

Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für
Susanne Singer**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2011 · 56:386–393 · DOI 10.1007/s00278-011-0859-7

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

**Susanne Singer · Sylvia Hohlfeld · Daniel Müller-Briel · Andreas Dietz · Elmar Brähler ·
Katharina Schröter · Antje Lehmann-Laue**

Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten

Versorgungsdichte und -bedarf

Psychotherapeut 2011 · 56:386–393
 DOI 10.1007/s00278-011-0859-7
 Online publiziert: 27. August 2011
 © Springer-Verlag 2011

Redaktion

A. Martin, Erlangen
 E. Brähler, Leipzig
 M. Beutel, Mainz

Susanne Singer^{1,5} · Sylvia Hohlfeld² · Daniel Müller-Briell³ · Andreas Dietz⁴ ·
 Elmar Brähler⁵ · Katharina Schröter⁵ · Antje Lehmann-Laue⁵

¹ Abt. Gesundheitspsychologie und Angewandte Diagnostik,
 Bergische Universität Wuppertal

² Tumorzentrum, Universitätsklinikum Leipzig

³ Bereich Informationsmanagement, Universitätsklinikum Leipzig

⁴ Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Leipzig

⁵ Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
 Universität Leipzig

Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten

Versorgungsdichte und -bedarf

Krebserkrankte haben in allen Phasen ihrer Erkrankung und Therapie Anspruch auf eine umfassende und qualitätsgerechte psychosoziale Versorgung. Ein Drittel der betroffenen Patienten im Akutkrankenhaus wünscht sich Unterstützung von einem Psychoonkologen bzw. einem Sozialarbeiter. Daten zur psychoonkologischen Versorgungssituation von Krebspatienten im ambulanten und im stationären Bereich können dazu beitragen, Versorgungsdefizite aufzudecken und ihnen entsprechend zu begegnen.

Hintergrund

Obwohl es inzwischen allgemein akzeptiert ist, dass Krebserkrankte Anspruch auf eine umfassende und qualitätsgerechte psychosoziale Versorgung in allen Phasen ihrer Erkrankung und Therapie haben, dokumentiert beispielsweise im Nationalen Krebsplan der Bundesrepublik Deutschland (Handlungsfeld 2, Ziel 9, www.bmg.bund.de), ist noch strittig, in welchem Umfang tatsächlich Bedarf an und Bedürfnisse nach einer solchen Versorgung bestehen.

Es liegen zwar mittlerweile verlässliche Daten zur Prävalenz psychischer Er-

krankungen und allgemeiner psychischer Belastungen bei Krebspatienten im stationären Bereich vor (Atesci et al. 2004; Härter et al. 2000; Iqbal 2004; Keller et al. 2004; Lichtenthal et al. 2009; Nakasujja et al. 2007; Özalp et al. 2008; Singer et al. 2007; Wancata et al. 1998), und es kann als gesichert gelten, dass ein Drittel aller Betroffenen im Krankenhaus unter einer psychischen Belastung von Krankheitswert (Singer et al. 2010b) und etwa die Hälfte unter erhöhtem „distress“ leidet (Brant et al. 2011; Faller et al. 2003; Flatten et al. 2003; Mehnert et al. 2010), aber es besteht Dissens darüber, inwieweit psychische Komorbidität ein geeignetes Kriterium zur Indikation für eine psychoonkologische Betreuung im Krankenhaus darstellt. Alternativ wurde vorgeschlagen, zwischen Komorbidität mit unmittelbarer psychoonkologischer Handlungsrelevanz und psychischen Begleiterkrankungen ohne unmittelbare Handlungsrelevanz zu unterscheiden (Krauß et al. 2011). Ein anderer Vorschlag, erarbeitet in einer internationalen Konsensuskonferenz (Kiss 1995), beinhaltet, von Indikation für psychoonkologische Betreuung dann zu sprechen, wenn eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- erhöhte psychische Belastung,
- mangelnde soziale Unterstützung oder

- Wunsch des Patienten nach einer solchen Unterstützung.

Bekannt ist hierzu, dass ein Drittel der Patienten im Akutkrankenhaus sich Unterstützung von einem Psychoonkologen bzw. einem Sozialarbeiter wünscht (Singer et al. 2009a). Fraglich ist jedoch noch, inwiefern es dabei Unterschiede zwischen Patienten mit unterschiedlichen Tumorentitäten gibt. Dies zu wissen, ist wichtig für die Planung der entsprechenden Personalressourcen an einem Krankenhaus.

Unbekannt ist weiterhin, wie viele Patienten und welche Patientengruppen entsprechende Angebote tatsächlich erhalten und in Anspruch nehmen. Allenfalls für die Versorgung in Brustzentren liegen derzeit Angaben vor (Giesler u. Weis 2009). Die von Giesler u. Weis (2009) befragten Zentren gaben an, dass durchschnittlich 62% der aufgenommenen Brustkrebspatientinnen psychoonkologisch betreut werden. Allerdings beruhen diese Zahlen auf Selbstangaben der Mitarbeiter der Brustzentren; es wurden keine Akten oder Kennzahlen hierfür ausgewertet. Und so sind die Autoren selbst auch skeptisch, inwieweit diese 62% der Brustkrebspatientinnen tatsächlich psychoonkologisch betreut wurden. In Zukunft werden über die Berichte der Deutschen Krebsgesellschaft,

in denen die Kennzahlen der von ihnen zertifizierten Zentren ausgewertet werden, verlässlichere Angaben erwartet werden können. Für die nichtzertifizierten Krankenhäuser liegen jedoch bislang keine Daten zur Versorgungsdichte vor.

