psychotherapeuten (Kassenzulassung (Kassenzulassg.); Kostenerstattung (Kostenerstattg.); Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach %116b SGB V (ASV/%116b); strukturiertes Behandlungsprogramm Brustkrebs (Disease-Management-Programm, DMP Brustkrebs)).....	99
Abbildung 54: Verwendung der Gesprächsziffern (ausschließlich); % der Psychotherapeuten	99
Abbildung 55: Ablehnung durch Gutachter bei Kostenübernahmeantrag auf Psychotherapie; % der Psychotherapeuten	100
Abbildung 56: Kürzung beantragter Behandlungsstundenzahl bei Antrag auf Psychotherapie (Häufigkeit); % der Psychotherapeuten	101
Abbildung 58: Häufigkeit des Ausfalls von Behandlungsstunden (patientenbedingt, mit und ohne Absage); Krebspatienten bzw. Nicht-Krebspatienten; % der Psychotherapeuten.....	101
Abbildung 59: Ausfallsregelung bzw. Erhebung eines Ausfallhonorars bei Krebspatienten; % der Psychotherapeuten	102
Abbildung 60: Berufliche Kompetenz, Befriedigung in der Tätigkeit als Psychotherapeut, persönliche Belastung durch eigenen Trennungen/Verluste und Arbeitsbelastung; % der Psychotherapeuten	103

Abbildung 61: Organisatorische Tätigkeiten und Zusammenarbeit in der Praxistätigkeit; % der Psychotherapeuten	104
Abbildung 62: Psychische Leistungen: „Mitleiden bei schlechtem Krankheitsverlauf“, „Scheue den Anblick körperlich schwer kranker Krebspatienten“, „Abschied von sterbenden Krebspatienten ist oft schmerzlich“, „oft unsichere Therapieperspektive schränkt meinen therapeutischen Elan ein“; % der Psychotherapeuten	104
Abbildung 63: Berufliche und persönliche Belastung (Fragen im Wortlaut unten) (Mittelwerte; 0= trifft gar nicht zu; 1= trifft eher nicht zu; 2= teils/teils; 3= trifft eher zu; 4= trifft völlig zu) (durchschnittlich)	105
Abbildung 64: Geschlechtsspezifische Antworten (Fragen im Wortlaut unten); % der männlichen (männl.) bzw. weiblichen (weibl.) Psychotherapeuten (Psychoth.).....	106

Für meinen Text habe ich mich, ohne darüber ganz glücklich zu sein, für eine Schreibweise entschieden, die die männliche Form (z.B. der Krebsbetroffene, der Patient, der Psychotherapeut) im Dienst der besseren Lesbarkeit favorisiert. Darüber hinaus möchte ich damit einer gesellschaftlichen Entwicklung Rechnung tragen, die die Polarität der Geschlechter zur Diskussion stellt. Diesem Diskurs ist die emanzipatorische Infragestellung der Bemächtigung durch eine männlich dominierte Sprache zu verdanken, wie sie schon einmal die Feministinnen unternommen haben. Es bleibt der Poesie überlassen, dafür Worte zu finden.

A.R.

1. Einführung in die Thematik

Meiner Erinnerung nach hat es weder in meiner tiefenpsychologischen, noch in meiner psychoanalytischen Ausbildung einen Schwerpunkt der konzeptionellen Auseinandersetzung mit dem Thema der psychotherapeutischen Behandlung von krebskranken Patienten gegeben. Auch wenn es sich bei dieser Beobachtung um eine subjektive Wahrnehmungslücke handeln könnte, die durch meine persönliche Geschichte mit Krebserkrankungen in meiner Familie entstanden ist, zeigt sich hier m.E. beispielhaft, dass es sich bei Krebserkrankungen um ein Thema handelt, das vielfältige Ängste auslöst und leicht aus dem Bewusstsein und in die Sprachlosigkeit gedrängt wird.

In seiner, wie ich vermute, so lebensrettenden wie künstlerischen Auseinandersetzung mit seiner Angst angesichts seiner Krebserkrankung machte uns der Aktionskünstler und Regisseur Christoph Schlingensief vor, wie es möglich ist, Worte dafür zu finden, was überwältigend ist: „Die Angst ist gelandet. Ja, meine Angst ist gelandet. Ich gehe heute Abend davon aus, dass ich Krebs habe. Das ist fast eine Erleichterung. Ich war die letzten Tage ja kurz vorm Überschnappen, weil ich mich in dieser Ungewissheit befand und all diese Fantasien losgingen.“ (Schlingensief 2010, S. 23)

1.1. Ausgangssituation

Die psychotherapeutische Behandlung von Krebsbetroffenen, das heißt an Krebs erkrankter Menschen und deren Angehöriger, spielt scheinbar in der niedergelassenen Praxis von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten keine große Rolle. Die Ausbildungsinhalte der Psychoanalytischen Ausbildung der DPV (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung) beispielsweise streifen das Thema Krebserkrankungen, wenn es bei den Standards um psychosomatische Erkrankungen bzw. um medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme und die Kooperation mit Ärzten und anderen Berufsgruppen geht, ohne es eigens zu thematisieren (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. 2017).

Krebserkrankungen sind keineswegs selten. In Deutschland erkrankten im Jahr 2013 229.920 Frauen und 252.550 Männern neu an Krebs (Barnes 2016). Die relativen 5-(10) Jahres-Überlebensraten lagen bei 66% (61%) bei Frauen bzw. 61% (57%) bei Männern (Barnes 2016). Schon deswegen ist die Randständigkeit dieser Erkrankungen in der psychotherapeutischen Ausbildung bemerkenswert, weil als

gesichert gelten kann, dass bei 25 bis 30% aller Krebspatienten eine Komorbidität mit verschiedenen psychischen Erkrankungen besteht (Singer et al. 2007; Vehling et al. 2012; Mehnert et al. 2013) (siehe Kapitel 2 für mehr Details). So könnte es sein, dass sich viele ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in diesem Bereich nicht ausreichend ausgebildet fühlen (Schwarz et al. 2006) und dementsprechend diese Klientel nur selten in den psychotherapeutischen Praxen behandelt wird (Singer et al. 2014).

Diese Unterversorgung von Krebspatienten liegt nicht daran, dass sie keine psychotherapeutische Hilfe möchten. Nach neueren Untersuchungen wünscht sich im Durchschnitt ein Drittel aller Krebsbetroffenen eine psychosoziale Unterstützung, z.B. beim Umgang mit Ängsten und/oder Depressionen, speziell der Angst vor dem Wiederauftreten und der Progression der Erkrankung, sowie Hilfen zur Verbesserung der Kommunikation und Unterstützung für Partner und Familienmitglieder, wobei es deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Diagnosegruppen gibt (Weis und Giesler 2016).

Tatsächlich erhält aber nur ein geringer Teil der Krebsbetroffenen diese psychotherapeutisch indizierte und von ihnen selbst gewünschte psychoonkologische Behandlung (Singer et al. 2011; Singer et al. 2014).

Auf politischer Ebene wurde diesen Befunden bereits insofern Rechnung getragen, als im Nationalen Krebsplan 2016 die Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung einen der Schwerpunkte dargestellt hat. Diese Versorgung wird als gestufte psychosoziale und psychotherapeutische Intervention für Krebskranke und ihre Angehörige beschrieben, die insbesondere Information, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und supportive Begleitung umfasst. Die psychotherapeutische Versorgung im engeren Sinne beinhaltet Diagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen (Bundesministerium für Gesundheit 2016). Die Initiatoren, das Bundesministerium für Gesundheit, die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, zusammen mit inzwischen mehr als 20 Organisationen und 100 Experten haben bereits 2008 bei der Gründung als ambitioniertes Ziel formuliert, dass alle Krebspatienten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung erhalten. Im Einklang mit

internationalen Leitlinien werden diese psychosozialen Maßnahmen, die wohnortnah und qualitätsgesichert sein sollen, als integraler Bestandteil der Versorgung Krebskranker gefordert. Hier wird auch auf vermutete Versorgungsdefizite in Deutschland, insbesondere ein vermutetes Stadt-Land-Gefälle hingewiesen. Empfohlen wurde daher eine Verbesserung der außerstationären psychoonkologischen Versorgung, zum einen durch eine festgelegte Qualitätssicherung und eine einheitliche Finanzierung von Krebsberatungsstellen, zum anderen durch eine Flexibilisierung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen (Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 247).

1.2. Die äußeren Bedingungen der psychotherapeutischen Praxen

Eine psychotherapeutische Behandlung findet in einem bestimmten Setting und in der Umgebung statt, die der Psychotherapeut gestaltet und für deren Aufrechterhaltung er verantwortlich ist. „Niemand kann leugnen, dass wir (...) einen bestimmten Rahmen festlegen, innerhalb dessen wir deuten: durch die Couch sorgen wir für körperliche Behaglichkeit; und in unserem Verhalten pflegen wir eine bestimmte Höflichkeit, die – den Bedürfnissen der verschiedenen Patienten entsprechend - geringfügig variiert (...)“ (Money-Kyrle 2013, S. 24). Man könnte es mit Wilfred R. Bion auch so formulieren, dass – dem Vorteil der Überzeugung folgend, dass Beobachtungen die Grundlage wissenschaftlicher Methodik bilden - im psychotherapeutischen Arbeiten Bedingungen für die Behandlung formuliert und dementsprechend geschaffen werden (Bion und Vorspohl 2006). Es handelt sich dabei um die Vereinbarungen und Absprachen, die mit dem Patienten über die Behandlung getroffen werden. Sie betreffen den Raum und die Zeit und deren Grenzen, von denen angenommen werden kann, dass ohne diese keine Beobachtungen angestellt werden könnten. Anders gesagt sind dabei die „sichtbaren, bewussten, praktischen und adaptiven Parameter“ (Döser 2014, S. 294) gemeint, die letztlich für die ausreichende Sicherheit und Konstanz in der psychotherapeutischen Behandlung sorgen. Die „Rahmenvorgaben zur Regulierung des sozialen Lebens“ (Döser 2014, S. 294) haben dabei eine grundlegende Bedeutung, in die die Vorgaben des Kostenträgers und die wirtschaftlichen, politischen, juristischen, administrativen und organisatorischen Umstände einfließen und Einfluss auf die Behandlung selbst haben. Diesen Faktor der Realität im therapeutischen Prozess angemessen zu würdigen, stellt den Psychotherapeuten immer wieder vor eine schwierige Aufgabe, was die

Differenzierung der einzelnen Faktoren im Hinblick auf ihre Bedeutung in der Psychodynamik des Patienten betrifft (Zwiebel 2007).

Der gegebene Raum und die vereinbarte Zeit für eine Behandlung stellen etwas Konkretes dar, dem sowohl der Patient als auch der Therapeut unterworfen sind. Und dies auch in symbolischer Hinsicht, wie ich auch in der weiter unten dargestellten Fallvignette zeigen möchte.

Zur aktuellen Situation von Psychotherapeuten in der Behandlung von Krebsbetroffenen liegt wenig Forschungsmaterial vor. Insofern ragt die Studie von Schwarz et al. heraus, die sich u.a. auch mit der fachlichen Einstellung der Psychotherapeuten befasst hat (für Details siehe Kapitel 1.3). Im Rahmen einer Querschnittsstudie wurden im Sinne einer Totalerhebung alle psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychologen in einer ostdeutschen Großstadt untersucht (n= 82, davon 54 weiblich; Altersmittel: 47 Jahre), die über die gesetzlichen und/oder privaten Krankenkassen abgerechnet haben (Schwarz et al. 2006). Als psychotherapeutische Weiterbildungen dominierte die psychodynamische Psychotherapie (68), gefolgt von Verhaltenstherapie (24) und Gesprächspsychotherapie (17) und des weiteren Hypnosetherapie (10), Entspannungsverfahren (8), Gestalttherapie (6), Psychodrama (4), Katathymes Bilderleben (3), Traumatherapie (2), Musik-/Kunsttherapie (2) und Suggestive Verfahren, Reiztherapie, Körpertherapie, „Focusing“ und Neuropsychologie (je 1). Die Autoren erhoben, dass der größte Anteil der Psychotherapeuten lediglich eine geringe Anzahl von Krebspatienten im Laufe ihrer Niederlassung und unter jeweils individueller Indikationsstellung behandelt hatte (30% hatten zur Zeit der Befragung Krebspatienten in Behandlung und 61% hatten in der Vergangenheit behandelt). Die Autoren der Studie weisen darauf hin, dass die niedrige Zahl von aktuell 96 Behandlungen angesichts einer nach Angaben des Tumorregisters geschätzten Prävalenz von 2000 – 3000 Krebskranken bei einer psychischen Komorbidität von ca. 30% sehr gering erscheint. Als onkologische Diagnosen herrschten in dieser Studie Brustkrebs (80%) und Ovarial- bzw. Zervixkrebs (60%) vor, gefolgt von Krebs des Blutbildenden Systems (28%), Kolon- (16%), Magen- und Prostatakrebs (je 8%). An Krebs erkrankte Frauen im gynäkologischen Bereich dominierten gegenüber männlichen Patienten. Als psychische/psychotherapeutische Diagnosen wurden Depression (70%), Anpassungsstörung (46%), Angststörung (32%), nicht näher bezeichnete Neurosen (14%), Persönlichkeitsstörung (10%),

Zwangsstörung (2%) und sonstige Störungen (36%; wie Somatisierungsstörung, soziale Phobie, hirnorganisches Psychosyndrom, ungünstige Krankheitsverarbeitung, Schlafstörung und Krebsphobie) genannt. Von fast allen Therapeuten wurden Krebspatienten variable Termine angeboten und Haus- und Krankenhausbesuche nur ausnahmsweise durchgeführt. Die Angaben, die die Psychotherapeuten zu ihrem therapeutischen Setting machten, folgten lt. Studie im Wesentlichen der Praktikabilität und ökonomischen Gesichtspunkten.

Das bunte Bild dieser verschiedenen Behandlungsangebote mit ihren variablen Settingvorgaben berührt meine Überlegungen zu den äußeren Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung. So sehr unterschiedlich die Rahmenbedingungen offenbar gehandhabt wurden, so unterschiedlich könnten sie in der Behandlung Bedeutungen gewinnen. In einer kurzen *Fallvignette* möchte ich verdeutlichen, wie sich die unbewussten Konflikte einer Patientin in einer Auseinandersetzung mit mir um die vereinbarten Bedingungen bei Terminabsage niedergeschlagen haben und sichtbar geworden sind:

Eine 48jährige attraktive, jugendlich wirkende Patientin, die wegen agoraphobischer und klaustrophobischer Ängste sichtlich ambivalent in meine Behandlung gekommen war – sie konnte nicht mehr Auto fahren, mied Brücken und hatte ihren Arbeitsplatz wegen verschiedener Konflikte aufgegeben, um einen Neuanfang für sich zu machen, denn auch eine Partnerschaft wollte ihr seit dem Tod des Vaters nicht gelingen - geriet mit mir in eine schwierige, misstrauische Auseinandersetzung, als sie wegen einer Bagatellerkrankung einen Termin kurzfristig absagte, den ich ihr, vereinbarungsgemäß, in Rechnung stellte. Als sie die Behandlung bei mir später aufgrund einer inzwischen diagnostizierten Krebserkrankung zugunsten einer spezifischen psychoonkologischen Behandlung beenden wollte, lag ihr viel an meiner Zustimmung zu diesem Schritt. Es war offensichtlich, dass sie sich bei mir nicht so sicher und kompetent aufgehoben fühlte, wie bei der Klinikpsychologin in der Gruppentherapie unter Mitbetroffenen. Dennoch wünschte sie sich dringlich, dass ich ihr wohlwollend „hinterherblicke“, wenn sie sich für ihren eigenen, neuen Weg entscheide, was im Gegensatz zu ihrem inneren Bild von ihrer Mutter stand, von der sie sich stets neidisch verfolgt fühlte.

Dieser hochambivalente Separations- und Individuationskonflikt, auf den ich die bei Behandlungsbeginn erheblichen Ängste der Patientin psychodynamisch zurückführe,

konnte, so kann man vermuten, seine erste Belastungsprobe in der Auseinandersetzung um das Ausfallshonorar bestehen. So verstehe ich die Absage der Stunde durch die Patientin als Rahmenverletzung, also als etwas, das sich ereignet –oder anders gesagt, als etwas, das die Patientin unbewusst inszeniert, um in der therapeutischen Behandlung durch mich aufgenommen, verstanden und bearbeitet zu werden. Man kann das Setting und den damit definierten Rahmen, - und besonders auch die Person des Psychotherapeuten selbst - symbolisch als ein Gefäß ansehen, das dem Inhalt der Behandlung seine eigene Form gibt, bzw. mit Bion, die Beobachtung der Behandlung durch den Psychotherapeuten verbildlicht, als einen einer „Kugel vergleichbaren Container“ (Bion und Vorspohl 2006, S. 85). Die misstrauische Reaktion meiner Patientin, als ich ihr das Ausfallshonorar in Rechnung stellte, erhellt die Komplexität der Beziehung, die sich inzwischen zwischen uns entwickelt hatte. Ich war für die Patientin vorübergehend zu einer „bösen“ Therapeutin geworden, die es darauf abgesehen hatte, sie materiell zu schädigen. Dies verstehe ich im Rahmen der sogenannten Übertragungsbeziehung als ihren unbewussten Versuch, innere Anteile, wie ihre Gier und ihren Neid, zu ihrer psychischen Entlastung projektiv an mich loszuwerden. Die Patientin war unter dem psychischen Druck der Krise mit mir also regrediert und ihren unbewussten Ängsten gefolgt. So war ich in ihrer unbewussten Phantasie als Therapeutin gierig und neidisch auf ihr Geld, während sie es ja eigentlich war, die einen unerträglichen Neid fühlte. Denn wenn man diese Hypothesenbildung um die Dimension ihrer konflikthaften innerpsychischen Beziehung zu den Eltern erweitert, erlebte sie einen unerträglichen Neid auf die Mutter mit all ihren (angenommenen) Potenzen, welche außerdem (in ihrer Phantasie) allein über den Zugang zum Vater und dessen Vermögen verfügte. Hier wird verständlich, weswegen sie sich minderausgestattet fühlte und deswegen nicht in der Lage, sich weiter zu entwickeln und von den Eltern zu separieren. Melanie Klein folgend greift das Kind in der oral-sadistischen Phase des ersten Lebensjahres die Mutterbrust als eine böse, verfolgende und sich verwehrende Brust an und verinnerlicht dies ebenso, wie es in Liebes- und Erfüllungswünschen die ideale und liebende Brust introjiziert (Segal und Vorkamp 2004). Für meine Patientin war die bestehende Identifizierung mit den guten und nährenden Anteilen der Brust, so könnte man es weiterdenken, auch die Grundlage für ihre bewussten Haltung, von mir, ihrer Therapeutin, etwas Gutes zu erwarten – eben selbst in einer schweren misstrauischen Krise. In dieser

Auseinandersetzung habe ich meiner Patientin (durch meine mangelnde Nachsicht wegen der abgesagten Stunde, also der Aufrechterhaltung der Rahmenbedingungen) einerseits etwas verweigert. Andererseits hat das, so meine ich, unbewusst gerade nicht zu einer Beschädigung ihres Vertrauens in mich geführt. Sie konnte mich im Verlauf der weiteren Behandlung nutzen und es lag ihr viel an meiner Zustimmung zu ihrer Entscheidung, wie es für sie weitergehen sollte. Es mögen ihr (und letztlich auch mir), im weiteren Verlauf der Behandlung, Zweifel gekommen sein, ob ich als ihre Therapeutin in der Lage sein kann, ihre immense (unbewusste) und aktualisierte Aggression angesichts ihrer neu aufgetretenen Krebserkrankung aufzunehmen und (in ihrer Phantasie) zu überleben. So gelang es der Patientin letztlich, die Behandlung bei mir „im Guten“, wie es meine Patientin ausdrückte, zu beenden, womit sie deutlich machte, dass sie selbst ihren Anteil an der förderlichen gemeinsamen Arbeit erleben konnte. Sie hatte die Projektion ihrer aggressiven Anteile in mich zugunsten einer beginnenden Auseinandersetzung mit der „bösen“ Krebserkrankung in sich selbst zurückgenommen.

Diese in jeder individuellen psychischen Entwicklung zentrale Erfahrung mit dem Anderen, das heißt mit mir als Therapeutin und an meinen Grenzen, ist immer auch krisenhaft. Die Erfahrung einer Krebserkrankung stellt eine Herausforderung an das (labile) psychische Gleichgewicht dar und geht mit einer neuen Erfahrung der eigenen Grenzen und der eigenen Persönlichkeit einher. Berührend und aufgewühlt spricht der Künstler Christoph Schlingensiefel während der Zeit der Diagnosestellung seines Lungenkrebses in sein Diktiergerät: „Hast 47 Jahre lang Schwachsinn angerührt, das ist ziemlich üppig, damit ließen sich drei Leben füllen, jetzt wirst du halt aufgefressen. Was das sollte, hast du selbst nicht herausbekommen, aufarbeiten müssen das andere Leute. Aber du hast herausbekommen, dass du zerstörbar bist. Und das hast du am Schluss noch bis in die letzte Ader gespürt. Das ist doch was, das ist doch wenigstens eine Information! Da kann man sich drauf verlassen! Eins ist sicher: dass man zerstörbar ist.“ (Schlingensiefel 2010, S. 50).

Zusammenfassend wollte ich deutlich machen, dass – vor dem Hintergrund dieses komplexeren Verständnisses des Behandlungsrahmens - die psychotherapeutische Behandlung von Krebspatienten dringend auf äußere Bedingungen angewiesen ist, die belastbar sind. Dabei ist eine ausreichende Möglichkeit der Finanzierung durch die Krankenkassen ebenso notwendig, wie die Bereitstellung der Informationen über die

psychoonkologischen Behandlungsmöglichkeiten in allen Zweigen des Gesundheitswesens.

1.3. Die inneren Bedingungen der Psychotherapeuten

Die Begegnung mit einem Patienten, der an Krebs erkrankt ist oder war, stellt angesichts der Konfrontation mit einer potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung für den Psychotherapeuten eine besonders belastende Situation dar (Eissler 1978). Mit Moser möchte ich bei der näheren Betrachtung dieser Situation unterscheiden zwischen der direkten Beziehung einerseits und andererseits der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung zwischen dem Psychotherapeuten und dem Patienten (in Zwiebel 2007). Ich erachte dieses Konzept für die Betrachtung jeder Form der psychotherapeutischen Behandlung, die zu mehr innerer Freiheit des Patienten führen will, bereichernd, auch wenn es in erster Linie für die psychoanalytische Situation, die mit dem speziellen Konzept der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung arbeitet, gedacht ist. Ich gehe hier nur näher auf die direkte Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient ein, und möchte darstellen, wie dies als eine Art regulierendes Arbeitsbündnis gemeint ist. Das Konzept stellt heraus, dass sich nur unter dem Schutz der direkten Beziehung ein, wie auch immer gearteter, tiefergehender kreativer therapeutischer Prozess entwickeln kann. In und dank der emotionalen Beteiligung des Psychotherapeuten („Involvement“) werden auf diese Weise die Affekte in den unterschiedlichen Phasen der therapeutischen Arbeit reguliert, so angemessen wie es eben möglich ist. Dabei ist besonders wichtig anzuerkennen, dass die Affekte beider im therapeutischen Prozess in einer Balance gehalten werden müssen, sowohl die des Therapeuten als auch die des Patienten. Ohne die emotionale schöpferische Arbeit des Patienten ist kein Therapieprozess oder der manchmal überraschende Entwicklungssprung einer Behandlung denkbar, so wenig wie ohne die Kreativität des Therapeuten. Es handelt sich dabei um den ausreichend spannungsmindernden Umgang mit bewussten (und unbewussten) negativen Emotionen in Form von Ängsten, Aggressionen, Schuldgefühlen oder Scham, die genauso wie die libidinösen Wünsche der Liebe, nach Anerkennung und Zuwendung einer steten unbewussten (und bewussten) Regulierung bedürfen. Es kommt dabei wesentlich darauf an, dass während der Behandlung beiderseits grundlegend für die notwendige emotionale Sicherheit zu sorgen ist, damit der förderliche therapeutische Prozess nicht nachhaltig blockiert wird, der selbst immer

wieder Unsicherheit mit sich bringt. Diese Beziehungsperspektive macht deutlich, wie es zwischen Patient und Psychotherapeut ständig einer komplexen emotionalen Regulierung bedarf, die die psychotherapeutische Arbeit an sich, d.h. die Klärung der inneren und äußeren Konflikte und die entsprechenden therapeutischen Interventionen, erst möglich macht. Auch wenn sich diese Konzeption natürlich ausdrücklich mit der Arbeitsweise des Psychoanalytikers beschäftigt, spiegelt sie m.E. Erhellendes über die inneren Bedingungen eines jedes Psychotherapeuten wieder, der sich auf seinen Patienten einstellt.

Mit Zwiebel ist in der analytischen Situation (aber m.E. auch zur Aufrechterhaltung des notwendigen emotionalen Gleichgewichts, als Voraussetzung für die therapeutische Arbeit in jedem psychotherapeutischen Prozess) eine „innere Arbeitsweise“ im Gang, die das „Wahrnehmen, Fühlen und Denken des Analytikers [betrifft], das durch einen besonderen Be- und Verarbeitungsprozess zu Erkenntnis, Verstehen, zur Deutung und Handlung führt, die man als für die psychoanalytische Situation spezifisch betrachten kann.“ (Zwiebel 2007, S. 22). Es handelt sich um einen ständig oszillierenden Prozess zwischen einem, verallgemeinert gesagt, „Persönlichen Pol“ und einem „Technischen Pol“. Zwischen „Teilnahme und Beobachtung“, „Erleben und Denken“, „Involvement und Distanziertheit“, „Spontaneität und Kontrolle“, ..., „Ungewissheit und Überzeugung“, „Nicht-Wissen und Wissen“, „Nicht-Verstehen und Verstehen“, „Absichtslosigkeit und Erwartung“ oder Tendenzlosigkeit und therapeutischen Zielen „... sind die Pole des „Kerns der analytischen Position“ ausgespannt. In dieser Konzeption nehmen die „Person des Analytikers“, seine „Skills“, seine theoretische Orientierung und sein Behandlungsmodell neben der „Person des Analysanden“ und allgemeinen Umweltfaktoren in „komplexer Weise und interdependent“ einen modellierenden Einfluss (Zwiebel 2007, S. 46–47).

Auch wenn man sagen könnte, dass die Empathie für den Patienten ständig bedroht ist, ermöglicht aber gerade diese innere Arbeit im affektiven Spannungsfeld die differenzierte Wahrnehmung des Patienten durch den Psychotherapeuten. Die in der laufenden Behandlung dem Psychotherapeuten entgegengebrachten Wünsche, der bewussten und unbewussten Phantasien über die Krankheitsentstehung, die Behandlungserwartungen und die damit verbundenen Affekte können auf diese Weise zum Verständnis der Psychodynamik der Symptomatik des Patienten beitragen (Meerwein und Bürgin 2000). Vor dem Hintergrund solcher Überlegungen verstehe ich

die therapeutische Begegnung mit einem von Krebs betroffenen Menschen nicht als einen Sonderfall, wiewohl der Tod als absolute Gewissheit im Sinn der „facts of life“ ein wichtiges Thema der Behandlung sein kann (Money-Kyrle 1956). Die Anzeichen der Störungen im Denken und Fühlen des Psychotherapeuten sind als Abwehrformationen und Gegenübertragungsreaktion im Behandlungsverlauf mit Krebsbetroffenen zu verstehen und müssen bearbeitet werden (Beutel 1999). Wenn man mit Freud davon ausgeht, dass der Tod im Unbewussten nicht vorgestellt wird, sondern stets ein Analogon der Kastration, d.h. der Entmachtung, darstellt, erscheinen die Implikationen für diese Behandlungssituation, im Angesicht des Todes miteinander und darüber zu sprechen, in einem Licht, das psychodynamischen Überlegungen einen weiten Raum eröffnet (M'Uzan et al. 2014).

Unbestritten dürfte sein, dass sich Psychotherapeuten in der Behandlung von Krebsbetroffenen in einer komplexen inneren Situation befinden. Dazu wurden im Rahmen der oben bereits angeführten Studie die innere fachliche Einstellung bzw. die jeweiligen theoretischen Grundlagen zur Psychotherapie mit Krebspatienten mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviews erhoben: „Gehen Sie davon aus, dass seelische Konflikte oder Traumata bei der Krebsentstehung eine Rolle spielen/bzw. Einfluss auf den Verlauf und die Prognose einer Krebserkrankung haben“ (Schwarz et al. 2006, S. 373). Die Hälfte der Interviewten war überzeugt, dass Krebsleiden zu 50% oder mehr durch seelische Faktoren (mit-) verursacht werde. Auch bei der Einschätzung zum Einfluss seelischer Faktoren auf den Verlauf der Krebserkrankung, gab mehr als drei Viertel der Befragten an, einen mindestens 60%igen Einfluss anzunehmen und etwa die Hälfte sah den Verlauf sogar zu mehr als 80% psychisch determiniert an. Mitverantwortlich für den somatischen Verlauf fühlten sich dementsprechend durchschnittlich 65% der Psychotherapeuten, aber fast dreiviertel der ärztlichen Psychotherapeuten. Diese nichtwissenschaftliche Einschätzung stand in einem nachweislichen Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Weiterbildung, denn tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Psychotherapeuten gingen signifikant häufiger von einem stärkeren Zusammenhang aus, als ihre verhaltenstherapeutischen Kollegen. Tatsächlich gaben nur 7% eine zertifizierte psychoonkologische Weiterbildung an, während aber 24% ihr Interesse an einer solchen bekundeten und eine Mehrheit sich auf klinisch-kasuistische Falldarstellungen und Vorträge (je 72%), Literaturstudium (68%), Supervision (65%) und Workshops

(61%) bezog. Die Frage, ob der Wunsch bestehe, psychotherapiebedürftige Krebspatienten überwiesen zu bekommen, beantwortete fast die Hälfte (48%) der Therapeuten zustimmend, während sich fast ebenso viele aus, vor allem äußeren, organisatorischen Gründen (ausgelastete Praxen, vermehrte Terminausfälle bei Krebspatienten) zurückhaltend (34%) bzw. ablehnend (18%) zeigten. Außerdem äußerten einzelne Befragte, zu geringes Wissen auf onkologischem Gebiet und die Befürchtung einer zu starken, persönlichen Belastung zu haben (Schwarz et al. 2006).

Diese Studie scheint also meine eingangs geäußerte Annahme, dass viele Psychotherapeuten die Behandlung von Krebsbetroffenen fürchten oder aus anderen Gründen ablehnen, zu stützen. Sie zeigt auch, dass viel Psychotherapeuten schlecht über die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung informiert waren. Beide Sachverhalte können zur Bildung von folgenschweren kausalen Fehlschlüssen mit ungünstigen behandlungstechnischen Implikationen führen. Wenn man sich die Tatsache eingesteht, dass es für den einzelnen Therapeuten unmöglich ist, das gegenwärtig verfügbare Wissen zu überblicken, erscheint es grundsätzlich unausweichlich, ein Bewusstsein für diese Lückenhaftigkeit zu entwickeln und den inneren Umgang damit (Zwiebel 2007).

2. Prävalenz psychischer Erkrankungen

Die Notwendigkeit psychotherapeutischer Versorgung von Krebspatienten ergibt sich unter anderem aus dem Vorliegen psychischer Begleiterkrankungen. Wie häufig eine Krebserkrankung und ihre Therapie bei den Betroffenen gleichzeitig mit psychischen Erkrankungen auftreten, ist gut belegt.

Entsprechend der Kriterien der International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (ICD, 10.Version) geht es dabei vor allem um die Diagnosen aus dem Bereich der Affektiven Störungen (ICD 10-F31, -F32, -F33, -F34), der Angsterkrankungen (ICD 10-F40, -F41), der Anpassungs- und Belastungsstörungen (ICD 10-F43) sowie der Somatoformen Störungen (ICD 10-F45), die entweder einer psychotherapeutischen oder einer psychiatrischen und möglicherweise auch einer medikamentösen Behandlung bedürfen.

Zum Vergleich und um die Daten einzuordnen, habe ich mich für die Angaben zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in der deutschen, erwachsenen

Gesamtbevölkerung interessiert. 2004 wurde in einer Studie (n= 4181, aus dem Bevölkerungsregister per Zufall gezogen, mit einem Rücklauf von 87,6%) die Prävalenz psychischer Erkrankungen mit insgesamt 31% in der 12-Monats-Prävalenz, mit 20% in der 4-Wochen-Prävalenz und in der Gesamtlebenszeit mit 43% erfasst (Jacobi et al 2004). Die dabei am häufigsten angegebenen Diagnosen waren Angsterkrankungen, Depressionen und somatoforme Störungen gemäß DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung.

2.1. Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Krebspatienten

Vor dem Hintergrund der breiten Streuung der Prävalenzangaben in Vorpublikationen zur psychischen Komorbidität bei Krebserkrankungen, deren Schätzungen je nach Publikationsjahr, Erhebungsinstrument, Studiendesign, Tumorlokalisation, Krankheitsstadium und Therapie zwischen 29% und 77% lagen, kommt einer Studie, die die Befunddaten mittels strukturiertem Interview („Goldstandard“) erhob, m.E. eine besondere Bedeutung zu (Singer et al. 2007). Diese unizentrische Studie zur Erhebung der Prävalenz psychischer Komorbidität bei Krebsbetroffenen im Bereich der onkologischen Akutbehandlung im Krankenhaus hat Tumorpatienten (n=689) zu Beginn der stationären Behandlung untersucht. Fast jeder dritte Patient (32,2%) litt unter einer psychischen Erkrankung, ähnlich oder etwas mehr ist als bei Studienergebnissen, die poststationär erhoben wurden (Härter et al. 2001; Singer et al. 2005). Dabei lag bei 20,6% der Krebspatienten eine, bei 11,6% mehr als eine psychiatrische Diagnose vor. Am häufigsten wurden mit 11,6% affektive Erkrankungen (schwere depressive Episode 9,6%, dysthyme Störungen 2,0%) und mit 18,4% verschiedene Angststörungen (generalisierte Angststörung 5,7%; Panikstörung 2,9%, spezifische Phobie 6,4%, soziale Phobie 0,6%, 2,8% Verdacht auf Agoraphobie) diagnostiziert; außerdem Anpassungsstörungen (6,8%) und akute Belastungsreaktionen (3,0%), posttraumatische Belastungsstörungen (4,2%) und Abhängigkeitserkrankungen (Alkoholabhängigkeit 5,1%, Abhängigkeit von Medikamenten 3,6%, Drogenabhängigkeit 1,5%, schädlicher Gebrauch von Nikotin 8,7%). Bei 10,4% der Patienten bestand Verdacht auf Somatisierungsstörung, bei 5,1% Verdacht auf Zwangsstörung. Am häufigsten waren von einer psychischen Komorbidität Patienten mit gynäkologischen (43,9%; davon mit Mammakarzinom 32,9%) bzw. urologischen (außer Prostata-) Tumoren (41,1%), mit Kopf-, Hals-

(41,3%) und Lungentumoren (40%), mit gastrointestinalen (außer Kolon-) Tumoren (29,1%) betroffen. Im Unterschied dazu fanden sich bei Patienten mit Hirntumoren (17,1%) bzw. mit Kolonkarzinom (6,7%) deutlich niedrigere Werte. Auffallend stärker waren Patienten in der Diagnostikphase und während der Chemotherapie (jeweils über 40%) betroffen als in anderen Phasen der Erkrankung. Jüngere Patienten reagierten häufiger mit psychischer Komorbidität, ebenso Frauen (37,9%) häufiger als Männer (28,2%). Bedingend wurde als sozialer Faktor auch die Höhe des Haushaltseinkommens identifiziert, da Patienten mit sehr niedrigem und sehr hohem Einkommen häufiger an psychischen Begleiterkrankungen litten. Es wurden hingegen keine Unterschiede gefunden, wenn es um den Einfluss des Beziehungsstatus, der Tumorstadien und die verstrichene Zeit seit der Diagnosemitteilung ging.

Obwohl im Gegensatz dazu in einer Metaanalyse 2009 weit auseinanderfallende Prävalenzwerte psychischer Komorbidität gefunden wurden, konnte der durchschnittliche Wert der Betroffenheit von nahezu einem Drittel der Krebspatienten (32%) bestätigt werden (Singer et al. 2009). Jene Metaanalyse, die Daten ebenfalls aus der Akutbehandlung erfasst hatte (n=1448; acht Studien hoher Sensitivität und Spezifität aus Deutschland, Österreich, Italien, Türkei, Uganda) ergab heterogene Befunde zwischen 23% (Brustkrebspatientinnen in der Türkei) und 58% (ältere Krebsbetroffene in Uganda), die sich möglicherweise aus der Heterogenität der untersuchten Krebspopulationen, der Erkrankungsstadien, wie auch aus der unterschiedlichen Invasivität der somatischen Behandlung erklären.

Eine weitere Metaanalyse 94 interviewbasierter Studien bestätigte auf quantitativer hoher Datenbasis (n=14 078) eine Prävalenz der Komorbidität psychischer Erkrankungen bei Krebspatienten mit zwischen 30% und 40% (Mitchell et al. 2011). Dabei fanden sich im onkologischen und hämatologischen Setting (n=10 071), d.h. in 70 Studien aus 14 Ländern Prävalenzen für eine DSM- oder ICD-definierte Depression von 16,3%, für Major Depression von 14,9%, für Minor Depression von 19,2%, für Anpassungsstörung von 19,4%, für Angststörung von 10,3%, für Dysthymie von 2,7%, wobei kombinierte Diagnosen (mit Depressionen von 20,7%) häufig waren. Ohne signifikante Unterschiede dazu fanden sich im Palliativsetting (n=4007), d.h. in 24 Studien aus 7 Ländern, Prävalenzen für eine DSM- oder ICD-definierte Depression von 16,5%, für Major Depression von 14,3%, für Minor Depression von 9,6%, für alle kombinierten Depressionen von 24,6% und für alle affektiven Störungen von 29,0%,

für Anpassungsstörung von 15,4%, für Angststörung von 9,8%. Darüber hinaus wurden geringe Raten subsyndromaler Depression gefunden. Zu konstatieren ist, dass die Datenlage keine Zuordnung zu Krebstypus und Erkrankungsdauer erlaubt hat. Es zeigten sich außerdem auch keine konsistenten Korrelationen zwischen Alter bzw. Geschlecht und der komorbiden Erkrankung an einer Depression.

Die Punktprävalenz, die 12-Monats- und die Lebenszeitprävalenz von affektiven und von Angststörungen (ICD-10 F3 und F40-42) bei Krebspatienten wurde von einer anderen Studiengruppe, mit dem Ziel der Entwicklung einer S3-Leitlinie, erfasst (Vehling et al. 2012). In dieser Metaanalyse von 89 englisch- und deutschsprachiger Studien des Veröffentlichungszeitraums 1995-2010 wurde der Versuch der systematischen Zusammenfassung der empirischen Evidenz unternommen, bei, so die Autoren, schwankender methodischer Qualität und einer Begrenztheit der Repräsentativität der einzelnen Studien. Das Behandlungssetting differierte (32,6% der Patienten in ambulanter Versorgung, 27% in stationärer Versorgung bzw. 21,3% in gemischtem Setting, 19,1% o. A.). Das Alter der Krebspatienten (Mittel 59 Jahre, Std. Dev. 7,0 (Standardabweichung), Spannweite 38-73 Jahre), die Tumorentität bzw. einzelne Tumordiagnosegruppen waren schwer zu vergleichen. Die adjustierte Punktprävalenz für affektive Störungen lag bei 11,1% (bezogen auf deutsche Studien: 10,8%) und die für Angststörungen bei 10,2% (bezogen auf deutsche Studien: 13,5%). Zusammenfassend ließe sich also sagen, dass 11% der Krebspatienten zu irgendeinem Zeitpunkt im Behandlungsverlauf an einer affektiven und 10,2% an einer Angststörung litten, während die 12-Monats- bzw. Lebenszeitprävalenz erwartungsgemäß deutlich höher im Bereich zwischen 17,9% und 27% waren. Im Einzelnen lagen die Befunde für Depression bei 8,2% (bezogen auf deutsche Studien: 6,0%), für Dysthymie bei 3,3% (bezogen auf deutsche Studien: 3,5%), für die generalisierte Angststörung bei 3,2% (bezogen auf deutsche Studien: 3,7%) und für Panikstörung bei 2,5% (bezogen auf deutsche Studien: 3,3%). Die 12-Monats-Prävalenz für affektive Störungen war bei 17,9% und für Angststörungen bei 19,3%. Die Lebenszeitprävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebspatienten lagen bei 27% bzw. 21,3%. Im Vergleich dazu ergaben die Erhebungen der Prävalenz dieser Störungsbilder vor Krebsdiagnose, die in der überwiegenden Mehrzahl auf internationale Studien basieren, für die affektiven Störungen 13,1% und für Angststörungen 21,3% (Mehnert et al. 2013). Die adjustierte Prävalenz der

Anpassungsstörung lag insgesamt bei 12,5%, der posttraumatischen Belastungsstörung bei 2,6%, der akuten Belastungsstörung bei 4,8% und bei der somatoformen Störung bei 3.1%.

Die Bedeutung des Befundes von 31,8% bei der Vier-Wochen-Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Krebspatienten in einer bundesweiten multizentrischen, sektorenübergreifenden Studie – die damit 11,8% über der deutschen Durchschnittsbevölkerung liegt – ist dem entsprechend hoch (n=4 020; Rücklaufquote 68,3%) (Mehnert et al. 2014). Es wurden Patienten während ihres stationären Aufenthalts (43,5%), in ambulanter Behandlung (29,9%) oder in stationärer Rehabilitation (26,6%) befragt. Das dabei eingesetzte Composite International Diagnostic Interview (CIDI-O), eine modifizierte Version für psychische Erkrankungen und weiter spezifiziert für onkologische Erkrankungen, kann als vergleichbar dem Goldstandard des strukturierten klinischen Interviews gelten. Insbesondere gelang es so, das diagnostische Problem der Überlappung somatischer Symptome einer Depression einerseits und einer behandlungsinduzierten Symptomatik andererseits durch die Integration von Fragen aus dem kognitiven Bereich einzugrenzen und eine höhere Evidenz für das Vorliegen einer Depression zu erreichen. Die häufigsten Tumorentitäten der Studie waren Brust- (20,6%), Prostata- (14,9%) und Kolon-/Rektum-Krebs (13,7%), gefolgt von Lungenkrebs (8,8%), Krebs des weiblichen Genitale (8,5%), hämatologische Krebserkrankungen (7,9%) und Magen-/Ösophaguskrebs (4,0%). Die Teilnehmer/Nichtteilnehmer-Analyse ergab, dass die Teilnehmer jünger und höher ausgebildet waren und sich häufiger in Rehabilitationsbehandlung als in Akutbehandlung befanden sowie weitere Unterschiede in Bereich der Tumorentitäten bzw. der Tumorzentren. Die Vier-Wochen-Prävalenz lag in dieser Studie für alle Angsterkrankungen bei 11,5%, für alle depressiven Erkrankungen bei 6,5%, für Anpassungsstörungen (wenn weder Angst- noch depressive Erkrankung zu diagnostizieren waren) bei 11,1%. Dabei wiesen fast 6% der Patienten zwei und etwa 1,5% drei oder mehr Diagnosen auf. Somatoforme Störungen wurden bei 5,2% der Krebspatienten, bei 2% psychische Störungen aufgrund der Medikation und bei 0% Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit (vs. 2,5% in anderen Studien) diagnostiziert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass all diese Ergebnisse immer wieder die Vorbefunde der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei fast jedem dritten Krebspatienten in allen Phasen der Behandlung bestätigt haben.

2.2. Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Angehörigen von Krebspatienten

Davon ausgehend, dass die Angehörigen in hohem Maß von einer Krebserkrankung mitbetroffen sind, aber weniger emotionale und praktische Unterstützung erhalten als die Patienten selbst (Adams et al. 2009), wurden Krebspatienten (n=362) und Angehörige (n=132) einer Spezialambulanz für Psychoonkologie u.a. bezüglich der Prävalenz psychischer Erkrankungen befragt und miteinander verglichen (Rosenberger et al. 2012). Mittels Fragebogenscreenings (PHQ-9 als Depressionsmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten; GAD-7 als Kurzinstrument zur Erfassung der generalisierten Angststörung; u.a.) zeigten sich in dieser Studie die Angehörigen insgesamt signifikant weniger depressiv als die Patienten (wobei auf eine alpha-Adjustierung verzichtet wurde). 18% der Angehörigen gaben an, unter keiner und 33,6%, unter nur leichter Depressivität zu leiden, während dies nur 13% bzw. 27% der Krebspatienten waren. Unter schwerer Depressivität litten allerdings 22,7% der Angehörigen und 27,6% der Patienten. Bei 25,2% bzw. 32,3% der Angehörigen lag außerdem eine schwere bzw. moderate Ängstlichkeit vor, annähernd so viel insgesamt wie bei den Krebspatienten mit 23,9% bzw. 36,6%. Bei 33,1% der Angehörigen und bei 37,4% der Patienten lag darüber hinaus eine schwere Ängstlichkeit und/oder Depressivität vor. 15,1% der Angehörigen und 14,8% der Patienten waren als sowohl schwer depressiv, als auch stark ängstlich zu betrachten.

Im Gegensatz dazu fand eine unizentrische Studie zur Belastung von Patienten (n=138) und ihrer Pflegepersonen (n=102) in psychoonkologischer Beratung einer Klinikambulanz, dass Pflegepersonen eine (auf die Subskala bezogene) signifikant höhere krebsbezogenen Angst empfinden, als die Krebspatienten selbst (Gröppler et al. 2016). Mittels eines Fragebogens zu Stress bei Krebspatienten (Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten, FBK-R23) und einer entsprechenden Adaptation für Angehörige ergaben sich in beiden Gruppen vergleichbar hohe und klinisch relevante Werte für alle Subskalen, wie das Vorliegen von psychosomatischen Beschwerden, Angst, Informationsdefizit, Einschränkungen im täglichen Leben und soziale Belastungen. Während dabei weder die Art der Diagnose noch das Krankheitsstadium

zu signifikanten Unterschieden zwischen Patienten und Pflegepersonen führten, nahm die Tatsache der Metastasenbildung bei der Belastung der Pflegepersonen signifikanten Einfluss auf das Belastungserleben.

Weitere Hinweise darauf, dass die Bezugspersonen bei einer Krebserkrankung systematisch einbezogen sind und tatsächlich in höherem Maß als die Patienten belastet sein können, hat eine Longitudinalstudie bezüglich Angst und Depressivität bei Krebspatienten mit Kindern unter 18 Jahren (n=161) und ihren Partnern (n=115) ergeben (Götze et al. 2017). Es wurden Fragebögen (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS; u.a.) eingesetzt. Die Partner gaben zum Zeitpunkt t1 (nach Abschluss der Behandlung) zu 46,2% ein moderates bis hohes Level der Angst bzw. zu 23,1% ein moderates bis hohes Level der Depression an vs. niedrigerer Werte von 28,3% (Angst) bzw. von 17,9% (Depression) der Patienten selbst. Allerdings fand sich über die 1-Jahres-Periode nach Therapie bei den Partnern eine signifikante Verminderung des Levels der Angst ($p=0,002$; $M(SD)$ t3: 6,08(4,1) vs. t1: 7,42(4,1)) und der Depression ($p=0,018$; $M(SD)$ t3: 3,62(3,3) vs. t1: 4,60(3,5)), wohingegen bei den Patienten selbst keine Veränderungen im Level der Angst ($p=0,444$; $M(SD)$ t3: 6,25(3,8) vs. t1: 6,54(3,7)) und Depression ($p=0,636$; $M(SD)$ t3: 4,25(4,3) vs. t1: 4,42(3,7)) zu finden waren.

3. Effektivität und Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen

Von Nutzen sind psychoonkologische Interventionen insbesondere für die Patienten, die vor einer solchen Behandlungsmaßnahme an einer psychischen Komorbidität leiden (Faller 2013). So führten Untersuchungen der Effektivität und Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen häufig zu widersprüchlichen Ergebnissen, denn Krebspatienten, die nicht auch psychisch erkrankt waren, profitierten weniger von psychoonkologischen Interventionen. Eine Metaanalyse, die 198 Studien zur Wirksamkeit von einzel- und gruppentherapeutischen Maßnahmen bei Krebspatienten (n=22 238) aus den Jahren von 1980 bis 2010, unabhängig von der Krebsart, dem Erkrankungsstadium, der somatischen Behandlungsmethode und der Zeit seit Diagnosestellung umfasst hat, hat so auch, selbst bei vorsichtiger Beurteilung, immerhin aber signifikante Effekte von kleiner bis mittlerer Größe ergeben (Faller et al. 2013). Hierbei wurde das weite Feld von unterstützenden Maßnahmen, das von

Einzel-, Gruppen- und Paartherapie bis zu Psychoedukation, Entspannungstraining und reiner Informationsvermittlung durch geschulte Pflegekräfte, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychiater und Psychologen reichte, zusammengefasst. Die evaluierten Studien, mit im Durchschnitt 81 Teilnehmern, haben in erster Linie weibliche Patienten (82%) und zu 78% an Brustkrebs Erkrankte untersucht. Die Autoren heben in ihrer Metaanalyse den Teil von 16 Studien (n=1 242) hervor, der die psychische Belastung der Teilnehmer per Cutoff prädefiniert hatte und so als besonders aussagekräftig für die Wirksamkeit der psychoonkologischen Intervention gelten kann. Diese Einzel- und Gruppentherapien, meist in Form eines verhaltenstherapeutischen Trainings der Bewältigungsstrategien (CBT, Coping skills Training) zeigten nach Abschluss der Behandlung (t1) und, etwas reduziert auch nach mehr als sechs Monaten (t3), einen großen Effekt (Cohens d), was die emotionale Belastung (d=1,01; p=0,007), und einen etwas geringeren, was die Einschätzung der Lebensqualität (d=0,89; p=0,09) betraf. Für die Symptomatik der Ängste (d=0,56; p=<0,001) und der Depression (d=0,53; p=<0,001) waren lediglich mittlere Effekte der Wirksamkeit zum Zeitpunkt t1 direkt nach der Behandlung zu beobachten; im Fall der Ängste (d=0,45, p=<0,001) desgleichen auch zum Erhebungszeitpunkt t2 <= sechs Monate nach der psychoonkologischen Intervention.

3.1. Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen

Eine Metaanalyse (n= 46.665, mehrheitlich US-Bürger (57%) aus dem weißen, wohlhabenden, gebildeten Mittelstand; 70% Brustkrebs), die sich die Topographie des Feldes psychosozialer Interventionen und damit in erster Linie verhaltenstherapeutischer Interventionsformen über den Veröffentlichungszeitraum von 1980 bis 2005 zur Aufgabe gemacht hatte, fand viele unbefriedigende Diskrepanzen bei der Erhebung der methodischen Qualität (Moyer et al. 2009). Untersucht wurde die Arbeit von Krankenschwestern (29,1%), Psychologen (22,7%), Sozialarbeitern, Ärzten und Psychiatern. Im Einzelnen waren verschiedene Formen der kognitiven Verhaltenstherapie, problemlösungsorientierter Therapie sowie psychoedukative, informationsfokussierte Ansätzen und Methoden, die die Selbsttherapie unterstützen, im Einsatz. Die Erhebung der erklärten, therapeutischen Ziele ergab übereinstimmend die Verbesserung der Lebensqualität im Allgemeinen, die Bewältigung und die Verbesserung des kognitiven Verständnisses der Behandlung und deren Nebenwirkungen und in Einzelfällen auch die Verbesserung der sozialen

Beziehungen, der Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit oder der Compliance bezüglich der Medikation. Insgesamt solle man, laut der Autoren, angesichts der Daten dieser Metaanalyse mit einer großen Streuung allerdings zurückhaltend sein, was die Beurteilung zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen, betrifft.

Ein Review zur Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie zur Verbesserung der Lebensqualität bei Krebskranken, die eine Chemotherapie erhalten hatten, ergab nach 20 Wochen ($p=0,004$) und nach einem halben Jahr ($p<0,05$), dass sich die Lebensqualität verbessert hatte, allerdings nicht die Chemotherapie-bedingten kognitiven Dysfunktionen (Hines et al. 2014).

Eine Metaanalyse zur Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer und suggestiver Interventionen bei multidimensional bedingtem Schmerz bei Brustkrebskranken führte, aufgrund mehrheitlich mangelhafter Qualität, nur zu vorläufigen Ergebnissen ihrer Effektivität (Johannsen et al. 2013).

Hingegen zeigte die Metaanalyse zur Überprüfung der Effektivität verhaltenstherapeutischer Interventionen bei Paaren insgesamt qualitativ ausreichend gute Studien, aber im Ergebnis nur kleine Effekte bezogen auf die Lebensqualität (Badr und Krebs 2013). Mitarbeiter im Gesundheitswesen bzw. Krankenschwestern boten Krebserkrankten Hilfe bei Problemen in der partnerschaftlichen Kommunikation an. Die Interventionen bezogen sich auf die verändernde Aktivität bzw. Passivität unter dem Druck der Krebserkrankung und auf den drohenden Verlust der Partnerschaft ($n=2645$; Brust- oder Prostatakrebskranker).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen in der psychoonkologischen Therapie, im Einzelnen der kognitiven Verhaltenstherapie und der Problemlösetherapie durch randomisiert-kontrollierte Studien nachgewiesen werden konnte. Allerdings werden dabei auch methodische Bedenken, wie selektierte oder kleine Stichprobe, fragliche Randomisierung, Manualisierung und mangelhafte Kontrolle der Adhärenz im Therapieverlauf angeführt. Ein wesentliches methodisches Problem der Studien stellt häufig auch die mangelhafte Diagnostik der depressiven Erkrankung dar.

3.2. Wirksamkeit psychodynamischer Behandlungsverfahren

Im Bereich der psychodynamischen Behandlungsformen besteht eine Forschungslücke, u.a. was die Untersuchung der Behandlung der komorbiden Depression, beispielsweise deren Prädiktoren einer erfolgreichen Therapie, angeht (Zwerenz et al. 2012).

Hinweise, dass es Zusammenhänge zwischen den dominierenden Gesprächsthemen und der Zahl der in Anspruch genommenen Sitzungen gab, fand eine in erster Linie qualitative, monozentrische Studie, die im Rahmen eines psychodynamisch angelegten kurzzeittherapeutischen Settings angelegt war (n=135; Krebskranke ohne spezielle diagnostische Kategorisierung) (Krenz et al. 2014). Es wurde, wenn die Gespräche im Wesentlichen an den Bedürfnissen und Ressourcen der Krebserkrankten orientiert waren, ein signifikanter Zusammenhang zwischen Thema und Anzahl der Gespräche nachgewiesen. Wenn, wie bei zwei Drittel der Patienten der zentrale Wunsch, der Wunsch nach Unterstützung und Expression war und die Krebsdiagnose selbst im Fokus stand, dann war die Behandlungsdauer nur vier oder fünf Stunden, bevor die Behandlung auf Wunsch des Patienten beendet wurde. Wenn hingegen der zentrale Wunsch des Patienten der der Introspektion, angesichts der durch die Erkrankung drastisch veränderten Lebensbedingungen, war, dann führte das, aufgrund der offenbar höheren Motivation der Patienten, zu einer Sitzungsdauer von 11 bis 12 Stunden, bevor die Behandlung als ausreichend empfunden und beendet wurde.

Ein weiterführender Schritt in der Forschung ist es, dass die Effektivität des ambitionierten, psychodynamischen Kurzzeit-Psychotherapie-Verfahrens STPP (Short-Term Psychodynamic Psychotherapy) für die Behandlung der komorbiden Depression bei Brustkrebspatientinnen im Rahmen einer multizentrischen, randomisierten prospektiven Studie erstmals nachgewiesen werden konnte (Beutel et al. 2014). 44% der Interventionsgruppe zeigte hier, sechs Monate nach Beendigung der Behandlung, im Gegensatz zu nur 23% der Kontrollgruppe, eine Remission der Depression (OR=7,6; n=157; Drop-out-Rate von etwa einem Drittel in Interventions- und Kontrollgruppe). Die Kriterien für die Wirksamkeit der intensiven psychotherapeutischen Kurzzeitbehandlung waren zum einen die Remission der depressiven Erkrankung (entsprechend DSM-IV-Diagnose, erhoben in Strukturierten klinischen Interviews) und zum anderen eine Verminderung der Depressionswerte in

der Gesamtskala der HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Die Verbesserung der Lebensqualität konnte im QLQ -Fragebogen (EORTC QLQ-C30, allgemeine und brustkrebsspezifische Skala) nachgewiesen werden. Das manualisierte Behandlungsverfahren STPP, dessen Absolvierung auch der stärkste Prädiktor für die posttherapeutische Remission war ($d=0,82$), ist im Sinne des psychodynamischen Konfliktverständnis der Depression konzeptualisiert (Luborsky 1996). Im Einzelnen schlossen sich in der genannten Studie, die sechsmonatige Behandlungsphase (von meist 6 Sitzungen) an eine Reihe einleitender probatorischer Gespräche (von meist 6 Sitzungen) an, im deren Verlauf qualifizierte, erfahrene Psychotherapeuten den zentralen individuellen innerpsychischen und interpersonellen Konflikt zusammen mit der Brustkrebspatientin klärten und mit der depressiven Symptomatik in Verbindung brachten. Diese Verknüpfung erscheint sowohl wesentlich für die Motivation der jeweiligen Patientin, als auch für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung über den Behandlungsverlauf. Auf dieser Basis folgte dann die Fortsetzung der therapeutischen Arbeit im Sinne einer Vertiefung der Erkenntnisse, verbunden mit der emotionalen Erfahrung im Rahmen der aktuellen Beziehungskonflikte der Patientin, seien sie innerhalb oder außerhalb der therapeutischen Beziehung. Diese psychodynamische Arbeitsweise kann, laut der Autoren, als wesentlich für die Verminderung der Vulnerabilität im Rahmen einer depressiven Entwicklung gelten. Die Abschlussphase galt der Unterstützung der Patientin in ihrer Fähigkeit zur Separation und Trennung aus dem Therapiebündnis und dem Focus, die erworbenen, für die depressive Erkrankung zentralen, neuen Erkenntnisse über das eigene Innenleben und deren emotionale Verbindungen auch transferieren zu können. Die Konzeptualisierung und die Ergebnisse der Effektivität dieser gründlichen Kurzzeittherapie einer komorbiden Depression bei Brustkrebskranken sind überzeugend. Eingedenk früherer Bedenken, vom Tod bedrohten Patienten ein vertiefendes und nicht in erster Linie stützendes Behandlungsangebot zu machen, stellt diese Konzeption eine Weiterentwicklung dar. Die befürchtete psychische Destabilisierung der Krebserkrankten auf Grund der psychischen therapeutischen Regression, kann auf diese Weise im Sinne progressiver Individuations- und Entwicklungsschritte genutzt werden (Schwarz et al. 2006).

3.3. Effektivität und Wirksamkeit integrierter Versorgung

Auch im Bereich der integrierten Versorgung liegen Studien vor, die differenziert aufgrund ihrer psychologischen beziehungsweise psychiatrischen Diagnostik sind, die die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen, belegen.

Erste Hinweise auf die Effektivität strukturierter psychoonkologischer Interventionen in der Routine der onkologischen Akutversorgung hat eine Longitudinalstudie über ein Jahr (n=258) an sechs deutschen Akutkliniken ergeben (Kost et al. 2009). Die Daten ergaben für die Verbesserung der psychischen Belastung eine Prä-Post-Effektstärke im Gesamtwert von 0,35 zu t2 und von 0,46 zu t3 (HADS); t1: zu Beginn der stationären Behandlung, t2: nach ca. 120 Tagen, t3: nach einem Jahr. Insbesondere die Subgruppe der zu t1 psychisch belasteten Patienten (n=128) hat von der Behandlung profitiert, ersichtlich an Effektstärken von 1,05 zu t2 und von 1,38 zu t3. Dabei war das sogenannte Case Management Psychoonkologie in der Erprobung. Es handelte es sich um den strukturierten Einsatz von Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation für die klinische Versorgung, in entsprechend definierten, medizinisch-psychologischen (beziehungsweise pflegepsychologischen oder psychoonkologischen) Behandlungspfaden. Relevante Faktoren für die Symptomverbesserung waren hier eine größere Anzahl von psychoonkologischen Gespräche und ein jüngeres Patientenalter.

Die multizentrische, schottische SMaRT (Symptom Management Research Trial) Oncology-2 Studie hat ebenfalls die Effektivität einer integrierten Versorgung von Krebspatienten mit komorbider, schwerer depressiver Episode, im Vergleich zur üblichen Versorgung nachgewiesen (Sharpe et al. 2014). Es handelt sich um ein intensives, manualisiertes, kollaboratives, versorgungsbasiertes, psychoonkologisches Konzept, innerhalb dessen speziell trainiertes Pflegepersonal unter psychiatrischer Supervision, Onkologen und Hausärzte mit den Patienten kontinuierlich zusammenarbeiten. Die Stichprobe erwachsener Krebspatienten (n=500) mit guter Prognose (von mindestens einem Jahr Überlebenszeit) mit einer schweren depressiven Episode (nach DSM-IV) wurde in einer Longitudinalstudie fragebogenbasiert (Patient Health Questionnaire, PHQ-9 depression severity scale) untersucht. Als Therapie-Responder galten Patienten, bei denen eine 50% Verbesserung in der Selbstbeurteilung ihrer Depressivität in der Symptom Checklist Scala erhoben wurde, was dem Ausschluss der Diagnose einer schweren depressiven

Episode entspricht. Im Vergleich zwischen der intensiv behandelten Gruppe und der wie üblich behandelten Gruppe lag nach 24 bzw. 48 Wochen die absolute Differenz der Therapie-Responder bei 45% und die adjustierte Odds ratio bei 8,5 (95% CI 5,5-13,4). Nahezu alle anderen belastenden Symptome wie Angst, Schmerz, Fatigue waren zugunsten eines besseren Funktionierens, besserer Gesundheit und Lebensqualität zu allen Erhebungszeitpunkten ebenfalls zurückgegangen. Diese integrierte psychoonkologische Behandlung bestand im Kern in einer tragfähigen Beziehung mit einer geschulten Onkologieschwester, die Informationen über die Depression, ihre Behandlung und kurze evidenz-basierte psychologische Interventionen auf der Basis eines verhaltenstherapeutischen Problemlöse- und Aktivierungstrainings angeboten hat. Außerdem wurden psychologische Gespräche, Visiten und eine antidepressive Medikation in Kooperation mit Hausarzt und Onkologen angeboten, grundsätzlich auch in Notfallsituationen. Ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass im Rahmen dieser Studie zu diesem intensiven, integrativen Versorgungsprogramm auch auf der Ebene der Wirtschaftlichkeit der Nachweis der Effektivität erbracht werden konnte (Duarte et al. 2015).

3.4. Effektivität und Wirksamkeit stufenweiser Versorgung

Vor dem Hintergrund dieser ermutigenden Ergebnisse ist auch die Weiterentwicklung im Sinn von stufenweisen Behandlungskonzepten von Interesse. Das Konzept der Behandlung von Krebspatienten mit psychischer Komorbidität im Sinne einer „front-line“ Intervention, deren Wirksamkeit die australische PROMT Studie evaluiert hat, stellte sich allerdings als noch nicht ausreichend heraus und damit die Notwendigkeit zusätzlicher spezifischer Behandlungsangebote (Turner et al. 2017). Diese cluster-randomisierte kontrollierte Studie wurde zwischen 2011 und 2013 an vier Krebszentren in Australien durchgeführt und evaluierte ein gestuftes Kurzzeit-Versorgungsprogramm für Krebspatienten (n=902, mit einer Überlebenszeit von mehr als sechs Monaten; unabhängig von Erkrankungs- und Behandlungsstatus; in der Mehrzahl verheiratet; nicht dauerhaft beruflich beschäftigt; in Chemotherapie, meist nach chirurgischer Behandlung und zu einem Drittel in der Progression der Krebserkrankung). Im Rahmen der psychoonkologischen Kurzzeitintervention von 10 Wochen konnten keine signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- (n=247; 74% weiblich) und der Kontrollgruppe (n=222; 66% weiblich) gefunden werden ($p > 0,20$). Die adjustierte Differenz im HADS beim Symptom der Angst lag bei 0,86

(2,35 bis 0,63) und bei der Depression bei 0,17 (1,61 bis 1,26). Um den Vergleich zu der im Anschluss dargestellten deutschen STEPPED Care Studie (Singer et al. 2017b) zu ermöglichen, fasse ich den Aufbau des PROMPT Behandlungsprogramms zusammen: der diagnostischen Einteilung in drei unterschiedlich belastete Gruppen, je nach der depressiven Symptomatik und den psychosozialen Risikofaktoren, folgte die Versorgung bei niedriger psychischer Belastung entweder minimal - durch schriftliche Informationen oder/und einer Entspannungs-CD oder maximal bei hoher Belastung durch die Zuweisung zu einem -psychiatrischen Spezialisten. Im Falle moderater Belastung erfolgt die Zuweisung zu einem - im Rahmen der Studie trainierten Professionellen. Dieses Training, zugänglich für interessierte, seit mindestens einem Jahr klinisch onkologisch tätige Professionelle, setzte sich u.a. aus einem Selbsttrainingsmanual und einer eintägigen Kleingruppenweiterbildung zusammen, in der das Konzept des therapeutischen Zugangs anhand unterstützend-expressiver, kognitiv verhaltenstherapeutischer und Würdeerhaltender Strategien vermittelt wurde. Unter wöchentlicher psychiatrischer Supervision wurde dann der Kontakt zum Patienten in Form von bis zu vier 30-minütigen Einzelgesprächen, wahlweise face-to-face oder per Telefon, hergestellt. Die Folgen dieses Konzepts für die so eingesetzten Professionellen, die mehrheitlich Onkologieschwestern waren, wurde ebenfalls erörtert. Sie profitierten einerseits von der größeren Autonomie und Flexibilität in ihrem beruflichen Kontext, gerieten andererseits aber auch vermehrt in Rollenkonflikte.

Die STEPPED CARE Studie ist eine von Oktober 2012 bis Februar 2015 durchgeführte Längsschnittstudie (n=1012), die die Behandlung zweier paralleler Gruppen von Krebspatienten verschiedener Entitäten im Rahmen cluster-randomisierter Krankenhausstationen in einem akademischen Krankenhaus untersuchte (Singer et al. 2017b). Verglichen wurden die Wirksamkeit der drei-stufigen psychoonkologischen STEPPED CARE Behandlung (n=570; 7 Stationen) mit der Standardbehandlung (n=442; 6 Stationen). Bei der Standardbehandlung erfolgte eine psychoonkologische Konsultation nur im Einzelfall auf Anforderung eines Arztes oder einer Pflegekraft. Die behandelnden Ärzte der Interventionsstationen durchliefen ein gründliches wissenschaftsfundiertes und praxisorientiertes, individuelles Training, um die Screening Resultate ihrer Patienten zu interpretieren, in ihre Routinekonsultationen zu integrieren und insbesondere, um mit den Belastungssymptomen der Patienten

professionell umgehen zu können. Die Behandlung erfolgte über den Verlauf von sechs Monaten in drei Schritten. Zunächst - Schritt eins - in einem Screening (HADS) aller Patienten (n=1012) bezüglich ihrer psychischen Belastung. - Schritt zwei bei der Interventionsgruppe - mittels Fragebogen zu Depression (PHQ-9, Patient Health Questionnaire Short Form) und Ängsten (GAD-7, Generalized Anxiety Screener 7). Im Fall einer mittleren oder hohen Belastung wurde dieser Befund in einem Konsultationsgespräch mit dem Patienten u.a. in Form einer ansprechenden, visualisierten Präsentation (analog einer Verkehrssampel) eingehend besprochen. Anschließend - Schritt drei - erfolgte ggf. die Überweisung an den psychoonkologischen Dienst der Klinik, d.h. zu Psychotherapeuten, die sowohl psychoonkologisch als auch verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch ausgebildet sind. Im Follow-Up, ein halbes Jahr später, wurden das Wohlbefinden und die Weiterbehandlung erfragt. Die Ergebnisse zeigen, dass das STEPPED CARE Konzept zu einer höheren Überweisungsrate in psychotherapeutische/psychiatrische Weiterbehandlung führte (22% vs. 3% bei Standardbehandlung; OR=10,2; adjustierte OR=10,0; $p < 0,001$). Die Unterschiede im Wohlbefinden im Vergleich zum Beginn der Behandlung, waren in beiden Gruppen allerdings nur gering, was möglicherweise infolge eines vergleichsweise guten Ausgangswerts bzw. des hohen Dropouts zustande gekommen ist. Die Ergebnisse machen m.E. aber sehr deutlich, dass dieses Konzepts, basierend auf der überzeugenden Idee, dem Patienten in Form einer individuellen Motivation auf Augenhöhe die Möglichkeiten einer längeren psychotherapeutischen Behandlung zu eröffnen, aufgeht. Zieht man in Betracht, dass psychotherapeutische Arbeit und der Aufbau einer „vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeuten“ (Singer et al. 2017b, S. 1681) Zeit und einen sicheren Rahmen brauchen, so erklärt sich die gefundene nur geringe Verbesserung des Wohlbefindens aus meiner Sicht konsequent aus der Begrenzung des Zeitrahmens der gesamten Studiendauer.

Der bedeutende Unterschied zwischen den beiden Studien zur gestuften Behandlung liegt im psychoonkologischen Behandlungsverständnis. Die PROMT Studie setzt, mit einer Interventionsdauer von nur 10 Wochen, auf intensiv, aber kurzfristig geschulte Mitarbeiter in der somatischen Akutbehandlung und damit auf eine kurzzeittherapeutische Maßnahme. Die STEPPED CARE Studie stellt in einem langzeittherapeutischen Ansatz die differenzierte Motivation der Krebspatienten, eine

spezifischen Diagnostik und die Einleitung einer spezifischen psychoonkologischen Weiterbehandlung durch Mitarbeiter des psychoonkologischen Konsultationsdienstes der Klinik und ggf. auch die Einleitung einer ambulanten, längerfristigen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung in den Mittelpunkt ihres Konzepts.

4. Prädiktoren für die Nutzung bzw. die Nichtnutzung psychoonkologischer Angebote

Auch wenn es, wie ich zu zeigen versucht habe, gelungen ist, den Nachweis der Wirksamkeit und Effektivität verhaltenstherapeutischer, psychodynamischer, integrierter und gestufter psychoonkologischer Behandlungsangebote zu erbringen, bleibt die zentrale Frage, ob und unter welchen Bedingungen sie vom Patienten angenommen werden. Es liegen international unterschiedliche Zahlen vor, inwieweit psychoonkologische Versorgungsangebote von Krebspatienten genutzt werden (Zeissig et al. 2015). Laut einer Erhebung bei allen durch die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. zertifizierten Krebszentren haben im Median 37,3% der Patienten eine mindestens 30 minütige psychoonkologische Beratung erhalten (n=456, ohne Patienten aus Haut- und einige Lungenzentren, die noch nicht abschließend zertifiziert waren) (Singer et al. 2013). Abhängig vom Standort des Krebszentrums und von der Tumorentität waren 0 bis 384 ersterkrankte Krebspatienten beraten worden: im Median bei Brustkrebs 66,7%, bei gynäkologischen Tumoren 50,0%, bei Kolonkarzinom 37,7%, bei Lungenkrebs 25,4% und bei Prostatakarzinom 6,8%. Ebenso viele Krebspatienten gaben allerdings demgegenüber an, keine Versorgung durch eine Psychoonkologische Beratung zu brauchen.

4.1. Prädiktoren: Mangel an Informationen über und an Vertrauen in psychosoziale Unterstützungsangebote

Die Vermutung, dass der Mangel an Informationen über psychosoziale Hilfen, neben dem Mangel an Bewusstsein auf Seiten der Krebspatienten, zu einer verminderten Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote führt, konnte in einer Studie nachgewiesen werden (Mehnert et al. 2008). 46% der befragten Brustkrebspatientinnen gaben an, sich unzureichend informiert zu fühlen (n=1083;

rekrutiert aus dem Register der Hamburger Krebsdokumentation 2002-2004, das mehr als 95 % der bundesdeutschen Erkrankungsfälle erfasst). Diese Befunde waren verknüpft mit höherem Alter und niedrigerem Bildungsniveau. Ähnlich war der Befund einer späteren Metaanalyse, laut der 39% aller Krebspatienten angaben, keine professionelle psychosoziale Versorgung zu brauchen, weil Unterstützung von anderer Seite vorhanden war (n=3915; 25 Studien aus entwickelten Ländern) (Dilworth et al. 2014). Als weitere Gründe für diese Nichtnutzung wurden der Mangel an Informationen zu entsprechenden Versorgungsangeboten (19%) bzw. mangelndes Vertrauen in diese (13%) und Kommunikationsschwierigkeiten mit deren Anbietern (8%) angegeben. Immerhin 10% der Krebspatienten bekannten sich zu sehr persönlichen Gründen, wie der Befürchtung, negativ wahrgenommen oder stigmatisiert zu werden. Als weitere Gründe der Nichtinanspruchnahme wurde angegeben, zu beschäftigt zu sein (1,5%), dass es gesundheitlich zu schlecht gehe (1%) oder dass finanzielle Gründe hinderten (0,5%). Häufig wurden praktische Barrieren, wie Probleme beim Transport oder Parken, genannt (17%). Diese Befunde bestätigen ein Review, das die Passung zwischen den kommunikativen Präferenzen und Bedürfnissen der Patienten auf der einen und dem ärztlichem Verhalten auf der anderen Seite als maßgeblich für die Nutzung bzw. Nichtnutzung psychosozialer Dienst erachtet (Lehmann et al. 2009). Es wurde herausgearbeitet, dass die arztbezogenen Vorerfahrungen, wie dessen Kommunikationsverhalten bei der Mitteilung von Diagnosen und Befunden, in die Entscheidungsfindung des Patienten maßgeblich einfließen. Die Inanspruchnahme und der Grad der Zufriedenheit in der Arzt-Patient-Interaktion ist nicht scheinbar unabhängig oder lediglich vom subjektiven Bedarf an Unterstützung abhängig oder vom Grad der Informiertheit.

4.2. Prädiktor: Unerfülltes Bedürfnis nach psychosozialer Versorgung

Offenbar bringt das Bedürfnis nach psychosozialer Versorgung allein Krebspatienten nicht immer dazu, diese Versorgung auch zu nutzen. Laut einer weiteren, u.a. was die psychiatrische Diagnostik betrifft, gründliche, australische, prospektive, monozentrische Studie führt weder das Bedürfnis allein, noch das ausdrückliche Vorhaben, in der Regel zur tatsächlichen Nutzung. Nur bei 14% der Krebspatienten konnte als Prädiktor ihr unerfülltes Bedürfnis nach psychosozialer Versorgung bestätigt werden (n=439; heterogene Stichprobe) (McDowell et al. 2010). Tatsächlich waren weibliches Geschlecht (OR (CI)= 0,99 (0,96-1,01)) und eine positive Einstellung

dem Sich-Hilfe-Suchen gegenüber (OR (CI)=1,69 (1,03-2,79) signifikante Prädiktoren für die Nutzung der psychosozialen Versorgung. Das Vorhandensein des unerfüllten Bedürfnisses zum ersten Erhebungszeitpunkt erwies sich für sein Bestehenbleiben über den Erhebungszeitraum von einem halben Jahr hinweg als stärkster Prädiktor (OR (CI)= 7,03 (3,48-14,19)) (McDowell et al. 2010). Weitere konsistente Prädiktoren waren die längere Zeitdauer seit Diagnosestellung, in Verbindung mit größeren Lebensveränderungen und höherem Alter, weiblichem Geschlecht, die Einschätzung einer Verschlechterung der Lebensqualität und das Vorliegen einer stärkeren Depression.

4.3. Prädiktoren: Bildung, Geschlecht, Tumorausbreitung, Alter, Einkommen, Wohnort

Als Prädiktoren für die Inanspruchnahme des psychoonkologischen Dienstes im Krankenhaus (POD) erwiesen sich höhere Bildung (OR 1,5), weibliches Geschlecht (OR 1,3) und die Tatsache, fortgeschrittener erkrankt zu sein (OR 1,3) (Zeissig et al. 2015). Hingegen führten höheres Alter (≥ 75 Jahre) seltener zur Inanspruchnahme (OR 0,6), während Einkommen und Wohnortgröße keinen Einfluss hatten. Bei der Frage, ob eine ambulante Krebsberatungsstelle (KBS) aufgesucht wurde, spielte die Wohnortgröße ($> 100\ 000$ Einwohner) als Prädiktor Rolle (OR 2,4). Beide Beratungsmöglichkeiten wurden statistisch häufiger von höher Gebildeten (OR 2,1), Frauen (OR 2,2) und von Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung (OR 1,6) aufgesucht, aber von älteren Patienten signifikant seltener (OR 0,4). Diese Befunde bestätigten solche, welche eine geringere Inanspruchnahme von Krebsrehabilitations- und anderen psychosozialen Programmen bei älteren Krebspatientinnen, bei niedriger Gebildeten und weniger Informierten gefunden hatten (Mehnert und Koch 2008). Ähnlich sind die Ergebnisse einer weiteren Studie, die bei alleinlebenden, krebserkrankten Frauen eine vermehrte Nutzung psychosozialer Angebote identifizierte (Ernst et al. 2009).

4.4. Prädiktor: Stadt-Land-Vergleich

In einer Metaanalyse der Fach- und Studienliteratur im Veröffentlichungszeitraum zwischen 1806 und 2006 fand sich die Annahme bestätigt, dass im Stadt-Land-Vergleich Brustkrebspatientinnen, die auf dem Land lebten, während und nach der Behandlung ein größeres Informationsbedürfnis, gleichzeitig weniger Zugang zu einer

notwendigen psychosozialen Versorgung und größere Schwierigkeiten mit ihrer traditionellen Geschlechtsrolle hatten (Bettencourt et al. 2007). Der Faktor Stadt-Land-Lebensraum konnte aber nicht grundsätzlich als Prädiktor für den Bedarf, die Kenntnis, die Akzeptanz und letztlich die Nutzung psychosozialer Angebote bestätigt werden (Beraldi et al. 2015). Laut dieser Studie war für den Mangel an Informationen bezüglich der Versorgungsangebote das Leben im städtischen Umfeld allerdings ein signifikanter Prädiktor (OR= 1,97; 95% CI= 1,33-2,9). Obwohl insgesamt 90% der Patienten in Wohnortnähe, d.h. bis 20 km davon entfernt, über ein psychoonkologisches Angebot verfügten (n=534; kolorektales Karzinom; 3 Monate nach chirurgischer Behandlung; 55,5% männlich), wussten 52% nichts davon und weniger als 2% nutzten es. Das Risiko, klinisch relevante psychische Störungen zu entwickeln, aber gleichzeitig nicht mit dem Hausarzt über das emotionale Befinden zu sprechen, war tatsächlich höher, wenn Patienten in städtischem Umfeld lebten (65% versus 35%, $p < 0,01$). Die übrige Symptomatik des Belastungsempfindens, der Angst und der Depression unterschieden sich nicht im Stadt-Land-Vergleich. Im Studiendesign nicht direkt vergleichbar, stehen diese Ergebnisse im Widerspruch zu denen einer früheren Studie in den USA. Hier waren Krebspatienten, die auf dem Land wohnten, allerdings erst 1 bis 5 Jahre nach Diagnose und Behandlung, schlechter über die psychosozialen Angebote in Wohnortnähe, d.h. bis 30 Meilen davon entfernt, informiert (n=113, Brustkrebs, kolorektales Karzinom oder hämatologischer Krebs, 68% weiblich) (Andrykowski und Burris 2010).

4.5. Prädiktoren: persönliche Haltung der Krebspatienten, soziale Kontrolle

Die Ergebnisse dieser letzten Studie zeigten außerdem die persönliche Haltung der Patienten als signifikanten Prädiktor für die Nutzung der Unterstützung. Dies bezog sich auch auf die Nutzung von Selbsthilfegruppen oder von religiösen Oberhäuptern, im Gegensatz zur Inanspruchnahme von Psychologen. Der Faktor der sozialen Kontrolle, im Kontrast dazu, war ein Prädiktor für die Nutzung der Unterstützung durch Freunde/Familie oder andere Krebsüberlebende (Andrykowski und Burris 2010). In einer weiteren Studie äußerten 71% der Studienteilnehmer ihre ablehnende Haltung gegenüber einem psychosozialen Hilfsangebot, während sie gleichzeitig eine große seelische Belastung aufwiesen (n=3070; mittels Quicatouch, einer digital gestützte Schnellbefragung). Als Grund für diese Ablehnung wurde entweder der Wunsch, sich

selbst zu managen (46%), bereits Hilfe erhalten zu haben (24%) oder die Belastung als nicht schlimm genug einzuschätzen (23%) angeführt (Clover et al. 2015).

Der sich hier und auch immer wieder bestätigende Befund der Ablehnung psychosozialer Hilfsangebote, wirft Fragen nach den dahinterstehenden Motiven auf. Sie wurden im Rahmen einer Literaturstudie zur Bewertung der Ergebnisse psychologischer Screening-Befunde im Hinblick auf die Bedeutung kontextueller und multidimensionaler Faktoren solcher quantifizierter Erhebungen diskutiert (Salmon et al. 2015). Es konnten dabei drei zentrale Forschungsfragen identifiziert werden, um den Befund eines Screening-Tests kritisch zu bewerten und so den Versorgungsbedarf zu beurteilen. Zum einen müsse die Frage nach dem Kontext der Belastung, dem psychologischen Zusammenhang, der die Belastung bedinge und nach der Perspektive des Patienten bezüglich seiner Bedürfnisse gestellt werden. Zum zweiten diskutierte die Studie die Implikationen, die sich für einen Patienten daraus ergeben können, ob er einen (unpersönlichen) Fragebogen erhalte oder ob er im Dialog mit seinem vertrauten Arzt antworte; dies betreffe insbesondere die zentrale Frage der emotionaler Beteiligung versus des Gefühls des Ausgeschlossen Seins, die sich bei schwerer Erkrankung implizit stelle. Zum dritten ergebe sich die Herausforderung einer in Form und Inhalt angemessenen Rückmeldung an den Krebspatienten, von dem man als Befragender nicht wissen könne, welche Bedeutung sie für diesen habe. So verwundern Befunde nicht, die bei 26% derjenigen Krebspatienten, die eigentlich als nicht komorbide erkrankt diagnostiziert wurden, dennoch ein Bedürfnis nach psychosozialer Unterstützung gefunden haben (n=4020; multizentrische, sektorenübergreifende Studie) (Faller et al. 2016). Den Autoren zufolge könne demnach das Bestehen einer psychischen Belastung als ein wichtiger, aber nicht als exklusiver Prädiktor für die Nutzung psychosozialer Angebote gelten.

Zusammengefasst zeigen die in diesem Kapitel angeführten Befunde, dass bestimmte Faktoren die Inanspruchnahme psychosozialer Behandlungsangebote begünstigen, während andere dies verhindern und dass es dabei auch immer um die Frage geht, inwieweit jemand in der Lage ist, selbst auf ein Versorgungsangebot zuzugehen oder aber auf eine aufsuchende psychoonkologische Versorgung angewiesen ist (Zeissig et al. 2015). Es scheint dabei sowohl um die Beachtung der innerpsychischen Welt des Patienten als auch um die Ebene der Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung zu gehen. Salmon führt in diesem Sinne aus, dass Patienten schließlich nur das über sich

mitteilen, „...was sie schon wissen und entschieden haben, zu offenbaren.“ (Salmon et al. 2015, S. 263).

5. Psychoonkologische (Unter-)Versorgung von Krebspatienten

In den letzten Jahren konnte der Zugang zu den Behandlungsangeboten der somatischen Medizin - im Rahmen der Leitlinien und der entsprechenden Zertifizierung in der onkologischen Versorgung - durch die Beteiligung von niedergelassenen Praxen als integrale Partner in sektorenübergreifenden Netzwerken für viele Krebspatienten verbessert werden (Barnes 2016). Beispielsweise waren fast 80% der entsprechenden Praxen an mindestens einem der Darmkrebszentren beteiligt und etwa 65% der gynäkologischen Praxen an einem der Brustkrebszentren. Und auch im Bereich der psychoonkologischen Versorgung nehmen sich, während sich etwa 50% der Krebskranken eine psychosoziale Unterstützung wünschten, ein Prozentsatz von 45,2% der Frauen bzw. 28,9% der Männer, die 2013 eine psychotherapeutische Betreuung erhalten hatten, auf den ersten Blick gar nicht so schlecht aus. Die Behandlungswünsche der Krebskranken bezogen sich inhaltlich „insbesondere [...] auf den Umgang mit Stress, Depressivität und weitere[...] emotionale[...] Belastungen, auf den Zugang zu ähnlich betroffenen Patientinnen und Patienten sowie Selbsthilfegruppen, auf Sexualität und sexuelle Beziehungen und auf die Frage der Spiritualität“ (Barnes 2016, S. 101). Es waren tatsächlich aber nur 2,7% der Frauen bzw. nur 0,8% der Männer, die eine Psychotherapie, und nicht lediglich psychotherapeutische Gespräche bekommen hatten, unabhängig davon, ob die Krebserkrankung in einem ursächlichen Zusammenhang zur Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung stand, oder ob es sich lediglich um eine zeitlichen Überschneidung handelte (ICD-10; C00-C97 ohne C44 (bösartige Neubildungen der Haut) sowie ohne C77-C79 (Bösartige Neubildungen der Lymphknoten, Atmungs- und Verdauungsorgane, sekundäre bösartige Neubildungen)) (Barnes 2016). Der m.E. erfreulich häufige Einsatz dieser supportiven Interventionsmöglichkeit wird aber sicher der Vielschichtigkeit, der Bedeutung und Psychodynamik der von Krebspatienten angesprochenen Themen nicht gerecht. Denn das psychotherapeutische Gespräch als Einzelbehandlung, mit der Gebührenordnungsziffer 22220 bzw. 23220 der Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung, erfasst als obligaten

Leistungsinhalt und Dauer von mindestens 10 Minuten eine symptombezogene therapeutische Intervention oder eine Krisenintervention. Die Anleitung der Bezugsperson(en) sind fakultativer Leistungsinhalt. Sie kann höchstens 15-mal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Die Daten zeigen außerdem frappant, dass der Anteil der Krebspatienten, der eine Psychotherapie in Anspruch genommen hat, im Erhebungszeitraum zwischen 2009 und 2013 nicht angestiegen, sondern unverändert geblieben ist (Barnes 2016).

5.1. Zunehmende Professionalisierung im stationären Bereich

Eine erhebliche psychoonkologische Unterversorgung befand auch eine multizentrische Studie bei Krebspatienten, die zwischen 1970 und 2001 laryngektomiert worden waren (n=189) (Singer et al. 2005). Sie waren mit Hilfe eines strukturiertes klinisches Interview und standardisierten Fragebögen zu einem Anteil von 23% als psychische komorbide diagnostiziert, während tatsächlich nur ein einziger Patient eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung erhielt. Diese Unterversorgung von Krebspatienten haben Metaanalysen bestätigt, die allerdings in erster Linie auf Daten aus dem angloamerikanischen Raum gestützt waren und damit nicht unproblematisch in ihrer Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse sind (Ernst et al. 2010;) (Ernst et al. 2010; Butow et al. 2010). Verschärft betroffen war dabei die Landbevölkerung, z.T. sowohl auf dem Sektor der medizinischen Primärversorgung als auch im Bereich der psychosozialen Versorgung. Die Unterversorgung im psychoonkologischen Bereich belegt das Ergebnis einer deutschen monozentrischen Studie: von allen neuerkrankten Krebspatienten (n=1979), die im Untersuchungszeitraum am Klinikum behandelt worden waren, hatten nur 11% ein psychoonkologisches Konzil bzw. ein Gespräch im Rahmen des Liaisondienstes in Anspruch genommen (n=227) (Singer et al. 2011). Durch die Stratifizierung nach einzelnen Tumorentitäten zeigten sich auch die großen Unterschiede in der psychoonkologischen Versorgung: die höchste Betreuungsdichte hatten Patienten mit gastrointestinalen Tumoren (27%), die mit gynäkologischen Tumoren (17%) bzw. mit Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (15%) oder mit Tumoren in der Brust (15%); noch schlechter waren Patienten anderen urologischen Tumoren (7%), im Gehirn (6%), in Lunge (5%), der Haut (4%), Prostata (2%) und der Schilddrüse (0%) versorgt. Unterschiede fanden sich auch in der Geschlechtsverteilung mit einer relativen Unterversorgung der Männer, die - obwohl sie mit 58% die Mehrheit der behandelten

Krebspatienten im Klinikum waren – den geringeren Anteil von 43% der psychoonkologisch betreuten Patienten ausmachten.