Im ambulanten Sektor schließlich kann im Moment nicht nur hinsichtlich der Inanspruchnahme, sondern auch des Versorgungsbedarfs lediglich spekuliert werden. Experten gehen davon aus, dass die psychosoziale Versorgung Krebskranker hier vorwiegend von ambulanten Krebsberatungsstellen, zu einem geringeren Teil auch von niedergelassenen Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren oder Tageskliniken geleistet wird (Weis et al. 2000). Gemäß einer Befragung von niedergelassenen Psychotherapeuten werden etwa 5% aller Krebspatienten von ihnen behandelt (Schwarz et al. 2006). Wie viele der Erkrankten jedoch in Beratungsstellen versorgt werden, ist bislang nicht bekannt.

Ziel dieser Studie war es, Daten zur psychoonkologischen Versorgungssituation von Krebspatienten im ambulanten und stationären Bereich unter Routinebedingungen zu gewinnen. Aus diesem Grund wurden die Inzidenzzahlen des Tumorregisters Leipzig, die Dokumentation des psychoonkologischen Konsil-/Liaisondienstes für das Universitätsklinikum Leipzig und die Dokumentation der am Klinikum Leipzig angesiedelten ambulanten Krebsberatungsstelle miteinander verglichen, um folgende Fragen beantworten zu können:

1. Wie viel Prozent der am Universitätsklinikum behandelten Krebspatienten erhielten ein psychoonkologisches Konsil (bezogen auf die Gesamtgruppe und auf verschiedene Tumorentitäten)?
2. Wie viele Patienten erhielten eine ambulante psychosoziale Versorgung in der Krebsberatungsstelle (bezogen auf die Gesamtgruppe und auf verschiedene Tumorentitäten) im Vergleich zu in der Region als neu oder rezidiert erkrankt Registrierten?

Darüber hinaus wurden für Vergleichszwecke Daten einer Patientenbefragung am Klinikum aus den Jahren 2002 bis 2006 zur Beantwortung der folgenden Fragen (jeweils bezogen auf die Gesamt-

gruppe und verschiedene Tumorentitäten) reanalysiert:

3. Wie viel Prozent der stationär aufgenommenen Patienten äußern den Wunsch nach psychologischer und nach sozialrechtlicher Hilfe im Krankenhaus?
4. Wie viel Prozent der stationär aufgenommenen Patienten sind psychisch belastet bzw. sozial hilfebedürftig?
5. Wie viel Prozent der Patienten sind ein halbes Jahr nach Diagnose psychisch belastet bzw. sozial hilfebedürftig?

Patienten und Methode

Datengrundlage

Auf drei Datenquellen wurde im Rahmen dieser Studie zugegriffen: Erstens

auf das Tumorregister Leipzig, zweitens auf die Dokumentation der psychoonkologischen Versorger (psychoonkologischer Dienst am Klinikum und ambulante Krebsberatungsstelle), drittens auf eine Patientenbefragung am Klinikum. Durch Gegenüberstellung der Daten aus diesen drei Quellen sollten Antworten auf oben genannte Fragestellungen gefunden werden.

Tumorregister Leipzig

Über das Tumorregister Leipzig, das vom Tumorzentrum am Universitätsklinikum Leipzig e. V. geführt wird, wurden Angaben zur Krebsinzidenz in der Region (Stadt Leipzig und Leipzig Land) ermittelt. Im Tumorregister sind Daten zu Tumorentität, Patientenalter, -geschlecht und Ort der Primärbehandlung (Univer-

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 1 Anzahl der Krebspatienten, die am Universitätsklinikum Leipzig behandelt wurden, und Anzahl der Krebspatienten, die am Universitätsklinikum Leipzig mindestens ein psychoonkologisches Gespräch im Konsil- oder Liaisondienst erhielten (Jahr 2008)

Tumorentität	Anzahl (N) der Patienten		Verhältnis (%)
	Behandelt am Universitätsklinikum	Mit psychoonkologischer Betreuung	
Kopf-Hals-Bereich	216	32	15
Gastrointestinaltrakt	295	81	27
Lunge	128	7	5
Haut	169	6	4
Brust	319	48	15
Gynäkologische Tumoren	166	28	17
Prostata	437	10	2
Andere urologische Tumoren	148	10	7
Gehirn	80	5	6
Schilddrüse	21	0	0
Gesamt	1979	227	11

Tab. 2 Anzahl von Krebserkrankungen in der Region Leipzig und von Ratsuchenden in der Psychosozialen Beratungsstelle der Universität Leipzig (Jahr 2008)

Tumorentität	Anzahl (N) der Neu- oder Rezidiv-erkrankungen	Anzahl (N) der Ratsuchenden in der Beratungsstelle	Verhältnis (%)
Kopf-Hals-Bereich	278	85	31
Gastrointestinaltrakt	1631	89	5
Lunge	535	14	3
Haut	204	17	8
Brust	1046	228	22
Gynäkologische Tumoren	368	71	19
Prostata	790	38	5
Andere urologische Tumoren	380	29	8
Gehirn	101	17	17
Hämatookologische Erkrankungen	489	43	9
Schilddrüse	64	7	11
Gesamt	5886	638	11

sität vs. andere Kliniken) enthalten. Ausgewertet wurden die Zahlen aus dem Jahr 2008.