5.2. Entwicklung der psychoonkologischen Versorgung im ambulanten Bereich

Es liegen nur wenige Erhebungen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Krebspatienten vor. Während im stationären Bereich die psychoonkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen von ärztlicher und psychologischer Seite, dem Sozialdienst, der Pflege und der Seelsorge mit Betreuungsraten von im Median 32,5% (2% - 100% je nach stationärer Einrichtung) geleistet wurde, erfolgte sie im ambulanten Bereich in erster Linie durch niedergelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeuten sowie den Krebsberatungsstellen (Bergelt et al. 2010). Diese Erhebung zur Versorgungslage im ambulanten Bereich zeigt, dass die Hälfte der Behandelten Brustkrebspatientinnen waren, für die eine vergleichsweise gute Versorgungslage bestand. Befragt waren niedergelassene, psychoonkologisch spezialisierten Psychotherapeuten (n=124).

Die „drastische Unterversorgung“ spiegelt sich auch in der mindestens dreimonatigen Wartezeit auf ein ambulantes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten oder Psychiater, was auch nur 9% der Krebspatienten hätten in Anspruch nehmen können (Singer et al. 2017a, S. 440). Krebspatienten stießen bei ihrer Suche nach einem Therapieplatz offenbar häufig auf eine Abweisung, so eine ältere Studie, denn mehr als die Hälfte der Psychotherapeuten gab an, der Überweisung eines Krebspatienten zurückhaltend oder zu fast einem Fünftel ganz ablehnend gegenüber zu stehen (n=82, monozentrische Studie) (Schwarz et al. 2006). In diesem Zusammenhang wird von Seiten der Autoren der neueren Untersuchungen besonders darauf hingewiesen, dass diese Patienten spezifische Besonderheiten durch die Krebserkrankung aufweisen, der die Organisation einer psychotherapeutischen Praxis mit „Reaktion auf den Bedarf“ im Sinne einer Kurzfristigkeit und Flexibilität beispielsweise bei der Terminvereinbarung folgen können müsse, um einen, auch wirtschaftlich tragbaren Behandlungsplatz zur Verfügung zu stellen (Singer et al. 2017a, S. 442). Krebspatienten stießen bei ihren Bemühungen um einen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz immer noch und häufig auf große, wenn nicht gar unüberwindliche Probleme, wenn es um die

Antragstellung bei den Krankenkassen, die Behandlungskontingente und auch um die empfundenen Kapazitätsgrenzen der Psychotherapeuten ging, so die Autoren.

6. Die psychotherapeutische Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung

Unter der Voraussetzung, dass es sich beim Leiden eines Betroffenen um eine seelische Krankheit handelt, kann sie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf Kosten der Krankenkassen behandelt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017b). Unter Versorgung wird dabei verstanden, eine „Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“ (ebenda, §1). Eine seelische Krankheit wird dabei verstanden als „krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen“ (ebenda, §2) und setzt voraus, dass das „Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess verstanden wird, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht und in einem Theoriesystem mit einer Krankheitslehre definitorisch erfasst ist“ (ebenda, §3). Dabei werden „methodisch definierte Interventionen angewandt, die [...] einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen“ (ebenda, §4). Ausdrücklich ist „zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolgs“ die Einbeziehung der „Beziehungspersonen des engeren Umfelds (Partnerin oder Partner, Familie) der Patientin oder des Patienten“ (ebenda, §9) möglich.

6.1. Psychotherapeutische Behandlungsformen

Die zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassenen Behandlungsformen umfassen sowohl die Verhaltenstherapie (VT) als auch, als psychoanalytisch begründete Verfahren, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und die analytische Psychotherapie (AT). Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst als Sonderformen die Kurztherapie, die Fokalthherapie, die dynamische Psychotherapie und die niederfrequente Therapie „in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung“ (ebenda, §14a). Eine Vermischung von psychoanalytisch begründeter Therapie und Verhaltenstherapie ist ausdrücklich auf Grund der jeweiligen Eigengesetzmäßigkeiten nicht sinnvoll (ebenda, §16).

6.2. Anwendung als Einzel- oder Gruppentherapien, psychosomatische Grundversorgung

Die Anwendung der psychotherapeutischen Behandlungen kann in Form einer Einzeltherapie oder in Form einer Gruppentherapie indiziert sein und kann als solche auch kombiniert werden (ebenda, §19). Hier gibt es mit der Psychotherapiereform 2017 erweiterte Behandlungsmöglichkeiten. Die psychosomatische Grundversorgung kann, um die eigentlichen psychotherapeutischen Behandlungen zu ergänzen, zu einer „möglichst frühzeitigen differenzialdiagnostischen Klärung komplexer Krankheitsbilder“ genutzt werden (ebenda, §21). In ihrer „begrenzten Zielsetzung [...] strebt sie eine an der aktuellen Krankheitssituation orientierte seelische Krankenbehandlung an [...] während der Behandlung von somatischen, funktionellen und psychischen Störungen [...]“ (ebenda).

6.3. Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie

Die Indikation zur Anwendung von Psychotherapie betrifft verschiedene Erkrankungen, die im Rahmen der Komorbidität Krebsbetroffener auftreten können. So können affektive Störungen (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie), Angststörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, aber auch u.a. nichtorganische Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen behandlungsbedürftig sein (ebenda, §22). Insbesondere ist hier auch die Möglichkeit der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung geregelt, im Sinne einer seelischen Erkrankung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe. Diese Regelung schließt eine rein supportive Behandlung aus, welche gelegentlich die Behandlung der Wahl für einen Krebskranken sein kann.

6.4. Leistungs- und Behandlungsumfang bis (und seit) den neuen Psychotherapierichtlinien zum 01.04.2017: Kurzzeit- und Langzeittherapie

Der Leistungs- und Behandlungsumfang und seine jeweiligen Begrenzungen sind in der Richtlinie des Bundesausschusses der Kassenärztlichen Vereinigungen nach therapeutischen und wirtschaftlichen Aspekten festgelegt und in einem entsprechenden gutachterlichen Antragsverfahren geregelt. Ich referiere hier den Stand der Richtlinien vor (bzw. seit) Inkrafttreten der neuen Psychotherapierichtlinien zum 01.04.2017 deswegen, weil die angeführten Studien vor dem Hintergrund der

bisherigen zu sehen sind. Eine psychotherapeutische Behandlung war i.d.R. nach bis zu 5 bzw. bis zu 8 (AT) probatorischen Sitzungen (seit 01.04.2017: 2 bis maximal 4, verpflichtend) vom Therapeuten einzuleiten bzw. vom Patienten bei seiner Krankenkasse zu beantragen (ebenda, §23). Für eine Kurzzeittherapie konnten für die TP und die VT bis zu 25 Stunden à 50 Minuten Einzel- und/oder à 100 Minuten Gruppentherapie (seit 01.04.2017 ist die Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte von je bis zu 12 Stunden geteilt, die jeweils einzeln beantragt werden müssen). Eine AT konnte als Einzeltherapie mit über 160 Stunden, in besonderen Fällen mit bis zu 240 und 300 Stunden durchgeführt werden (seit 01.04.2017 ist die Verlängerung auf 300 Stunden à 50 Minuten die Regel, als Gruppentherapie von 80 Stunden auf 150 Stunden à 100 Minuten. Eine VT kann mit 60 Stunden à 50 Minuten als Einzeltherapie beantragt und auf 100 Stunden bzw. auf 80 Stunden à 100 Minuten Gruppentherapie verlängert werden. Seit 01.04.2017 erfolgt die Beantragung der Psychotherapien als Langzeittherapie einheitlich im Gutachterverfahren, von dem bei Verlängerungsanträgen die Krankenkassen absehen können). Wenn im begründeten Einzelfall die Überschreitung des Therapieumfangs zweckmäßig war, so galten vor dem 01.04.2017 bei der TP 100 Stunden, bei der AT 300 Stunden und bei der VT 80 Stunden als Höchstgrenze; bei Gruppentherapie entsprechend halbiert, da es sich um Doppelstunden handelt.

6.5. Weitere Behandlungsangebote seit 01.04.2017: psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung, Rezidivprophylaxe

Die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde, der psychotherapeutischen Akutbehandlung und der Rezidivprophylaxe sollen einen zeitnahen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie, „Psychotherapie-Richtlinie“). Es stehen damit jetzt Akut- und Kurzzeitbehandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die keiner aufwendigen Beantragung bedürfen. Sie dienen, im Fall der psychotherapeutischen Sprechstunde, der „Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt“ (ebenda, §11). Die psychotherapeutische Akutbehandlung kann dann im Anschluss in akuten Krisen- und Ausnahmezuständen „zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung“ und zur Entlastung durch eine kurzfristige Verbesserung der

Symptomatik eingesetzt werden (ebenda, §13). Die Rezidivprophylaxe, d.h. nach Beendigung einer Langzeittherapie, stellt eine begrenzte „ausschleichende Behandlung“ im Rahmen der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung zur Stabilisierung und Unterstützung bei „wiederauftretenden entwicklungsbedingten Herausforderungen und Krisen“ dar (ebenda, §14).

6.6. Weitere Möglichkeiten der Versorgungserbringung

Diese Studie hat die psychotherapeutische Behandlung Krebsbetroffener außerhalb dieser bisher (in 6.4. und 6.5.) beschriebenen Regelversorgung als Kassenleistung zum Gegenstand. Es wurden Psychotherapeuten befragt, die keinen Kassensitz haben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können bestimmte Maßnahmen ergreifen, um die Versorgung zu sichern, die auch Psychotherapeuten ohne Kassensitz ggf. zur Verfügung stehen, und die ich deswegen im Folgenden aufführe.

6.6.1. Ermächtigung

Approbierte Ärzte mit in der Regel abgeschlossener Facharzt-Weiterbildung und psychologische Psychotherapeuten können zeitlich befristet und in begrenztem Umfang zur ambulanten Behandlung ermächtigt werden, wenn sie in einer Einrichtung oder in einem Krankenhaus beschäftigt sind, das einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen geschlossen hat (Hartz 2014). Zur „Abwendung einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung oder um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen“ kann prinzipiell auch unabhängig von einer Krankenhausanstellung ermächtigt werden (Hartz 2014, S. 45).

6.6.2. Sonderbedarf

Die ausnahmsweise Besetzung von zusätzlichen Vertragsarztsitzen in Gebieten, die als eigentlich überversorgt ausgewiesen sind, regelt der Sonderbedarf, „...um einen zusätzlichen lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken“ (Hartz 2014, S. 61).

6.6.3. Selektivverträge

Zur Ergänzung der kollektivvertraglichen Versorgung können mit Hilfe von Selektivverträgen neue Konzepte der Versorgung von Patienten erprobt werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017). Ziel ist es, im Rahmen der Arbeit der Vertragswerkstatt der KBV, die Versorgung besonderer Patientengruppen zu optimieren und in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen bundesweit umzusetzen.

6.6.4. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V-ASV-RL)

Die Behandlung von „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen [...], schwere Verlaufsformen [...], seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen [...] und [die Erbringung] hochspezialisierter Leistungen[...]“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017a) regelt im Rahmen der Gesetzlichen Krankenkassen die ambulante spezialärztliche Versorgung. Sie schließt auch ausdrücklich onkologische Erkrankungen mit ein und betrifft somit die psychoonkologische Versorgung. Voraussetzung dieser Behandlung, die auch sektorenübergreifend durch die Ambulanzen der Krankenhäuser geleistet werden kann, ist u.a. die Überweisung durch einen Vertragsarzt, die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team und ausdrücklich „eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017a, S. 6).

6.6.5. Disease-Management-Programm (DMP Brustkrebs)

Als strukturiertes Behandlungsprogramm „[...]nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz [...]“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017c, S. 25) steht das DMP-Brustkrebs zur Verfügung. Die Grundsätze der Therapie geben einen hohen Standard für das Aufklärungsgespräch vor, das, auf die Patientin abgestimmt, über die Erkrankung und die jeweiligen Therapieoptionen zu jedem Behandlungsschritt informiert. Ausdrücklich wird Krebsbetroffenen damit „ein adäquates Eingehen auf ihre psychosoziale Situation und emotionale Befindlichkeit, somit also eine patientenzentrierte Vorgehensweise“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017c, S. 26) angeboten. Außerdem „[...] soll [...] auf die Möglichkeiten der Unterstützung durch die Selbsthilfe und spezielle Beratungseinrichtungen [...] hingewiesen [...] [und] [...] entsprechende Kontaktadressen [...] zur Verfügung gestellt werden.“ (ebenda). Auch im Rahmen der Nachsorge „soll [...] die psychosoziale Exploration, Beratung und Betreuung [...] integraler Bestandteil“ (ebenda) sein. „[...] bei Verdacht auf eine psychische Komorbidität (z.B. Angststörungen, Depression) soll die weitere Diagnostik und Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017c, S. 18).

6.7. Kostenerstattung

Da die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet sind, notwendige Behandlungsmaßnahmen rechtzeitig zur Verfügung zu stellen, gibt es weitere Möglichkeiten innerhalb der Versorgungsstruktur, auf die Patienten in akuten Krisen zurückgreifen können (Bundespsychotherapeutenkammer 2013). Im Falle einer „unaufschiebbaren“ psychotherapeutischen Behandlungsnotwendigkeit können Patienten der gesetzlichen Krankenkassen nach Paragraph 13 Absatz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) die Kostenübernahme bei einem approbierten Psychotherapeuten in einer Privatpraxis beantragen. Es ist dann notwendig, der Krankenkasse sowohl die Behandlungsnotwendigkeit (Attest vom Haus- oder Facharzt), als auch die bisher fruchtlose Suche nach einem Behandlungsplatz (in mindestens 3 bis 5 Fällen) nachzuweisen (Bundespsychotherapeutenkammer 2013).

Dieser Behandlungspfad wird möglicherweise im Rahmen der Veränderungen der Psychotherapierichtlinie, die seit 01.04.2017 in Kraft ist, gefährdet sein (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017b).

7. Methode

7.1. Studiendesign

Die Studie bestand aus einer schriftlichen Befragung mit Hilfe eines zweiteiligen Fragebogens, den die ausgewählten Psychotherapeuten mit einem Begleitschreiben und einem frankierten Rückumschlag zugeschickt bekamen, mit der Bitte, ihn zuhause auszufüllen und an die Studienzentrale in Mainz zurückzuschicken.

7.2. Erhebungsinstrument

Der erste Teil des Fragebogens war bereits in einer qualitativen und quantitativen Studie (bei psychoonkologisch tätigen Psychotherapeuten mit Kassensitz) eingesetzt worden (Singer et al. 2017a). Er wurde übernommen, wie er im Rahmen eines Projekts der PSO (Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.) und der dapo (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.) in den Jahren 2015 und 2016 entwickelt worden war. Damit wurden erfasst:

- Qualifikation der Psychotherapeuten, demographische Daten

- Spektrum der Ratsuchenden
- Rahmenbedingungen der Praxis
- Arbeitsorganisation und Leistungsangebot
- Finanzierung
- Kooperation mit Zuweisern, Vernetzung
- Supervision/Intervision

Der zweite Teil des Fragebogens wurde für diese Studie neu entwickelt. Bei der Fragenerstellung hat mich die psychoonkologische Standardliteratur inspiriert (Meerwein und Bürgin 2000; Weis und Alexander 2013) sowie die Themen, die in den qualitativen Interviews der vorherigen Studie angesprochen worden waren (Singer et al. 2017a). Dabei ist eine Sammlung von 45 geschlossenen Fragen entstanden, die mit Hilfe einer Bewertungsskala zu beantworten waren (0-trifft gar nicht zu; 1-trifft eher nicht zu; 2-teils/teils; 3-trifft eher zu; 4-trifft völlig zu). Ohne die Fragen zu ordnen oder zunächst auf Redundanzen zu prüfen, habe ich diese per Email am 25.07.2016 im Rahmen eines Pilotierungsdurchlaufs an 51 mir persönlich bekannte psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit der Bitte um Beantwortung und gegebenenfalls Kommentierung geschickt. In dieser Pilot-Stichprobe befanden sich nur Psychotherapeuten, die ihren Schwerpunkt nicht in der Arbeit mit Krebspatienten sehen und die nicht in der Liste des KID (Krebsinformationsdienst) eingetragen sind.

Ich habe nach dem Rücklauf von über 80% dann 21 Fragen ausgewählt, indem ich, neben meiner Einschätzung der Relevanz, anhand der erzielten Polarisierung im Antwortmuster auf die Prägnanz der Fragestellung geschlossen habe. Dieser zweite Teil wurde im Layout dem ersten Teil des Fragebogens angepasst und mit wenigen Worten, die das Thema der Position als Psychotherapeut eingeführt haben, angefügt.

7.3. Einschlusskriterien

Psychotherapeuten konnten in die Studie eingeschlossen werden, wenn die folgenden Kriterien zutrafen:

- Approbation
- Niederlassung in einer Praxis
- keine Zulassung im Rahmen eines Kassensitzes
- psychotherapeutische Arbeit mit Krebsbetroffenen

7.4. Zusammenstellung der Stichprobe

Ich habe eine repräsentative Zufallsstichprobe angestrebt. Dazu habe ich die Psychotherapeutenliste des Krebsinformationsdienstes genutzt und systematisch nach Postleitzahlen bundesweit durchsucht. Doppelungen mit angeschriebenen Psychotherapeuten der vorherigen Studie (Singer et al. 2017a) wurden ausgeschlossen und 133 Psychotherapeuten per Zufall ausgewählt.

7.5. Datenerhebung

Die Psychotherapeuten erhielten Ende Oktober 2016 den Fragebogen sowie einen frankierten Rückumschlag mit einem Anschreiben per Post, in dem sie über den Zweck der Studie informiert und um die Teilnahme gebeten wurden. Jeder Fragebogen enthielt die Nummer (ID) des Psychotherapeuten, um den Rücklauf pseudonymisiert kontrollieren zu können. Die Rückumschläge waren mit einem Barcode versehen, um den Rücklauf über die Poststelle der Universitätsmedizin Mainz sicherzustellen. Den Psychotherapeuten wurde im Anschreiben das Angebot gemacht, die Befragung auch telefonisch durchführen zu können, wovon jedoch niemand Gebrauch machte. Wenn innerhalb von 14 Tagen keine Rücksendung des Fragebogens erfolgt war, fragte ich im Zeitraum vom 14. bis 29. November telefonisch nach und bat um die Mitarbeit. Die Kontaktaufnahme erfolgt in einzelnen Fällen auch über Praxismitarbeiter, Angehörige oder per Email; in einigen Fällen wurden auf dem Postweg verlorengegangene Fragebögen, z.B. wenn sich die Praxisanschrift geändert hatte, auf Bitte der Therapeuten erneut versandt. Bis zum 20.12.2016 gingen alle ausgefüllten Fragebögen am Institut ein und am 31.12.2016 wurde die Datenbank geschlossen.

7.6. Dateneingabe und –Auswertung

Die Daten wurden in das Statistikprogramm STATA eingegeben. Anschließend kontrollierte ich durch sogenannte Plausibilitäts-Checks, ob alle Daten korrekt eingegeben waren. Alle Variablen wurden zunächst deskriptiv ausgewertet, bevor Gruppenvergleiche nach vorher festgelegten Kriterien (Schwerpunkt- vs. Nicht-Schwerpunktpraxen) erfolgten.

8. Ergebnisse

8.1. Teilnahmequote

Insgesamt 77 der 133 angeschriebenen Psychotherapeuten haben ihren Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt. Das entspricht einer **Teilnahmequote** von 57%. 24 angeschriebene Psychotherapeuten (18%) haben die Teilnahme abgelehnt bzw. den Fragebogen nicht zurückgeschickt. Für die Ablehnung wurden unter anderem geringe Motivation (n=7), zeitliche Gründe (n=3) oder die eigene Belastung (n=1) angegeben. 30 Psychotherapeuten (22%) waren weder schriftlich (postalisch oder per Email), noch telefonisch erreichbar, trotz 2- oder 3-maliger Kontaktversuche. 2 Psychotherapeuten waren verstorben.

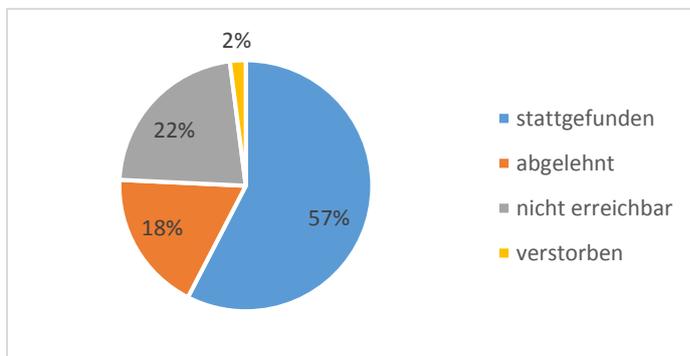


Abbildung 1. Teilnahme an der Studie (% angeschriebene Psychotherapeuten)

Im Rahmen einer weiteren Prüfung der Eligibilität wurden weitere 20 Teilnehmer aus der Studie ausgeschlossen, mangels Approbation (n=15) oder weil eine Niederlassung mit Kassensitz (n=5) bestand.

Letztlich konnten dadurch die Angaben von **57 Psychotherapeuten** ausgewertet werden.

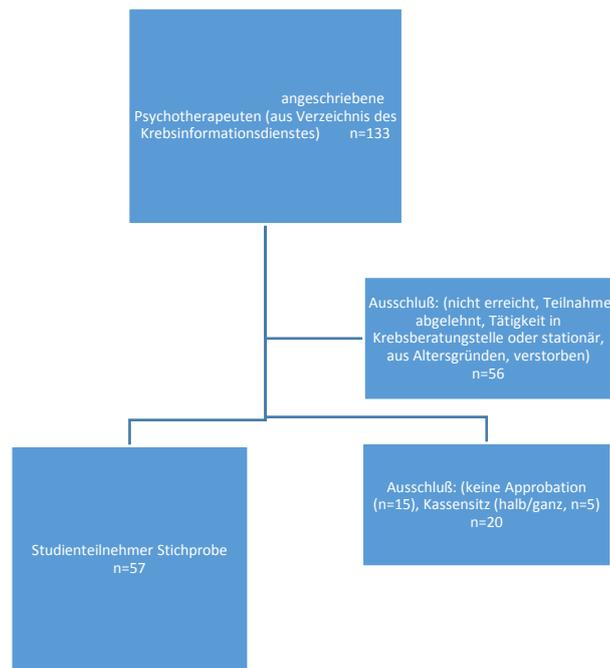


Abbildung 2: Prüfung der Eligibilität

8.2. Die äußeren Bedingungen der psychotherapeutischen Praxen

Die Ergebnisse, die Rückschlüsse auf die äußeren Rahmenbedingungen der Arbeit der Psychotherapeuten erlauben, umfassen Charakteristika der Praxen und der Psychotherapeuten, ihrer beruflichen Tätigkeit mit Krebsbetroffenen und ihrer Arbeitsorganisation.

8.2.1. Anteil von Krebsbetroffenen in der Behandlung

Der Anteil der Krebsbetroffenen in der Behandlung der Psychotherapeuten lag zwischen minimal 0% und maximal 100%, im Durchschnitt bei 41% (Std. Dev. 31%, Median 40%). 26 Psychotherapeuten (45%) gaben an, in ihrer Praxis mindestens 50% Krebsbetroffene zu behandeln (Schwerpunktpraxen) und 29 Psychotherapeuten (51%) weniger als 50%; 2 Psychotherapeuten (4%) haben hierzu keine Angaben gemacht und wurden zu den Nicht-Schwerpunktpraxen gerechnet.

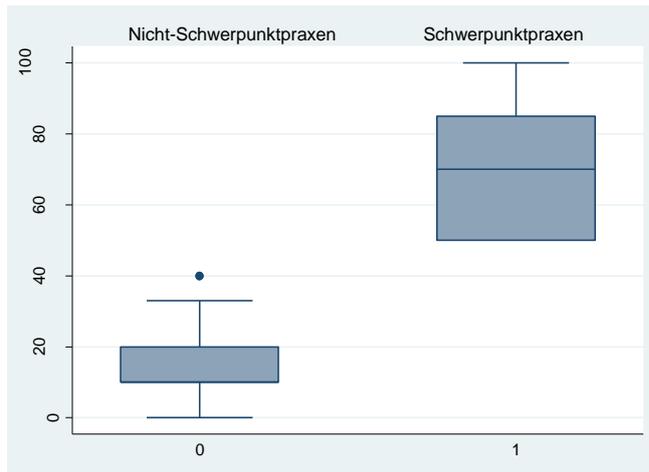


Abbildung 3: Anteil Krebspatienten in Nicht-Schwerpunkt- vs. Schwerpunktpraxen (%)

8.2.2. Charakteristika der Praxen

Die Praxen lagen in **Orten** mit zwischen 4000 und 3.5 Millionen Einwohnern (Mittelwert: 743.905, Median 320.000). 64% der Praxen lagen in Orten, deren Einwohnerzahl die 50.000 überschritt und nur 36% der Praxen in kleineren Orten. Dabei fiel auf, dass sowohl die Mehrzahl der Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen (65%) in diesen größeren Orten niedergelassen war, als auch die Mehrzahl der Psychotherapeuten in Nicht-Schwerpunktpraxen (66%).

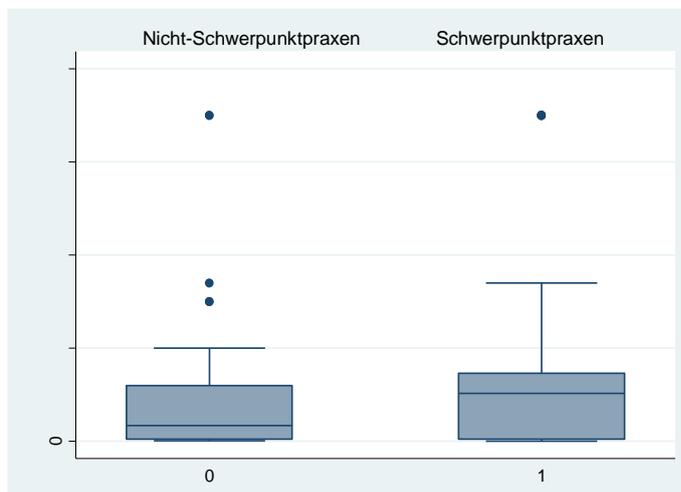


Abbildung 4: Einwohnerzahl des Ortes der Praxisniederlassung; Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen

Wenn Psychotherapeuten mit ihren Praxen in Orten mit weniger als 50.000 Einwohnern niedergelassen waren, so lag die nächstgelegene größere Stadt im Durchschnitt 18km entfernt (Std. Dev. 12km, min. 4km, max. 40km, Median 16km). Diese Orte hatten zwischen 50.000 und 1,2 Millionen Einwohner (Mittelwert: 351.826, Median 210.000).

8.2.3. Charakteristika der Psychotherapeuten

81% der Psychotherapeuten waren Frauen. 60% aller Befragten waren über 50 Jahre alt. Im Durchschnitt lag das **Alter** bei 51,7 Jahren (Std. Dev. 10,5 Jahre, min. 31 Jahre, max. 78 Jahre, Median 52 Jahre). Die Frauen waren im Vergleich jünger als ihre männlichen Kollegen ($p=0,01$). Sie hatten ein Durchschnittsalter von 49,8 Jahren (Std. Dev. 9,9 Jahre, min. 31 Jahre, max. 78 Jahre, Median 50 Jahre), während die Männer durchschnittlich 59,7 Jahre alt waren. (Std. Dev. 9,5 Jahre, min. 41 Jahre, max. 70 Jahre, Median 61 Jahre).

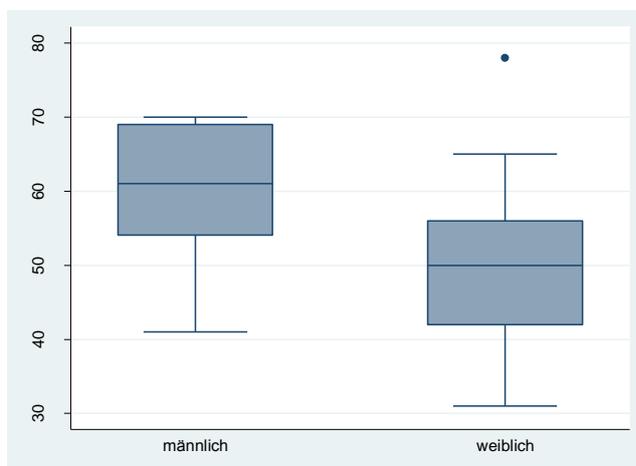


Abbildung 5: Alter und Geschlecht der Psychotherapeuten

Die meisten, d.h. 30 Psychotherapeuten (54%), haben ihre **Approbation** im Jahr 2000 oder danach erhalten. 14 Psychotherapeuten (25%) haben die Approbation vor 1999 und 9 Psychotherapeuten (16%, 8 davon als Psychologe) im Jahr 1999 erhalten, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes über die Berufe des Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz, PsychThG). 95% der Befragten haben Angaben zum Zeitpunkt ihrer Approbation gemacht.

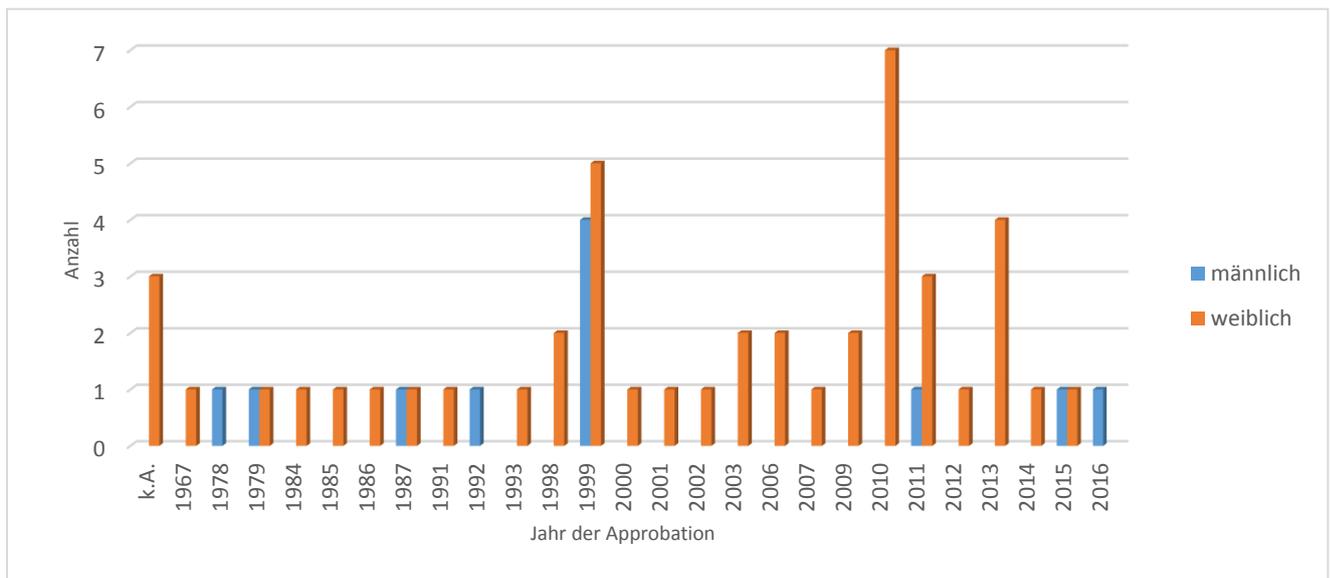


Abbildung 6: Jahr der Approbation

Was die **Ausbildung und die berufliche Qualifikation** betrifft, haben 74% der Psychotherapeuten Psychologie studiert und abgeschlossen, von den weiblichen Befragten sogar 77%. 25% der Psychotherapeuten haben ein Medizinstudium abgeschlossen, von den männlichen Befragten 36%, von den weiblichen 22%.

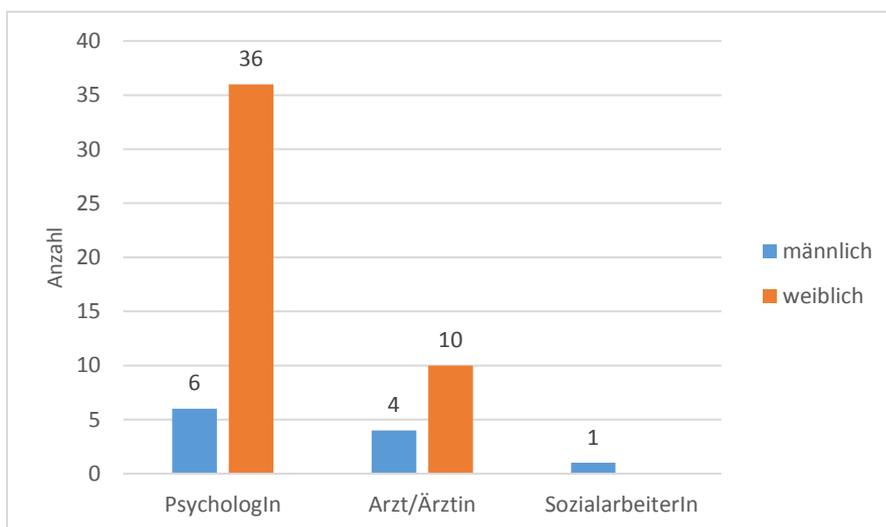


Abbildung 7: Geschlechterverteilung Berufsabschlüsse

Es gab dabei keine Hinweise auf Unterschiede in der Geschlechterverteilung bei den Psychologen ($p=0,1$) oder bei den Ärzten ($p=0,3$). Ein einzelner psychoonkologischer Psychotherapeut in der Studie war als Sozialarbeiter approbiert (2%).

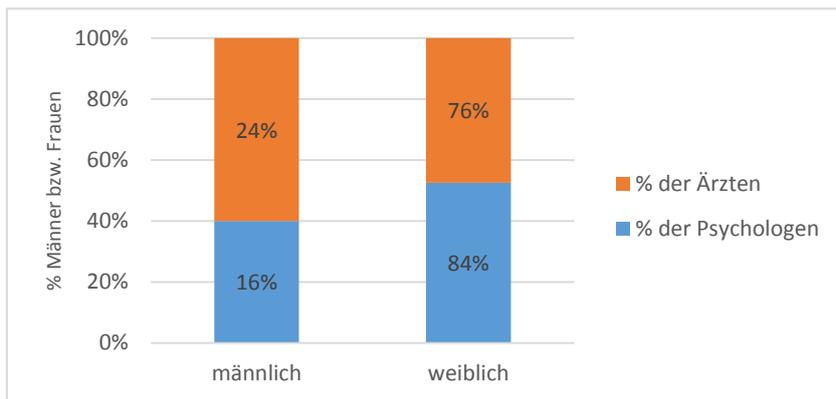


Abbildung 8: Geschlechterverteilung Ärzte und Psychologen

Der Vollständigkeit halber möchte ich erwähnen, dass 11% der Befragten **weitere berufliche Qualifikationen** angaben: Erziehungswissenschaftler (n=1, m.), Bankkauffrau (n=1, w.), Einzelhandelskauffrau (n=1, w.), Erzieherin (n=1, w.) Krankenschwester (n=1, w.) und Physiotherapeut (n=2, w.).

Eine **abgeschlossene Facharztausbildung** hatten 71% der Ärzte (n=10). Keiner befand sich in einer noch nicht abgeschlossenen Facharztausbildung. Je 2 waren Fachärzte für Psychosomatische/Psychotherapeutische Medizin (w.), Allgemeinmedizin (w.), Innere Medizin (m.) und Radiologische Diagnostik/Strahlentherapie (m.,w.). Je einmal vertreten waren Fachärzte für Psychiatrie (w.), Gynäkologie (w.), Arbeitsmedizin (w.), Anästhesiologie (w.), Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (w.) und Urologie (m.) (Mehrfachnennungen waren möglich). Einmal lag ausschließlich die Zusatzbezeichnung Psychotherapie (m.) vor.

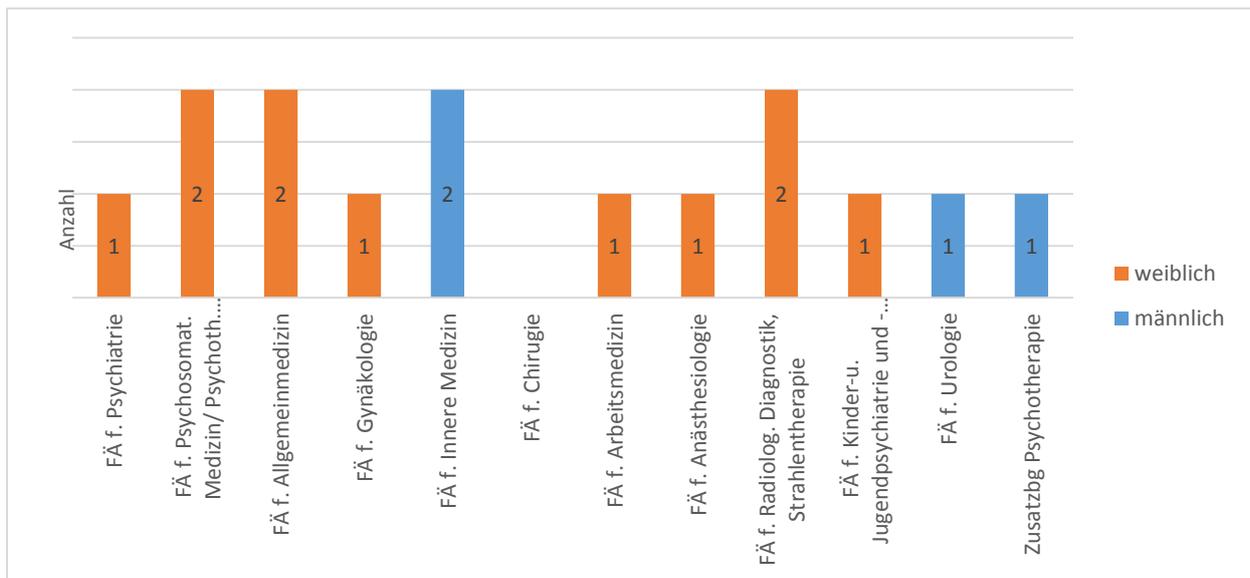


Abbildung 9: Facharzttitel (Anzahl der Ärzte)

Als **psychotherapeutische Weiterbildung** wurde in den meisten Fällen (n=37; 67%) eine verhaltenstherapeutische Aus- bzw. Weiterbildung genannt. Die meisten Verhaltenstherapeuten waren Psychologen (71%). Im Vergleich dazu haben nur 36% der Psychotherapeuten (n=21) eine tiefenpsychologische Ausbildung, numerisch fast gleich viele Psychologen (n=11) wie Ärzte (n=10), allerdings mit einem statistischen Unterschied ($p=0,01$). Weniger oft, und ausschließlich von Psychologinnen, wurde eine abgeschlossene Gesprächspsychotherapieausbildung (11%, n=6 (w.); noch nicht abgeschlossen: n=1 (w.)) angegeben. Eine einzige (psychologische) Psychotherapeutin gab eine analytische Ausbildung an (2%). Außerdem hatten 9% der Psychotherapeuten (n=6) eine systemische Ausbildung (davon 2/3 w.), 3% Psychotherapeuten (n=2) eine Gestaltpsychotherapieausbildung (m./w.) und keiner, bei der Möglichkeit der Mehrfachnennung, eine interpersonelle Ausbildung.

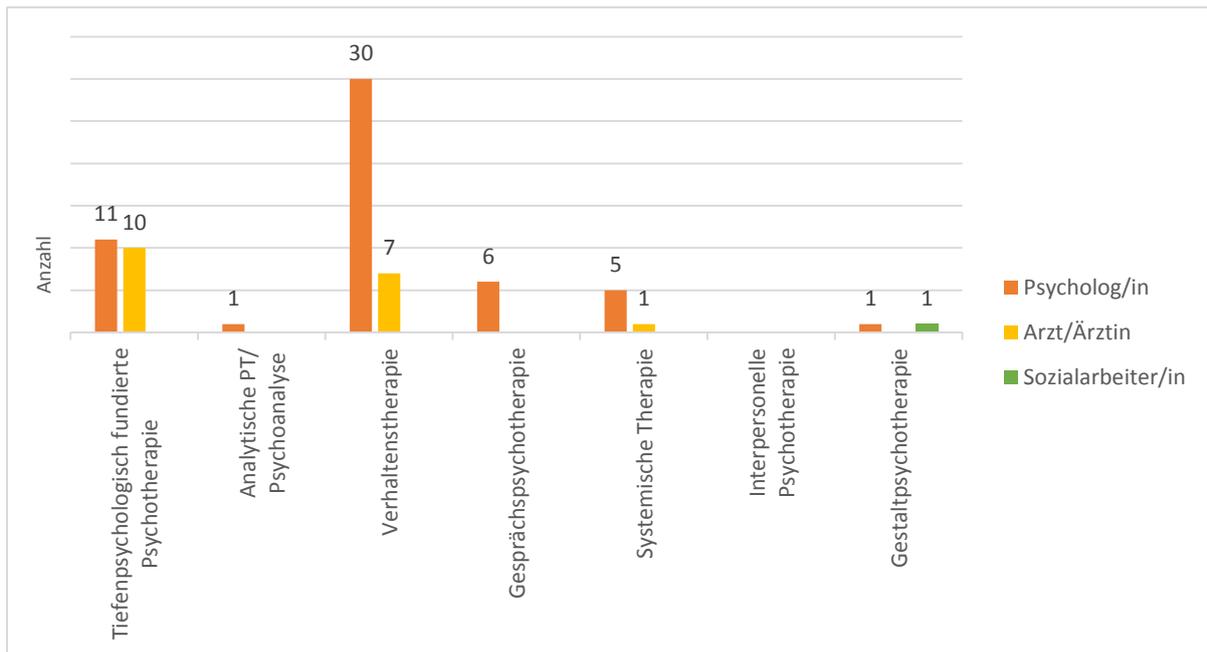


Abbildung 10: Psychotherapierichtung (Anzahl der Psychotherapeuten)

Alle befragten Psychotherapeuten (100%) haben eine von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) anerkannte Fortbildung angegeben und Zweidrittel (65%) außerdem den Besuch einer oder mehrerer weiterer **psychoonkologischer Fortbildungen**. Es gab keine Hinweise auf Unterschiede zwischen den Berufsgruppen.

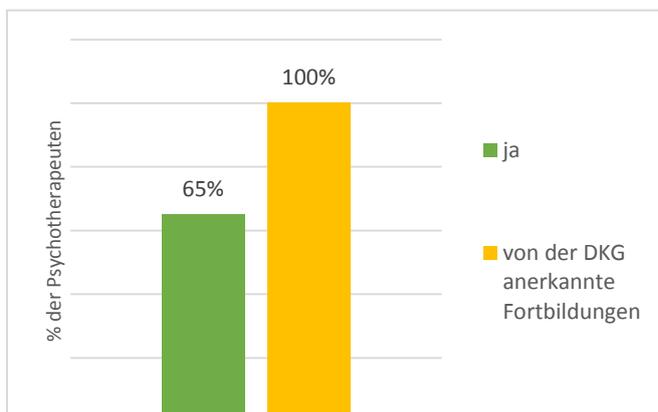


Abbildung 11: Besuch von psychoonkologischen Fortbildungen (anerkannt von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) bzw. andere: „ja“)

Über die Hälfte derer, die weitere Fortbildungen besucht haben (57%), haben insgesamt mindestens 50 bis mehr als 100 Unterrichtseinheiten absolviert. Nur ein geringerer Teil derer, die Fortbildungen, neben den von der DKG anerkannten, besucht haben, hat weniger als 25 Unterrichtseinheiten angegeben (14%).

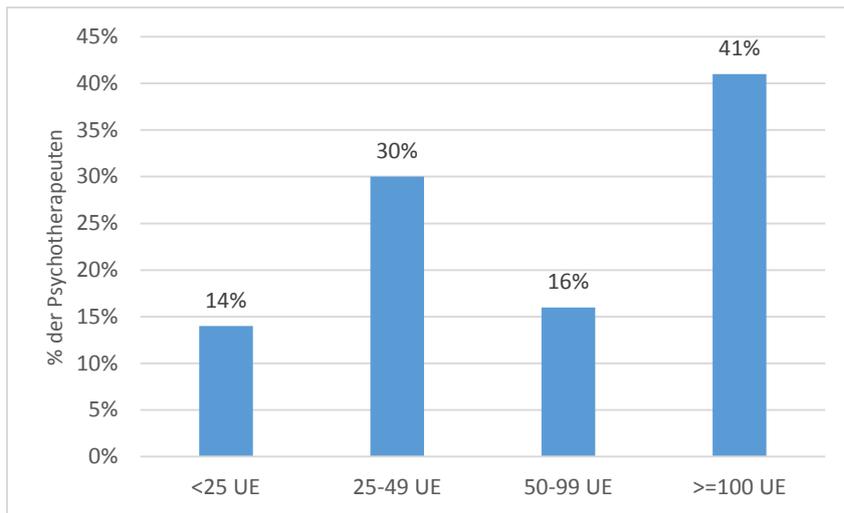


Abbildung 12: Anzahl der Unterrichtseinheiten (UE), neben der von der Deutschen Krebsgesellschaft anerkannten Fortbildung (UE à 45min)

Ein größerer Teil der Psychotherapeuten hat sich jeweils **Berufsverbänden und Fachgesellschaften** angeschlossen, wie dapo (39%), PSO (31%), DGVT (14%), BDP (12%) oder DGPT. Insgesamt wurden 16 weitere Berufsverbände angegeben, in denen die Befragten Mitglieder waren. (Verzeichnis der Abkürzungen auf der folgenden Seite)

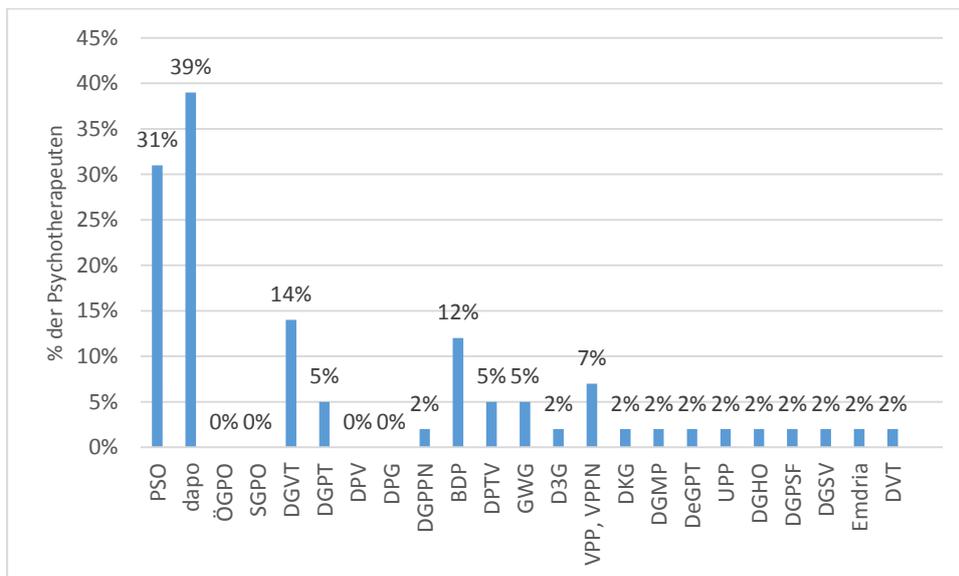


Abbildung 13: Mitgliedschaft in Berufsverbänden und Fachgesellschaften (Abk. in folgender Tabelle 1)

BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
dapo	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.
DGMP	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie
DGPSF	Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V.
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DGSV	Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching e. V.
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
DPG	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V.
DPTV	Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V.
DVT	Deutsche Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.
D3G	Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie e.V.
Emdria	Fachverband für Anwender der psychotherapeutischen Methode Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).
GWG	Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.
ÖGPO	Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie e.V.
PSO	Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
SGPO	Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie
UPP	Positive Psychologie
VPP /VPPN	Verband Psychologischer Psychotherapeuten

Tabelle 1: Abkürzungen Berufsverbände und Fachgesellschaften

8.2.4. Tätigkeit im psychoonkologischen Bereich

Mehr als die Hälfte der befragten Psychotherapeuten (57%) hat angegeben, **schwerpunktmäßig mit Krebspatienten** zu arbeiten.

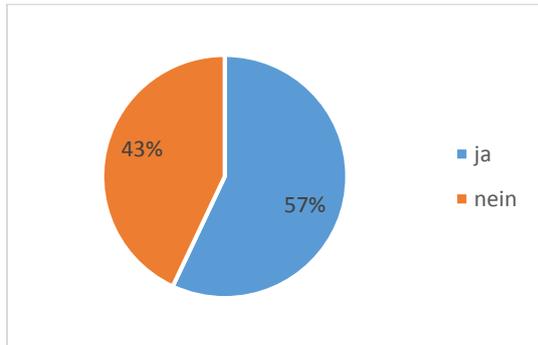


Abbildung 14: Schwerpunktmäßige Arbeit mit Krebspatienten; % der Psychotherapeuten

Für diese Studie habe ich, wie schon erwähnt, zwischen den Psychotherapeuten unterschieden, die mindestens oder aber weniger als 50% Krebspatienten, bezogen auf alle ihre Patienten, behandelten. 96% der Psychotherapeuten, die mindestens zu 50% Krebsbetroffene behandeln, gaben an, dies schwerpunktmäßig zu tun. 4% hatten mindestens 50% Krebsbetroffene unter ihren Patienten, haben sich aber nicht als schwerpunktmäßig tätig definiert. Ein Viertel der Befragten (24%), deren Arbeit schwerpunktmäßig mit Krebsbetroffenen war, hat angegeben, dass weniger als 50% ihrer Patienten Krebsbetroffene waren.

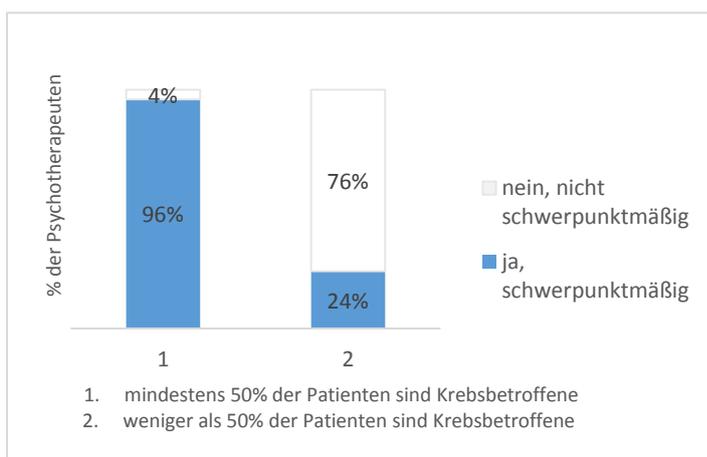


Abbildung 15: Schwerpunktmäßige Arbeit bzw. % Krebsbetroffene in der Praxis; % der Psychotherapeuten

94% aller Psychotherapeuten, die angaben, schwerpunktmäßig mit Krebspatienten zu arbeiten, taten das generell beruflich seit mindestens 5 Jahren (im Durchschnitt 15,2 Jahre, Std. Dev. 9,49 Jahre, min. 1,5 Jahre, max. 40 Jahre, Median 15 Jahre).

55% der befragten Psychotherapeuten arbeiteten seit mindestens 5 Jahren **in einer niedergelassenen Praxis schwerpunktmäßig** mit Krebspatienten (im Durchschnitt 7,8 Jahre, Std. Dev. 7,13 Jahre, min. 1 Jahr, max. 25 Jahre, Median 5 Jahre). Es bestand dabei kein Unterschied zwischen Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen und in Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,07$).

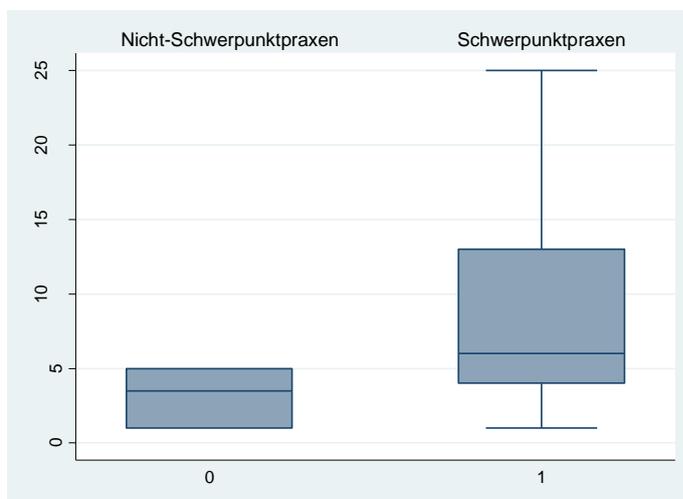


Abbildung 16: Zeitdauer der schwerpunktmäßigen Arbeit mit Krebspatienten in der Praxis (Jahre); Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen

Die **wöchentliche Arbeitszeit** in der psychoonkologischen Versorgung in der Praxis lag im Durchschnitt bei 7,6 Stunden pro Woche (Std. Dev. 6 Std, min. 0 Stunden/Woche, max. 25 Stunden/Woche, Median 6 Stunden/Woche). In den psychoonkologischen Schwerpunktpraxen lag die psychotherapeutische, psychoonkologische Arbeitszeit mit durchschnittlich 10,7 Stunden pro Woche signifikant höher (Std. Dev. 5,9 Stunden; min. 2 Stunden/Woche, max. 25 Stunden/Woche, Median 10 Stunden/Woche) ($p=0,01$). Psychotherapeuten in Nicht-Schwerpunktpraxen gaben an, durchschnittlich 4,7 Stunden pro Woche psychotherapeutisch, psychoonkologisch zu arbeiten (Std. Dev. 4,5 Std, min. 0 Stunden/Woche, max. 22 Stunden/Woche, Median 3,5 Stunden/Woche).

Über ihre Praxistätigkeit hinaus war mehr als die Hälfte der Psychotherapeuten, die in Schwerpunktpraxen arbeiteten, im Konsil- und/oder Liaisondienst tätig (58%). Dem

gegenüber war das nur ein Viertel (24%) der Befragten in Nicht-Schwerpunktpraxen. Es wurde in diesem Zusammenhang kein statistischer Unterschied gefunden ($p=0,04$).

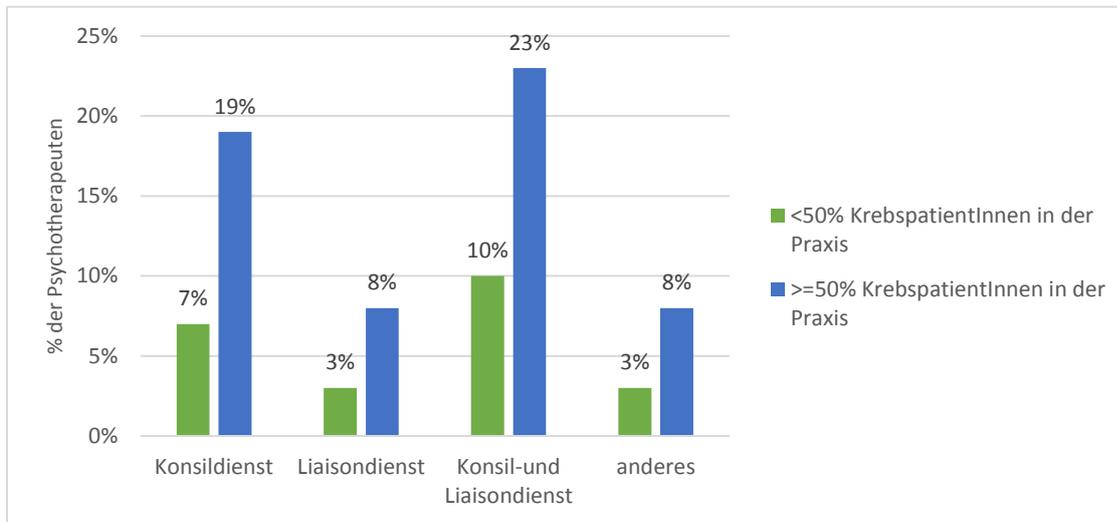


Abbildung 17: Konsil-/Liaisondienste; Nicht-Schwerpunktpraxen bzw. Schwerpunktpraxen; % der Psychotherapeuten

Durchschnittlich arbeiteten die Psychotherapeuten, im Rahmen ihrer psychotherapeutisch-psychoonkologischen Tätigkeit, 17 Stunden pro Woche zusätzlich im Krankenhaus bzw. Konsildienst (Std. Dev. 8,4 Stunden, min. 0 Stunden/Woche, max. 32 Stunden/Woche, Median 19,6 Stunden/Woche). Es gab keine Hinweise auf Unterschiede zwischen Befragten in Schwerpunkt- und in Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,88$).

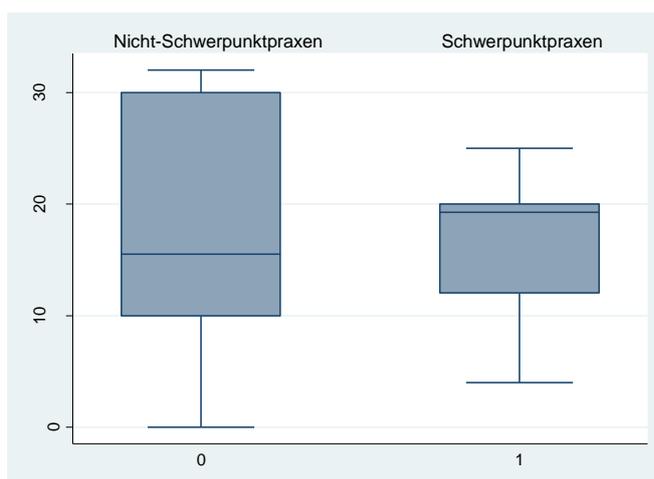


Abbildung 18: Konsil-/Liaisondienste (Stunden/Woche (h/Wo)); Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen

Die durchschnittliche **Anzahl behandelter Krebspatienten** pro Quartal lag bei 20 (min. 0, max. 200, Median 6). Meiner Einteilung der Stichprobe entsprechend wurden in den Schwerpunktpraxen, mit im Durchschnitt 35 Patienten pro Quartal, mehr

Krebspatienten behandelt (min. 2, max. 200, Median 20). In Nicht-Schwerpunktpraxen wurden durchschnittlich 7 Krebspatienten pro Quartal behandelt (min. 0, max. 72, Median 4) ($p=0,01$).

Ein **reserviertes Zeitkontingent** hielt die Hälfte der Befragten der Schwerpunktpraxen (50%) für Krebspatienten vor, während das nur ein Drittel der Psychotherapeuten in Nicht-Schwerpunktpraxen (34%) tat. Es fand sich hier aber kein Hinweis auf Unterschiede ($p=0,25$). Im Durchschnitt reservierten 42% aller Befragten Krebspatienten Zeitkontingente.

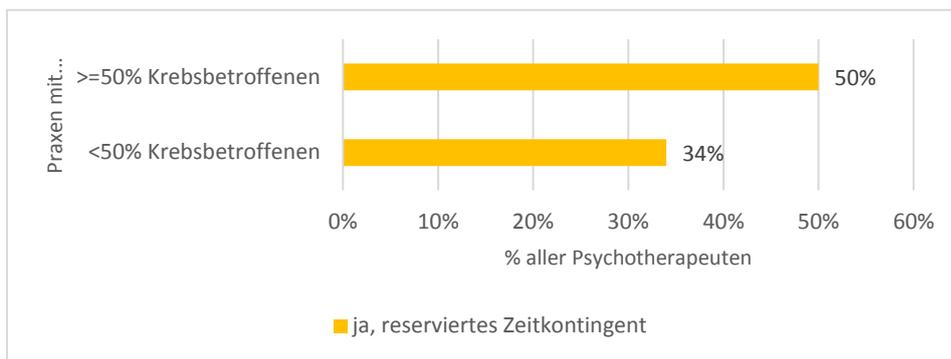


Abbildung 19: Reserviertes Zeitkontingent für Krebspatienten; Schwerpunkt- bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen

Die aktive **Präsentation der Praxis in der Öffentlichkeit bzw. per Printmedien** stellte sich unterschiedlich dar. Ein Drittel aller Psychotherapeuten stellte einen Flyer (31%) und mehr als die Hälfte (56%) eine Website zur Verfügung. Während fast die Hälfte der Befragten in Schwerpunktpraxen (46%) einen Flyer über ihre psychoonkologische Tätigkeit zur Verfügung hatte, war das nur knapp ein Fünftel in Nicht-Schwerpunktpraxen (17%). Hier fand sich ein Unterschied ($p=0,02$). Informationen über das eigene Tätigkeitsspektrum wurden offenbar gleichermaßen verstärkt über eine praxiseigene Website angeboten, denn 54% der Schwerpunktpraxen und sogar 59% der Nicht-Schwerpunktpraxen unterhielten eine solche ($p=0,73$).

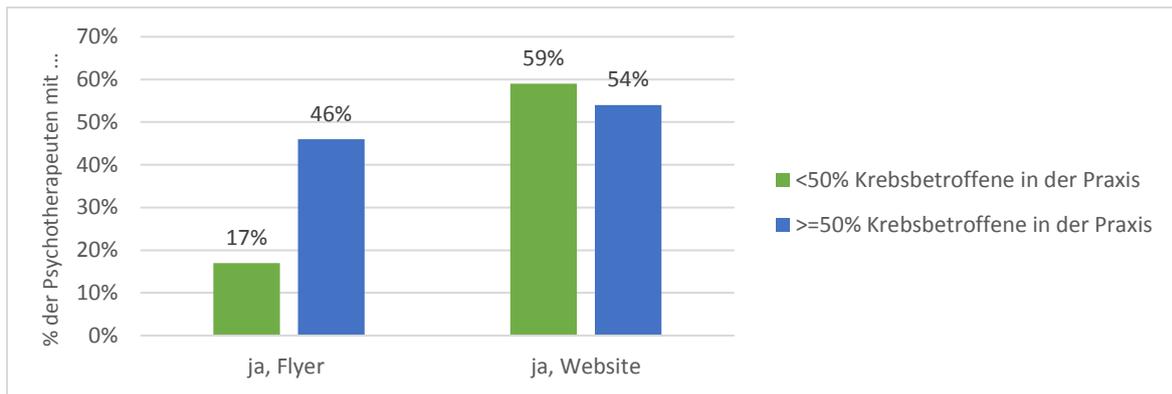


Abbildung 20: Flyer und Website zur Information über die psychoonkologische Tätigkeit; Nicht-Schwerpunkt- bzw. Schwerpunktpraxen

8.2.5. Spektrum der behandelten Krebspatienten

Am häufigsten haben die Psychotherapeuten in ihrem ganzen Berufsleben Brustkrebspatientinnen und Darmkrebspatienten behandelt und annähernd ebenso viele Lungenkrebspatienten.

Brustkrebspatientinnen wurden durchschnittlich von 45% der Befragten in mindestens 51 bis mehr als 100 Fällen behandelt. Darmkrebspatienten wurden durchschnittlich von 27% der Befragten in mindestens 51 bis mehr als 100 Fällen behandelt. Lungenkrebspatienten wurden durchschnittlich von 20% der Befragten in mindestens 51 bis mehr als 100 Fällen behandelt. Etwas seltener waren Prostatakarzinompatienten, welche durchschnittlich von 14% der Befragten in mindestens 51 bis mehr als 100 Fällen, behandelt worden waren. Annähernd ebenso groß war die Erfahrung mit Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren, die durchschnittlich von 12% der Befragten in mindestens 51 bis mehr als 100 Fällen behandelt worden waren. Die Entität mit dem kleinsten Umfang an beruflicher Erfahrung stellte Patienten mit malignem Melanom dar, die durchschnittlich nur von 6% der Befragten in mindestens 51 bis mehr als 100 Fällen behandelt worden waren.

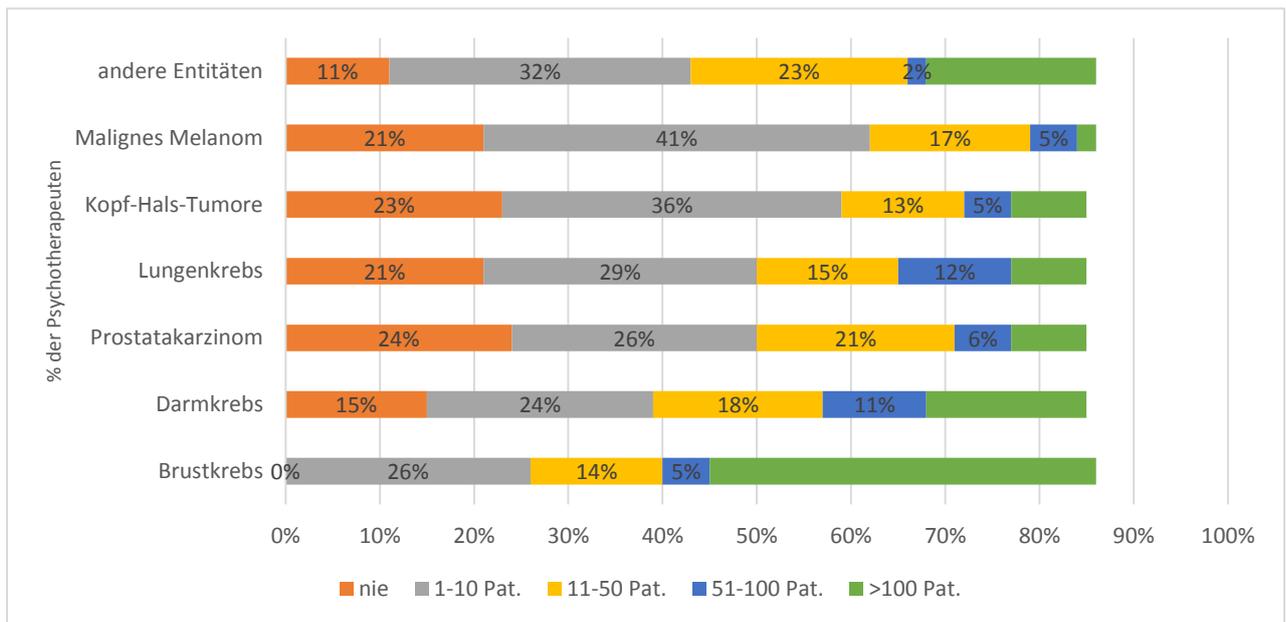


Abbildung 21: Anzahl Krebspatienten je Entität seit Anfang der psychoonkologischen Tätigkeit; % der Psychotherapeuten

Bei allen Krebsentitäten haben sich Unterschiede zwischen den Befragten in Schwerpunktpraxen und denen in Nicht-Schwerpunktpraxen gefunden, was die **Erfahrung seit Anfang der psychoonkologischen Tätigkeit** betraf, wenn nach dem Behandlungsspektrums der psychoonkologischen Tätigkeit im Lauf des gesamten Berufslebens gefragt wurde.

Die Befragten der Schwerpunktpraxen hatten sehr viel Erfahrung mit der psychoonkologischen Behandlung von **Brustkrebspatientinnen**; 77% hatten 51 bis mehr als 100 Brustkrebspatientinnen und nur 4% 1 bis 10 behandelt. Die Befragten der Nicht-Schwerpunktpraxen hatten ebenfalls viel, aber vergleichsweise weniger Erfahrung (31 % hatten 51 bis >100 Brustkrebspatientinnen behandelt und 55% nur 1 bis 10). ($p=0,01$)

Ähnlich stellte sich der Unterschied in der Behandlungserfahrung mit **Darmkrebspatienten** dar. In Schwerpunktpraxen hatte fast die Hälfte der Befragten (46%) 51 bis mehr als 100 Darmkrebspatienten im Lauf ihres psychoonkologischen Berufslebens behandelt, während in Nicht-Schwerpunktpraxen nur knapp ein Fünftel (17%) 51 bis mehr als 100 Patienten behandelt hatte. Darmkrebspatienten waren nie oder nur in 1 bis 10 Fällen in Schwerpunktpraxen (31%) bzw. in Nicht-Schwerpunktpraxen (62%) behandelt worden. ($p=0,01$)

Lungenkrebspatienten waren von mehr als einem Drittel der Befragten der Schwerpunktpraxen (35%) seit Anfang ihrer psychoonkologischen Tätigkeit in 51 bis mehr als 100 Fällen behandelt worden. In Nicht-Schwerpunktpraxen hatten halb so viele Befragte (14%) Erfahrung mit zwischen 51 und mehr als 100 Lungenkrebspatienten. Nie oder nur zwischen 1 bis 10 Lungenkrebspatienten behandelt hatten in Schwerpunktpraxen 46% der Befragten, in Nicht-Schwerpunktpraxen 72%. ($p=0,01$)

Prostatakrebspatienten waren von 23% der Befragten der Schwerpunktpraxen in mehr als 51 bis mehr als 100 Fällen behandelt worden. In Nicht-Schwerpunktpraxen hatten immerhin 7% der Befragten ebenso viel Erfahrung mit zwischen 51 bis mehr als 100 Prostatakrebspatienten. Nie oder nur zwischen 1 bis 10 Prostatakrebspatienten behandelt hatten in Schwerpunktpraxen 50% der Befragten, in Nicht-Schwerpunktpraxen 69%. ($p=0,01$)

Patienten mit **Kopf-Hals-Tumoren** waren von 28% der Befragten in Schwerpunktpraxen in mehr als 51 bis mehr als 100 Fällen behandelt worden. In Nicht-Schwerpunktpraxen hatten nur 3% der Befragten so viel Erfahrung mit zwischen 51 und 100 Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren. Nie oder nur zwischen 1 bis 10 Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren behandelt hatten in Schwerpunktpraxen 58%, in Nicht-Schwerpunktpraxen 83% der Befragten. ($p=0,01$)

Patienten mit **malignem Melanom** waren in der Gruppe der Schwerpunktpraxen von immerhin 15% der Befragten mit sehr großer psychoonkologischer Erfahrung (in mehr als 51 bis mehr als 100 Fällen) behandelt worden. In Nicht-Schwerpunktpraxen hatte keiner der Befragten so viel Erfahrung, aber 10% der Befragten hatte viel Erfahrung mit 11 bis 50 Patienten im psychoonkologischen Berufsleben. Nie oder nur zwischen 1 bis 10 Patienten mit malignem Melanom behandelt hatten in Schwerpunktpraxen 58%, in Nicht-Schwerpunktpraxen 90% der Befragten. ($p=0,01$)

Patienten mit **anderen Entitäten** waren durchschnittlich von 20% aller Befragten mit sehr viel beruflicher Erfahrung (in 51 bis mehr als 100 Fällen) seit Beginn ihrer Tätigkeit als Psychoonkologe behandelt worden (Schwerpunktpraxen 31%; Nicht-Schwerpunktpraxen 14%). Nie oder nur zwischen 1 bis 10 Patienten anderer Entitäten behandelt hatten in Schwerpunktpraxen 27%, in Nicht-Schwerpunktpraxen 71% der Befragten berufslebenslang. ($p=0,01$)

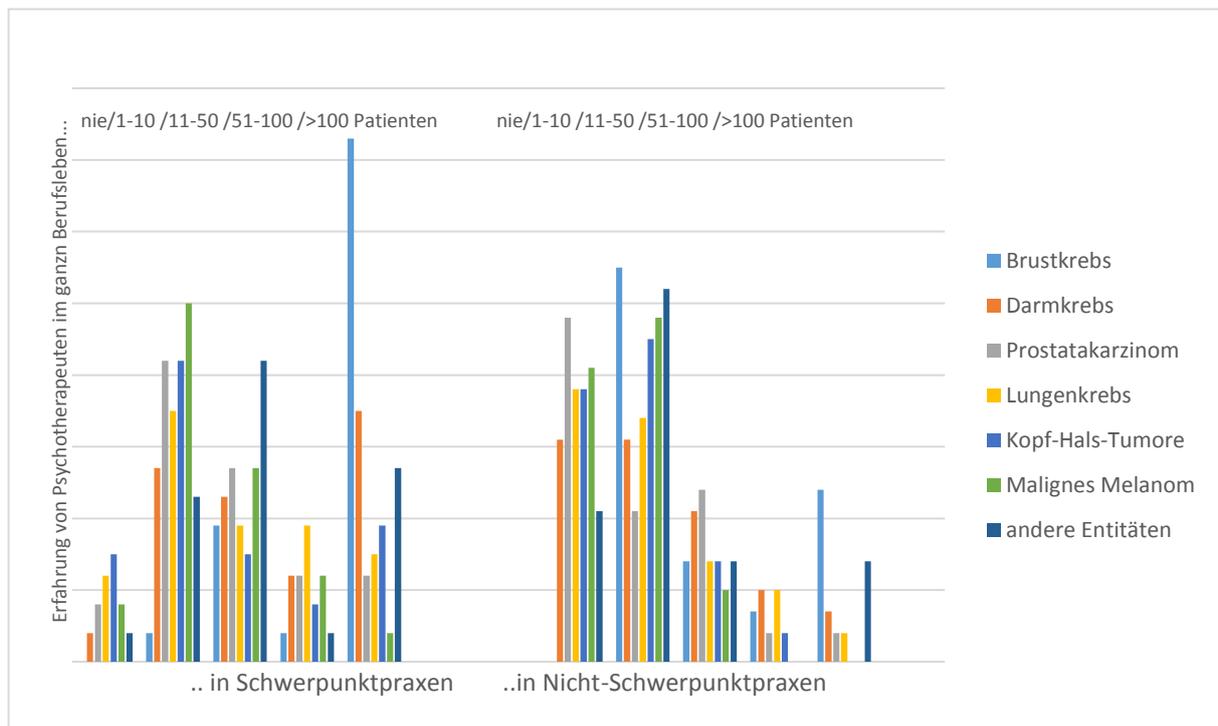


Abbildung 22: Anzahl Krebspatienten je Entität im ganzen Berufsleben; Schwerpunktpraxen bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen

8.2.6. Alter der Krebspatienten

Befragt nach der prozentualen Verteilung der Krebspatienten in drei **Altersgruppen**, machten die Psychotherapeuten in Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen ähnliche Angaben. Insgesamt waren im Mittel 10% der Patienten jünger als 30 Jahre, 69% der Patienten zwischen 31 und 60 Jahre und 21% der Patienten älter als 60 Jahre. Es fiel auf, dass die jüngeren Krebspatienten (jünger als 30 Jahre) in den Schwerpunktpraxen etwas weniger, d.h. nur zu durchschnittlich 8% vertreten waren (min. 0%, max. 30%, Median 5%) vs. 10% in allen Praxen (min. 0%, max. 60%, Median 5%). Dieser Unterschied kann zufällig sein ($p=0,3$). Die Mehrzahl der Krebspatienten (69%) war zwischen 31 und 60 Jahre alt (min. 20%, max. 100%, Median 68%); in den Schwerpunktpraxen zu durchschnittlich 71% (min. 20%, max. 100%, Median 80%) bzw. 68% in den Nicht-Schwerpunktpraxen (min. 30%, max. 100%, Median 60%). Keine Unterschiede fanden sich beim Anteil der über 60 jährigen Patienten, die in Schwerpunktpraxen durchschnittlich 21% der Krebspatienten ausmachten (min 0%, max. 70%, Median 15%) und 20% in den Nicht-Schwerpunktpraxen (min. 0%, max. 60%, Median 20%).

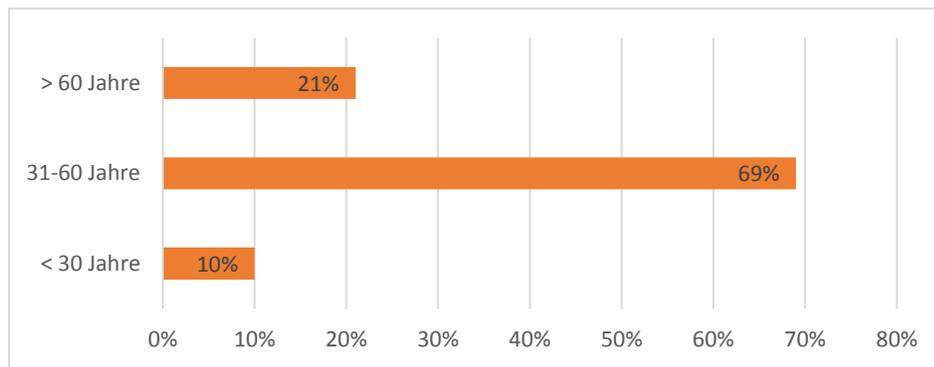


Abbildung 23: Altersverteilung der Krebspatienten

8.2.7. Zeitpunkt und Krankheitsphase des Behandlungsbeginns

Am häufigsten kamen Krebspatienten während oder nach der **Akutbehandlung** in die psychoonkologische Behandlung (durchschnittlich bei 40% der Psychotherapeuten; bei 42% in Schwerpunktpraxen und 38% in Nicht-Schwerpunktpraxen). Schon während der Akutbehandlung kamen sie bei 20% der Befragten am häufigsten zum ersten Mal in die psychoonkologische Behandlung (bei 19% der Schwerpunktpraxen und 21% der Nicht-Schwerpunktpraxen). Nach der Akutbehandlung am häufigsten kamen sie bei durchschnittlich 38% der Befragten, sowohl in den Schwerpunkt-, als auch in den Nicht-Schwerpunktpraxen. Vor der Akutbehandlung kamen Krebspatienten nicht bis sehr selten in die psychoonkologische Praxis (bei 2% aller Befragten; 0% in Schwerpunktpraxen und 3% in Nicht-Schwerpunktpraxen). Es gab keine Hinweise auf Unterschiede zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen, was **Zeitpunkt des ersten Behandlungsbesuchs** betraf ($p=0,56$).

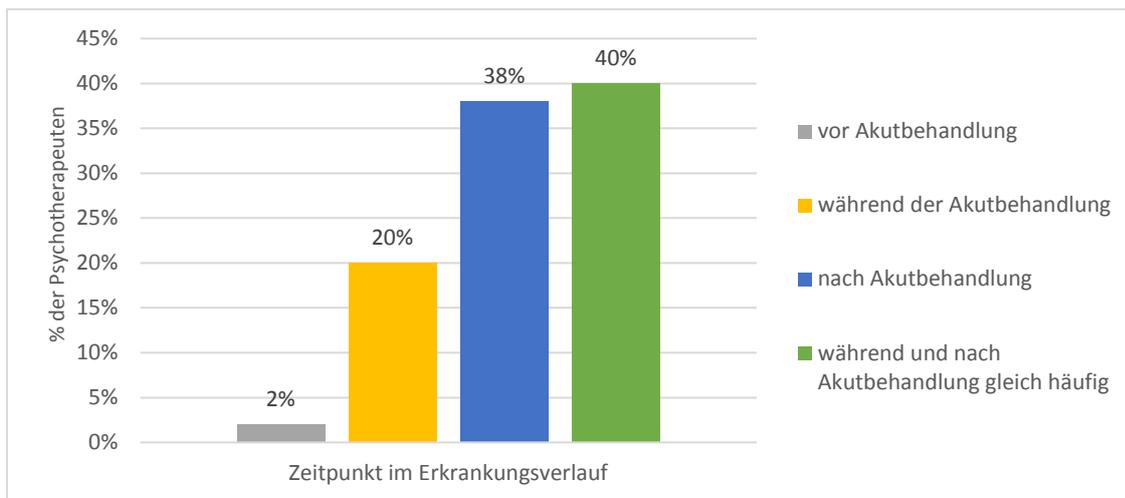


Abbildung 24: Zeitpunkt des häufigsten Aufsuchens im Behandlungsverlauf, % der Psychotherapeuten

Im **Verlauf der Krebserkrankung** kamen die Krebspatienten vor allem in den Phasen der Erstdiagnose und bei Fortschreiten in die psychoonkologische Behandlung (77%). In Schwerpunktpraxen kamen sie vor allem bei Erstdiagnose und Fortschreiten (46%), häufiger als in Nicht-Schwerpunktpraxen (24%). In Nicht-Schwerpunktpraxen kamen sie vor allem bei Erstdiagnose häufiger (52%) als in Schwerpunktpraxen (31%). Nur 9% der Psychotherapeuten gaben an, dass die Krebspatienten vor allem bei Fortschreiten der Krebserkrankung kamen (in Schwerpunktpraxen 8%, in Nicht-Schwerpunktpraxen 10%). In allen Phasen etwa gleichermaßen aufgesucht zu werden, gaben 15 % aller Befragten, unabhängig ob in Schwerpunkt- (15%) oder Nicht-Schwerpunktpraxen (14%) an. Bei keinem der Befragten kamen Krebspatienten vor allem in der (prä)terminalen Phase (0%) in die psychoonkologische Behandlung. Es fanden sich keine Hinweise, dass es einen Unterschied zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen gab, bezüglich der Phasen des Aufgesucht Werdens insgesamt ($p=0,07$).

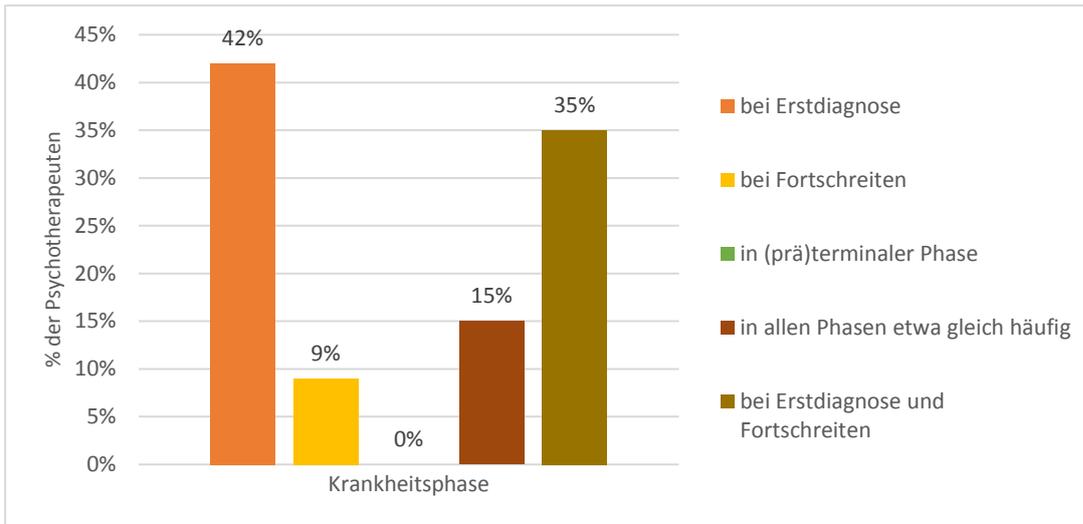


Abbildung 25: Krankheitsphase des häufigsten Aufsuchens; % der Psychotherapeuten

8.2.8. Praxisform und -Personal

In eigener Praxis arbeiteten 70% und damit die meisten Psychotherapeuten. In den psychoonkologischen Schwerpunktpraxen waren es sogar 81% der Befragten ($p=0,89$). Eine kleinere Anzahl der Befragten hatte sich in einer **Praxengemeinschaft** (14% aller Befragten; in Schwerpunktpraxen 8%, in Nicht-Schwerpunktpraxen 24%, $p=0,1$) oder in einer **Gemeinschaftspraxis** (8% aller Befragten; in Schwerpunktpraxen 4%, in Nicht-Schwerpunktpraxen 14%, $p=0,2$) zusammengeschlossen. Es gab hier keinen Hinweis auf Unterschiede zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen.

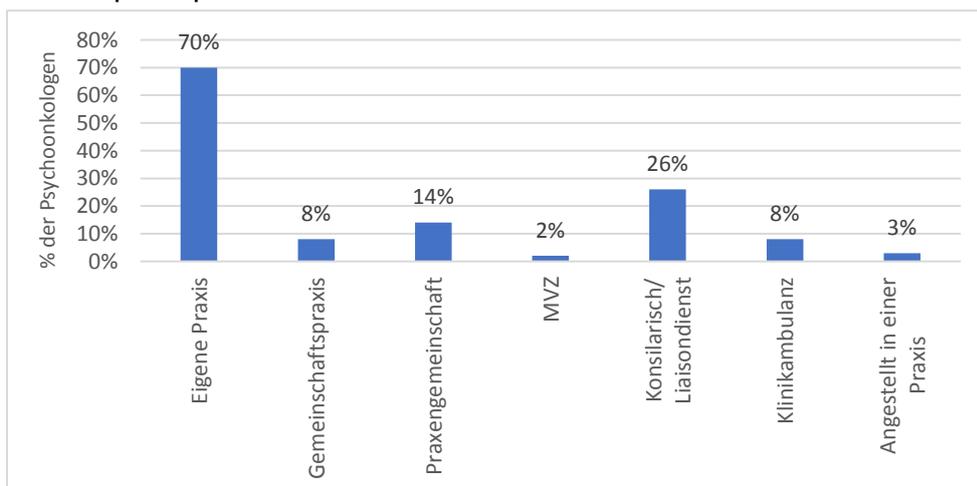


Abbildung 26: Praxisorganisationsformen (MVZ, Medizinisches Versorgungszentrum)

Gemeinschaftlich tätig waren insgesamt 6 Psychotherapeuten, jeweils zusammen mit einem, zwei oder drei psychoonkologischen Kollegen.

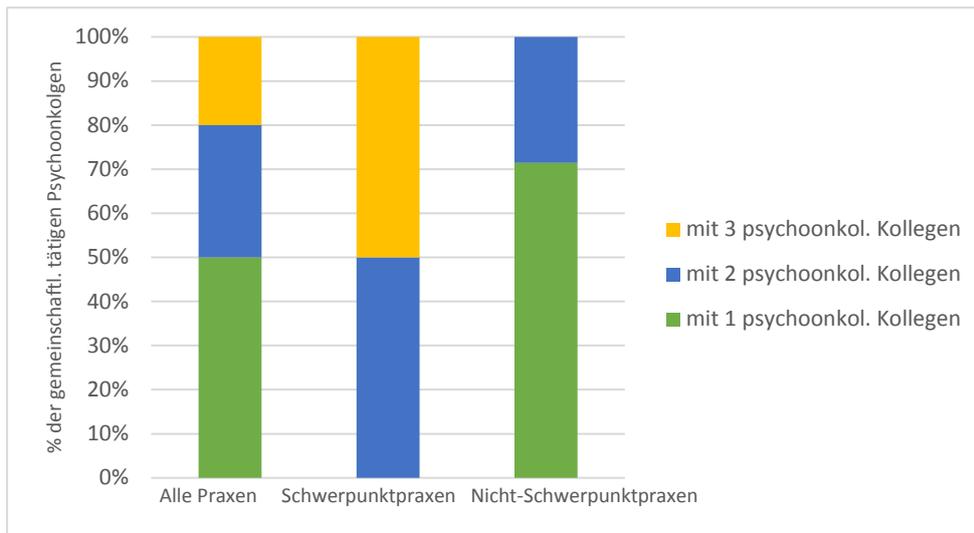


Abbildung 27: Anzahl der psychoonkologischen Kollegen, wenn gemeinschaftlich in der Praxis tätig

Angestellt in einer Praxis waren 3% aller Befragten und ausschließlich schwerpunktmäßig psychoonkologisch tätig. In einem **MVZ** war eine Befragte und ebenfalls schwerpunktmäßig tätig (1,5% aller Befragten). Zusätzlich in einer **Klinikambulanz** waren 8% aller Befragten tätig (in Schwerpunktpraxen 12%, in Nicht-Schwerpunktpraxen 7%). Eine **konsiliarische psychoonkologische** Tätigkeit gaben durchschnittlich 26% aller Befragten an (bei schwerpunktmäßiger Tätigkeit 42%, bei nicht-schwerpunktmäßiger Tätigkeit 17%).

Die überwiegende Mehrzahl der Psychotherapeuten hatte keine **Angestellten in der Praxis**. Nur 6% aller Psychotherapeuten (n=4) gab an, eine Sprechstundenhilfe oder beispielsweise stundenweise eine Sekretärin zu beschäftigen. Nie wurden Angestellte mit psychotherapeutischer oder sozialarbeiterischer Qualifikation in der Praxis beschäftigt. In 2 Fällen wurden **Praktikanten, studentische Hilfen** oder **Ausbildungskandidaten** angegeben.

8.2.9. Arbeitsorganisation

Die Zugangswege, die Wartezeit, die Organisation der Krisenintervention, der Haus- und Krankenhausbesuche, der Telefon- und Sprechzeiten sind Faktoren, die für die Versorgung von Krebspatienten eine große Rolle spielen. Unterschiede zwischen den Psychotherapeuten in Schwerpunkt- und denen in Nicht-Schwerpunktpraxen konnte ich nur vereinzelt finden.