Psychosoziale Beratungsstelle für Tumorentität und Angehörige

Durch die Dokumentation der Psychosozialen Beratungsstelle für Tumorentität und Angehörige, die an der Universität angesiedelt ist, wurde ermittelt, wie viele Patienten psychoonkologisch versorgt wurden. Ebenfalls für das Jahr 2008 wurde die Häufigkeit von ambulanten Kontakten einerseits und Konsilen bzw. Liaisonkontakten im Universitätsklinikum andererseits gezählt.

Beide Datenquellen (Zahl von Erkrankten vs. Zahl von Versorgten) sollten

in Gegenüberstellung Aussagen zur Versorgungsdichte ermöglichen.

Patientenbefragung

Um die Daten zur Versorgungsdichte hinsichtlich des von Patienten geäußerten Wunsches nach Versorgung und dem Versorgungsbedarf einschätzen zu können, wurden die Ergebnisse einer in den Jahren 2002 bis 2006 ebenfalls am Universitätsklinikum Leipzig durchgeführten Befragung von Krebspatienten herangezogen. In dieser prospektiven Studie waren sowohl der psychoonkologische Versorgungsbedarf anhand von psychischen und sozialen Belastungen (im Krankenhaus und ein halbes Jahr nach Diagnose) als auch der Wunsch nach professioneller Unterstützung durch Sozialarbeiter und

Psychologen (im Krankenhaus) ermittelt worden. Um nun einen direkten Vergleich mit den Daten zur Versorgungsdichte zu ermöglichen, wurden diese entsprechend den Tumorentitätsgruppen aus der ersten und zweiten oben genannten Datenquelle ausgewertet und zusammengestellt.

Falldefinition

Patienten wurden als *sozial belastet* kategorisiert, wenn sie erhebliche Probleme in mindestens einem der folgenden Bereiche angaben:

- Finanzen,
- Versorgung von Familienangehörigen oder
- berufliche Situation.

Operationalisiert wurde dies durch eine Frage aus dem European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life-Questionnaire (EORTC QLQ-C30) nach finanziellen Problemen durch die Erkrankung und durch eine selbst entwickelte Frage nach weiteren sozialen Problemen, auch unabhängig von der Erkrankung. Beide Items wurden addiert und dichotomisiert, sodass der Patient als sozial belastet kategorisiert wurde, wenn in mindestens einer dieser Fragen mindestens mittlere Belastungswerte angegeben worden waren. Als *psychisch belastet* wurden Patienten definiert, wenn sie in dem Fragebogen Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) einen Gesamtwert von ≥ 13 hatten (Singer et al. 2009b). Beide Belastungsbereiche wurden zu Beginn des Krankenhausaufenthalts und ein halbes Jahr danach erfragt.

Auswertung

Die Zahl der am Klinikum im Jahr 2008 behandelten Krebspatienten wurde der Zahl der Patienten, die im gleichen Jahr ein psychoonkologisches Konsil bzw. ein Gespräch im Rahmen des Liaisondienstes erhalten hatten, gegenübergestellt, sowohl für die Gesamtgruppe als auch stratifiziert nach einzelnen Tumorentitäten. In ähnlicher Weise wurden die Tumorzinzenraten im Raum Leipzig mit der Zahl der in der Beratungsstelle ambulant behandelten Patienten verglichen.

Susanne Singer · Sylvia Hohlfeld · Daniel Müller-Briel · Andreas Dietz · Elmar Brähler · Katharina Schröter · Antje Lehmann-Lau

Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten. Versorgungsdichte und -bedarf

Zusammenfassung

Ziel. Ziel dieser Studie war es, Daten zur psychoonkologischen Versorgungssituation von Krebspatienten im ambulanten und im stationären Bereich unter Routinebedingungen zu gewinnen. Dabei interessierten vorrangig die Versorgungsdichte sowie der Bedarf an und der Wunsch nach psychosozialer Versorgung.

Methode. Die Versorgungsdichte wurde anhand des Vergleichs von Inzidenzzahlen des Tumorregisters Leipzig, der Zahl der durch den psychoonkologischen Konsil-/Liaisondienst des Universitätsklinikums Leipzig betreuten Patienten und der Zahl der Ratsuchenden in der an der Universität angesiedelten ambulanten Krebsberatungsstelle im Jahr 2008 ermittelt. Bedarf an und Wunsch nach psychosozialer Hilfe wurden anhand von Daten einer Patientenbefragung am gleichen Klinikum untersucht.

Ergebnisse. Im stationären und im ambulanten Bereich wurden jeweils 11% der Krebspatienten psychoonkologisch betreut.

Demgegenüber stehen ein sozialer Hilfebedarf bei 37% und ein psychologischer Hilfebedarf bei 52% der Patienten während des Krankenhausaufenthalts (1/2 Jahr später: je 42%). Insgesamt 41% der Befragten wünschten sich zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes Hilfe von einem Sozialarbeiter und 29% von einem Psychologen. Zwischen Patienten verschiedener Tumorentitäten bestanden große Unterschiede hinsichtlich der Versorgungssituation.

Schlussfolgerung. Im Vergleich zum Hilfebedarf und ihren Versorgungswünschen waren die Krebspatienten unter Routinebedingungen in einem Krankenhaus der Maximalversorgung als psychoonkologisch deutlich unterversorgt einzuschätzen.

Schlüsselwörter

Gewebsneubildung · Versorgungsforschung · Universitätskrankenhäuser · Beratung · Konsil-/Liaisondienst

Psychosocial care for cancer patients. Care provided and requirements

Abstract

Objectives. The aim of this study was to determine rates of psychooncological care for cancer inpatients and outpatients under routine conditions in a large University hospital. The percentage of patients who received care was analyzed and compared with self-rated and expert rated supportive care needs.

Methods. The percentage of inpatients who received psychooncological care was calculated by comparing the number of cancer patients treated at the hospital as documented by the local tumor registry (n=1,979) with the number of patients treated by a psychooncologist in that hospital as documented by the hospital's psychooncological consultation liaison service. The percentage of outpatients who received psychooncological care was calculated by comparing the number of incident cancer cases as documented by the local tumor registry (n=5,886) with the number of patients who received at least one consultation at the local tumor counseling centre. Supportive care needs were estimated by analyzing data of a prospective patient survey in the same hospital (n=1,803) using the Hos-

pital Anxiety and Depression Scale and single items to determine social burdens and the wish for emotional support.

Results. The results showed that 11% of inpatients and outpatients (n=234 and n=638, respectively) received psychooncological care. Social care needs were prevalent in 37% and psychological care needs in 52% of the patients during the stay in hospital and in 42% (social and psychological) 6 months later. Of the patients 41% expressed the need to see a social worker and 29% to see a psychologist. Large differences were found between patients with different tumor entities.

Conclusion. Psychooncological care delivered to cancer patients under routine conditions was below the actual rate required as estimated by screening instruments and as expressed by the patients.

Keywords

Neoplasm · Health services research · University hospitals · Counseling · Consultation-Liaison-Service

Die Tumorlokalisationen wurden wie folgt gruppiert:

- Kopf-Hals-Tumoren (C00–C14, C30–C32),
- gastrointestinale Tumoren (C15–C25),
- Lungenkrebs (C33 und C34),
- Hautkrebs (nur C43 eingeschlossen),
- Brustkrebs (C50),
- gynäkologische Tumoren (C51–C57),
- Prostatakarzinom (C61),
- andere urologische Tumoren (C60, C62–C68),
- Hirntumoren (C70–C72),
- Schilddrüsenkrebs (C73) und
- hämatookologische Erkrankungen (C81–C96).

Ausgeschlossen wurden alle In-situ-Malignome und alle Hautkrebserkrankungen, die kein malignes Melanom waren. Die Daten wurden mit dem Statistikprogramm STATA (Stata Statistical Software: Release 11, StataCorp LP, College Station) ausgewertet.

Versorgungsstruktur am Klinikum

Im Jahr 2008 wurden die psychoonkologischen Konsile am Universitätsklinikum Leipzig durch die Mitarbeiter der Abteilung Sozialmedizin geleistet. Ein Liaisondienst war am Brust- und am Darmzentrum etabliert, ebenfalls geleistet durch eine Mitarbeiterin der Abteilung Sozialmedizin, und auf der Station Hämatologie-Onkologie, hier geleistet durch eine Kollegin, die auf dieser Station angestellt war. Da für letztere Station keine Dokumentationsdaten vorliegen, wurden die hämatookologisch Erkrankten aus den Analysen zum stationären Sektor ausgeschlossen.

Die Indikation für ein psychoonkologisches Konsil wurde auf allen Stationen anhand der Einschätzung des behandelnden Teams getroffen, d. h., es wurde nicht systematisch nach psychischer Belastung gescreent oder anderweitig eine systematische Zuweisung von Patienten zum psychoonkologischen Dienst realisiert.

Versorgungsstruktur hinsichtlich von Beratungsstellen

Im Untersuchungsjahr waren in Leipzig zwei Beratungsstellen etabliert: die Psy-

Tab. 3 Wunsch nach psychosozialer Betreuung durch Sozialarbeiter und Psychologen zu Beginn des stationären Aufenthalts

Tumorentität	Anzahl (N) der befragten Patienten	Anteil (%) der Patienten mit Wunsch nach Betreuung durch	
		Sozialarbeiter	Psychologe
Kopf-Hals-Bereich	97	59	22
Gastrointestinaltrakt	314	38	35
Lunge	48	44	31
Haut	24	42	28
Brust	149	40	31
Gynäkologische Tumoren	163	49	32
Prostata	239	33	22
Andere urologische Tumoren	141	34	23
Gehirn	69	59	31
Hämatonkologische Erkrankungen	50	32	36
Schilddrüse	14	7	31
Gesamt	1332	41	29

Tab. 4 Anteil von sozial und psychisch hoch Belasteten

Tumorentität	Anzahl (N) der befragten Patienten	Anteil (%) der zu Beginn des Krankenhausaufenthalts belasteten Patienten		Anteil (%) der ein halbes Jahr nach Aufnahme ins Krankenhaus belasteten Patienten	
		Sozial	Psychisch	Sozial	Psychisch
		Kopf-Hals-Bereich	107	52	59
Gastrointestinaltrakt	357	37	56	49	37
Lunge	53	35	51	50	54
Haut	29	44	52	47	35
Brust	174	40	60	44	49
Gynäkologische Tumoren	193	44	54	40	50
Prostata	287	24	39	25	27
Andere urologische Tumoren	161	30	45	36	36
Gehirn	70	49	64	64	67
Hämatonkologisch	57	39	54	53	50
Schilddrüse	15	57	60	50	73
Gesamt	1529	37	52	42	42

chosoziale Beratungsstelle für Tumorpatienten und Angehörige der Universität Leipzig und die Beratungsstelle am Städtischen Klinikum St. Georg. Die nächste Beratungsstelle der Region war am Gesundheitsamt Borna (ca. 30 km entfernt) angesiedelt. Da den Autoren nur für die Beratungsstelle der Universität Dokumentationsdaten vorliegen, sind die vergleichenden Auswertungen also v. a. unter differenziellen Gesichtspunkten vorzunehmen.