8.2.9.1. Zugangswege

Es fanden sich Unterschiede zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen, wenn die Patienten aufgrund **eigener Recherche** die Praxis ausgewählt hatten oder

sie der **Empfehlung anderer Patienten** gefolgt waren. Beides war häufiger in Schwerpunktpraxen. Von **Kliniken, niedergelassenen Psychotherapeuten/ Psychiatern/ Psychosomatikern** oder **niedergelassenen Onkologen** oder **anderen Fachärzten** wurden Schwerpunktpraxen die Krebspatienten aber nicht signifikant häufiger zugewiesen, als Nicht-Schwerpunktpraxen. Das gleiche galt für die Vermittlung von Krebspatienten durch **Krebsberatungsstellen, Reha-Einrichtungen** und aus **Selbsthilfegruppen**. Insgesamt am häufigsten wählten, laut Einschätzung der Befragten, die Patienten selbst und durch eigene Recherche (Internet, Telefonbuch) die psychotherapeutische Praxis aus (durchschnittlich 53% oft, durchschnittlich 30% manchmal). Das war in Schwerpunktpraxen (80% oft, 19% manchmal) häufiger als in Nicht-Schwerpunktpraxen (48% oft, 48% manchmal) der Fall ($p=0,01$). Durchschnittlich 29% der Befragten gaben an, dass Patienten oft - und in durchschnittlich 42% manchmal - auf Empfehlung von anderen Patienten kamen. Das war häufiger in Schwerpunktpraxen (58% oft, 38% manchmal) als in Nicht-Schwerpunktpraxen (14% oft, 59% manchmal) der Fall ($p=0,01$).

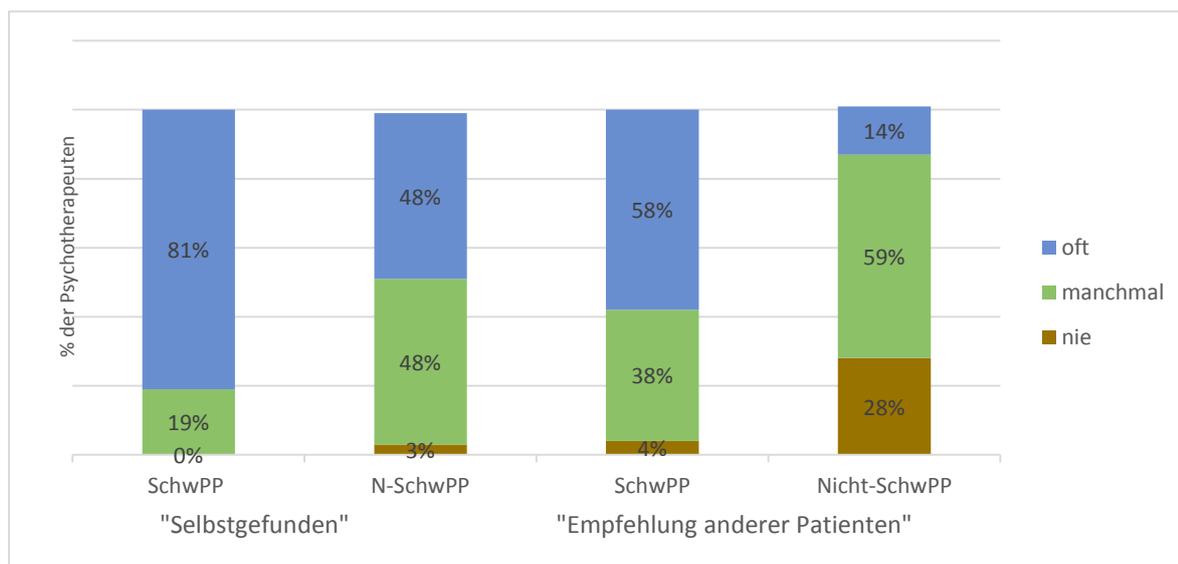


Abbildung 28: Zugangswege zur Praxis: „Selbstgefunden“ und „Empfehlung anderer Patienten“; Schwerpunktpraxen (SchwPP) bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen (Nicht-SchwPP)

Die Befragten der Schwerpunktpraxen erhielten nicht häufiger Zuweisungen von Kliniken (27% oft, 54% manchmal) als Nicht-Schwerpunktpraxen (7% oft, 62% manchmal) ($p=0,09$). Die Zuweisungen von niedergelassenen Onkologen waren in Schwerpunktpraxen ebenfalls gleich häufig (19% oft, 46% manchmal) wie in Nicht-Schwerpunktpraxen (3% oft, 48% manchmal) ($p=0,1$). Keinen Unterschied wiesen auch die Zuweisungen von anderen Fachärzten (31% oft, 42% manchmal vs. 24% oft,

48% manchmal, $p=0,72$) oder von niedergelassenen Psychotherapeuten/Psychiatern/Psychosomatikern (8% oft, 58% manchmal vs. 14% oft, 41% manchmal, $p=0,81$) auf. Von Reha-Einrichtungen wurden psychoonkologische Patienten in nur durchschnittlich 6% der Fälle oft zugewiesen, in 27% manchmal, in 53% nie. Ein Unterschied ließ sich nicht finden, obwohl Befragte in Schwerpunktpraxen doppelt so häufig (12%) Zuweisungen aus Reha-Einrichtungen als „oft“ angegeben haben als die in Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,47$). Gleich häufig wurden Krebspatienten auch von Krebsberatungsstellen (durchschnittlich 11% oft, 39% manchmal, 36% nie) vermittelt: in Schwerpunktpraxen (23% oft, 42% manchmal, 35% nie) und in Nicht-Schwerpunktpraxen (3% oft, 52% manchmal, 45% nie) ($p=0,1$). Von Selbsthilfegruppen bekamen Befragte aus Schwerpunktpraxen ebenfalls nicht häufiger Krebspatienten zugewiesen als Befragte aus Nicht-Schwerpunktpraxen (durchschnittlich 1,5% oft, 12% manchmal, 72% nie, $p=0,19$). 27% der Befragten in Schwerpunktpraxen (vs. 3% in Nicht-Schwerpunktpraxen) gaben an, manchmal durch Hinweise aus Selbsthilfegruppen aufgesucht worden zu sein. Allerdings fiel auf, wie häufig (73% in Schwerpunktpraxen vs. 93% in Nicht-Schwerpunktpraxen) angegeben wurde, dass Krebspatienten nie Hinweisen aus Selbsthilfegruppen auf die Praxen folgten.

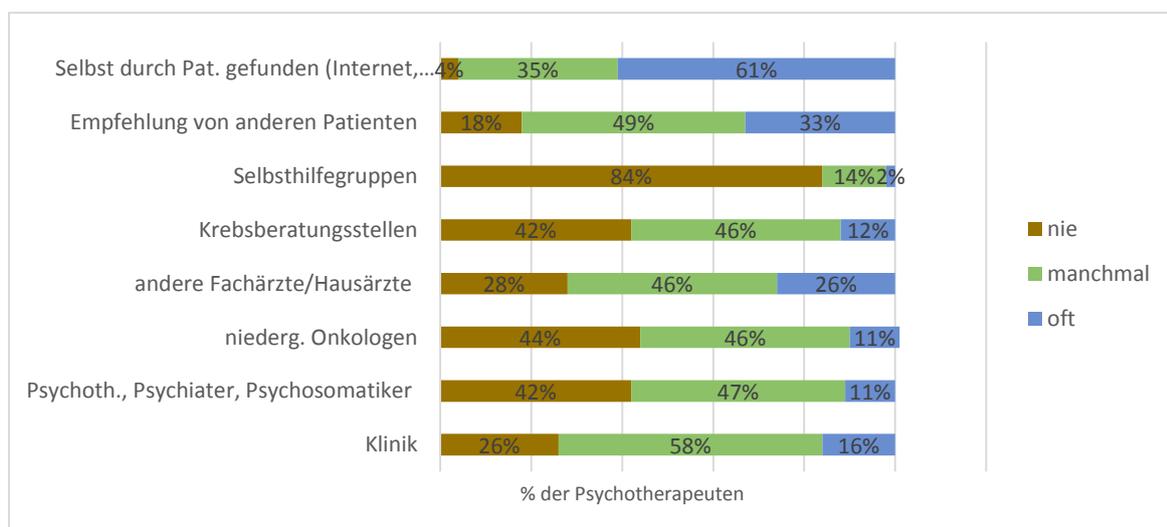


Abbildung 29: Zugangswege zur Praxis: Selbst gefunden, Empfehlung anderer Patienten, Selbsthilfegruppe, Krebsberatungsstelle, Fachärzte, Hausärzte, Onkologen, Psychotherapeuten, Psychiater, Psychosomatiker, Klinik

8.2.9.2. Wartezeiten, Abweisungen, Frequenz

Durchschnittlich warteten Krebspatienten überall, d.h. in Schwerpunkt- und in Nicht-Schwerpunktpraxen gleich lang auf eine sondierendes **Erstgespräch** (Median 8 Tage

in Schwerpunktpraxen (min. 0 Tage, max. 40 Tage) bzw. Median 7,5 Tage in Nicht-Schwerpunktpraxen (min. 0 Tage, max. 14 Tage) ($p=0,1$). Zwischen Erstgespräch und **weiterführenden therapeutischen Gesprächen** vergingen im Median 1,5 Wochen in Schwerpunktpraxen (min. 1 Woche, max. 4 Wochen) bzw. 2 Wochen in Nicht-Schwerpunktpraxen (min. 1 Woche, max. 7 Wochen). Dieser Unterschied ist signifikant ($p=0,02$).

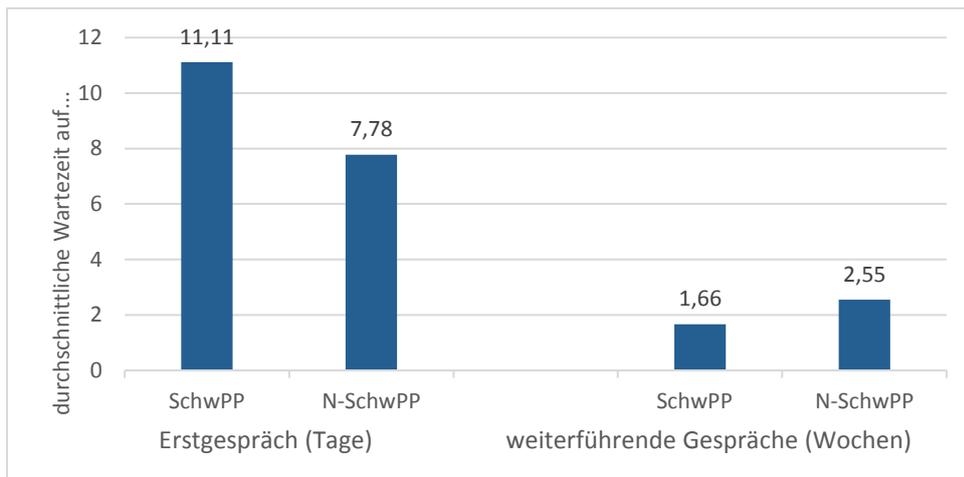


Abbildung 30: Wartezeit auf ein sondierendes Erstgespräch (Tage) bzw. weiterführende Gespräche (Wochen) (durchschnittlich); Schwerpunktpraxen (SchwPP) bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen (N-SchwPP)

Die durchschnittliche Wartezeit auf einen **Therapieplatz**, ab dem Zeitpunkt der ersten Anfrage des Patienten gerechnet, betrug bei 45% der Befragten weniger als 2 Wochen (bei 50% der Schwerpunktpraxen vs. bei 41% der Nicht-Schwerpunktpraxen, $p=0,73$). Durchschnittlich müssen Krebspatienten aber bei mehr als einem Drittel der Befragten (35%) 2 bis 4 Wochen auf den Beginn der Therapie warten (bei 23% der Schwerpunktpraxen vs. 45% der Nicht-Schwerpunktpraxen). Eine durchschnittliche Wartezeit von 1 bis 3 Monaten müssen Krebspatienten bei 13 % der Befragten in Kauf nehmen (bei 19% der Schwerpunktpraxen vs. 7% der Nicht-Schwerpunktpraxen). Nicht ungewöhnlich waren durchschnittliche Wartezeiten von 4 bis 6 Monaten bei 5% der Befragten (bei 4% der Schwerpunktpraxen vs. 7% der Nicht-Schwerpunktpraxen) oder Wartezeiten von länger als einem halben Jahr (bei 4% der Schwerpunktpraxen).

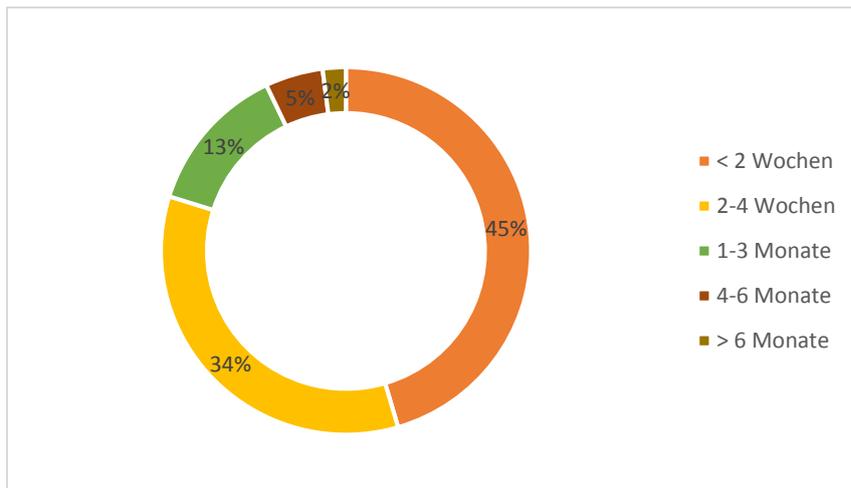


Abbildung 31: Wartezeit auf einen Therapieplatz ab Anfragedatum (durchschnittlich)

Der **Standort der Praxis** spielte keine Rolle, was die **Wartezeit auf ein Erstgespräch** betraf (in Orten ≥ 50.000 Einwohner: min. 0 Tage, max. 40 Tage, Median 8,5 Tage vs. in Orten < 50.000 Einwohner: min. 0 Tage, max. 30 Tage, Median 7 Tage; $p=0,42$). Auf ein **weiterführendes Gespräch** mussten Krebspatienten ebenfalls überall gleich lange warten (in Orten ≥ 50.000 Einwohner: min. 1 Woche, max. 6 Wochen, Median 2 Wochen vs. in Orten < 50.000 Einwohner: min. 1 Woche, max. 7 Wochen, Median 2 Wochen; $p=0,34$). Auch auf einen **Therapieplatz** war die Wartezeit überall gleich lang (in Orten ≥ 50.000 Einwohner: min. < 2 Wochen, max. > 6 Monate, Median 2-4 Wochen vs. in Orten < 50.000 Einwohner: min. < 2 Wochen, max. 4-6 Monate, Median < 2 Wochen; $p=0,64$).

Wenn eine Praxis in einem Ort mit mehr als 50.000 Einwohner lag, dann betrug die **Wartezeit auf einen Therapieplatz** bei 41 % dieser Praxen weniger als 2 Wochen bzw. bei ebenso vielen mindestens 2 bis maximal 4 Wochen. 14% dieser Befragten gaben an, dass Krebspatienten 1 bis 3 Monate und 3% dieser Befragten, dass diese 4 bis 6 Monate bzw. mehr als 6 Monate auf einen Therapieplatz warten mussten. Im Vergleich dazu mussten, in Praxisorten kleiner 50.000 Einwohner, je 11% der Krebspatienten zwischen 4 und 6 Monate bzw. mehr als 6 Monate auf einen Therapieplatz warten. Eine größere Anzahl von Praxen in Orten mit weniger als 50.000 Einwohnern konnte Krebspatienten jedoch ebenso kurzfristig mit einem Therapieplatz versorgen wie die Praxen in den Orten mit mehr als 50.000 Einwohnern (58% der Praxen mit Wartezeiten < 2 Wochen; 21% mit Wartezeiten von 2 bis 4 Wochen).

Im Mittel mussten pro Quartal 2 Krebspatienten **abgewiesen und/oder weitervermittelt** werden (min. 0, max. 20, Median 0), dabei in Orten mit mehr als 50.000 Einwohnern nicht signifikant häufiger als in Orten kleiner 50.000 Einwohnern ($p=0,77$). Es bestand kein höherer Versorgungsmangel in Schwerpunktpraxen, die im Mittel 3 Patienten pro Quartal abweisen mussten, gegenüber unter 2 in Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,27$).

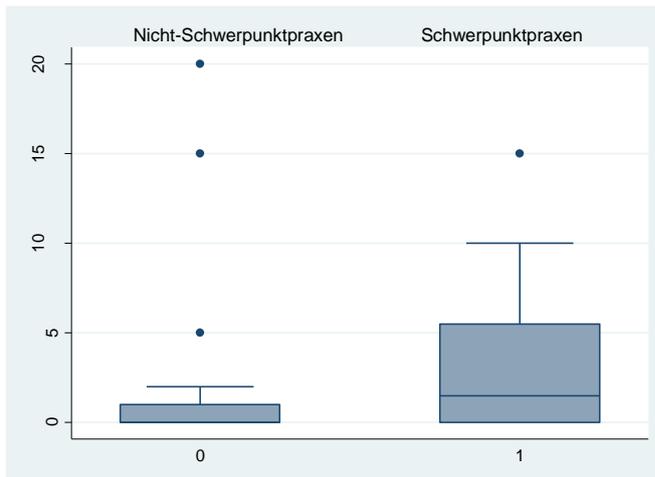


Abbildung 32: Anzahl abgewiesener und/oder weitervermittelter Krebspatienten im Quartal; Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen

Eine **kontinuierliche psychoonkologische Behandlung**, in Form von einmal wöchentlichen Terminen, nahmen durchschnittlich 52% aller Krebspatienten wahr. Es gab dabei keinen Unterschied zwischen Schwerpunktpraxen (48%) und Nicht-Schwerpunktpraxen (55%) ($p=0,38$).

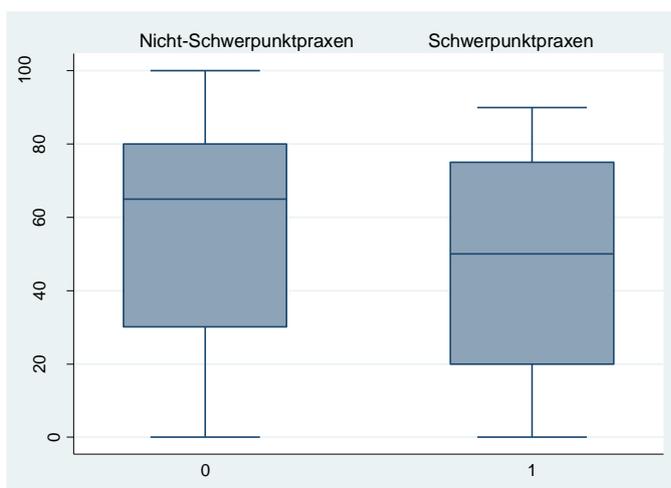


Abbildung 33: Anteil Behandlungen in wöchentlicher Frequenz; Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen

8.2.9.3. Krisenintervention

In nahezu allen Praxen war eine **Krisenintervention** integriert. Alle Schwerpunktpraxen boten ihren Krebspatienten entweder eine sehr kurzfristige Krisenintervention innerhalb von 3 Tagen (73%) oder mindestens innerhalb von 4 bis 7 Tagen (23%) an. Psychotherapeuten in Nicht-Schwerpunktpraxen standen immerhin zu 52% innerhalb von 3 Tagen oder innerhalb von 4 bis 7 Tagen (34%) zur Krisenintervention zur Verfügung. 14% gaben an, nicht bzw. nur nach mehr als 7 Tagen Gesprächstermine zur Krisenbewältigung zu vergeben, was aber in keiner Schwerpunktpraxis so der Fall war. Es bestand, was die Kurzfristigkeit der Krisenintervention betrifft, kein Unterschied zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,68$).

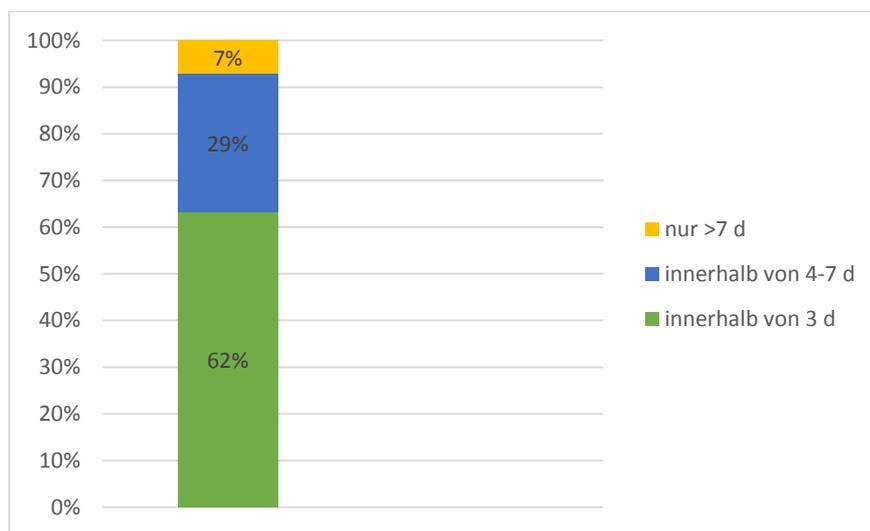


Abbildung 34: Zeitnahe Krisenintervention (Tage/d); % der Psychotherapeuten

8.2.9.4. Aufsuchende Interventionen, sektorenübergreifende Tätigkeit

Hausbesuche und **Krankenhausbesuche** wurden von Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen nicht häufiger durchgeführt, als von Psychotherapeuten in Nicht-Schwerpunktpraxen. Durchschnittlich 11% aller Psychotherapeuten führten mindestens einmal pro Quartal Hausbesuche durch, 58% seltener als einmal im Quartal, 31% nie (Schwerpunkt- vs. Nicht-Schwerpunktpraxen $p=0,34$). Krankenhausbesuche wurden durchschnittlich von 5% aller Psychotherapeuten mindestens einmal pro Quartal gemacht, von 42% seltener als einmal im Quartal und von 52% nie (Schwerpunkt- vs. Nicht-Schwerpunktpraxen $p=0,05$). Was die Häufigkeit der **Krankenhausbesuche** angeht, war ein Unterschied zwischen Ärzten und

Psychologen festzustellen. 14% der ärztlichen (gegenüber keinem psychologischen Psychotherapeuten) führten mindestens einmal im Quartal Krankenhausbesuche durch; seltener als einmal im Quartal taten das 43% der ärztlichen gegenüber 41% der psychologischen Psychotherapeuten. Nie Krankenhausbesuche machten 43% der ärztlichen gegenüber 59% der psychologischen Psychotherapeuten. ($p=0,01$)

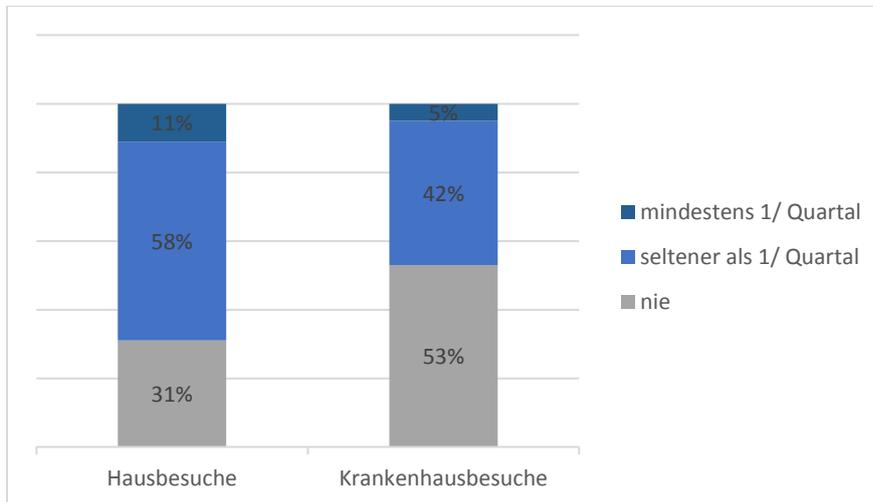


Abbildung 35: Hausbesuche und Krankenhausbesuche; % der Psychotherapeuten

Sonstige **sektorenübergreifende Tätigkeiten** gaben durchschnittlich 31% aller Psychotherapeuten an, in Schwerpunkt- zu 42% und in Nicht-Schwerpunktpraxis zu 21% ($p=0,08$).

8.2.9.5. Praxiskommunikation: Telefonsprechzeit, Sprechstunde, Arztbrief, Vertretung

Es gab in diesem Bereich keine Hinweise auf Unterschiede zwischen Psychotherapeuten in Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen. Für eine **telefonische Beratung** boten durchschnittlich 24% aller Praxen eine telefonische Sprechzeit an und 73% nicht ($p=0,81$). Eine **feste Sprechstunde für persönliche Beratung** haben 19% der Schwerpunkt- und nur 7% der Nicht-Schwerpunktpraxen eingerichtet (durchschnittlich 13%) und 82% nicht ($p=0,05$). Als **Spezifika** einzelner Praxen wurden die Sicherstellung eines zeitnahen Rückrufs oder die Beantwortung einer Emailanfrage, eine weiterführende Beratung am Telefon mit Adressenvermittlung bei Abweisung, der Telefonkontakt anstatt eines vereinbarten Termins und auch die Möglichkeit, sich über die Privatadresse des Therapeuten melden zu können, angeführt.

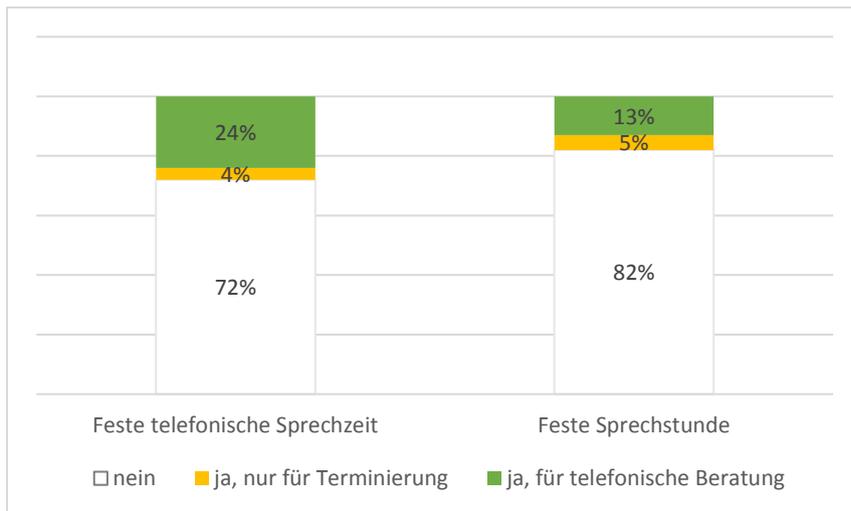


Abbildung 36: Telefonsprechzeit, feste Sprechstunde; % der Psychotherapeuten

Einen **Arztbrief** an den Zuweiser schrieben durchschnittlich 6% aller Psychotherapeuten immer, 43% manchmal und 52% nie, ohne Unterschied zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,12$).

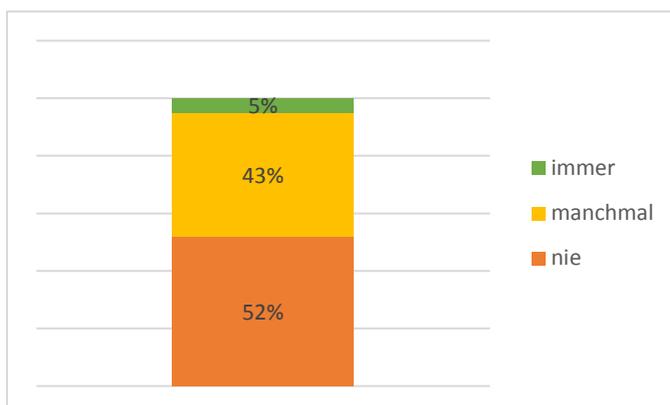


Abbildung 37: Häufigkeit von Arztbriefen an Zuweiser nach Erstgespräch; % der Psychotherapeuten

Meist gab es in Fällen der Abwesenheit des Psychotherapeuten, unabhängig von Schwerpunktpraxis oder nicht, keine organisierte **Vertretung** in der psychoonkologischen Versorgung (durchschnittlich 78%; 73% in Schwerpunktpraxen, 83% in Nicht-Schwerpunktpraxen). In durchschnittlich 13% der Fälle konnte aber ein Kollege/in aus einer anderen Praxis (19% in Schwerpunktpraxen, 7% in Nicht-Schwerpunktpraxen) bzw. in 9% aus der eigenen Praxis in Anspruch genommen werden (8% in Schwerpunktpraxen, 10% in Nicht-Schwerpunktpraxen) ($p=0,24$).

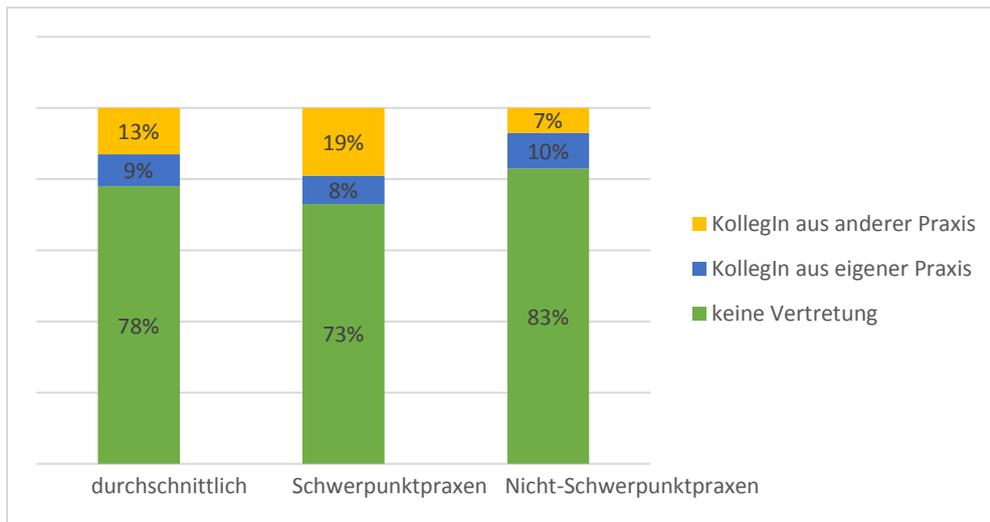


Abbildung 38: Vertretung in Fällen von Abwesenheit; durchschnittlich bzw. Schwerpunktpraxen bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen

8.2.10. Psychotherapeutische Behandlung: Dauer, Indikation

Es fand sich kein Hinweis auf Unterschiede zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen, was die Behandlungsdauer und die Einschätzung der Indikation zur psychoonkologischen Behandlung betraf.

Die Mehrzahl, durchschnittlich 49% der Krebspatienten (Median 50%, min. 0%, max. 100%) wurden in **Langzeittherapien** behandelt (Schwerpunktpraxen: Median 45%, min. 0%, max. 95% vs. Nicht-Schwerpunktpraxen: Median 50%, min. 0%, max. 100%) ($p=0,3$). Bei durchschnittlich 40% der Krebspatienten (Median 40%, min. 0%, max. 100%) war eine **Kurzzeittherapie** ausreichend (Schwerpunktpraxen: Median 40%, min. 4%, max. 90% vs. Nicht-Schwerpunktpraxen: Median 45%, min. 0%, max. 100%) ($p=0,68$).

Therapeutischen Gespräche im Rahmen der **Probatorik** waren bei durchschnittlich 13% der Krebspatienten (Median 1%, min. 0%, max. 100%) aus Sicht der Psychotherapeuten ausreichend (Schwerpunktpraxen: Median 5%, min. 0%, max. 95% vs. Nicht-Schwerpunktpraxen: Median 0%, min. 0%, max. 100%) ($p=0,68$).

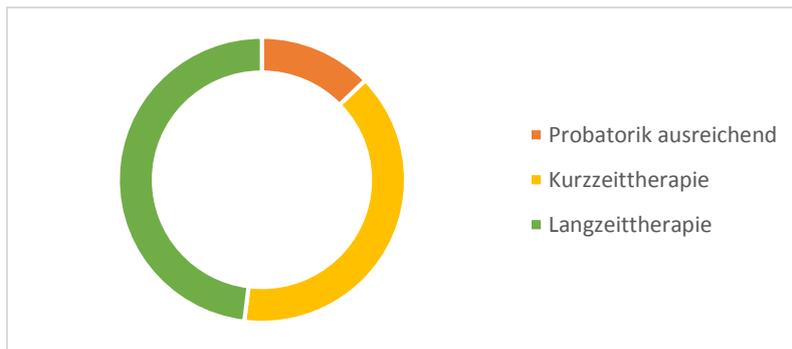


Abbildung 39: Behandlungen in Langzeittherapie, Kurzzeittherapie bzw. ausschließlich Probatorik; (durchschnittlich)

Unter einem **subsyndromalen Krankheitsbild** litten, laut Schätzung der Psychotherapeuten, immerhin durchschnittlich 27% der Krebspatienten (Median 15%, min. 0%, max. 100%). Es gab dabei keinen Hinweis auf eine unterschiedliche Einschätzung zwischen Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen (Median 12,5%, min. 0%, max. 80%) und in Nicht-Schwerpunktpraxen (Median 20%, min. 0%, max. 100%) ($p=0,3$).

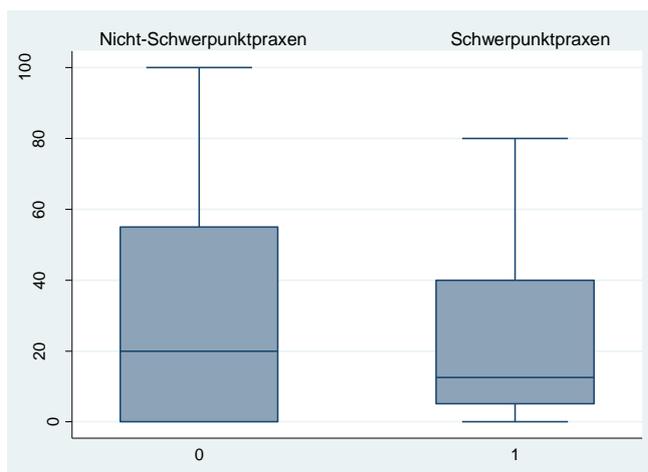


Abbildung 40: Häufigkeit subsyndromaler Krankheitsbilder; Nicht-Schwerpunkt- bzw. Schwerpunktpraxen

8.2.11. Vernetzung mit anderen onkologischen Einrichtungen

10% der Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen gegenüber keinem in Nicht-Schwerpunktpraxen hatten **Verträge** mit onkologischen Schwerpunktpraxen und niedergelassenen onkologischen Fachärzten. Mit Krebszentren und Kliniken hatten 29% der Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen Verträge vs. keinem in Nicht-Schwerpunktpraxen. So arbeiteten sowohl die Psychotherapeuten in Schwerpunkt- (90%), als auch die in Nicht-Schwerpunktpraxen (92%) fast immer ohne Verträge mit

onkologischen Schwerpunktpraxen oder niedergelassenen onkologischen Fachärzten ($p=0,26$) bzw. mit Krebszentren oder Kliniken (in Schwerpunktpraxen 71% vs. in Nicht-Schwerpunktpraxen 91%, $p=0,41$) zusammen.

Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen waren häufiger mit Kollegen in anderen Einrichtungen, die ebenfalls Krebspatienten behandeln, in **Kontakt**, als solche in Nicht-Schwerpunktpraxen. 54% der Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen waren regelmäßig (1-2x/Quartal) bis oft ($\geq 3x/Quartal$) mit Krebszentren oder Kliniken in Kontakt gegenüber 17% der Psychotherapeuten in Nicht-Schwerpunktpraxen. Nie in Kontakt waren nur 15% in Schwerpunkt-, aber 34% in Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,01$).

35% der Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen hatten regelmäßig (1-2x/Quartal) bis oft ($\geq 3x/Quartal$) Kontakt mit onkologischen Schwerpunktpraxen oder niedergelassenen onkologischen Fachärzten gegenüber 21% der Psychotherapeuten in Nicht-Schwerpunktpraxen. Nie in Kontakt waren nur 12% in Schwerpunkt-, aber 41% in Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,01$).

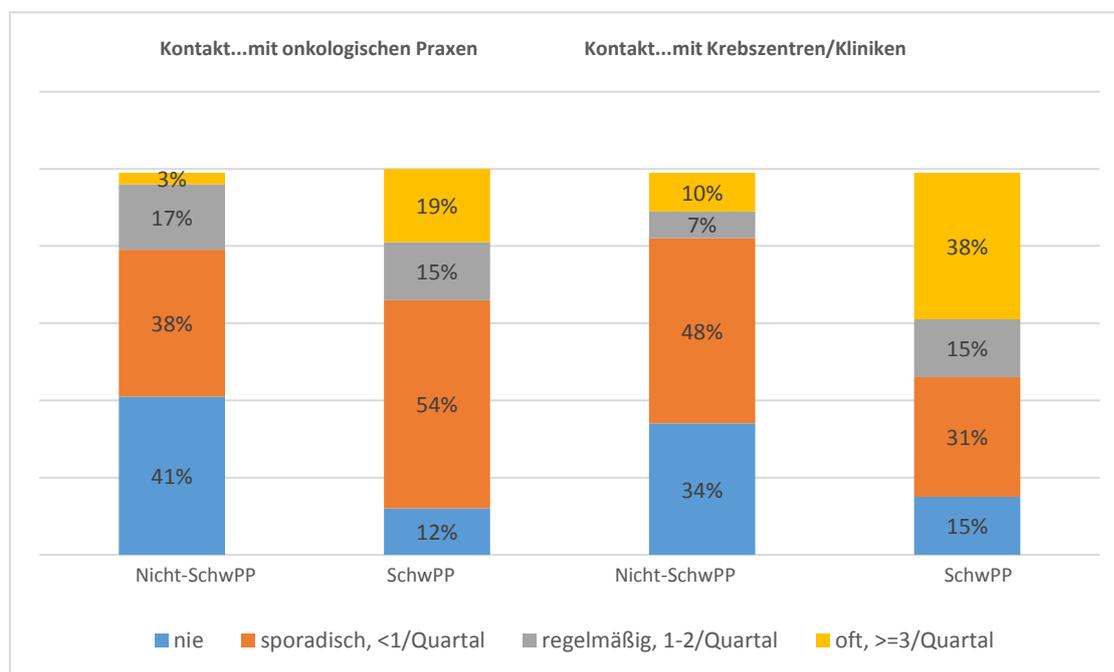


Abbildung 41: Häufigkeit des Kontakts mit onkologischen Praxen, onkologischen Fachärzten, Krebszentren/Kliniken; Nicht-Schwerpunktpraxen (Nicht-SchwPP) bzw. Schwerpunktpraxen (SchwPP)

62% der Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen nahmen regelmäßig (1-2x/Quartal) bis oft ($\geq 3x/Quartal$) an einem **Qualitätszirkel Psychoonkologie** teil gegenüber 28% in Nicht-Schwerpunktpraxen. Nie taten das nur 19% in

Schwerpunkt-, aber 59% in Nicht-Schwerpunktpraxen. Hier bestand ein Unterschied zwischen den Psychotherapeuten in Schwerpunkt- und denen in Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,01$). Ob der Qualitätszirkel allerdings interdisziplinär (durchschnittlich 52%), nur aus Psychotherapeuten (durchschnittlich 18%), nur aus Psychotherapeuten mit psychoonkologischem Schwerpunkt (durchschnittlich 21%) oder ausschließlich aus psychotherapeutischen und nicht-psychotherapeutischen Psychotherapeuten (durchschnittlich 9%) zusammengesetzt war, war nicht unterschiedlich.

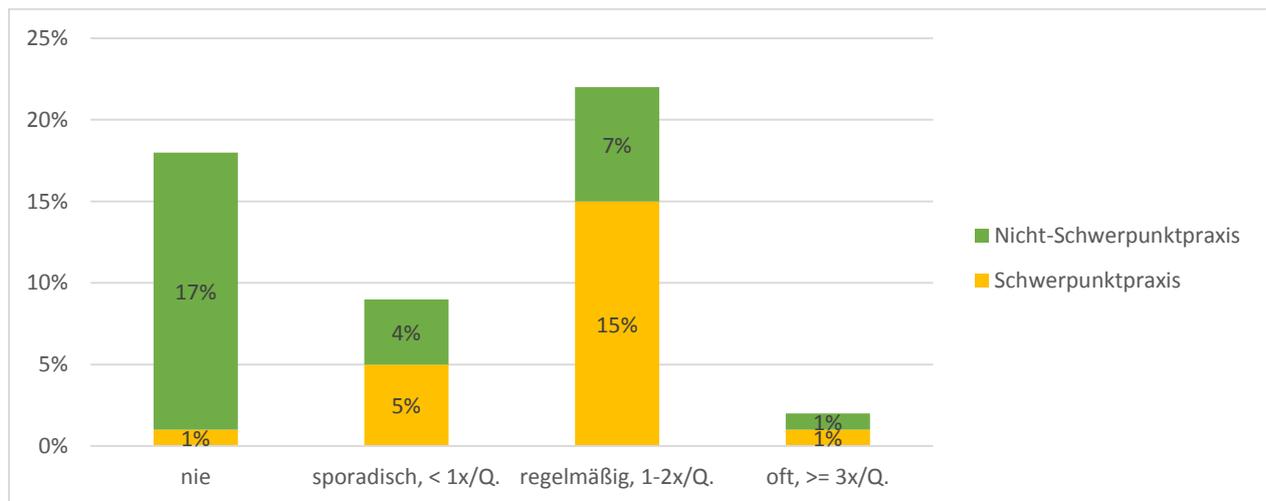


Abbildung 42: Häufigkeit der Teilnahme an psychoonkologischen Qualitätszirkeln; Nicht-Schwerpunktpraxen bzw. Schwerpunktpraxen

An 1 oder 2 **Tumorboards** (TB) nahmen 18% aller Psychotherapeuten teil, häufiger diejenigen in Schwerpunktpraxen (31% an 1 TB ($n=8$), 8% an 2 TBs ($n=2$), 0% an > als 2 TBs) gegenüber in Nicht-Schwerpunktpraxen (0% an 1, 2 oder > als 2 TBs), $p=0,01$. Fast alle Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen waren außerdem, neben ihrer Praxistätigkeit, entweder im Rahmen des Konsil- ($n=4$) oder eines Liaisondienstes ($n=1$) oder sowohl als auch ($n=4$) an Kliniken angebunden.

Der **Zeitaufwand**, zusätzlich zur Arbeit mit Krebspatienten in der Praxis, differierte erheblich zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen und im Einzelfall für einige dieser Tätigkeiten. Für die Teilnahme an Tumorboards wurden von den Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen durchschnittlich 1,1 Stunden pro Monat (Median 0 Stunden, Range 0-5, Std. Dev. 1,73) angegeben. Hier bestand ein Unterschied zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen (0 Stunden) ($p=0,01$).

Für die Teilnahme an Qualitätszirkeln wurden durchschnittlich 1,07 Stunden pro Monat (Median 1 Stunde, Range 0-6, Std. Dev. 1,25) veranschlagt, mehr in Schwerpunkt- (Median 1 Stunde, durchschnittlich 1,5 Stunden/Monat, Range 0-6, Std. Dev. 1,5 Stunden) als in Nicht-Schwerpunktpraxen (Median 0 Std, durchschnittlich 0,7 Stunden/Monat, Range 0-3, Std. Dev. 0,9 Stunden) ($p=0,02$).

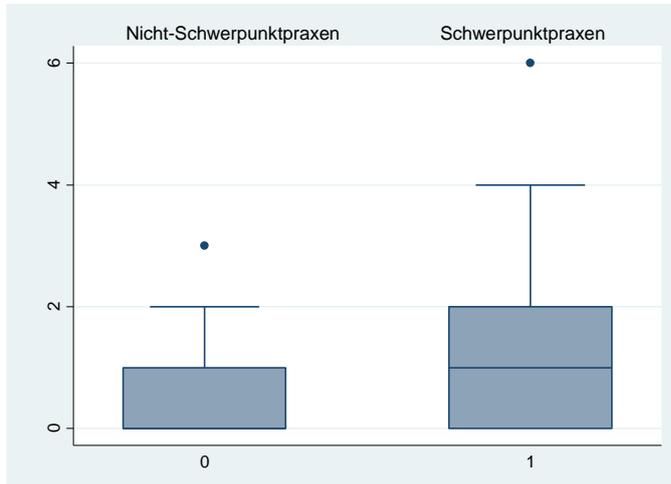


Abbildung 43: Zeitaufwand bei Teilnahme an psychoonkologischen Qualitätszirkeln (Stunden pro Monat, Std./Mon.); Nicht-Schwerpunktpraxen vs. Schwerpunktpraxen

Bei **Außensprechstunden, Konsil- und Liaisondienste** und **Absprache mit Kollegen** waren keine Unterschiede in Schwerpunkt- bzw. in Nicht-Schwerpunktpraxen zu finden. Außensprechstunden kosteten durchschnittlich 0,3 Stunden im Monat (Range 0-6, Std. Dev. 1,04; $p=0,29$). Konsil- und Liaisondienste wurden sehr unterschiedlich mit durchschnittlich 8,32 Stunden pro Monat (Range 0-100, Std. Dev. 21,40; $p=0,07$) angegeben. Absprachen mit Kollegen nahmen durchschnittlich 2,35 Stunden pro Monat (Range 0-20, Std. Dev. 3,38; $p=0,07$) in Anspruch.