Ergebnisse

Versorgungsdichte

Universitätsklinikum

Im Jahr 2008 wurden am Universitätsklinikum Leipzig insgesamt 1979 neu erkrankte erwachsene Patienten behandelt, und insgesamt 227 Patienten erhielten mindestens ein psychoonkologisches Gespräch im Konsil- oder Liaisondienst. (Ausgenommen sind hier die hämatonkologischen Erkrankungen; s. Abschn. „Methoden.“) Setzt man diese Zahlen ins Verhältnis, ergibt sich eine Betreuungsrelation von 11% (■ Tab. 1). Die höchste Betreuungsrelation mit 27% gab es bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren,

die geringste mit 0% bei Schilddrüsenkrebspatienten und mit 2% bei Patienten mit Prostatakarzinom.

Die betreuten Personen waren zu 43% Männer und zu 57% Frauen und sie waren im Durchschnitt 59 Jahre alt (Variationsbreite 20 bis 87 Jahre), während die am Klinikum behandelten Patienten zu 58% Männer und zu 42% Frauen waren, das Durchschnittsalter lag hier bei 62 Jahren (Variationsbreite 15 bis 94 Jahre).

Krebsberatungsstelle

In der Region Leipzig wurden im Jahr 2008 insgesamt 5886 Krebserkrankungen registriert (■ Tab. 2, 3). In der Beratungsstelle wurden im gleichen Jahr 638 Patienten psychosozial betreut; dies entspricht einem Verhältnis von 11%. Die höchste Betreuungsdichte ergab sich bei Patienten mit Krebserkrankungen im Kopf-Hals-Bereich (31%), die geringste bei Lungenkrebspatienten (3%).

In der Beratungsstelle war das Geschlechtsverhältnis ungleich verteilt: Die Ratsuchenden waren zu 63% weiblich und im Durchschnitt 58 Jahre alt (Variationsbreite 18 bis 88 Jahre). Im Vergleich dazu waren 48% der im Tumorregister erfassten Patienten weiblich, und das Durchschnittsalter lag bei 65 Jahren (Variationsbreite 15 bis 100 Jahre).

Wunsch nach psychosozialer Hilfe

In der Patientenbefragung konnten Aussagen hinsichtlich des Wunsches durch Unterstützung seitens eines Sozialarbeiters bzw. Psychologen von 1334 Patienten zu Beginn des Krankenhausaufenthalts gewonnen werden. Insgesamt 41% der Teilnehmenden äußerten den Wunsch nach Beratung durch einen Mitarbeiter des Kliniksozialdienstes. Am häufigsten wurde der Wunsch von Patienten mit Tumoren im Kopf-Hals-Bereich bzw. im Gehirn (jeweils 59%) geäußert, auffallend selten von Patienten mit Schilddrüsenkarzinomen (7%), allerdings liegen hier auch nur Angaben von 14 Personen vor.

Unterstützung seitens eines Psychologen wünschten sich 29% der Befragten. Am häufigsten äußerten Patienten mit hämatonkologischen und gastrointestinalen Erkrankungen diesen Wunsch (36% und 35%), am seltensten Patienten

mit Prostatakarzinomen oder Kopf-Hals-Tumoren (je 22%). Die Unterschiede zwischen Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen waren also nicht sehr groß, d. h., der Unterstützungswunsch war über alle Tumorentitäten hinweg relativ konstant (■ **Abb. 1**).

Psychische und soziale Belastung

Stationär

Zu Beginn des Krankenhausaufenthalts wurden 37% der Patienten den Kriterien entsprechend als sozial belastet und 52% als psychisch belastet eingestuft (■ **Tab. 4**). Am häufigsten sozial belastet waren Patienten mit Schilddrüsenkarzinomen (57%, allerdings ist auch hier wieder die relativ kleine Stichprobengröße zu bedenken) und Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (52%). Am wenigsten soziale Probleme wurden von Patienten mit Prostatakarzinomen berichtet, wobei auch hier 24% belastet waren.

Psychisch belastet waren v. a. Patienten mit Hirntumoren (64%) und mit Schilddrüsen- oder Mammakarzinomen (je 60%).

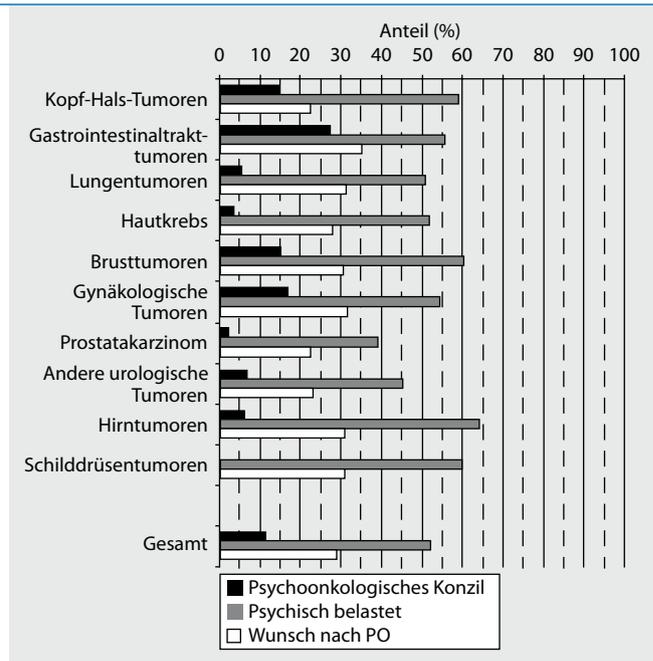
Ambulant

Ein halbes Jahr nach der Diagnose waren 42% der Patienten sozial und 42% psychisch belastet. Am häufigsten wurden soziale Probleme von Kopf-Hals-Tumorpatienten (65%) und Patienten mit Hirntumoren (64%) berichtet, vergleichsweise selten wiederum von Prostatakarzinompatienten (24%). Psychisch belastet waren zu einem großen Teil die Patienten mit Schilddrüsenkarzinomen (73%) oder Kopf-Hals-Tumoren (63%), am seltensten die Patienten mit Prostatakarzinomen (27%).

Diskussion

Mit dieser Studie wurden durch eine Gegenüberstellung von Inzidenzzahlen einerseits und tatsächlich erfolgter dokumentierter Versorgung sowohl im stationären (Akutkrankenhaus der Maximalversorgung) als auch im ambulanten Bereich (psychosoziale Krebsberatungsstelle) andererseits Aussagen zur Versorgungsdichte hinsichtlich der professionellen psychosozialen Betreuung von Krebs-

Abb. 1 ▶ Prozentsatz von Krebspatienten, die im Konsil- oder Liaisondienst psychoonkologisch betreut wurden, aufgeteilt nach Tumorklassifikation. Grundgesamtheit: Alle im Jahr 2008 am Universitätsklinikum behandelten Krebspatienten (N=1979). Zu Vergleichszwecken aufgeführt ist die in den Jahren 2002 bis 2004 ermittelte Häufigkeit psychischer Belastungen sowie der Wunsch nach einem Gespräch mit einem Psychologen (PO) bei den jeweiligen Tumorklassifikationen



patienten gewonnen. Diese Studie geht damit über das Niveau bisheriger Befragungen hinaus, da sie sich auf dokumentierte Zahlen stützen kann und sich nicht auf die bloße Einschätzung von Versorgern verlassen muss. Dokumentationen haben den Vorteil, weniger durch Rückschaufehler und Überschätzungen der eigenen Tätigkeit beeinflusst zu sein; dies stellt bei Befragungen von Gesundheitsanbietern ein häufiges Problem dar.

Allerdings birgt auch die vorgestellte Studie mehrere Probleme in sich, die bei der Interpretation der Zahlen unbedingt zu berücksichtigen sind. Zunächst einmal handelte es sich um eine monozentrische Untersuchung, sodass letztlich nicht sicher ist, inwieweit die Leipziger Daten auf andere Regionen übertragbar sind. Hier bedarf es detaillierter Angaben aus anderen Versorgungszentren.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass Patienten generell nicht nur im Jahr ihrer Erkrankung bzw. bei einem Rezidiv, sondern auch in anderen Phasen der Erkrankung um psychosoziale Beratung nachsuchen. Daher ist der Bezug auf das Jahr der Registrierung im Tumoregister nur ein Anhaltspunkt für die Zahl der Patienten, die Hilfe suchen. Es kann zwar davon ausgegangen werden, dass Erst- und/oder Rezidivdiagnosen häufige Anlässe für Beratungsanliegen sind (in der Beratungsstelle kamen beispielsweise im Jahr 2008 die Patienten mit Erstdia-

gnosen im Median innerhalb von 7 Monaten nach der Diagnosestellung zur Beratung, und 79,4% der Patienten hatten ihre Diagnose im Jahr 2008 oder 2007 erhalten), aber sie sind es eben nicht ausschließlich. Wenn hier also, um Vergleiche zwischen Patienten verschiedener Tumorentitäten zu ermöglichen, Prozentangaben präsentiert wurden, so ist bei der Interpretation unbedingt zu berücksichtigen, dass die betreuten Patienten nicht wirklich Teilmengen der im Register benannten Patienten sind. Die präsentierten Berechnungen sind also nur als Anhaltspunkt zu verstehen. Dies gilt jedoch unter der Annahme, dass sich Inzidenzzahlen über wenige Jahre hinweg nicht grundlegend ändern, sodass differenzielle Analysen mit Vorsicht möglich sind, wenn es uns darum geht, welche Tumorklassifikationen eher den Weg in die Beratung finden und welche nicht.

Ein Nachteil ist auch, dass den Autoren von den zwei anderen Beratungsstellen der Region keine Dokumentationen vorliegen, sodass hier keine flächendeckenden Angaben zur Versorgungsdichte im ambulanten Sektor gemacht werden können. Allerdings ist davon auszugehen, dass ein Großteil der sozialen und v. a. der psychologischen Betreuung an der teilnehmenden Beratungsstelle durchgeführt wurde, da die personelle Ausstattung in den beiden anderen Beratungsstellen deutlich geringer war.

Unter Berücksichtigung all dieser Einschränkungen kann trotzdem konstatiert werden, dass nur ein geringer Teil der Krebspatienten am Klinikum (11%) psychoonkologisch betreut wurde. Demgegenüber steht ein großer Bedarf an psychoonkologischer Betreuung (52%), wobei ein beträchtlicher Teil der Patienten (29%) schon zu Beginn des Krankenhausaufenthalts explizit den Wunsch nach einem Gespräch mit einem Psychologen äußerte.