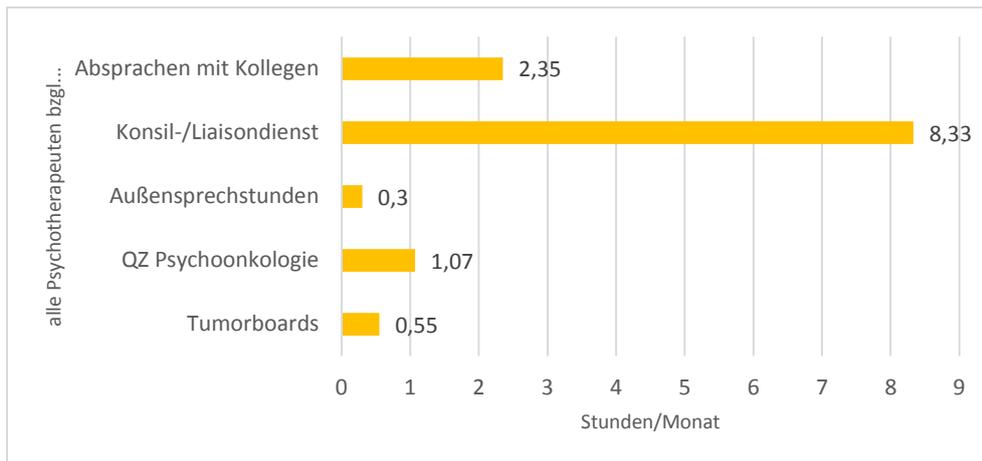


Abbildung 44: Durchschnittlicher Zeitaufwand für Tätigkeiten der Vernetzung (Stunden/Monat)

Als weitere Organisationsform gab eine Psychotherapeutin eine **Nebenbetriebsstätte** in einer onkologischen Praxis an (1,75%). Es handelte sich um eine Ärztin, die eine Schwerpunktpraxis betrieb.

8.2.12. Supervision und Intervention

Meist wurden die spezielle psychoonkologische Supervision bzw. Intervention **bei Bedarf**, also unregelmäßig genutzt (Supervision von 40% und Intervention von 25% der Psychotherapeuten). Insgesamt nutzten die **Supervision** 23% aller Befragten öfter als 2- bis 3-mal pro Jahr, 18% 2- bis 3-mal pro Jahr und 5% mindestens einmal pro Jahr. Nie eine spezielle Supervision, bezüglich der Arbeit mit Krebspatienten zu haben, gaben nur 14 % aller Psychotherapeuten an. Supervision wurde häufiger in Schwerpunkt- als in Nicht-Schwerpunktpraxen genutzt ($p=0,04$). Die Supervision wurde häufiger (52%) von psychoonkologisch geschulten Supervisoren durchgeführt.

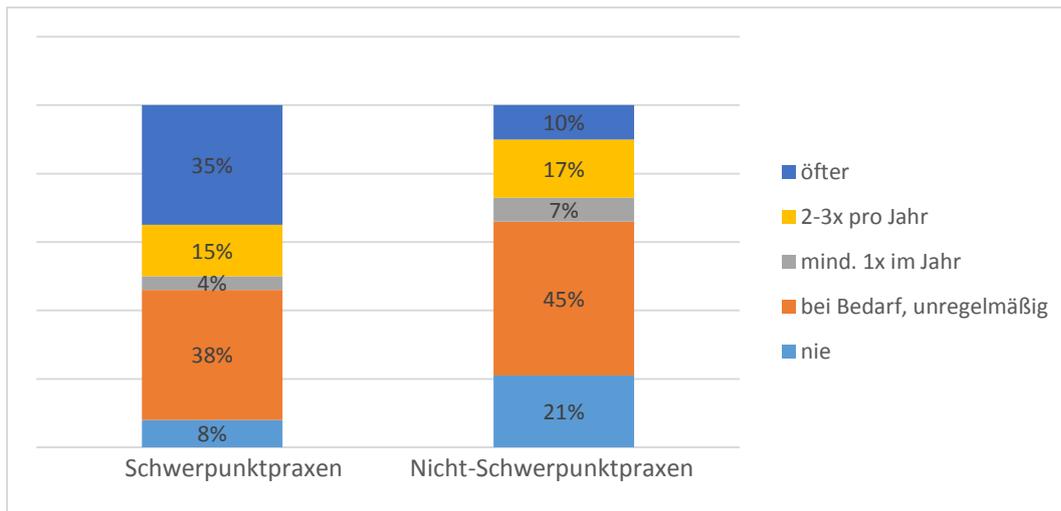


Abbildung 45: Häufigkeit von Supervision; Schwerpunkt- bzw. Nicht-Schwerpunktpraxen

Insgesamt nutzten durchschnittlich 44% aller Psychotherapeuten eine **Intervision** öfter als 2- bis 3-mal pro Jahr (in Schwerpunktpraxen 62%; in Nicht-Schwerpunktpraxen 28%), durchschnittlich 22% 2- bis 3-mal pro Jahr (in Schwerpunktpraxen 12%; in Nicht-Schwerpunktpraxen 31%), und durchschnittlich 4% mindestens einmal pro Jahr (in Schwerpunktpraxen und Nicht-Schwerpunktpraxen je 4%). Nie eine spezielle Intervision für die Arbeit mit Krebspatienten zu nutzen, gaben 7% aller Psychotherapeuten an (in Schwerpunktpraxen 4%; in Nicht-Schwerpunktpraxen 10%). Es gab keine Hinweise auf unterschiedliche Nutzung der Intervision bei Psychotherapeuten in Schwerpunkt- bzw. in Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,07$). Bei der Intervision waren in der überwiegenden Mehrzahl einige oder alle Kollegen psychoonkologisch geschult (81%). Nur wenige Befragte gaben an, die Intervision mit nicht psychoonkologisch geschulten Kollegen zu teilen (15%) bzw. der Schulungsstatus sei unbekannt (4%).

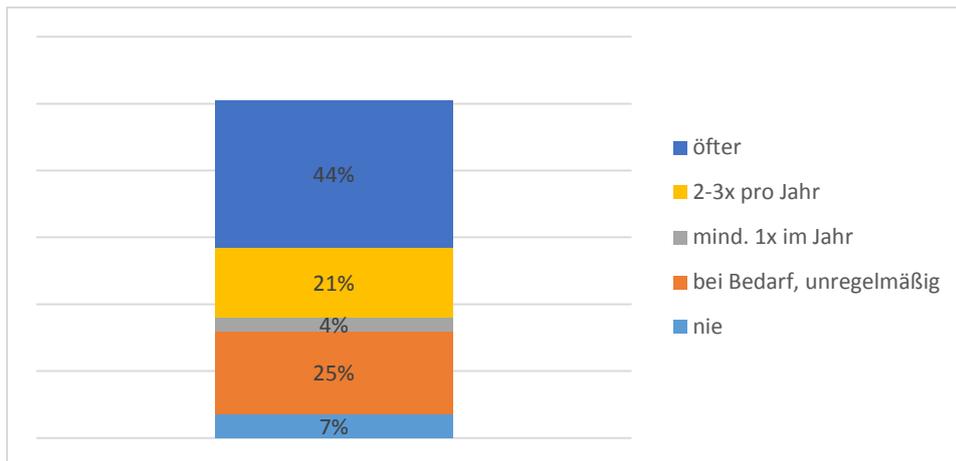


Abbildung 46: Häufigkeit von Intervision (durchschnittlich)

8.2.13. Weitere psychotherapeutische Leistungen

Es fanden sich keine Hinweise auf Unterschiede im Angebot der therapeutischen Leistungen -neben der Einzeltherapie- zwischen den Psychotherapeuten in Schwerpunkt- bzw. denen in Nicht-Schwerpunktpraxen.

8.2.13.1. Paar-, Familien- und Gruppentherapie

Fast alle Psychotherapeuten (96%) boten **Paargespräche** an, in 92% der Schwerpunkt- und in 100% der Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,13$). **Familiengespräche** wurden in durchschnittlich 74% der Praxen angeboten, in 80% der Schwerpunkt- und in 72% der Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,47$).

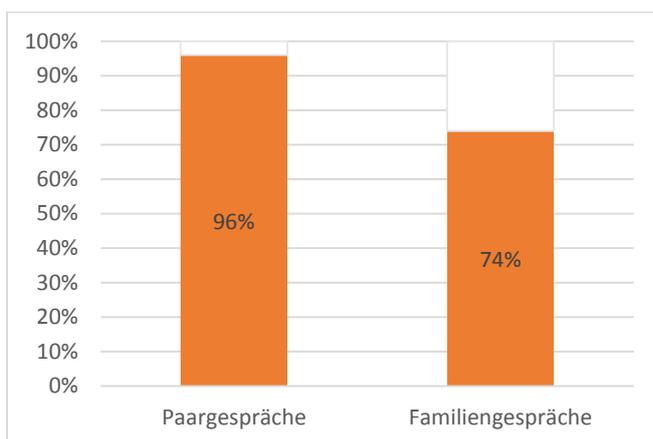


Abbildung 47: Angebot von Paar- bzw. von Familiengesprächen; % der Psychotherapeuten

Gruppenangebote gab es nur bei 12% aller Psychotherapeuten, in 23% der Schwerpunkt- und in 3% der Nicht-Schwerpunktpraxen. Die Gruppen wurden als geschlossene ($n=3$), offene ($n=1$) oder in beiden Formaten ($n=1$) angeboten. Am häufigsten waren es Entspannungsverfahren in Gruppen ($n=5$) oder Gruppentherapie

(n=4), außerdem edukative Gruppen (n=3) oder Gesprächsgruppen für Angehörige (n=1).

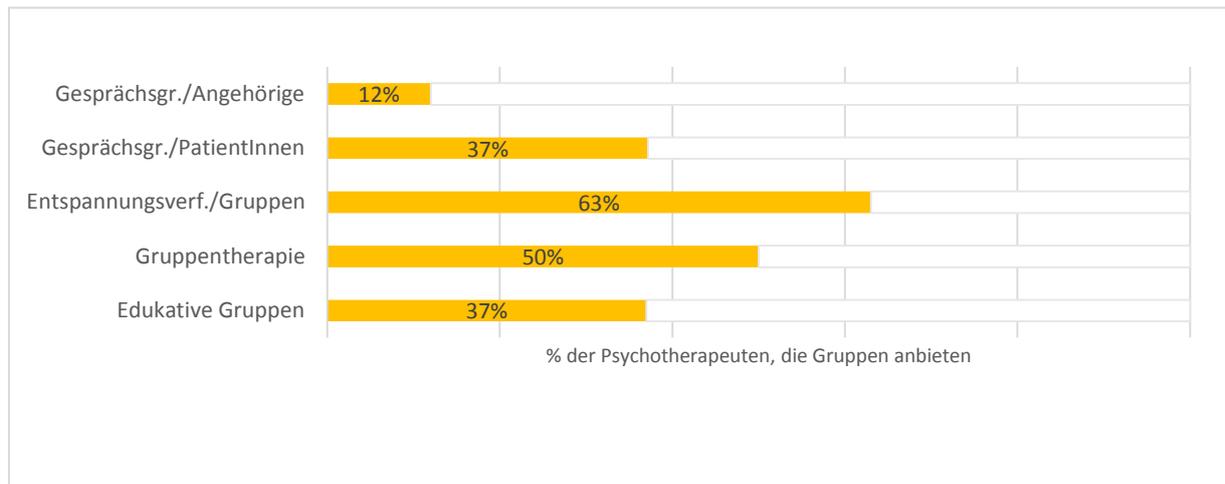


Abbildung 48: Formate der Gruppenangebote, % der Psychotherapeuten, die Gruppen anbieten

Die Gruppenangebote wurden häufiger in Schwerpunktpraxen und überwiegend von Psychologen (n=5), aber auch von einem Arzt (n=1) und einem Sozialarbeiter (n=1) gemacht. Der Anteil der Gruppenangebote an der therapeutischen Arbeit mit Krebspatienten wurde mit 5% (n=4), 10% (n=1), 20% (n=1) oder 50% (n=1) angegeben. Es lassen sich, aufgrund der niedrigen Fallzahl im Bereich der Gruppenangebote, keine Aussagen zu Unterschieden zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen machen.

8.2.13.2. Ergänzende psychotherapeutische Verfahren

Es fanden sich hier keine Unterschiede zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen. In 89% aller Praxen wurden **Entspannungsverfahren**, wie z.B. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training oder/und Gelenkte Imagination angeboten (in 85% der Schwerpunkt- und in 93% der Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,32$)). Diese Verfahren wurden auch in Form von Gruppentherapie, angeboten (n=5, nur Schwerpunktpraxen). 60% der Psychotherapeuten boten **Traumatherapeutische Verfahren**, wie z.B. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) an (in 58% der Schwerpunkt- und in 62% der Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,74$)). **Psychologische Schmerztherapie** boten 54% der Psychotherapeuten an (50% in Schwerpunkt- und 59% in Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,53$)). **Hypnose oder Hypnosetherapie** konnte in 37% aller Praxen, in 31% der Schwerpunkt- und in 38% der Nicht-Schwerpunktpraxen in

Anspruch genommen werden ($p=0,45$). Seltener konnte **Katathymes Bilderleben** (bei 21% der Psychotherapeuten, bei 27% in Schwerpunkt- und bei 17% in Nicht-Schwerpunktpraxen, $p=0,39$) wahrgenommen werden. **Körpertherapie** boten 16% aller Psychotherapeuten an (12% der Schwerpunkt- und 21% der Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,36$)). **Kunsttherapie bzw. kreative Verfahren** konnte in 12% der Praxen (4% der Schwerpunkt- und 21% der Nicht-Schwerpunktpraxen, $p=0,06$) genutzt werden. **Neuropsychologische Verfahren** wurden ausschließlich in 1 Schwerpunktpraxis von einer Psychologin angeboten (2%).

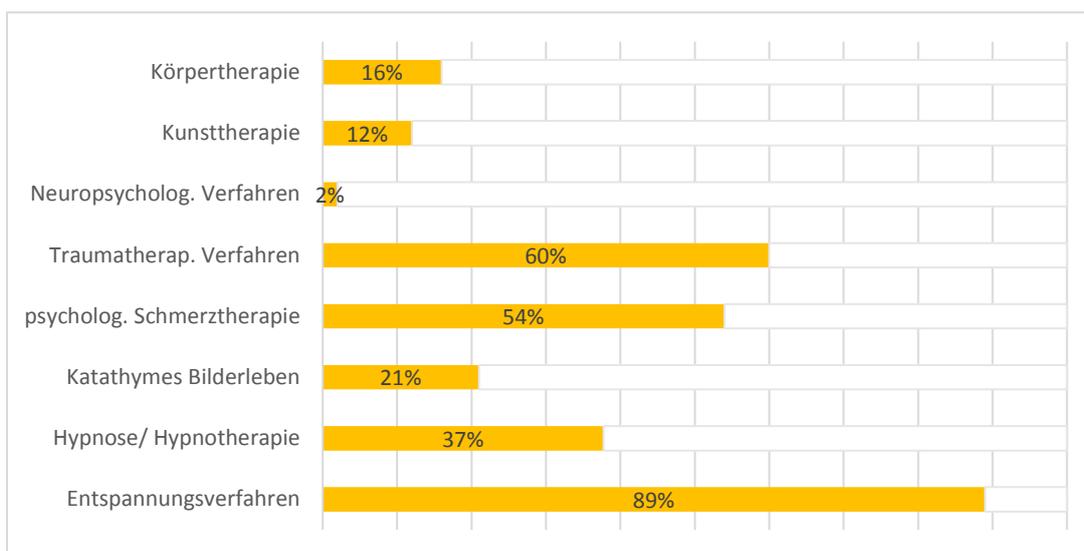


Abbildung 49: Angebot ergänzender therapeutischer Verfahren; % der Psychotherapeuten

8.2.13.3. Beratung per Email oder online

Die Möglichkeit einer Beratung per Email oder online bot fast ein Drittel aller Psychotherapeuten (31% in Schwerpunkt- und in Nicht-Schwerpunktpraxen).

8.2.13.4. Umgang mit sozialrechtlichen Fragen

Die Krebspatienten auch bei anfallenden sozialrechtlichen Fragen **selbst zu beraten**, gab über die Hälfte der Psychotherapeuten an (53%). Etwas weniger als die Hälfte beriet in sozialrechtlichen Fragen nie selbst (46%) und vermittelte ihre Krebspatienten an Krebsberatungsstellen oder Sozialberater. Auch oder nur an eine **Krebsberatungsstelle** zu vermitteln, gaben 93% der Befragten an, entweder manchmal (46%), oft (28%), immer (19%) und seltener nie (7%). An **Sozialberater** (außerhalb einer KBS) vermittelten 65% der Befragten jeweils manchmal (39%), oft (23%) oder immer (4%), zu einem Drittel aber nie (35%).

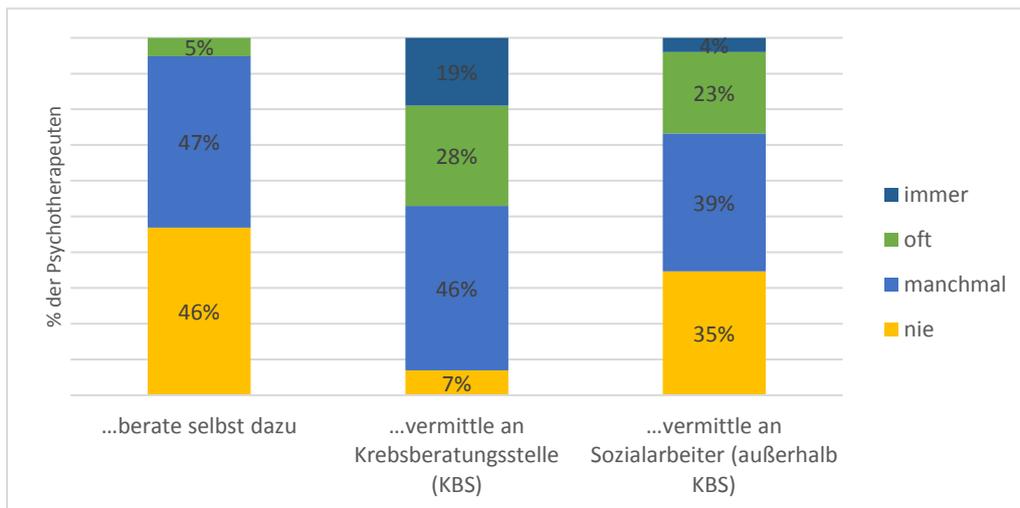


Abbildung 50: Umgang mit sozialrechtlichen Fragestellungen (Anträge zu Anschlussheilbehandlung, Rentenanspruch, Schwerbehindertenausweis); % der Psychotherapeuten (KBS, Krebsberatungsstelle)

Der **Zeitaufwand** für die sozialrechtliche Beratung wurde in 46% der Fälle mit maximal 1 Stunde pro Woche angegeben. Nur 5% der Befragten wendeten 2 bis 3 Stunden pro Woche oder mehr als 3 Stunden pro Woche (4%) auf. Es gab hier keinen Hinweis auf eine unterschiedliche Handhabung in Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,27$).

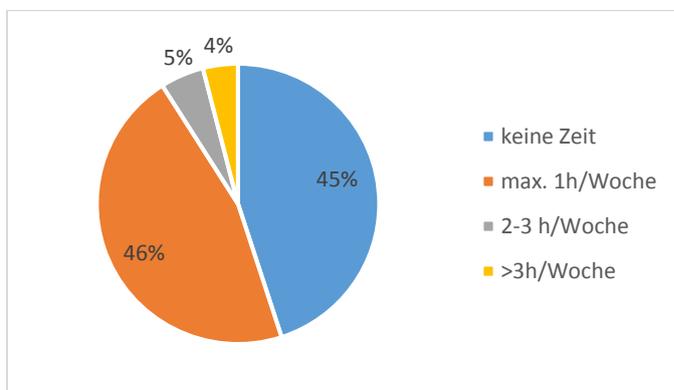


Abbildung 51: Zeitaufwand für sozialrechtliche Fragestellungen; % der Psychotherapeuten

Krankschreibungen und Atteste stellten 21% der Psychotherapeuten selbst aus. **Sozialrechtliche Gutachten**, beispielsweise zur Erwerbsfähigkeit, erstellten 21% selbst und 79% der Befragten nicht. Hier bestand ein Unterschied zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen (35% in Schwerpunkt- vs. 10% in Nicht-Schwerpunktpraxen erstellten sozialrechtliche Gutachten, $p=0,03$). **Reha-Anträge**, bezogen auf onkologische Rehabilitation, stellten 9% der Psychotherapeuten für ihre Krebspatienten.

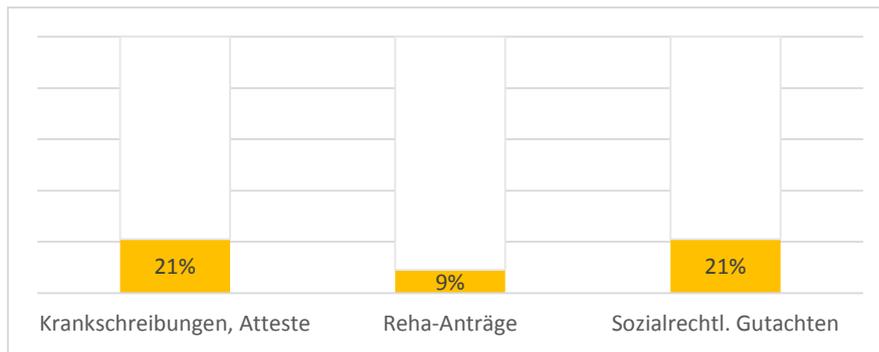


Abbildung 52: Ausstellung von Krankschreibungen, Anträgen auf Rehabilitation, Erstellung von Sozialrechtlichen Gutachten; % der Psychotherapeuten

8.2.14. Finanzierung

Die Psychotherapeuten rechneten ausschließlich über andere Modalitäten als über eine Kassenzulassung ab. Die Vereinbarungen, wie mit einem **Ausfall** bzw. der Absage eines bereits vereinbarten Termins umgegangen wurde, waren unterschiedlich.

8.2.14.1. Abrechnungsmodalitäten

Meist haben die Psychotherapeuten ihre Arbeit im **Kostenerstattungsverfahren** (89%) oder über **Privatliquidation** (86%) in Rechnung gestellt. Einzelne Befragte haben auch oft über **ASV/ §116b** (Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung, n=2) oder im Rahmen von **Selektivverträgen** (oft, n=1; manchmal, n=1) abgerechnet. Manchmal haben einzelne Befragte über **Sonderbedarf** (n=2), **Ermächtigung** (n=1), **DMP Brustkrebs** (Desease-Management-Programm, n=1) abgerechnet.

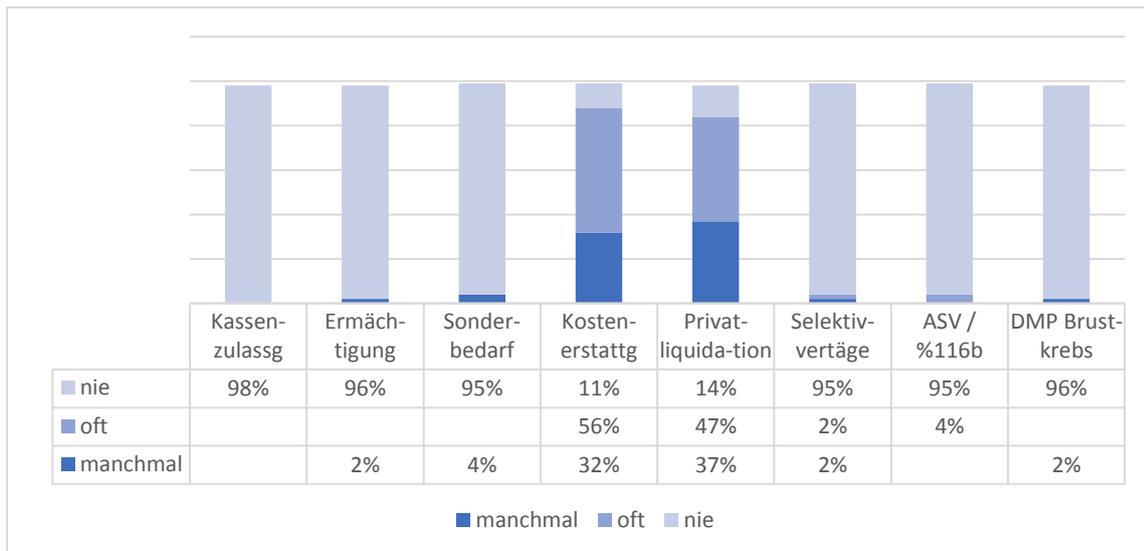


Abbildung 53: Abrechnungsmodi; % der Psychotherapeuten (Kassenzulassung (Kassenzulassg.); Kostenerstattung (Kostenerstattg.); Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach %116b SGB V (ASV/%116b); strukturiertes Behandlungsprogramm Brustkrebs (Disease-Management-Programm, DMP Brustkrebs))

11% der Befragten gaben an, oft oder immer ausschließlich mit **Gesprächsziffern** abzurechnen (12% in Schwerpunktpraxen und 10% in Nicht-Schwerpunktpraxen). 84% der Psychotherapeuten taten das sehr selten oder nie (77% in Schwerpunktpraxen und 90% in Nicht-Schwerpunktpraxen). Dieser Unterschied war statistisch schwach unterschiedlich ($p=0,05$).

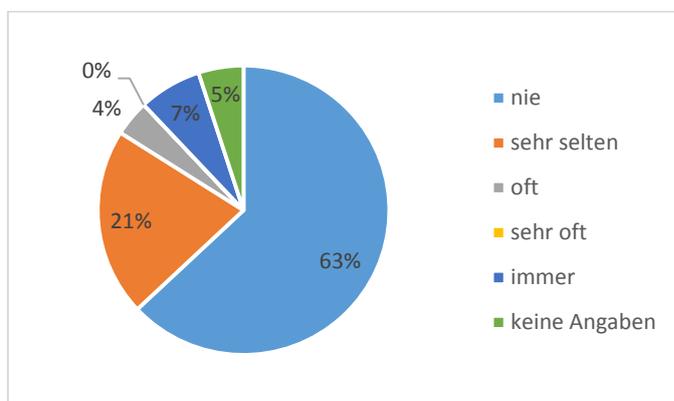


Abbildung 54: Verwendung der Gesprächsziffern (ausschließlich); % der Psychotherapeuten

8.2.14.2. Antragstellung zur Kostenübernahme bei den Kostenträgern

Es gab keine Hinweise auf Unterschiede im Bereich der Erfahrungen mit Kostenträgern bzw. mit Gutachtern zwischen Psychotherapeuten in Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen. Wenn bei einer geplanten Kurzzeit- oder Langzeitpsychotherapie ein **Antragsverfahren mit Gutachterverfahren** notwendig war, wurden die Anträge meist (65%) befürwortet. 62% der Psychotherapeuten in

Schwerpunktpraxen hatten eine Ablehnung noch nie erlebt, ähnlich wie in Nicht-Schwerpunktpraxen (69%). Eine **Ablehnung** durch die gutachterliche Stellungnahme hatten 14% der Psychotherapeuten bisher einmal (15% in Schwerpunktpraxen, 10% in Nicht-Schwerpunktpraxen), 12% bisher 2- bis 5-mal (12% in Schwerpunktpraxen, 14% in Nicht-Schwerpunktpraxen), und 7% öfter als 5-mal (8% in Schwerpunktpraxen, 7% in Nicht-Schwerpunktpraxen), erlebt. Es gab keine Hinweise auf Unterschiede zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,37$).

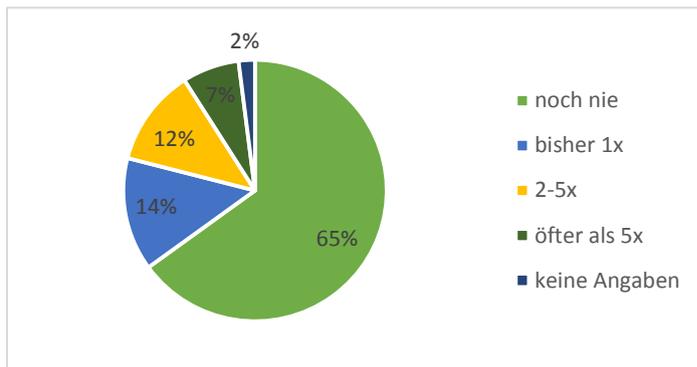


Abbildung 55: Ablehnung durch Gutachter bei Kostenübernahmeantrag auf Psychotherapie; % der Psychotherapeuten

Wenn sich ein von der Ablehnung einer Kostenzusage betroffener Krebspatient, zusammen mit seinem Psychotherapeuten, zur **Einleitung eines Obergutachterverfahren** entschlossen hatte, konnte in durchschnittlich 53% der Fälle mit einer Zusage gerechnet werden. 16% der Befragten haben bisher einmal eine Ablehnung auch durch den Obergutachter und 16% dies bisher 2- bis 5-mal erlebt (16% keine Angaben).

Eine **Kürzung der bewilligten im Vergleich zu den beantragten Behandlungsstunden** kam bei 44% der Psychotherapeuten (31% in Schwerpunktpraxen vs. 41% in Nicht-Schwerpunktpraxen) vor. Bisher einmal bei 19% (12% in Schwerpunktpraxen vs. 24% in Nicht-Schwerpunktpraxen), bisher 2- bis 5-mal bei 18% (27% in Schwerpunktpraxen vs. 10% in Nicht-Schwerpunktpraxen) und bei 5% der Befragten öfter als 5-mal (4% in Schwerpunktpraxen vs. 7% in Nicht-Schwerpunktpraxen) (2% keine Angaben). Es gab hier keinen Hinweis auf Unterschiede zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen ($p=0,26$).

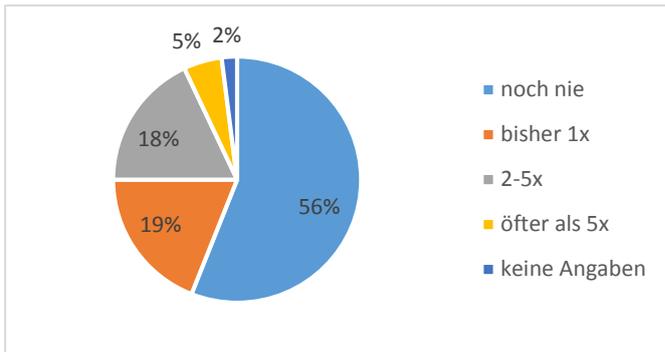


Abbildung 56: Kürzung beantragter Behandlungsstundenzahl bei Antrag auf Psychotherapie (Häufigkeit); % der Psychotherapeuten

8.2.14.3. Ausfallshonorar

Krebsbetroffene sagten häufiger vereinbarte Therapiegespräche ab als Nicht-Krebsbetroffene, die bei den Psychotherapeuten in Behandlung waren. Es gab keine Hinweise auf Unterschiede zwischen Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen. Gesprächstermine mit Krebsbetroffenen fielen bei 58% aller Befragten mindestens einmal pro Quartal aus, während das mit Nicht-Krebsbetroffenen nur in 39% so war. Umgekehrt waren bei 40% der Befragten nie oder weniger als einmal pro Quartal Gespräche mit Krebsbetroffenen ausgefallen, während das 62% der Psychotherapeuten bei Nicht-Krebsbetroffenen angaben.

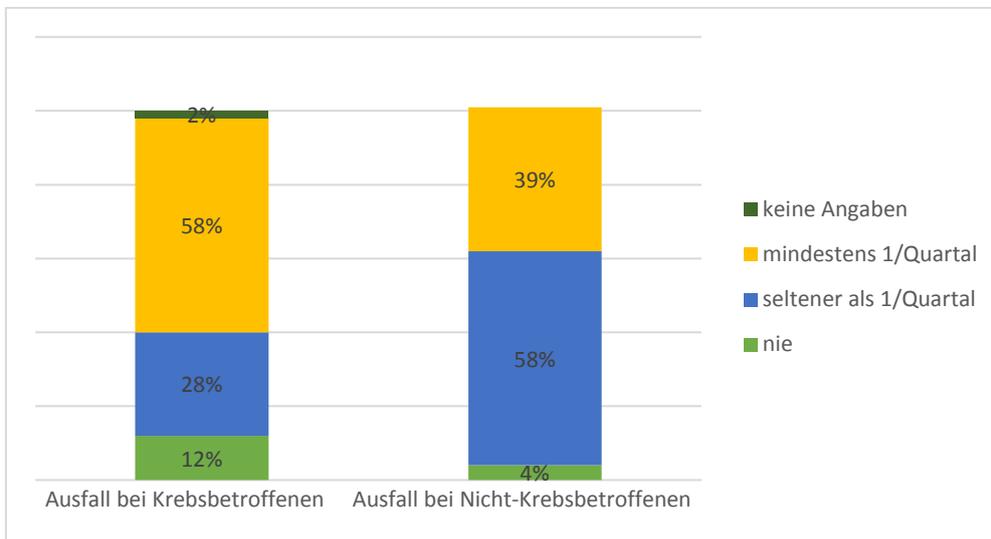


Abbildung 57: Häufigkeit des Ausfalls von Behandlungsstunden (patientenbedingt, mit und ohne Absage); Krebspatienten bzw. Nicht-Krebspatienten; % der Psychotherapeuten

Mehrheitlich verzichteten die Psychotherapeuten auf die Erhebung eines **Ausfallshonorars**, dezidiert bei Krebsbetroffenen (60%), unabhängig ob in einer Schwerpunkt- (62%) oder in einer Nicht-Schwerpunktpraxis (59%) tätig. Eine Absage

spätestens einen Tag vorher gestanden durchschnittlich 25% der Befragten ihren Krebspatienten zu, 35% in Schwerpunkt- und 17% in Nicht-Schwerpunktpraxen. Eine Absage bis spätestens 3 Tage vorher, war ohne Ausfallshonorar bei durchschnittlich 7% der Befragten möglich, in 4% der Schwerpunkt- und in 10% der Nicht-Schwerpunktpraxen. Immer ein Ausfallhonorar zu erheben, gaben durchschnittlich 5% der Psychotherapeuten an; diese arbeiteten ausschließlich in Nicht-Schwerpunktpraxen. ($p=0,65$)

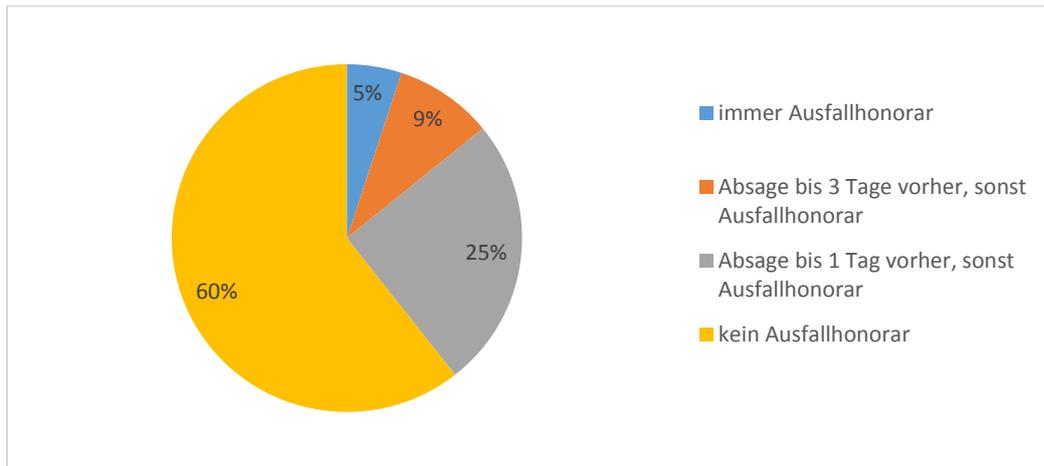


Abbildung 58: Ausfallsregelung bzw. Erhebung eines Ausfallhonorars bei Krebspatienten; % der Psychotherapeuten

8.3. Die innere Bedingungen des Arbeitens der Psychotherapeuten

Die Fragen des zweiten Fragebogenteils, die auf die innere Wahrnehmung der psychotherapeutischen Tätigkeit in der psychoonkologischen Praxis abzielten, wurden von allen Teilnehmern der Stichprobe nahezu vollständig beantwortet. Es gab überwiegend keine Hinweise dahingehend, dass die Psychotherapeuten, die schwerpunktmäßig mit Krebspatienten arbeiteten, diese Fragen anders beantworteten, als die Psychotherapeuten, die nicht-schwerpunktmäßig arbeiteten.

8.3.1. Kompetenz, Berufliche Befriedigung, Belastung

In einer Kurzfassung, die sowohl Belastung als auch Gewinn erfasst, habe ich die Beurteilung der eigenen Kompetenz, die Befriedigung in der psychotherapeutischen Tätigkeit, die Belastung durch die Erfahrung eigener Verluste und Trennungen und die Beurteilung der Arbeitsbelastung zusammengestellt:

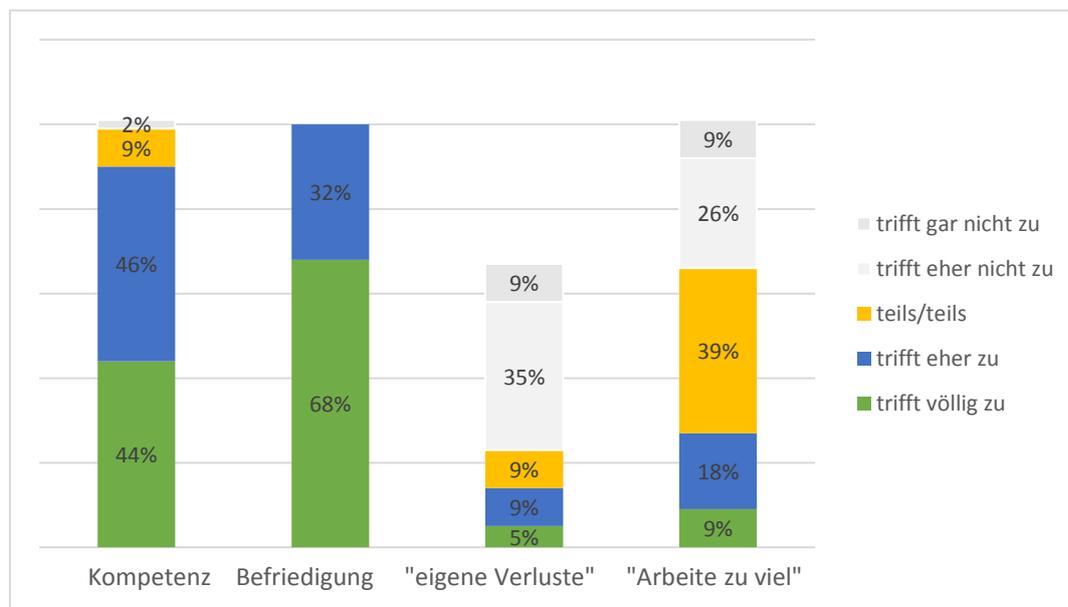


Abbildung 59: Berufliche Kompetenz, Befriedigung in der Tätigkeit als Psychotherapeut, persönliche Belastung durch eigenen Trennungen/Verluste und Arbeitsbelastung; % der Psychotherapeuten

8.3.2. Organisatorische Tätigkeiten, Vernetzung, Vermittlung

Die Beurteilung der organisatorischen Tätigkeiten, die u.a. die Arbeit der Informationsbeschaffung bei den somatischen Behandlern, die Terminplanung, die Telefonzeiten, die Antragstellung und die gelegentliche Vermittlertätigkeit mit Angehörigen im Therapiesetting umfassen, zeigt die folgende Kurzfassung:

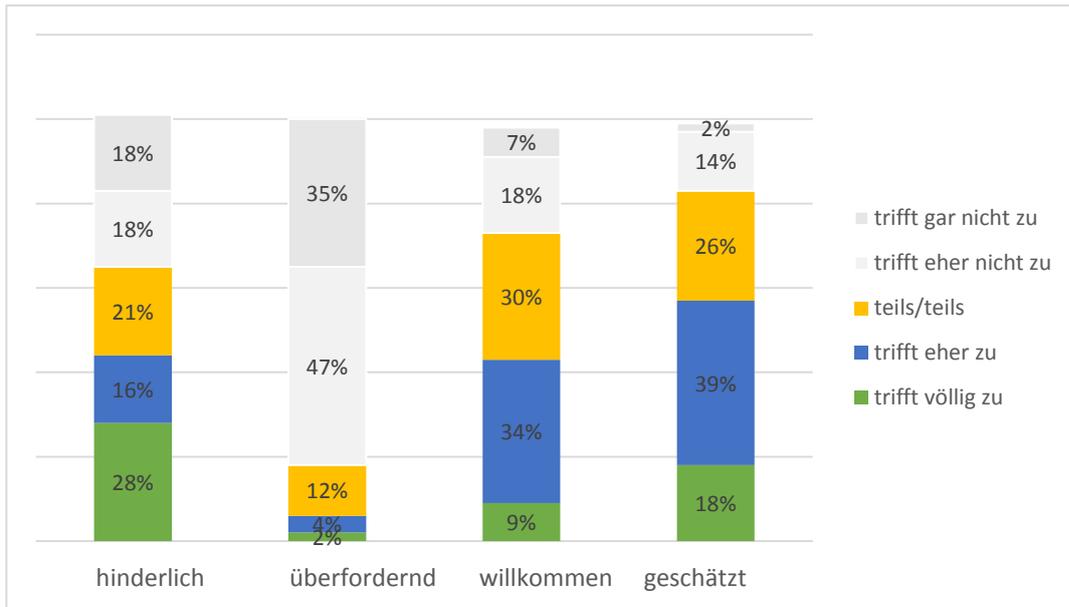


Abbildung 60: Organisatorische Tätigkeiten und Zusammenarbeit in der Praxistätigkeit; % der Psychotherapeuten

8.3.3. Psychische Leistung der psychotherapeutischen Arbeit

Eine Annäherung an die psychische Leistung der Psychotherapeuten, die das Mitleiden bei schlechtem Krankheitsverlauf, der Anblick körperlich schwer kranker Krebspatienten, der Abschied von einem Sterbenden oder die oft unsichere Therapieperspektive erfordern, zeigt folgende Kurzfassung:

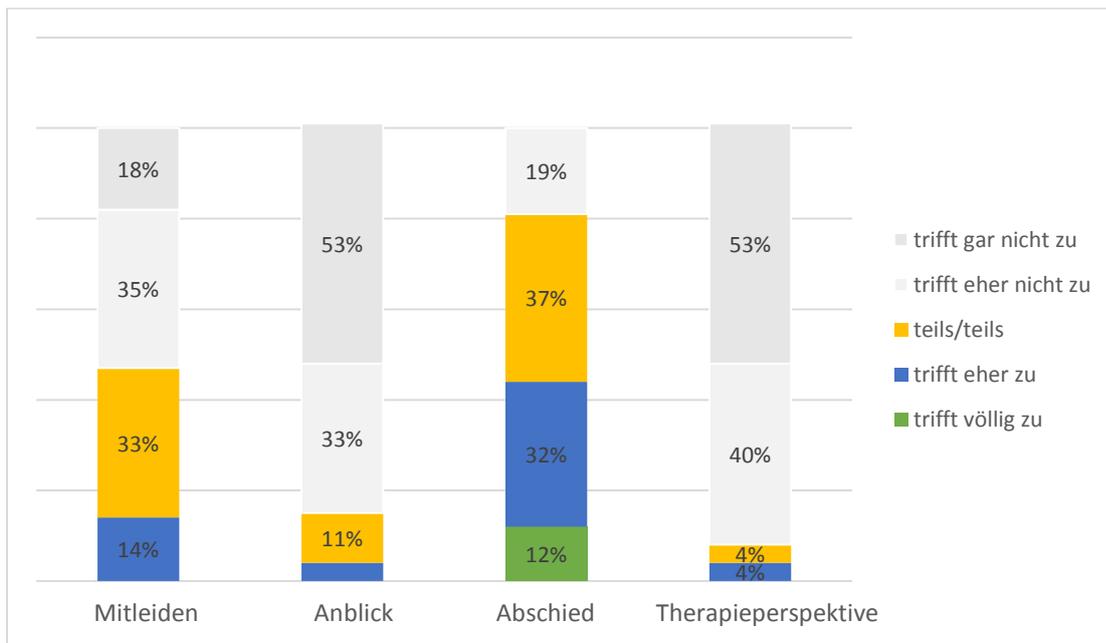


Abbildung 61: Psychische Leistungen: „Mitleiden bei schlechtem Krankheitsverlauf“, „Scheue den Anblick körperlich schwer kranker Krebspatienten“, „Abschied von sterbenden Krebspatienten ist oft schmerzlich“, „oft unsichere Therapieperspektive schränkt meinen therapeutischen Elan ein“; % der Psychotherapeuten

8.3.4. Weitere Ergebnisse zu den inneren Bedingungen

Die Ergebnisse weiterer Fragen zur Einschätzung der **beruflichen und persönlichen Belastung** habe ich mit Hilfe des jeweiligen Mittelwertes zusammengefasst:

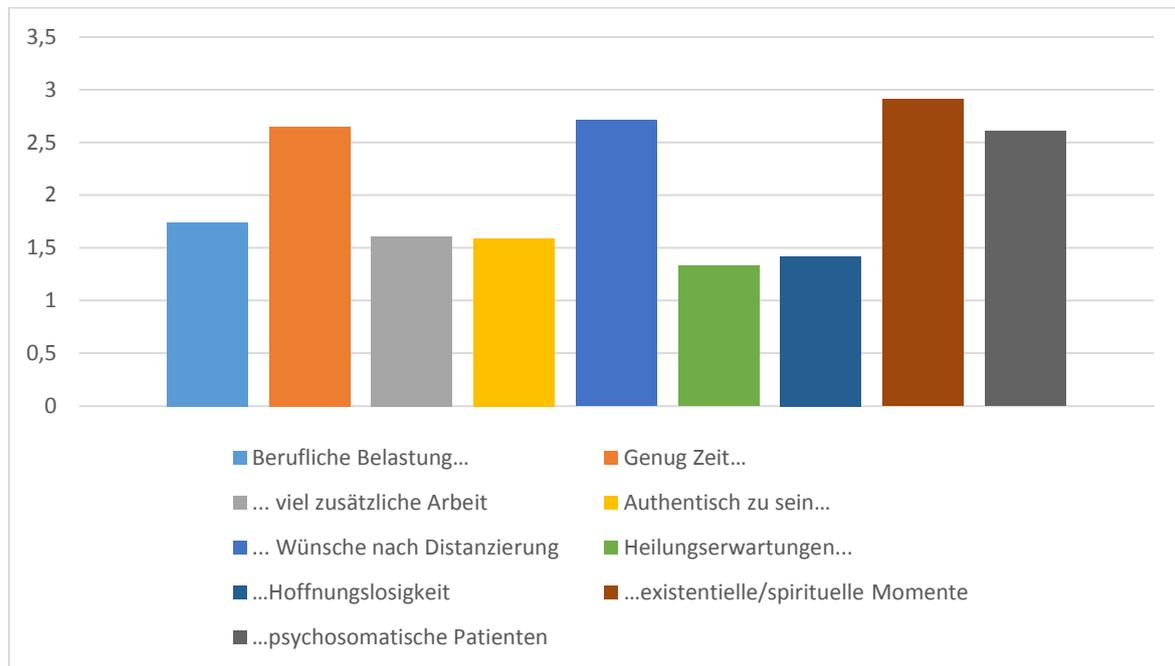


Abbildung 62: Berufliche und persönliche Belastung (Fragen im Wortlaut unten) (Mittelwerte; 0= trifft gar nicht zu; 1= trifft eher nicht zu; 2= teils/teils; 3= trifft eher zu; 4= trifft völlig zu) (durchschnittlich)

- „Nach meiner Empfindung hat meine persönliche **berufliche Belastung** in den letzten Jahren zugenommen.“

-„Ich verbringe **genug Zeit** mit meiner Familie, mit FreundInnen oder für mich alleine.“

-„Die Psychotherapie von KrebspatientInnen erfordert **viel zusätzliche Arbeit**, wie beispielsweise die Informationsbeschaffung von den medizinischen BehandlerInnen.“

-„**Authentisch zu sein** ist in der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen eine besondere Herausforderung für mich.“

-„Ich gestatte mir meine **Wünsche nach Distanzierung** in der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen.“

-„Die **Heilungserwartungen** mancher KrebspatientInnen an die psychotherapeutische Behandlung empfinde ich als schwierig.“

-„Die manchmal große **Hoffnungslosigkeit** von KrebspatientInnen macht die psychotherapeutische Behandlung sehr mühevoll.“

-„In der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen beglücken mich **existentielle/spirituelle Momente**.“

„Die psychotherapeutische Behandlung von **psychosomatischen PatientInnen** empfinde ich oft als schwieriger als die von KrebspatientInnen.“

8.3.5. Zusammenhänge Geschlecht bzw. Berufsabschluss der Psychotherapeuten

Es ist mir aufgefallen, dass die Ergebnisse zweier Fragen zwischen männlichen und weiblichen Psychotherapeuten differierte: männliche Psychotherapeuten (m.) stimmten der Aussage, **authentisch zu sein** ist in der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen eine Herausforderung für mich, häufiger zu, als weibliche (w.) (trifft völlig zu (m. 45% vs. w. 17%), trifft eher zu (m. 18% vs. w. 9%), teils/teils (m. 0% vs. w. 9%); trifft eher nicht zu (m. 18% vs. w. 24%), trifft gar nicht zu (m. 18% vs. w. 41%)) $p=0,03$.