In der Beratungsstelle lag die Versorgungsdichte ebenfalls bei 11%. Auch diese Zahl entsprach nicht dem sozialen und dem psychologischen Hilfebedarf, gemessen an Belastungen nach dem Krankenhausaufenthalt (je 42%). Geht man davon aus, dass in den anderen beiden Beratungsstellen auch jeweils 11% der Patienten beraten wurden, hätten immer noch nicht alle Patienten mit einem psychosozialen Hilfebedarf eine entsprechende Unterstützung erhalten.

Einschränkend ist hierzu zu sagen, dass die Angaben zu Versorgungsbedarf und -wünschen einige Jahre zuvor und bei einer anderen Stichprobe von Krebspatienten erhoben worden waren; der Vergleich ist also nicht direkt möglich. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass sich der Anteil der Patienten mit Beratungsbedarf bzw. -wunsch seitdem nicht drastisch verändert haben dürfte. Auch aus anderen Studien sind ähnliche Zahlen bekannt (Faller et al. 2003).

Weiterhin fällt an den Daten auf, dass das Verhältnis von Männern zu Frauen, die psychoonkologische Gespräche erhalten haben, im stationären Bereich ausgewogener ist als im ambulanten Sektor. Damit bestätigt sich, was in der Praxis häufig erlebt wird, nämlich dass ambulante Beratungsangebote eher von Frauen genutzt werden. Da aber im stationären Bereich Männer genauso häufig Gespräche in Anspruch nehmen, ist zu vermuten, dass hier ein aktiv aufsuchender Zugang geeigneter ist als die „Kommstruktur“, die in Beratungsstellen meist etabliert ist.

Interessant sind darüber hinaus die differenziellen Unterschiede in der Versorgungsdichte bezüglich der verschiedenen Tumorentitäten. Beispielsweise wurde von den meisten Schilddrüsenkarzinompatienten eine hohe psychische Belastung angegeben, aber kein einziger Patient

im Klinikum erhielt ein psychoonkologisches Konsil. Zu vermuten ist, dass hierbei v. a. zwei Faktoren eine Rolle spielen: erstens die Annahme der betreuenden Ärzte, dass bestimmte Tumorerkrankungen weniger belastend seien, z. B. weil deren Prognose i. Allg. gut ist wie beispielsweise bei den häufigsten Formen des Schilddrüsenkarzinoms, zweitens nichtetablierte Konsildienststrukturen auf einzelnen Stationen. Die Erfahrung ist, dass Konsile v. a. dann angefragt werden, wenn psychosoziale Mitarbeiter regelmäßig auf der Station präsent sind, z. B. im Rahmen von Forschungsprojekten (Singer et al. 2010a). So erklärt sich auch die vergleichsweise hohe Versorgungsdichte bei den Kopfhals-Tumor-Patienten am Klinikum und Beratungsstelle – hier werden seit vielen Jahren gemeinsame Forschungsprojekte durchgeführt.

Zu fordern ist, dass die Anfrage eines psychoonkologischen Konsils nicht durch derartige Unwägbarkeiten beeinträchtigt wird, sondern dass standardisierte Prozesse etabliert werden, die dafür sorgen, dass die belasteten Patienten möglichst rasch ein Gespräch angeboten bekommen können. Die Einführung von Screeningfragebogen hat sich dafür als geeignet erwiesen (McLachlan et al. 2001), wenngleich auch hier der endgültige Evidenznachweis noch fehlt. Darüber hinaus sind jedoch auch gute Kooperationsbeziehungen zwischen dem psychoonkologischen Dienst am Klinikum, den ambulanten Anbietern (Beratungsstellen, niedergelassene Therapeuten) sowie den Stationen notwendig und nicht zuletzt als *Conditi sine qua non* eine angemessene personelle Ausstattung des Konsil-/Liaisondienstes.

Fazit

Im Vergleich zu den psychischen und sozialen Belastungen der Krebspatienten und auch im Vergleich zu deren Wünschen nach professioneller psychosozialer Hilfe erhalten Tumorpatienten in der onkologischen Routineversorgung weit aus seltener psychoonkologische Angebote als notwendig und von den Patienten gewünscht. Entsprechend des Bedarfs und der Bedürfnisse wäre eine mindestens doppelt bis dreifache Zahl von

Patienten psychoonkologisch zu versorgen, als es im Moment geschieht.