Der Aussage, in der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen **beglücken mich existentielle/spirituelle Momente**, stimmten weibliche Psychotherapeuten häufiger zu, als männliche (trifft völlig zu (m. 9% vs. w. 35%), trifft eher zu (m. 36% vs. w. 46%), teils/teils (m. 27% vs. w. 13%); trifft eher nicht zu (m. 27% vs. w. 4%), trifft gar nicht zu (m. 0% vs. w. 2%)) $p=0,02$.

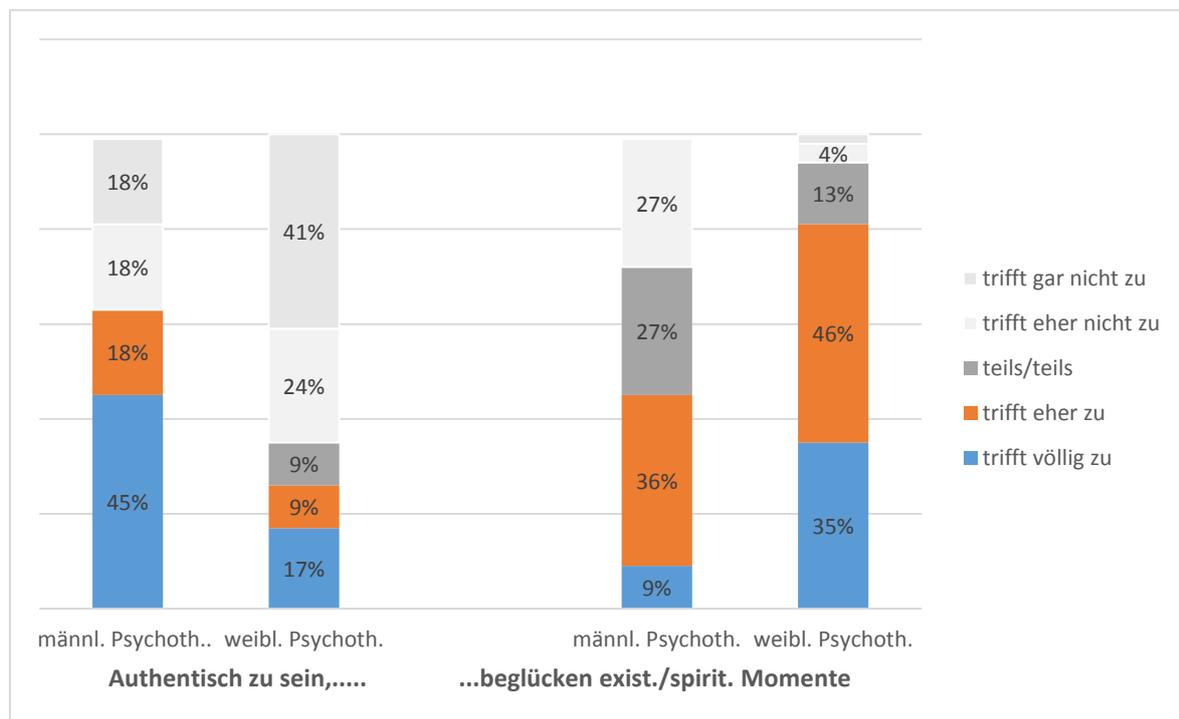


Abbildung 63: Geschlechtsspezifische Antworten (Fragen im Wortlaut unten); % der männlichen (männl.) bzw. weiblichen (weibl.) Psychotherapeuten (Psychoth.)

„**Authentisch** zu sein, ist in der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen eine besondere Herausforderung für mich.“

-„In der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen beglücken mich existentielle/spirituelle Momente.“

Bei der Frage, ob man sich seine **Wünsche nach Distanzierung** in der psychotherapeutischen Behandlung von Krebspatienten gestatte, fand sich ein Hinweis auf einen Unterschied, je nachdem ob ein Psychologie- oder ein Medizinstudium abgeschlossen worden war, welcher allerdings auch zufällig sein kann. Psychotherapeuten, die Medizin studiert hatten, stimmten eher weniger zu (Mittelwert 2,2 (d.h. teils/teils), Median 2 (d.h. teils/teils)), als die, die Psychologie studiert hatten (Mittelwert 2,9 (d.h. eher zu), Median 3 (d.h. eher zu), $p=0,05$).

9. Diskussion

Das Ziel dieser Studie war es, etwas über die Situation der niedergelassenen Psychotherapeuten zu erfahren, die über keinen Kassensitz verfügen, aber dennoch an der Versorgung krebsbetroffener Patienten beteiligt sind. Ihr Behandlungsangebot und ihre Arbeitsbedingungen sind insofern von besonderem versorgungspolitischen Interesse, als Patienten hier um freie Behandlungsplätze nachsuchen, wenn sie akut psychotherapeutische Hilfe brauchen und in der allgemein angespannten psychotherapeutischen Versorgungslage in vielen psychotherapeutischen Praxen praktisch abgewiesen werden. Die Wartezeiten für therapiebedürftige Patienten, ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, sind laut einer neuen Studie der Bundespsychotherapeutenkammer, immer noch „erheblich zu lang“, besonders außerhalb von Großstädten (Bundespsychotherapeutenkammer 2018, S. 3). Sie beträgt im Bundesdurchschnitt bei Sprechstundenterminen 5,7 Wochen, bei der Akutbehandlung 3,1 Wochen und auf einen Platz im Rahmen der Richtlinien-Kurzzeit- oder -Langzeittherapie 19,9 Wochen (Bundespsychotherapeutenkammer 2018). Die Wartezeiten, die die befragten Psychotherapeuten dieser Studie angaben, waren meist erheblich kürzer, oft aber ebenso lang.

Eine weitere Fragestellung dieser Studie betraf die Überlegung, ob es Hinweise gab auf Unterschiede zwischen den Psychotherapeuten, die schwerpunktmäßig in ihrer Praxis mit Krebsbetroffenen arbeiteten, gegenüber denen, die das nicht schwerpunktmäßig taten. Die Daten sollten außerdem zu einem Erfahrungsaustausch zwischen den Psychotherapeuten beitragen.

Mich als Psychoanalytikerin hat außerdem interessiert, inwieweit sich bei Psychotherapeuten eine besonders belastete psychische Situation ausmachen lässt, wie ich sie, unter den Bedingungen der psychotherapeutischen Arbeit mit körperlich schwerkranken, mit dem Tod konfrontierten Menschen erwartete.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Psychotherapeuten ihren Patienten eine stabile psychotherapeutische Behandlung, und das meist auch sehr kurzfristig, anbieten können, auch wenn sie ohne Kassensitz niedergelassen sind. Ihre, in vieler Hinsicht anspruchsvolle und tiefgreifende Arbeit wissen sie selbst sehr gut zu integrieren, auch wenn viele äußere Bedingungen, wie die Sicherstellung der Kostenübernahme zum Beispiel, von ihnen selbst als nicht befriedigend eingestuft werden.

9.1. Limitationen der Studie

Eine Beschränkung dieser Studie ist ihre geringe **Stichprobengröße**. Hinsichtlich ihrer Verteilung in kleineren oder größeren **Praxisorten** fanden sich keine Unterschiede gegenüber der Verteilung aller ursprünglich angeschriebenen Psychotherapeuten.

Ich habe diese **Auswahl** der Psychotherapeuten dank der Psychotherapeutenliste des Krebsinformationsdienstes getroffen. Sie sind alle in psychoonkologischen Fortbildungen (anerkannt von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)) qualifiziert. Damit habe ich auf anderen Wegen anerkannte Psychotherapeuten nicht berücksichtigt, wodurch es zu einer systematischen Verzerrung im Sinn des Fehlens der wünschenswerten Heterogenität der Befragten gekommen sein kann.

Die Stichprobe umfasst ausschließlich Psychotherapeuten, die über **keinen Kassensitz** und damit nicht über die Garantie der Kostenübernahme im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien durch die Kassenärztliche Vereinigung, verfügen. An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass dies in keinem Fall als Ausdruck anderer oder geringerer Qualifizierung dieser Psychotherapeuten vs. von der Kassenärztlichen Vereinigung mit Kassensitz zugelassenen Psychotherapeuten zu verstehen ist. Einige Befragte dieser Studie haben die Möglichkeit, den Fragebogen mit eigenen Bemerkungen zu ergänzen, genutzt und die entsprechenden versorgungspolitischen Entscheidungen kommentiert: „ *...Mit dem Ausschluss [der Kostenübernahme-TherapeutInnen] wird ein Riesenreservoir an erfahrenen PO (Psychoonkologen) von der Versorgung ausgeschlossen...*“ (ID 507, Psychologin, 59

Jahre). „...ist mein einziges „Problem“ in der Behandlung meiner Patienten [...] die fehlende und kaum zu erlangende Kassenzulassung [...]. Bevor ich anfangen kann zu behandeln, muss ich jedes Mal „betteln“, dass die Krankenkassen meine Arbeit bezahlen, auf Dauer eine Zumutung für Patienten und Behandler...“ (ID 510, Psychologin, 47 Jahre).

In diesen Kommentaren zur Kritik an der Versorgungspolitik, zeigt sich außerdem, dass Konfundierungseffekte im Sinne einer sozialen Erwünschtheit, die Ergebnisse meiner Studie wohl nicht in Frage stellen. Als Confounder kommen Störfaktoren in Frage, die durch die Tatsache meiner Unterscheidung zwischen **den Psychotherapeuten, die in Schwerpunktpraxen bzw. denen, die in Nicht-Schwerpunktpraxen** arbeiteten, zustande gekommen sein können. Als Kriterium galt die Auskunft bzw. Einschätzung der Befragten dazu, wieviel Prozent ihrer Patienten in ihrer psychoonkologischen Behandlung sind. Da sich aber in nur wenigen Fällen tatsächlich Hinweise auf Unterschiede zwischen beiden Gruppen ergaben, zeigen die Ergebnisse der Studie meist den Gesamtwert, wodurch dieser mögliche Störfaktor wieder ausgeschlossen ist.

Störfaktoren könnten durch die **Altersstruktur** der Stichprobe zustande gekommen sein. Das Alter liegt bei der Mehrheit bei 50 Jahren oder mehr. Dabei bleiben mögliche Effekte, die durch die Herausforderung des beruflichen Aufbaus jüngerer Teilnehmer einerseits und die Schwierigkeiten derjenigen, die andererseits schon der Beendigung der beruflichen Tätigkeit entgegensehen, unberücksichtigt und unerkannt.

Ebenso kann die Tatsache, dass die Mehrheit der Befragten ihre Praxis in **Mittel- oder Großstädten** hat, wo sie einer größeren Konkurrenz durch Richtlinienpsychotherapeuten (BPtK 2018) ausgesetzt sind, einen unerkannten Effekt haben. So könnten die Wartezeiten falsch hoch sein, im Vergleich zu Psychotherapeuten ohne Kassensitz auf dem Land.

Für die Interpretation der Ergebnisse ist ein Faktor m.E. außerdem bemerkenswert, der die **Ausbildung und die therapeutische Weiterbildung** der Psychotherapeuten betrifft. Ich habe in dieser Studie überwiegend Psychologen, die außerdem überwiegend verhaltenstherapeutisch ausgebildet waren, befragt. Dabei hatte meine Auswahl der Studienteilnehmer gegenüber der Gruppe der ursprünglich von mir angeschriebenen Psychotherapeuten keinen Einfluss. Die Stichprobe ist damit jedoch

verhaltens-psychologischer, als die zum Vergleich herangezogene vorherige Studie (siehe 9.2.), was sich in Form systematischer Neigungen als Bias auswirken könnte. Singer et al. (2017a) haben hingegen in ihrer Studie Einschätzungen von Psychotherapeuten angeführt, die nahelegen, dass die psychotherapeutische Ausrichtung der Psychotherapeuten eher als weniger bedeutsam zu beurteilen ist, aufgrund der übereinstimmenden Fokussierung auf „Krisenbewältigung, Begleitung und Psychoedukation“ (Singer et al. 2017a, S. 444). „Sehr präsent seien das Thema Krebs und die damit einhergehenden Veränderungen. Diese bezögen sich sowohl auf das körperliche Befinden als auch auf zwischenmenschliche Beziehungen. Existentielle Themen wie Leben, Sterben und Tod würden mehr in den Blick rücken und auch den therapeutischen Prozess verändern.“ (Singer et al. 2017a, S. 444).

Ich erachte es allerdings als diskussionswürdig, welchen Einfluss die jeweilige therapeutische Weiterbildung respektive die therapeutische Haltung haben könnte, wenn es um die Beurteilung der eigenen inneren Bedingungen im therapeutischen Prozess geht. Auf den möglichen Einfluss der psychotherapeutischen Weiterbildung haben Schwarz et al. (2006) hingewiesen, wo sich insbesondere bei tiefenpsychologisch und analytisch arbeitenden Psychotherapeuten unwissenschaftliche Annahmen über die psychische (Mit-) Bedingtheit von Krebserkrankungen, in Form der Annahme einer „dysfunktionalen Konfliktverarbeitung“ nachweisen ließen (Schwarz et al. 2006, S. 373). Zwiebel hat zum Verständnis der Komplexität der therapeutischen Haltung ausgeführt, „[...] dass die Beachtung unbewusster Ängste auf Seiten des Analytikers für das Verstehen der analytischen Situation und analytischen Beziehung eine wichtige Rolle spielt, auch wenn diesen Ängsten in unseren offiziellen klinischen Diskussionen eine eher geringe Bedeutung zukommt. [...] [D]iese Überlegungen [spielen][...] gerade in der analytischen Ausbildung eine zentrale und nach meiner Auffassung bislang zu wenig gewürdigte Rolle.“ (Zwiebel 2007, 202f.) Er führt weiter aus, dass „ [...] als Konfliktquelle [für den Psychotherapeuten][...] unbewältigte oder reaktivierte Triebkonflikte, Identitätskonflikte und strukturelle Probleme [zu bedenken sind] [...] aber auch problematische, implizite Grundannahmen über die Natur des Menschen, seiner Krankheiten und über seine Heilungs- und Veränderungsmöglichkeiten.“ (Zwiebel 2007, S. 203). Möglicherweise könnte durch diese Problematik der impliziten Annahmen im therapeutischen Prozess und unerkannte Unterschiede zwischen

psychoanalytisch-tiefenpsychologisch bzw. verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Psychotherapeuten ebenfalls ein Bias entstanden sein.

9.2. Meine Ergebnisse im Licht anderer Studien

Meines Wissens gibt es zum Vergleich der Ergebnisse lediglich, aber insbesondere die schon zitierte Studie von Singer et al. (2017a), die niedergelassene Psychotherapeuten, die -im Unterschied zu meiner Stichprobe- meistens über einen Kassensitz verfügten, untersucht hat. Dazu wurden zwischen April und Juni 2016 zunächst 17 Teilnehmer in qualitativen Interviews und dann insgesamt 81 Teilnehmer quantitativ, anhand eines neu entwickelten Fragebogens befragt (Singer et al. 2017a). Diesen Fragebogen habe ich dann in meiner Studie übernommen und um den Teil der Selbstwahrnehmung erweitert.

Im Vergleich der Stichprobenzusammensetzung waren die Teilnehmer meiner Studie jünger und „verhaltens-psychologischer“. Die Teilnehmer meiner Studie waren nur zu 60% 50 Jahre oder älter vs. zu 76% in der Vergleichsstudie. Die Teilnehmer differierten auch, was die Berufsabschlüsse und psychotherapeutische Weiterbildung betraf: ich befragte zu 74% Psychologen vs. 56% Psychologen in der vorhergehenden Studie; 67% meiner Teilnehmer hatten eine verhaltenstherapeutische Ausbildung vs. 44%. Die Stichproben waren dennoch insbesondere im Hinblick auf die schwerpunktmäßige Tätigkeit in der psychoonkologischen Arbeit gut vergleichbar, denn 57% der Teilnehmer meiner Studie bzw. 60% in der Vorgängerstudie gaben diese Tätigkeit als schwerpunktmäßig an.

9.2.1. Die äußeren Bedingungen der Praxen

Im Einzelnen gab es einige Unterschiede zwischen den Ergebnissen beider Studien: besonders bemerkenswert erscheint mir der Unterschied, dass die Teilnehmer meiner Studie im Vergleich durchschnittlich halb so viele Krebspatienten im Quartal abweisen und/oder weiter vermitteln mussten; in der Vorgängerstudie lag die überwiegende Mehrheit aller Praxen (72% und sogar 89% der Schwerpunktpraxen) allerdings in Orten mit mehr als 50 000 Einwohnern (Singer et al. 2017a). Es gab einen Unterschied zwischen beiden Studien, im Hinblick auf das Alter der Krebspatienten und die Häufung von über 60jährigen Krebspatienten in Schwerpunktpraxen, so der Befund der Vorgängerstudie. Hingegen fand ich keinen Unterschied zwischen Schwerpunkt- und Nichtschwerpunktpraxen, was die Wartezeit auf ein sondierendes Erstgespräch

betraff. Bestätigen konnte ich aber den Unterschied, dass die Wartezeit zwischen Erst- und weiterführenden Gesprächen in Schwerpunktpraxen signifikant kürzer war. Annähernd gleich hoch war die Einschätzung in beiden Studien, dass viele Krebspatienten unter einem subsyndromalen Krankheitsbild litten (23% in meiner Studie bzw. 27% in der Vergleichsstudie). Ich fand auch die Einschätzung bestätigt, dass bei durchschnittlich 13% der Krebspatienten probatorische Gespräche ausreichend waren; allerdings nicht, dass das in Schwerpunktpraxen häufiger so war. Unterschiedlich waren der Anteil an Kurzzeit- (50% in meiner Studie vs. 40% in der Vergleichsstudie) und Langzeitbehandlungen (meine Studie: 44% bzw. 33% in Nicht-Schwerpunktpraxen bzw. Schwerpunktpraxen vs. in der Vergleichsstudie: durchschnittlich 49%). Nicht gefunden habe ich, dass Paar- oder Familiengespräche in Schwerpunktpraxen häufiger angeboten wurden als in Nicht-Schwerpunktpraxen. Bestätigt wurde aber der Befund, dass nur relativ wenige Gruppentherapieangebote gemacht wurden (12% in meiner Studie bzw. 14% in der Vorstudie). Dieses Angebot liegt aber bedeutend höher als der Bundesdurchschnitt von 1 bis 2% Gruppentherapieangeboten in der ambulanten Versorgung (Bundespsychotherapeutenkammer 2018). Ich konnte den Unterschied im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit bestätigen, denn deutlich mehr Schwerpunktpraxen als Nicht-Schwerpunktpraxen stellten Flyer über ihre psychoonkologische Tätigkeit zur Verfügung; den Unterschied im Bereich einer praxiseigenen Website fand ich nicht. Bestätigen konnte ich, dass die Vernetzung mit anderen Behandlern eine große Rolle spielte und dass insbesondere die Psychotherapeuten in Schwerpunktpraxen deutlich häufiger in Kontakt mit Krebszentren, Kliniken, onkologischen Schwerpunktpraxen oder niedergelassenen Fachärzten waren und häufiger an Qualitätszirkeln teilnahmen, als die Psychotherapeuten in Nicht-Schwerpunktpraxen.

9.2.2. Die inneren Bedingungen der Arbeit

Im Fazit der Studie von Singer et al. (2017a), die ich zum Vergleich herangezogen habe, wurde die Problematik der psychoonkologischen Arbeit folgendermaßen zusammengefasst: „Nicht zuletzt beschreiben die Therapeuten diese Arbeit auch als dankbar und erfüllend. [...] Die eigene psychische Belastung durch die Arbeit mit existentiellen Themen wie Sterben, Tod, Endlichkeit, Verletzbarkeit der fantasierten Unversehrbarkeit des eigenen Körpers usw. wurde von den Befragten nicht sehr hervorgehoben. Es entsteht dadurch der Eindruck, dass die Behandlung von

Krebsbetroffenen nicht so sehr durch die Inhalte der Arbeit belastend ist, sondern eher durch deren Rahmenbedingungen.“ (Singer et al. 2017a, S. 448). In meiner Studie konnte ich in vielen Details die Schwierigkeiten durch die äußeren Rahmenbedingungen bestätigt finden.

Um meiner Hypothese, dass sich außerdem innere Schwierigkeiten bei der psychoonkologischen Arbeit einstellen, weiter nachzugehen, hatte ich den zweiten Fragebogenentwurf entworfen, der in drei Dimensionen nach der Wahrnehmung der Belastung in der psychoonkologischen Arbeit selbst gefragt hat. Obwohl sich hier insgesamt der oben formulierte Eindruck bestätigt, dass die befragten Psychotherapeuten die psychische Belastung ihrer Arbeit gut zu integrieren wissen, gibt es m.E. deutliche Hinweise darauf, dass die Krebskrankheit die Psychotherapie schwer macht. So hat fast ein Viertel der Befragten - dankenswert offen - der Aussage zugestimmt, selbst in den letzten Jahren viele Trennungen oder Verluste zu überstehen gehabt zu haben. Auch eine Zunahme der persönlichen beruflichen Belastung in den letzten Jahren sowie die Belastung durch das Mitleiden und den Abschied von Sterbenden wurden von fast der Hälfte der Befragten nicht geleugnet. Die überwiegende, klare Zustimmung zur Frage, ob man sich Wünsche nach Distanzierung in der psychotherapeutischen Behandlung von Krebspatienten gestatten würde, scheint in die gleiche Richtung des Bewusstseins der eigenen Belastung zu weisen. Hingegen fanden meine Fragen nach spezielleren Schwierigkeiten in der psychoonkologischen Behandlung, beispielsweise durch den Umgang mit der manchmal großen Hoffnungslosigkeit der Krebspatienten und den unsicheren Therapieperspektiven bei vergleichsweise nur wenigen Psychotherapeuten Bestätigung. Ebenso wenig Anklang fanden meine Fragen nach der Scheu beim Anblick von körperlich schwer kranken Patienten oder nach der therapeutischen Schwierigkeit durch die möglichen Heilungserwartungen an die psychotherapeutische Behandlung. Auch wenn ich hier an die Grenzen meines interpretatorischen Spielraums einer psychoanalytischen Deutung komme, möchte ich zur Untermauerung meines Versuchs, diese Auffälligkeiten zu verstehen, auch noch den Hinweis auf das Antwortmuster auf die Frage nach der Herausforderung durch eine authentische Haltung in der psychotherapeutischen Behandlung von Krebspatienten anführen.

Zum einen gilt es dabei zu bedenken, dass einige meiner Formulierungen im Fragebogen möglicherweise unglücklich gewählt sein könnten, da ich mich konsequent am qualitativen Interviewstandard der vorherigen Studie orientiert habe. Zum anderen möchte ich nicht in den methodischen Fehler verfallen, die statistisch gewonnenen Ergebnisse einer Gruppe mit den Aussagen eines Individuums zu verwechseln oder die jeweils erhobenen Antworten unreflektiert miteinander zu verbinden. Gewinnbringend scheint es mir hier zu diskutieren, wie es zu verstehen ist, dass mehr als die Hälfte der befragten Psychotherapeuten keine oder fast keine inneren Konflikte, authentisch zu sein wahrnehmen, wenn sie ihre Krebskranken psychotherapeutisch behandeln. Im Gegensatz dazu räumt das übrige Drittel solche inneren Konflikte durchaus ein.

Unter großer Vorsicht wäre also, mit Meerwein und Bürgin (2000) und Beutel (1999) die Hypothese aufzustellen, dass in der Beantwortung der Frage nach der Authentizität eine individuelle oder kollektive Abwehr Ausdruck findet, die einem unbewussten Nicht-Wissen-Wollen innerer Schwierigkeiten folgt. Ich muss nicht daran erinnern, dass eine solche Verleugnung oder Verdrängung im Falle des Individuums dem Bemühen dient, sich lebens- und arbeitsfähig zu halten, allerdings oft in der illusorischen Annahme, sich dadurch etwas ersparen zu können. Zur Illustration der psychischen Abwehr in der Arbeit an existentiellen Themen schildete M`Uzan (2014) in einer Fallvignette seinen inneren Zwiespalt: „Von Neuem gehen wir das Thema des Krebses, seiner Entwicklung und des Todes an, all das in einem Ton, dessen Gelassenheit sich eigentümlich von der Natur des Gegenstandes abhebt. Und ich denke über diesen Zwiespalt nach, der mir damals wie das Zeichen einer Art geteilten Verleugnung erscheint: Alles in allem wollten wir, meine Patientin und ich, nichts von dem wissen, worüber wir gerade sprachen.“ (M`Uzan et al. 2014, S. 205). M`Uzan diskutierte diese gleichermaßen gemeinsame und geteilte Verleugnung, welche, wie ihm schien, geradezu psychoseähnlich war, als den Versuch, die Angst abzuweisen. Er ging noch weiter, indem er die Übernahme (oder nicht geglückte) Übernahme einer großenwahnsinnigen Allmachtsposition (d.h. man könne in seinem Handeln beispielsweise die Entwicklung des Krebs hemmen) als das bezeichnete, was er in der Arbeit mit Krebspatienten erlebt: „Und doch glaube ich, dass man beinahe zu dieser Verrücktheit kommen müsste, um die Chancen für die psychische Arbeit, die diese Art von Situationen verlangt, und in die meine Patientin alle ihre Kräfte eingebracht hatte,

am besten zu sichern (M'Uzan et al. 2014, S. 206). Selbst wenn man mit Heckl et al. (2011) annehmen möchte, dass die psychoonkologische Versorgung einem supportiven Psychotherapiekonzept (Heckl et al. 2011, S. 124) verpflichtet ist, kann man, Herschbach (2013) folgend, annehmen, dass sich die Ängste, die Krebspatienten in vielfacher Form durchzustehen haben, auf Seiten der behandelnden Psychotherapeuten besonderer Verarbeitung bedürfen (Herschbach 2013). Beutel (1999) hat in der klinischen Falldarstellung einer Paarbehandlung anlässlich der Krebserkrankung des Mannes insbesondere auch die Widerstände gegen die Einfühlung des Psychotherapeuten dargestellt, welche dann auch im Zusammenhang der Paardynamik zu verstehen und für die Behandlung zu nutzen waren (Beutel 1999). Ich würde mit De Masi (2003) annehmen, „dass ein großer Teil der affektiven Kommunikation nicht bewusst wahrgenommen [wird] [...] und dass [auf Seiten des Psychotherapeuten] die Konstruktion und Restitution eines inneren, aufnahmefähigen Objekts [dem Patienten gegenüber] als von grundlegender Bedeutung angesehen [wird] [...].“ (Masi 2003, 13f.). Auch Meerwein (2000) hat darauf hingewiesen, dass „[g]erade die Annahme negativer Gefühls- und Affektäußerungen und die Bereitschaft, den Patienten auch unter diesen Umständen zu „halten“, [...] an Ärzte und Behandlungsteam hohe Anforderungen [stellt].“ (Meerwein und Bürgin 2000, S. 63).

In der angeführten Literatur wird auf die Schwierigkeit der psychischen Verarbeitung für Psychotherapeuten, die in der psychotherapeutischen Behandlung von Krebspatienten tätig sind, hingewiesen. In einem gewissen Kontrast dazu stehen meine Daten, wenn die befragten Psychotherapeuten eher von einer hohen Arbeitszufriedenheit sprechen. Es finden sich jedoch in meiner Ausarbeitung und den Ergebnissen meiner Studie versteckte Hinweise für die besondere Belastung der Befragten. Dabei habe ich das Phänomen der psychischen Abwehrvorgänge angeführt, das ich abschließend außerdem am Beispiel meiner eigenen Auseinandersetzung mit dem Thema meiner Dissertation illustrieren möchte.

Hinsichtlich meiner Motivation und der Wahl meines Dissertationsthemas hatte ich in der Einführung angedeutet, dass ich der Überzeugung bin, dass die Erfahrung mit dem Umgang mit Krebserkrankungen in meiner Familie bisher dazu geführt hatte, dass ich dieses Thema, auch in meiner psychoanalytischen Tätigkeit, wenig beachtet und sogar gemieden hatte. In meiner eigenen Psychoanalyse hat es dann sicherlich eine Rolle gespielt, mich aber nicht in dem Sinne befreit, dass ich mich dem in meiner Arbeit

aussetzen wollte oder konnte. Tatsächlich hat es dann den Schrecken der Krebserkrankung meiner Schwester gebraucht, um mich eingehend und wissenschaftlich mit dem Thema Krebserkrankung zu beschäftigen. Im Laufe dieser Arbeit sind mir einige Zusammenhänge, die sich vielleicht als mein Versuch, mit meiner Vernichtungsangst umzugehen, zusammenfassen lassen, bewusst geworden, die dabei meinen inneren Prozess begleitet haben. So kann ich inzwischen verstehen, dass ich - einerseits - die Arbeitslast, wie auch das Risiko meines möglichen Scheiterns an diesem Projekt der Dissertation, wie ein magisches Pfand eingesetzt habe, um die Krebserkrankung meiner Schwester zu bannen. So wie ich außerdem quasi phantasmatisch meine Lebenszeit zurückgedreht habe, indem ich mir gewünscht habe, doch noch spät in meiner beruflichen Laufbahn meine Dissertation nachzuholen, so wünschte ich, dass meine Schwester ihre Gesundheit und die jugendlich-omnipotente Phantasie ihrer Unversehrtheit zurückerlangen könne. Andererseits vermute ich, dass bei mir sicherlich auch Wiedergutmachungswünsche angesichts meiner Schuldgefühle gegenüber meiner Schwester wegen früher aggressiver Neidgefühle ihr, der „jüngeren Hübschen“ gegenüber, eine Rolle spielten. Zum Schluss möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass ich mir, dank Meerweins (2000) Hinweisen, auch meine Gefühle des Triumphs (der Gesunden über die Kranke), begleitet natürlich von großer Scham, eingestanden habe (Meerwein und Bürgin 2000, S. 129). Meine diesbezüglichen Bestrafungsängste haben dann wohl auch zu dem Wunsch geführt, sie auf eine aufwendige Weise abzuarbeiten.

Meine eigene Durcharbeit zeigte mir auch, dass es beängstigend und vielleicht gleichermaßen befreiend ist, sich der eigenen Ängste vor dem Hintergrund einer Krebserkrankung zu stellen. Die hohen Zustimmungswerte auf die Fragen nach der Befriedigung der Psychotherapeuten in ihrer Arbeit scheinen dieses Credo zu unterstreichen.

10. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen

- Die meisten Psychotherapeuten arbeiteten in Mittel- und Großstädten (64%, Median 350 000 Einwohner).
- Die Hälfte der Psychotherapeuten arbeitete schwerpunktmäßig mit Krebsbetroffenen und davon die Hälfte auch im Konsil- und/oder Liaisondienst.
- Die Wartezeit auf ein Erstgespräch betrug durchschnittlich 7 Tage; die Wartezeit auf ein weiterführendes Gespräch war in Schwerpunktpraxen kürzer; die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz betrug zwischen weniger als 2 Wochen (45%) und mehr als einem halben Jahr (4%).
- 42% der Psychotherapeuten reservierten Zeitkontingente für Krebspatienten.
- 31% hatten einen Flyer und 56% eine Website.
- Am häufigsten kamen Krebspatienten aufgrund eigener Recherche und auf Empfehlung anderer Patienten.
- 40% der Krebspatienten kamen während oder nach der Akutbehandlung, zu 77% in den Phasen der Erstdiagnose und bei Fortschreiten der Krebserkrankung.
- Die Hälfte der Krebspatienten wurde in einer Langzeittherapie (49%) behandelt; bei 13% der Krebspatienten war jedoch die Probatorik ausreichend.
- Ein Viertel der Krebspatienten litt unter einem subsyndromalen Krankheitsbild (27%).
- Von den Psychotherapeuten angebotene Behandlungssettings (neben der Einzelbehandlung) waren: Paargespräche (96%), Familiengespräche (74%), Entspannungsverfahren (89%), traumatherapeutische Verfahren (60%), psychologische Schmerztherapie (54%), Gruppentherapie (12%).
- In allen Praxen war eine Krisenintervention integriert (73% innerhalb von 3 Tagen).
- Hausbesuche und Krankenhausbesuche waren in Schwerpunktpraxen nicht häufiger.
- Finanzierung: Kostenerstattung (89%), Privatliquidation (86%), ausschließlich Gesprächsziffern (11%); jeweils vereinzelt: ASV/§116b (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung) bzw. Selektivverträge bzw. Sonderbedarf bzw. Ermächtigung bzw. DMP Brustkrebs (Disease-Management-Programm).

- Mehr als die Hälfte der Psychotherapeuten verzichtete ganz auf ein Ausfallshonorar bei Krebspatienten.
- Fast ein Drittel hatte Verträge mit Krebszentren und Kliniken (29%); 10% mit onkologischen Schwerpunktpraxen.
- 40% nutzten Supervision bzw. Intervention bei Bedarf.
- Was die Einschätzung der beruflichen Situation, die Herausforderung durch die speziellen organisatorischen Bedingungen und die innerpsychische Leistung der psychotherapeutischen Arbeit mit Krebsbetroffenen anging, gab es keine Unterschiede zwischen Psychotherapeuten in Schwerpunkt- und Nicht-Schwerpunktpraxen.
- 90% fühlten sich kompetent, 100% empfanden ihre Tätigkeit befriedigend, 66% arbeiteten ihrer Einschätzung nach zu viel.
- 23% berichteten von eigenen Verlusten oder Trennungen.
- Die meisten schätzten die Rolle als Vermittler in ihrer vernetzten Tätigkeit (70%).
- Die meisten empfanden die organisatorischen Notwendigkeiten hinderlich (65%).
- Die Hälfte der Psychotherapeuten gab an, bei schlechten Krankheitsverläufen mit zu leiden (47%).
- Nur wenige scheuten den Anblick körperlich schwer kranker Krebspatienten (15%) oder fühlten sich bei unsicherer Therapieperspektive in ihrem therapeutischen Elan eingeschränkt (8%).
- Die meisten empfanden den Abschied von sterbenden Patienten schmerzlich (81%).
- Männliche Psychotherapeuten gaben eher an, es sei eine Herausforderung, in der psychoonkologischen Behandlung authentisch zu sein.
- Weibliche Psychotherapeuten stimmten eher zu, in der Behandlung beglückten sie existentielle/spirituelle Momente.

Mein Anliegen, in meiner Studie etwas über die Situation niedergelassener Psychotherapeuten ohne Kassensitz, die mit Krebspatienten arbeiten, herauszuarbeiten, hat viele der organisatorischen und u.a. abrechnungsbedingter Hürden in der Behandlung bestätigt, die in vorherigen Studien gefunden wurden

(Schwarz et al. 2006; Singer et al. 2017a). Ich konnte in einzelnen Punkten auch nachweisen, dass sich, wie vermutet, die Situation der Psychotherapeuten, die in Schwerpunktpraxen arbeiten, d.h. mit mehr als 50% Krebspatienten unter ihren Patienten, von der jener unterschieden hat, die das nicht schwerpunktmäßig taten. In der Hauptsache habe ich gefunden, dass diese Psychotherapeuten, obwohl sie ohne Kassensitz niedergelassen waren und sich dementsprechend mit mehr äußeren Schwierigkeiten auseinandersetzen mussten, um psychoonkologische Behandlungen durchführen zu können, ihren Krebspatienten eine stabile psychotherapeutische Behandlung, und das meist auch sehr kurzfristig, anbieten konnten. Dabei gab die Mehrheit an, dass sie ihre psychotherapeutische Arbeit psychisch selbst sehr gut zu integrieren wissen. Ich habe in einer abschließenden, kurzgefassten psychoanalytischen Deutung versucht, diejenigen Hinweise zu verstehen, die m.E. darauf hinweisen, dass die psychische Störungslosigkeit vieler Psychotherapeuten, die mir aber aufgefallen war, unter einem erheblichen Aufwand an psychischer Abwehrleistung stehen könnte. Das bei nahezu allen Psychotherapeuten bekundete hohe Maß an Arbeitszufriedenheit und das Gefühl für die eigene Kompetenz verstehe ich dann so, dass die fortlaufende psychotherapeutische Arbeit mit Krebspatienten einen hohen Anteil an psychischem Gewinn hat. Dieser psychische Gewinn entsteht dadurch, dass sich psychoonkologische Psychotherapeuten dem seelischen Wagnis stellen und ihren Krebspatienten angesichts existentieller Themen therapeutisch zur Verfügung stehen. Der Aufwand von Abwehrleistung und psychischem Gewinn dürften bei diesen Psychotherapeuten m.E. unter dem energetischen Aspekt mehr oder weniger ausgewogen sein, da von einer großen Arbeitszufriedenheit die Rede ist. Es wäre sinnvoll, dies durch weiterführende psychoanalytische Einzelfallstudien zu belegen.

Diese Überlegungen zeigen m.E. außerdem, dass die psychoonkologische Arbeit sehr auf stabile, belastbare Rahmenbedingungen angewiesen ist.

Zum Schluss möchte ich noch einmal Christoph Schlingensief (2010) zitieren, der gegen Ende seiner Krankheit sagt: „Deshalb ist das im Augenblick auch ein bisschen schwierig mit manchen Leuten: Sie sind entweder total besoffen, kriegen kein Wort raus, und ich merke, sie denken, um Gottes willen, der hat ja nur noch ein paar Tage. Oder sie wollen mir Mut machen durch irgendwelche Durchhalteparolen, die ich im Moment gar nicht so richtig vertragen kann. Diese Leute haben doch auch alle ihre

Einschnitte, ihre Wunden. Warum zeigen wir sie uns nicht gegenseitig? Beuys sagt: „Zeig mal deine Wunde. Wer seine Wunde zeigt, wird geheilt. Wer sie verbirgt, wird nicht geheilt.“ Ja, das ist es vielleicht: Wer seine Wunde zeigt, dessen Seele wird gesund. Denn der Krebs ist weg, aber der Einschnitt bleibt.“ (Schlingensiefel 2010, S. 197)

Literaturverzeichnis

Adams, E.; Boulton, M.; Watson, E. (2009): The information needs of partners and family members of cancer patients: A systematic literature review. In: *Patient Education and Counseling* 77 (2), S. 179–186.

Andrykowski, Michael A.; Burris, Jessica L. (2010): Use of formal and informal mental health resources by cancer survivors. Differences between rural and nonrural survivors and a preliminary test of the theory of planned behavior. In: *Psycho-Oncology* 19 (11), S. 1148–1155. DOI: 10.1002/pon.1669.

Badr, Hoda; Krebs, Paul (2013): A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. In: *Psycho-Oncology* 22 (8), S. 1688–1704.

Barnes, Benjamin (Hg.) (2016): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Robert-Koch-Institut. Berlin: Robert Koch-Institut.

Beraldi, A.; Kukk, E.; Nest, A.; Schubert-Fritschle, G.; Engel, J.; Heussner, P.; Herschbach, P. (2015): Use of cancer-specific mental health resources-is there an urban-rural divide? In: *Supportive Care in Cancer* 23 (5), S. 1285–1294.

Bergelt, C.; Schölermann, C.; Hahn, I.; Weis, J.; Koch, U. (2010): Psychoonkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen im Krankenhaus und im ambulanten Sektor. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 72 (10), S. 700–706. DOI: 10.1055/s-0029-1242771.

Bettencourt, B. Ann; Schlegel, Rebecca J.; Talley, Amelia E.; Molix, Lisa A. (2007): The breast cancer experience of rural women. A literature review. In: *Psycho-Oncology* 16 (10), S. 875–887. DOI: 10.1002/pon.1235.

Beutel, M. (1999): "You should be more feminine!" Inclusion of the partner in the outpatient psychotherapy of a cancer patient. In: *Psychotherapeut* 44 (5), S. 320–321.

Beutel, M. E.; Weißflog, G.; Leuteritz, K.; Wiltink, J.; Haselbacher, A.; Ruckes, C. et al. (2014): Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients. Results of a randomized controlled multicenter trial. In: *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology* 25 (2), S. 378–384. DOI: 10.1093/annonc/mdt526.

Bion, Wilfred R.; Vorspohl, Elisabeth (2006): Aufmerksamkeit und Deutung. Tübingen: Kummerle (Veröffentlichungen des Klein Seminars Salzburg, 6).

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2016): Der Nationale Krebsplan.

Bundespsychotherapeutenkammer (2013): Kostenerstattung. Ein Ratgeber für psychisch kranke Menschen.

Bundespsychotherapeutenkammer (Hg.) (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018.

Clover, Kerrie Ann; Mitchell, Alex J.; Britton, Ben; Carter, Gregory (2015): Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? In: *Psycho-Oncology* 24 (7), S. 812–818. DOI: 10.1002/pon.3729.

Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (Hg.) (2017): Psychoanalytische Aus- & Weiterbildung in der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung. Unter Mitarbeit von Claudia Frank und Gerd Schmithüsen.

Dilworth, S.; Higgins, I.; Parker, V.; Kelly, B.; Turner, J. (2014): Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. In: *Psycho-Oncology* 23 (6), S. 601–612.

Döser, Johannes (2014): Vom Herstellen und Verlassen des Rahmens. In: *Kinderanalyse* 22 (4), S. 289–311.

Duarte, A.; Walker, J.; Walker, S.; Richardson, G.; Hansen, C. H.; Martin, P. et al. (2015): Cost-effectiveness of integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer. In: *Journal of Psychosomatic Research* 79 (6), S. 465–470.

Eissler, Kurt R. (1978): Der sterbende Patient. Zur Psychologie des Todes. Unter Mitarbeit von Hans Lobner. 1. Aufl. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog (problemata, 61).

Ernst, J.; Lehmann, A.; Krauß, O.; Köhler, U.; Schwarz †, R. (2009): Psychosoziale Unterstützungswünsche und tatsächlich erhaltene Versorgung onkologischer Patienten. In: *Tumordiagn u Ther* 30 (05), S. 269–274. DOI: 10.1055/s-0028-1109792.

Ernst, J.; Zenger, M.; Schmidt, R.; Schwarz, R.; Brahler, E. (2010): Medical and psychosocial care needs of cancer patients: a systematic review comparing urban and rural provisions. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 135 (31-32), S. 1531–1537.

Faller, H.; Weis, J.; Koch, U.; Brahler, E.; Harter, M.; Keller, M. et al. (2016): Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. In: *Journal of Psychosomatic Research* 81, S. 24–30.

Faller, Hermann (2013): Wirksamkeit von psychoonkologischen Gruppeninterventionen. In: Joachim Weis und Henry Alexander (Hg.): Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Mit 22 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 120–127.

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 : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 31 (6), S. 782–793. DOI: 10.1200/JCO.2011.40.8922.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017a): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V, vom 21.03.2013. In: *Bundesanzeiger*.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017b): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie, vom 24.11.2016. In: *Bundesanzeiger*.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017c): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V, vom 20.03.2014. In: *Bundesanzeiger*.

Götze, Heide; Friedrich, Michael; Brähler, Elmar; Romer, Georg; Mehnert, Anja; Ernst, Jochen (2017): Psychological distress of cancer patients with children under 18 years and their partners-a longitudinal study of family relationships using dyadic data analysis. In: *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 25 (1), S. 255–264. DOI: 10.1007/s00520-016-3411-z.

Gröppler, Sabrina; van der Meer, Elke; Landes, Tom; Bucher, Hubert; Stickel, Anna; Goerling, Ute (2016): Assessing cancer-related distress in cancer patients and caregivers receiving outpatient psycho-oncological counseling. In: *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 24 (5), S. 2351–2357. DOI: 10.1007/s00520-015-3042-9.

Härter, M.; Reuter, K.; Aschenbrenner, A.; Schretzmann, B.; Marschner, N.; Hasenburger, A.; Weis, J. (2001): Psychiatric disorders and associated factors in cancer. Results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. In: *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 37 (11), S. 1385–1393.

Hartz, Bianca (2014): Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. In: *KBV-Fortbildungshefte*.

Heckl, U.; Singer, S.; Wickert, M.; Weis, J. (2011): Recent health care standards in psychooncology. In: *Nervenheilkunde* 30 (3), S. 124–130.

Herschbach, Peter (2013): Progredienzangst. In: Joachim Weis und Henry Alexander (Hg.): *Psychoonkologie in Forschung und Praxis*. Mit 22 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 23–31.

Hines, Sonia; Ramis, Mary Anne; Pike, Shannon; Chang, Anne M. (2014): The Effectiveness of Psychosocial Interventions for Cognitive Dysfunction in Cancer Patients Who Have Received Chemotherapy: A Systematic Review. In: *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 11 (3), S. 187–193.

Johannsen, M.; Farver, I.; Beck, N.; Zachariae, R. (2013): The efficacy of psychosocial intervention for pain in breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. In: *Breast Cancer Research and Treatment* 138 (3), S. 675–690.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hg.) (2017): Selektivverträge. Online verfügbar unter <http://www.kbv.de/html/101.php>, zuletzt geprüft am 20.09.2018.

Kost, C.; Labouvie, H.; Kosfelder, J.; Hohl, U.; Herrmann-Lingen, C.; Kusch, M. (2009): Change in Psychological Distress of Cancer In-Patients Attending a Structured Psychooncological Care Program. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 59 (12), S. 432–439.

Krenz, Sonia; Godel, Cindy; Stagno, Daniele; Stiefel, Frederic; Ludwig, Gundula (2014): Psychodynamic interventions in cancer care II. A qualitative analysis of the therapists' reports. In: *Psycho-Oncology* 23 (1), S. 75–80. DOI: 10.1002/pon.3373.

Lehmann, C.; Koch, U.; Mehnert, A. (2009): Impact of the Doctor-Patient-Communication on Distress and Utilization of Psychosocial Services Among Cancer Patients A Review of the Current Literature. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 59 (7), S. 253–263.

Luborsky, Lester (1996): Theories of cure in psychoanalytic psychotherapies and the evidence for them. In: *Psychoanalytic Inquiry* 16 (2), S. 257–264. DOI: 10.1080/07351699609534079.

Masi, F. de (2003): Das Unbewusste und die Psychosen. Einige Überlegungen zur psychoanalytischen Theorie der Psychosen. In: *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, S. 1–34.

McDowell, M. E.; Occhipinti, S.; Ferguson, M.; Dunn, J.; Chambers, S. K. (2010): Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. In: *Psycho-Oncology* 19 (5), S. 508–516.

Meerwein, Fritz; Bürgin, Dieter (Hg.) (2000): Einführung in die Psycho-Onkologie. 5., überarb. und erg. Aufl, unveränd. Nachdr. Bern: Huber.

Mehnert, A.; Koch, U. (2008): Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer

register-based sample of long-term breast cancer survivors. In: *Journal of Psychosomatic Research* 64 (4), S. 383–391.

Mehnert, A.; Lehmann, C.; Koch, U. (2008): Utilization of professional psychosocial support and complementary medicine in younger cancer survivors. In: *Psycho-Oncology* 17, S235-S236.

Mehnert, A.; Vehling, S.; Scheffold, K.; Ladehoff, N.; Schon, G.; Wegscheider, K. et al. (2013): Prevalence of Adjustment Disorder, Acute and Posttraumatic Stress Disorders as well as Somatoform Disorders in Cancer Patients A Systematic Literature Review. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 63 (12), S. 466–472.

Mehnert, Anja; Brähler, Elmar; Faller, Hermann; Härter, Martin; Keller, Monika; Schulz, Holger et al. (2014): Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. In: *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 32 (31), S. 3540–3546. DOI: 10.1200/JCO.2014.56.0086.

Mitchell, A. J.; Chan, M.; Bhatti, H.; Halton, M.; Grassi, L.; Johansen, C.; Meader, N. (2011): Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. In: *Lancet Oncology* 12 (2), S. 160–174.

Money-Kyrle, Roger (1956): Normal counter-transference and some of its deviations. In: *The International journal of psycho-analysis* 37 (4-5), S. 360–366.

Money-Kyrle, Roger (2013): Einführung. In: Claudia Frank und Heinz Weiß (Hg.): Normale Gegenübertragung und mögliche Abweichungen. Zur Aktualität von R. Money-Kyrles Verständnis des Gegenübertragungsprozesses. 2. unveränderte Auflage. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel, S. 19–36.

Moyer, Anne; Sohl, Stephanie J.; Knapp-Oliver, Sarah K.; Schneider, Stefan (2009): Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. In: *Cancer treatment reviews* 35 (5), S. 475–484. DOI: 10.1016/j.ctrv.2009.02.003.

M'Uzan, Michel de; Frenzel Ganz, Yvonne; Fäh, Markus; Gondek, Hans-Dieter (Hg.) (2014): Identität und Tod. Psychoanalytische Essays zur Theorie der Klinik. Dt. Erstaussg. Gießen, Lahn: Psychosozial-Verl. (Bibliothek der Psychoanalyse).

Rosenberger, C.; Hocker, A.; Cartus, M.; Schulz-Kindermann, F.; Harter, M.; Mehnert, A. (2012): Outpatient Psycho-Oncological Care for Family Members and Patients: Access, Psychological Distress and Supportive Care Needs. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 62 (5), S. 185–194.

Salmon, P.; Clark, L.; McGrath, E.; Fisher, P. (2015): Screening for psychological distress in cancer: renewing the research agenda. In: *Psycho-Oncology* 24 (3), S. 262–268.

Schlingensief, Christoph (2010): So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein! Tagebuch einer Krebserkrankung. 9. Aufl. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Schwarz, R.; Rucki, N.; Singer, S. (2006): Onkologisch Kranke als Patienten der psychotherapeutischen Praxis. In: *Psychotherapeut* 51 (5), S. 369–375. DOI: 10.1007/s00278-005-0466-6.

Segal, Hanna; Vorkamp, Gerhard (2004): Melanie Klein. Eine Einführung in ihr Werk. Unveränd. Nachdr. der 1974 beim Kindler Verl. München ersch. Ausg. Tübingen: Ed. Diskord (Perspektiven kleinianischer Psychoanalyse, 12).

Sharpe, M.; Walker, J.; Hansen, C. H.; Martin, P.; Symeonides, S.; Gourley, C. et al. (2014): Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial. In: *Lancet* 384 (9948), S. 1099–1108.

Singer, S.; Bringmann, H.; Hauss, J.; Kortmann, R-D; Köhler, U.; Krauss, O.; Schwarz, R. (2007): Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 132 (40), S. 2071–2076. DOI: 10.1055/s-2007-985643.

Singer, S.; Gotze, H.; Mobius, C.; Witzigmann, H.; Kortmann, R. D.; Lehmann, A. et al. (2009): Quality of care and emotional support from the inpatient cancer patient's perspective. In: *Langenbecks Archives of Surgery* 394 (4), S. 723–731.

Singer, S.; Herrmann, E.; Welzel, C.; Klemm, E.; Heim, M.; Schwarz, R. (2005): Comorbid mental disorders in laryngectomees. In: *Onkologie* 28 (12), S. 631–636.

Singer, Susanne; Beckerle, Jutta; Kleining, Bernhard; Reuter, Katrin; Schneider, Erhard; Kojima, Erika (2017a): „Die Strukturen müssen viel flexibler sein“. In: *Psychotherapeut* 62 (5), S. 440–449. DOI: 10.1007/s00278-017-0229-1.

Singer, Susanne; Danker, Helge; Roick, Julia; Einenkel, Jens; Briest, Susanne; Spieker, Henning et al. (2017b): Effects of stepped psychooncological care on referral to psychosocial services and emotional well-being in cancer patients: A cluster-randomized phase III trial. In: *Psycho-Oncology* 26 (10), S. 1675–1683. DOI: 10.1002/pon.4492.

Singer, Susanne; Dieng, Sebastian; Wesselmann, Simone (2013): Psycho-oncological care in certified cancer centres--a nationwide analysis in Germany. In: *Psycho-Oncology* 22 (6), S. 1435–1437. DOI: 10.1002/pon.3145.

Singer, Susanne; Hohlfeld, Sylvia; Müller-Briel, Daniel; Dietz, Andreas; Brähler, Elmar; Schröter, Katharina; Lehmann-Laue, Antje (2011): Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten. In: *Psychotherapeut* 56 (5), S. 386–393. DOI: 10.1007/s00278-011-0859-7.

Singer, Susanne; Petermann-Meyer, Andrea; Kries, Alf von (2014): Psychoonkologie ist effektiv. In: *Deutsches Ärzteblatt* 111, 26.09.2014 (39), S. 1644–1646.

Turner, J.; Kelly, B.; Clarke, D.; Yates, P.; Aranda, S.; Jolley, D. et al. (2017): A tiered multidisciplinary approach to the psychosocial care of adult cancer patients integrated into routine care: the PROMPT study (a cluster-randomised controlled trial). In: *Supportive Care in Cancer* 25 (1), S. 17–26.

Vehling, Sigrun; Koch, Uwe; Ladehoff, Natalie; Schön, Gerhard; Wegscheider, Karl; Heckl, Ulrike et al. (2012): Prävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebs. Systematischer Literaturreview und Metaanalyse. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 62 (7), S. 249–258. DOI: 10.1055/s-0032-1309032.

Weis, J.; Giesler, J. M. (2016): Standards in psychosocial care of cancer patients. In: *Onkologie* 22 (3), S. 198–205.

Weis, Joachim; Alexander, Henry (Hg.) (2013): Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Mit 22 Tabellen. Stuttgart: Schattauer.

Zeissig, Sylke Ruth; Singer, Susanne; Koch, Lena; Blettner, Maria; Arndt, Volker (2015): Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung im Krankenhaus und in Krebsberatungsstellen durch Brust-, Darm- und Prostatakrebsüberlebende. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 65 (5), S. 177–182. DOI: 10.1055/s-0034-1395627.

Zwerenz, Rüdiger; Beutel, Manfred E.; Imruck, Barbara H.; Wiltink, Jörg; Haselbacher, Antje; Ruckes, Christian et al. (2012): Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients: study protocol for a randomized controlled trial. In: *Bmc Cancer* 12, S. 578. DOI: 10.1186/1471-2407-12-578.

Zwiebel, Ralf (2007): Von der Angst, Psychoanalytiker zu sein. Das Durcharbeiten der phobischen Position. Stuttgart: Klett-Cotta.

Anhang

ID	Identifikationsnummer (wird von uns ausgefüllt)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----	--	--

Zur Lage Ihrer Praxis

a02	Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem sich Ihre Praxis befindet?	Zahl der Einwohner	<input type="text"/>
a03	Wenn der Ort weniger als 50.000 Einwohner hat: Wie viele Einwohner hat die nächstgrößere Stadt mit mind. 50.000 Einwohnern?	Zahl der Einwohner	<input type="text"/>
a04	Wenn der Ort weniger als 50.000 Einwohner hat: Wie viele Kilometer ist diese nächstgrößere Stadt von Ihrer Praxis entfernt?	km	<input type="text"/>
a05	Bitte tragen Sie die Postleitzahl des Ortes Ihrer Praxis ein.	PLZ	<input type="text"/>

Persönliche Daten

a06	Bitte tragen Sie Ihr Geschlecht ein.	1 = männlich 2 = weiblich	<input type="checkbox"/>
q01	Wie alt sind Sie?	Bitte Alter in Jahren eintragen.	<input type="text"/> <input type="text"/>

Zu Ihrer Ausbildung und beruflichen Tätigkeit

Berufsabschluß Sind Sie...			
b01	Psychologe / in	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung (Studium)	<input type="checkbox"/>
b02	Arzt / Ärztin	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung (Studium)	<input type="checkbox"/>
b03	Sozialpädagoge / in	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung (Studium)	<input type="checkbox"/>
b04	Sozialarbeiter / in	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung (Studium)	<input type="checkbox"/>
b05	Pädagoge / in	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung (Studium)	<input type="checkbox"/>
b06	Erziehungswiss. / in	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung (Studium)	<input type="checkbox"/>
b07	Kunsttherapeut / in	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung (Studium)	<input type="checkbox"/>
b08	sonstiges	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung (Studium)	<input type="checkbox"/>
b09	wenn sonstiges: Welche Berufsausbildung / Studium haben Sie außerdem?		

b10	Haben Sie eine Approbation?	0 = nein → weiter mit Frage c01 1 = ja	<input type="checkbox"/>
b11	Wenn Approbation: Wann haben Sie die Approbation bekommen?	im Jahr	<input type="text"/>
b12	Wenn Arzt / Ärztin: Haben Sie eine Facharztweiterbildung?	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
b13	Wenn Facharzt / Fachärztin: Welche Facharztweiterbildung ist das? (egal ob in Weiterbildung oder abgeschlossen)		
b14	Psychiatrie	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
b15	Psychosomatische Medizin/ Psychotherapeutische Medizin / PT	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
b16	Allgemeinmedizin	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
b17	Gynäkologie	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
b18	Innere Medizin	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>

b19	Chirurgie	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
b20	Sonstiges	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
b21	<i>wenn Sonstiges:</i> welche Facharztweiterbildung?	
Psychotherapierichtung			
c01	tiefenpsychologisch fundierte PT	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung	<input type="checkbox"/>
c02	analytische PT / Psychoanalyse	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung	<input type="checkbox"/>
c03	Verhaltenstherapie	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung	<input type="checkbox"/>
c04	Gesprächspsychotherapie	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung	<input type="checkbox"/>
c05	Systemische Therapie	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung	<input type="checkbox"/>
c06	Interpersonelle Psychotherapie	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung	<input type="checkbox"/>
c07	Gestaltpsychotherapie	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, in Ausbildung	<input type="checkbox"/>
Psychoonkologische Fortbildung			
d01	Haben Sie eine von der Deutschen Krebsgesellschaft anerkannte psychoonkologische Fortbildung?	0 = nein 1 = ja, abgeschlossen 2 = ja, noch nicht abgeschlossen	<input type="checkbox"/>
d02	Haben Sie darüber hinaus eine andere oder mehrere psychoonkologische Fortbildungen besucht?	0 = nein → weiter mit nächster Seite 1 = ja	<input type="checkbox"/>
d03	<i>Wenn ja:</i> Wie viele Unterrichtseinheiten (à 45min) waren das insgesamt? (bezogen auf Frage d02)	1 = <25 UE 2 = 25-49 UE 3 = 50-99 UE 4 = ≥ 100 UE	<input type="checkbox"/>

Mitgliedschaft in psychoonkologischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaften

e01	PSO	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
e02	dapo	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
e03	ÖGPO (Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie)	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
e04	SGPO (Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie)	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
e05	DGVT	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
e06	DGPT	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
e07	DPV	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
e08	DPG	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
e09	DGPPN	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
e10	andere	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
e11	Wenn andere, welche?		

Tätigkeit im onkologischen Bereich

f01	Arbeiten Sie schwerpunktmäßig mit KrebspatientInnen?	0 = nein → weiter mit Frage f04 1 = ja	<input type="checkbox"/>
f02	<i>Wenn ja:</i> Seit wann arbeiten Sie generell beruflich schwerpunktmäßig mit KrebspatientInnen?	seit Jahren	<input type="text"/>
f03	Seit wann arbeiten Sie in einer Praxis beruflich schwerpunktmäßig mit KrebspatientInnen?	seit Jahren	<input type="text"/>
f04	Wie viel Prozent Ihrer PatientInnen sind Krebsbetroffene? (= KrebspatientInnen oder Angehörige von KrebspatientInnen, die wegen der Krebserkrankung zu Ihnen in die Praxis kommen) %	<input type="text"/>
f05	Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie in der psychotherapeutischen Versorgung von PatientInnen psychoonkologisch <u>in der Praxis?</u> h / Woche	<input type="text"/>
f06	Arbeiten Sie neben der Praxis auch noch Im Konsil-/Liaisondienst in einem Krankenhaus mit KrebspatientInnen?	0 = nein → weiter mit Frage f08 1 = ja, Konsildienst 2 = ja, Liaisondienst 3 = ja, sowohl Liaison- als auch Konsildienst 4 = anderes	<input type="checkbox"/>
f07	<i>Wenn sowohl in der Praxis als auch im Krankenhaus tätig:</i> Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie in der psychotherapeutischen Versorgung von PatientInnen psychoonkologisch <u>im Krankenhaus / Konsildienst?</u> h / Woche	<input type="text"/>
f08	Wie viele Krebsbetroffene behandeln Sie pro Quartal? (nur bezogen auf die Praxis, nicht Krankenhaus etc.)	Anzahl	<input type="text"/>
f09	Haben Sie einen Flyer, in dem Sie über Ihre psychoonkologische Tätigkeit informieren?	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
f10	Haben Sie eine Website, auf der Sie über Ihre psychoonkologische Tätigkeit informieren?	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
f11	Haben Krebsbetroffene bei Ihnen ein reserviertes Zeitkontingent?	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>

Spektrum der Ratsuchenden			
	Wie viele PatientInnen mit welchen Krebsentitäten haben Sie schon seit Anfang Ihrer psychoonkologischen Tätigkeit behandelt? Das heißt, im ganzen Berufsleben (Niederlassung, Krankenhaus etc.).		
g01	Brustkrebs	0 = nie 1 = 1-10 PatientInnen 2 = 11-50 PatientInnen 3 = 51-100 PatientInnen 4 = > 100 PatientInnen	<input type="checkbox"/>
g02	Darmkrebs	0 = nie 1 = 1-10 PatientInnen 2 = 11-50 PatientInnen 3 = 51-100 PatientInnen 4 = > 100 PatientInnen	<input type="checkbox"/>
g03	Prostatakarzinom	0 = nie 1 = 1-10 Patienten 2 = 11-50 Patienten 3 = 51-100 Patienten 4 = > 100 Patienten	<input type="checkbox"/>
g04	Lungenkrebs	0 = nie 1 = 1-10 PatientInnen 2 = 11-50 PatientInnen 3 = 51-100 PatientInnen 4 = > 100 PatientInnen	<input type="checkbox"/>
g05	Kopf-Hals-Tumore	0 = nie 1 = 1-10 PatientInnen 2 = 11-50 PatientInnen 3 = 51-100 PatientInnen 4 = > 100 PatientInnen	<input type="checkbox"/>
g06	malignes Melanom	0 = nie 1 = 1-10 PatientInnen 2 = 11-50 PatientInnen 3 = 51-100 PatientInnen 4 = > 100 PatientInnen	<input type="checkbox"/>
g07	andere Entitäten	0 = nie 1 = 1-10 PatientInnen 2 = 11-50 PatientInnen 3 = 51-100 PatientInnen 4 = > 100 PatientInnen	<input type="checkbox"/>
g08	Bezogen auf die PatientInnen Ihrer Praxis: % Wie viel % Ihrer PatientInnen sind <30 Jahre?		<input type="checkbox"/>
g09	Wie viel % Ihrer PatientInnen sind 31-60 Jahre? %	<input type="checkbox"/>
g10	Wie viel % Ihrer PatientInnen sind >60 Jahre? %	<input type="checkbox"/>
g11	Zu welchem Zeitpunkt im Erkrankungsverlauf werden Sie von den KrebspatientInnen am häufigsten aufgesucht?	1 = vor Akutbehandlung 2 = während der Akutbehandlung 3 = nach Akutbehandlung 4 = während und nach der Akutbehandlung gleich häufig	<input type="checkbox"/>
g12	Kommen die PatientInnen vor allem bei Erstdiagnose, bei Fortschreiten der Erkrankung (Rezidive, Zweitumore etc.) oder in der (prä)terminalen Phase?	1 = bei Erstdiagnose 2 = bei Fortschreiten 3 = in (prä)terminaler Phase 4 = in allen Phasen etwa gleich häufig 5 = bei Erstdiagnose und Fortschreiten	<input type="checkbox"/>

Rahmenbedingungen

	Wie ist das Setting Ihrer Arbeit? (mehrere Antworten sind möglich)		
h01	eigene Praxis	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h02	Gemeinschaftspraxis	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h03	Praxengemeinschaft	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h04	MVZ	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h05	konsiliarisch / Liaisondienst	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h06	Klinikambulanz	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h07	angestellt in einer Praxis	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h08	<i>Wenn gemeinschaftlich tätig:</i> Wie viele Ihrer KollegInnen sind schwerpunktmäßig psychoonkologisch tätig? (Anzahl)	<input type="text"/>
h10	Haben Sie Angestellte in der Praxis? <i>Wenn ja:</i> Welche Qualifikation haben diese?	0 = nein → weiter mit Frage h15 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h11	Sprechstundenhilfe	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h12	Psychotherapie	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h13	Sozialarbeit / -pädagogik	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h14	andere	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h15	Beschäftigen Sie Praktikanten / studentische Hilfen / Ausbildungskandidaten in der Praxis?	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
h16	Haben Sie einen Kassensitz?	0 = nein 1 = ja, ganz 2 = ja, halb	<input type="checkbox"/>

Arbeitsorganisation

	Wie sind die Zugangswege zu Ihrer Praxis? (mehrere Antworten sind möglich)		
i01	Übermittlung von Klinik	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
i02	Zuweisung von niedergelassenen Psychotherapeuten, Psychiatern, Psychosomatikern	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
i03	Zuweisung von niedergelassenen Onkologen	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
i04	Zuweisung von anderen Fachärzten (Hausärzten u.a.)	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
i05	von Krebsberatungsstellen	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
i06	von Reha-Einrichtungen	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
i07	von Selbsthilfegruppen	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
i08	Empfehlung von anderen Patienten	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
i09	selbst durch Patienten gefunden (Internet, Telefonbuch etc.)	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
i10	Wie lange ist bei Ihnen die Wartezeit für ein sondierendes Erstgespräch bei Krebsbetroffenen? (durchschnittlich, in Tagen) Tage	<input type="text"/>
i11	Wie viel Zeit vergeht zwischen Erstgespräch und weiterführenden therapeutischen Gesprächen bei Krebsbetroffenen? (durchschnittlich, in Wochen) Wochen	<input type="text"/>
i12	Wie lange dauert es, bis Sie einem Krebsbetroffenen einen Therapieplatz zur Verfügung stellen können? (durchschnittlich, gerechnet ab Anfragedatum)	1 = < 2 Wochen 2 = 2 bis 4 Wochen 3 = 1-3 Monate 4 = 4-6 Monate 5 = > 6 Monate	<input type="checkbox"/>
i13	Wie viele Krebsbetroffene pro Quartal müssen Sie abweisen und/oder weiter vermitteln (das heißt, Sie können weder Erstgespräch noch Probatorik oder Therapie anbieten)?	Bitte die Anzahl eintragen	<input type="text"/>
i14	Wie viele Prozent der Krebsbetroffenen sehen Sie wöchentlich?	... %	<input type="text"/>
i15	Stehen Sie für zeitnahe Krisenintervention zur Verfügung?	1 = ja, innerhalb von 3 Tagen 2 = innerhalb von 4-7 Tagen 3 = nein, nur >7 Tage	<input type="checkbox"/>
i16	Führen Sie Hausbesuche durch?	0 = nie 1 = seltener als 1x/ Quartal 2 = mind. 1x / Quartal	<input type="checkbox"/>

i17	Führen Sie Krankenhausbesuche durch?	0 = nie 1 = seltener als 1x/ Quartal 2 = mind. 1x / Quartal	<input type="checkbox"/>
i18	Üben Sie sonstige Tätigkeiten in der sektorenübergreifenden Versorgung aus?	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
i19	Haben Sie eine feste Telefonsprechzeit eingerichtet?	0 = nein 1 = ja, nur für Terminierung 2 = ja, für telefonische Beratung	<input type="checkbox"/>
i20	Haben Sie eine feste Sprechstunde eingerichtet?	0 = nein 1 = ja, nur für Terminierung 2 = ja, für persönliche Beratung	<input type="checkbox"/>
i21	Schreiben Sie nach dem Erstgespräch einen Arztbrief an die Zuweiser?	0 = nie 1 = manchmal 2 = immer	<input type="checkbox"/>
i22	Haben Sie eine Vertretung in Fällen von Abwesenheit?	0 = keine Vertretung 1 = Kollege/in aus eigener Praxis 2 = Kollege/in aus anderer Praxis	<input type="checkbox"/>
i23	Haben Sie noch sonstige Formen der speziellen Arbeitsorganisation?	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
i24	Welche?		

Behandlung

	Bezogen auf alle Krebsbetroffenen, die Sie behandeln: Wie häufig (prozentual) führen Sie Kurz- und Langzeittherapien durch bzw. wie häufig sind die Gespräche innerhalb der Probatorik ausreichend?		
j01	nur Probatorik %	<input type="checkbox"/>
j02	Kurzzeittherapien %	<input type="checkbox"/>
j03	Langzeittherapien %	<input type="checkbox"/>
j04	Schätzen Sie bitte: Wie viel % der Krebspatienten, die Ihre Praxis aufsuchen, haben subsyndromale Krankheitsbilder? (d.h. Kriterien einer F-Diagnose nicht voll erfüllt) %	<input type="checkbox"/>

Vernetzung

	Mit welchen der folgenden Einrichtungen bzw. KollegInnen haben Sie wie oft Kontakt?		
k01	Onkologische Schwerpunktpraxen, niedergelassene onkologische Fachärzte	0 = nie 1 = sporadisch, seltener als 1x/Quartal 2 = regelmäßig, 1-2x/Quartal 3 = oft, ≥ 3x/Quartal	<input type="checkbox"/>
k02	Krebszentren, Kliniken	0 = nie 1 = sporadisch, seltener als 1x/Quartal 2 = regelmäßig, 1-2x/Quartal 3 = oft, ≥ 3x/Quartal	<input type="checkbox"/>
k03	Qualitätszirkel Psychoonkologie	0 = nie 1 = sporadisch, seltener als 1x/Quartal 2 = regelmäßig, 1-2x/Quartal 3 = oft, ≥ 3x/Quartal	<input type="checkbox"/>
k04	<i>Wenn QZ:</i> Ist der Qualitätszirkel interdisziplinär besetzt oder rein psychotherapeutisch?	1 = interdisziplinär 2 = nur Psychotherapeuten 3 = nur Psychotherapeuten mit po. Schwerpunkt 4 = nur Psychoonkologen (PT und Nicht-PT)	<input type="checkbox"/>
	<i>Wenn Zusammenarbeit mit Onkologen:</i> Haben Sie Verträge mit....		
k05	Onkologischen Schwerpunktpraxen, niedergelassenen onkologische Fachärzten	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
k06	Krebszentren, Kliniken	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
k07	Nehmen Sie an Tumorboards teil?	0 = nein 1 = ja, an 1 TB 2 = ja, an 2 TB 3 = ja, an >2 TB	<input type="checkbox"/>
	Wie viele Stunden pro Monat benötigen Sie für		
k08	... Tumorboards	... Stunden / Monat (wenn kein zeitlicher Aufwand, dann 0)	<input type="checkbox"/>
k09	... Qualitätszirkel Psychoonkologie	... Stunden / Monat (wenn kein zeitlicher Aufwand, dann 0)	<input type="checkbox"/>
k10	... Außensprechstunden	... Stunden / Monat (wenn kein zeitlicher Aufwand, dann 0)	<input type="checkbox"/>
k11	... Konsil- /Liaisondienste	... Stunden / Monat (wenn kein zeitlicher Aufwand, dann 0)	<input type="checkbox"/>
k12	... Absprachen mit Kollegen	... Stunden / Monat (wenn kein zeitlicher Aufwand, dann 0)	<input type="checkbox"/>
k13	Haben Sie in einer onkologischen Praxis eine Nebenbetriebsstelle?	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>

Supervision / Intervention

101	Wie häufig nutzen Sie Supervision bezüglich der Therapie von Krebsbetroffenen?	0 = nie 1 = bei Bedarf, unregelmäßig 2 = mind. 1x im Jahr 3 = 2-3x pro Jahr 4 = öfter	<input type="checkbox"/>
102	<i>wenn Supervision:</i> Ist der Supervisor / Supervisorin psychoonkologisch geschult?	0 = nein 1 = ja 9 = weiß nicht	<input type="checkbox"/>
103	Wie häufig nutzen Sie Intervention bezüglich der Therapie von Krebsbetroffenen?	0 = nie 1 = bei Bedarf, unregelmäßig 2 = mind. 1x im Jahr 3 = 2-3x pro Jahr 4 = öfter	<input type="checkbox"/>
104	<i>wenn Intervention:</i> Sind die KollegInnen psychoonkologisch geschult?	0 = nein 1 = ja, einige oder alle 9 = weiß nicht	<input type="checkbox"/>

Leistungsangebote

Wir möchten gern erfahren, welche Angebote Sie für Krebsbetroffene zusätzlich zu den psychotherapeutischen Einzelgesprächen machen (unabhängig davon, wie oft dies nachgefragt wird)

	Welche Leistungen bieten Sie an?		
m01	Entspannungsverfahren (z. B. PMR, AT, Gelenkte Imagination)	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m02	Hypnose / Hypnotherapie	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m03	Katathymes Bilderleben	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m04	Psychologische Schmerztherapie	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m05	Traumatherapeutische Verfahren (z. B. EMDR)	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m06	Neuropsychologische Verfahren	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m07	Kunsttherapie / kreative Verfahren	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m08	Körpertherapie	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m09	Paargespräche	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m10	Familiengespräche	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>

m 11	Beratung per Email / online	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m 12	Gruppenangebote	0 = nein → weiter mit Frage n01 1 = ja	<input type="checkbox"/>
<i>wenn Gruppenangebote:</i>			
m 13	edukative Gruppen	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m 14	Gruppentherapie	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m 15	Entspannungsverfahren in Gruppen	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m 16	Gesprächsgruppen für PatientInnen	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m 17	Gesprächsgruppen für Angehörige	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
m 18	Sind die Gesprächsgruppen offen oder geschlossen?	1 = offen 2 = geschlossen 3 = beide Formate im Angebot	<input type="checkbox"/>
m 19	Wie viel Prozent Ihrer therapeutischen Arbeit sind Gruppenangebote?	...%	<input type="checkbox"/>

	Wie gehen Sie mit sozialrechtlichen Fragestellungen um? (z. B AHB-Anträge, Rentenansprüche, Schwerbehindertenausweis)		
n01	... Ich berate selbst dazu	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft 3 = immer	<input type="checkbox"/>
n02	... Ich vermittele an Krebsberatungsstellen	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft 3 = immer	<input type="checkbox"/>
n03	... Ich vermittele an Sozialberater (außerhalb von Krebsberatungsstellen)	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft 3 = immer	<input type="checkbox"/>
n04	Stellen Sie Krankschreibungen und/oder Atteste aus?	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
n05	Stellen Sie Reha-Anträge? (bezogen auf onkologische Reha)	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
n06	Erstellen Sie sozialrechtliche Gutachten? (Erwerbsfähigkeit u.ä.)	0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
n07	Wie viel Zeit wenden Sie für sozialrechtliche Fragen der Krebsbetroffenen auf?	0 = keine Zeit 1 = max. 1h / Woche 2 = 2-3h / Woche 3 = >3h / Woche	<input type="checkbox"/>

Finanzierung

	Wie werden die psychoonkologischen Gespräche bei Ihnen in der Praxis finanziert? Bitte nennen Sie alle Finanzierungsmöglichkeiten, die Sie regelmäßig nutzen.		
o01	... Kassenzulassung	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
o02	... Ermächtigung	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
o03	... Sonderbedarf	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
o04	... Kostenerstattung	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
o05	... Privatliquidation	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
o06	... Selektivverträge	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
o07	... ASV / §116b	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>
o08	... DMP Brustkrebs	0 = nie 1 = manchmal 2 = oft	<input type="checkbox"/>

p01	Wie häufig fallen bei Ihnen Gespräche mit Krebsbetroffenen aus? (im Durchschnitt, pro Patient; gemeint sind Ausfälle aufgrund des Patienten – mit oder ohne Absage)	0 = nie 1 = seltener als 1x / Quartal 2 = mind. 1x / Quartal	<input type="checkbox"/>
p02	Wie häufig fallen bei Ihnen Gespräche mit Nicht-Krebsbetroffenen aus? (im Durchschnitt, pro Patient; gemeint sind Ausfälle aufgrund des Patienten – mit oder ohne Absage)	0 = nie 1 = seltener als 1x / Quartal 2 = mind. 1x / Quartal 8 = trifft nicht zu, sehe nur Krebsbetroffene	<input type="checkbox"/>
p03	Wie gehen Sie mit Fehlzeiten um? (vorausgesetzt, die Stunde kann nicht durch einen anderen Patienten genutzt werden)	1 = immer Ausfallhonorar 2 = Absage bis 3d vorher, sonst Ausfallhonorar 3 = Absage bis 1d vorher, sonst Ausfallhonorar 4 = kein Ausfallhonorar	<input type="checkbox"/>
p04	Wie häufig verwenden Sie für die Abrechnung von Gesprächen mit Krebsbetroffenen ausschließlich Gesprächsziffern? (d.h. Behandlung ohne Therapieziffern)	0 = nie 1 = sehr selten 2 = oft 3 = sehr oft 4 = immer	<input type="checkbox"/>
p05	Wie häufig wurde bei Krebsbetroffenen ein Antrag auf Psychotherapie vom Gutachter abgelehnt?	0 = noch nie 1 = bisher 1x 2 = 2-5x 3 = öfter als 5x	<input type="checkbox"/>
p06	Wie häufig wurde derselbe Antrag vom Obergutachter ebenfalls abgelehnt?	0 = noch nie 1 = bisher 1x 2 = 2-5x 3 = öfter als 5x	<input type="checkbox"/>
p07	Wie häufig wurden Anträge gekürzt?	0 = noch nie 1 = bisher 1x 2 = 2-5x 3 = öfter als 5x	<input type="checkbox"/>

Zu Ihrer Position als Psychotherapeut / in

Wir möchten Sie bitten, zum Abschluss noch kurz zu schildern, wie Sie Ihre Arbeit als Therapeut/in erleben. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
r01 Authentisch zu sein, ist in der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen eine besondere Herausforderung für mich.	<input type="checkbox"/>				
r02 Die Psychotherapie von KrebspatientInnen erfordert viel zusätzliche Arbeit, wie beispielsweise die Informationsbeschaffung von den medizinischen BehandlerInnen.	<input type="checkbox"/>				
r03 Ich empfinde die organisatorischen Aufgaben der Praxistätigkeit (telefonische Sprechzeiten, Terminplanung, Ausfallsregelung, Antragstellung zur Kostenübernahme) oft als sehr hinderlich.	<input type="checkbox"/>				
r04 Ich empfinde meine berufliche Tätigkeit als PsychotherapeutIn als sehr befriedigend.	<input type="checkbox"/>				
r05 Nach meiner Empfindung hat meine persönliche berufliche Belastung in den letzten Jahren zugenommen.	<input type="checkbox"/>				

		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
r06	Ich arbeite zu viel.	<input type="checkbox"/>				
r07	Ich verbringe genug Zeit mit meiner Familie, mit FreundInnen oder für mich alleine.	<input type="checkbox"/>				
r08	Ich hatte in den letzten Jahren selbst viele Trennungen oder Verluste zu überstehen.	<input type="checkbox"/>				
r09	Das schwer definierbare Therapiesetting bei KrebspatientInnen, die zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wechseln, überfordert meine Flexibilität in der Praxis.	<input type="checkbox"/>				
r10	Die oft hohe Anforderung an Aktivität in der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen bringt willkommene Abwechslung in meinen Praxisalltag.	<input type="checkbox"/>				
r11	Die manchmal große Hoffnungslosigkeit von KrebspatientInnen macht die psychotherapeutische Behandlung sehr mühevoll.	<input type="checkbox"/>				

		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
r12	Die Heilungserwartungen mancher KrebspatientInnen an die psychotherapeutische Behandlung empfinde ich als schwierig.	<input type="checkbox"/>				
r13	Die psychotherapeutische Behandlung von psychosomatischen PatientInnen empfinde ich oft als schwieriger als die von KrebspatientInnen.	<input type="checkbox"/>				
r14	Meine gelegentliche Rolle als VermittlerIn zwischen den KrebspatientInnen in meiner psychotherapeutischen Behandlung, deren Angehörigen und den somatisch behandelnden ÄrztInnen, schätze ich sehr.	<input type="checkbox"/>				
r15	Die oft schmerzlich unsichere Therapieperspektive von KrebspatientInnen schränkt meinen therapeutischen Elan in deren psychotherapeutischer Behandlung ein.	<input type="checkbox"/>				
r16	Ich leide oft bei einem schlechten Krankheitsverlauf von KrebspatientInnen in der psychotherapeutischen Behandlung mit.	<input type="checkbox"/>				

		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
r17	Der Abschied von sterbenden KrebspatientInnen in der psychotherapeutischen Behandlung ist für mich oft schmerzlich.	<input type="checkbox"/>				
r18	In der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen beglücken mich existentielle/ spirituelle Momente.	<input type="checkbox"/>				
r19	Ich gestatte mir meine Wünsche nach Distanzierung in der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen.	<input type="checkbox"/>				
r20	Ich fühle mich kompetent in der psychotherapeutischen Behandlung von KrebspatientInnen.	<input type="checkbox"/>				
r21	Ich scheue mitunter den Anblick der körperlich schwer kranken KrebspatientInnen.	<input type="checkbox"/>				

**Recht vielen Dank für Ihre Teilnahme!
Gern schicken wir Ihnen die Ergebnisse der Befragung zu.**

Wenn Sie möchten, können Sie hier noch weitere Bemerkungen eintragen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Danksagung

Ich danke ...für ihren unschätzbaren Beistand und die Förderung, die ich durch das Promotionsvorhaben erfahren habe.

Ich danke allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich mit meinem Fragebogen auseinandergesetzt haben. Ich weiß diese Mühe sehr zu schätzen. Ich danke den Kolleginnen und Kollegen, die in den Arbeitsgruppen der dapo und der PSO wertvolle, wissenschaftliche Arbeit geleistet haben, auf die ich meine Studie stützen konnte.

Ich danke allen Krebspatientinnen und Krebspatienten, die durch die Inanspruchnahme einer psychotherapeutisch-psychoonkologischer Behandlung auf indirekte Weise die Basis für meine Arbeit geschaffen haben.

Ich danke meiner Familie, besonders meiner ...und meinen Freundinnen und Freunden, besonders ... für viele Anregungen und viel Aufmunterung während meines Arbeitsprozesses.

Dank meines Lebensgefährten und dessen gelassener Begeisterung und Lebensfreude war mir mein Promotionsprojekt Freude und Gewinn.

Lebenslauf

Annette Rockenbach

Seit 02/2016	Vorsitzende im Mainzer Psychoanalytischen Institut (mpi)
Seit 01/2014	Niedergelassen in eigener psychotherapeutischer Praxis in Mainz
01/2014	Berechtigt zur Führung der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse, Weiterbildung am Alexander-Mitscherlich-Institut in Kassel
10/1997 – 12/2013	Niedergelassen in eigener psychotherapeutischer Praxis in Ehrenberg
06/1996	Anerkennung als Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
01/1987 – 09/1997	Assistenzärztin in der Klinik Am Hainberg, Bad Hersfeld
08/1985 – 12/1986	Ärztliche Tätigkeit in Beratungsstellen der Pro Familia Hessen
06/1985	Approbation als Ärztin
04/1985	Ärztliche Prüfung
10/1978 – 04/1985	Studium der Humanmedizin in Marburg
06/1978	Allgemeine Hochschulreife in Zweibrücken
23/10/1959	Geboren in Annweiler am Trifels