Korrespondenzadresse

Susanne Singer

Abt. Gesundheitspsychologie und Angewandte Diagnostik, Bergische Universität Wuppertal
Gaußstr. 20, 42119 Wuppertal
singer@uni-wuppertal.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Atesci FC, Baltalarli B, Oguzhanoglu NK et al (2004) Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. *Support Care Cancer* 12:161–167
- Brant JM, Beck S, Dudley WN et al (2011) Symptom trajectories in posttreatment cancer survivors. *Cancer Nurs* 34:67–77
- Faller H, Olshausen B, Flentje M (2003) Emotional distress and needs for psychosocial support among breast cancer patients at start of radiotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53:229–235
- Flatten G, Jünger S, Gunkel S et al (2003) Traumatic and psychosocial distress in patients with acute tumors. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53:191–201
- Giesler J, Weis J (2009) Psychoonkologische Versorgung in Brustzentren. *Forum DKG* 24:49–52
- Härter M, Reuter K, Schretzmann B et al (2000) Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 39:317–323
- Iqbal A (2004) Common types of mental disorders in adult cancer patients seen at Shaikat Khanum Memorial Cancer Hospital and Research Centre. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 16:65–69
- Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C et al (2004) Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Ann Oncol* 15:1243–1249
- Kiss A (1995) Psychosocial/psychotherapeutic interventions in cancer patients: consensus statement, Flims 1995. *Support Care Cancer* 3:270–271
- Krauß O, Jonas S, Leinung S et al (2011) Psychische Begleiterkrankungen bei Krebspatienten in der Viszeralchirurgie. *Chirurg* 82:263–270
- Lichtenthal W, Nilsson M, Zhang B et al (2009) Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Psychooncology* 18:50–61
- McLachlan SA, Allenby A, Matthews J et al (2001) Randomized trial of coordinated psychosocial interventions based on patient self-assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patients with cancer. *J Clin Oncol* 19:4117–4125
- Mehnert A, Lehmann C, Graefen M et al (2010) Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)* 19:736–745
- Nakasujja N, Musisi S, Walugembe J, Wallace D (2007) Psychiatric disorders among the elderly on non-psychiatric wards in an African setting. *Int Psychogeriatr* 19:691–704

- Özalp E, Soygur H, Cankurtaran E et al (2008) Psychiatric morbidity and its screening in Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests. *Psychooncology* 17:668–675
- Schwarz R, Rucki N, Singer S (2006) Onkologisch Kranke als Patienten der psychotherapeutischen Praxis: Beitrag zur Qualitätserkundung und psychosozialen Versorgungslage. *Psychotherapeut* 51:369–375
- Singer S, Bringmann H, Hauss J et al (2007) Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Dtsch Med Wochenschr* 132:2071–2076
- Singer S, Danker H, Peuker M et al (2010a) Psychological consultation-liaison (CL) service – results from a large field study. *Psychol Med* 21:47
- Singer S, Das-Munshi J, Brähler E (2010b) Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. *Ann Oncol* 21:925–930
- Singer S, Götze H, Möbius C et al (2009a) Quality of care and emotional support from the inpatient cancer patient's perspective. *Langenbecks Arch Surg* 394:723–731
- Singer S, Kuhn S, Götze H et al (2009b) Hospital Anxiety and Depression Scale cut-off scores for cancer patients in acute care. *Br J Cancer* 100:908–912
- Wancata J, Benda N, Hajji M (1998) Prävalenz und Verlauf seelischer Erkrankungen an internen Krankenhausabteilungen. *Wien Klin Wochenschr* 110:597–603
- Weis J, Blettner G, Schwarz R (2000) Psychooncological care in Germany: quality and quantity. *Z Psychosom Med Psychother* 46:4–17

Hamburg – Preis Persönlichkeitsstörungen 2011 bleibt in der Hansestadt

Hamburger Forscher für herausragende Arbeiten ausgezeichnet

Zum Abschluss des 8. Hamburger Symposiums Persönlichkeitsstörungen „Mut und Demut“ wurde zum sechsten Mal der aus zwei Kategorien bestehende „Hamburg-Preis Persönlichkeitsstörungen“ verliehen. Mit einem Preisgeld von insgesamt 15.000 Euro gehörte er zu den bundesweit höchstdotierten Wissenschaftspreisen in der Psychiatrie.

Den mit 10.000 Euro dotierten „Hamburger Preis Persönlichkeitsstörungen 2011“ nahm stellvertretend für seine Arbeitsgruppe Professor Dr. Carsten Spitzer, kommissarischer Leitender Oberarzt des Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf, entgegen. Prämiert wurde die im *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* veröffentlichte Arbeit „Psychotic-like cognitive biases in borderline personality disorder“. Dafür hatte Spitzers Team 20 Borderline-Patienten und eine gleich große Kontrollgruppe eine Reihe von Tests durchführen lassen, die Hinweise auf psychotische Störungen liefern. Dabei fanden die Hamburger Forscher heraus, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in vier von fünf Tests deutliche Hinweise auf eine Psychose zeigten, während sie bei anderen neuropsychologischen Tests ähnliche Ergebnisse wie die gesunden Probanden der Kontrollgruppe aufwiesen. Die Ergebnisse der Arbeit könnten wertvoll für die weitere Erforschung der bisher eher mit affektiven als mit psychotischen Störungen in Verbindung gebrachten Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Entwicklung neuer Behandlungsstrategien sein.

Das mit 5.000 Euro dotierte „Hamburger Fellowship Persönlichkeitsstörungen 2011“ ging an die Diplom-Psychologin Cornelia Schwarze aus der Arbeitsgruppe Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Mainz für ihre Arbeit „Pränatale Risikofaktoren bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung“. Das Fellowship ist mit einem Studienaufenthalt in einem renommierten

internationalen Institut verknüpft, das sich mit der Erforschung von Persönlichkeitsstörungen befasst.

Der von der Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (GePs) e.V. und der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH ausgeschriebene Preis wird jährlich für herausragende Arbeiten auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstörungen verliehen und soll vor allem die klinische Forschung fördern. „Für die Grundlagenforschung gibt es genügend Förderung, dieser Preis soll direkt der patientenorientierten Forschung zu gute kommen und insbesondere auch junge Forscher fördern“, so Kongresspräsident Dr. Birger Dulz. Eine fünfköpfige Preisjury unter dem Vorsitz von Professor Dr. Stephan Doering (Wien) hatte die beiden Arbeiten aus zahlreichen Bewerbungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz ausgewählt.

*Quelle: idw - Informationsdienst
Wissenschaft*