

# Nationaler Krebsplan

## Empfehlungen für das Leistungsspektrum, die Qualitätskriterien und für Finanzierungsmodelle ambulanter psychosozialer Krebsberatungsstellen

### Inhalt

Zusammenfassung.....	4
Begriffsbestimmungen und Leistungsspektrum ambulanter psychosozialer Krebsberatungsstellen (s. Kapitel 3).....	5
Qualitätssicherung (s. Kapitel 4).....	6
Finanzierung (s. Kapitel 5) .....	7
Vorwort .....	9
1. Einleitung.....	11
2. Aufgaben ambulanter psychosozialer Krebsberatungsstellen.....	13
3. Empfehlungen zum Leistungsspektrum psychosozialer Krebsberatungsstellen .....	15
3.1 Ermittlung des Beratungsanliegens.....	15
3.2 Informationsvermittlung .....	15
3.3 Psychosoziale Beratung.....	16
3.3.1. Klärung des Beratungsbedarfs.....	17
3.3.2 Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung .....	18
3.3.3 Psychosoziale Beratung mit sozialer Schwerpunktsetzung.....	19
3.3.4 Zusätzliche Maßnahmen .....	20
3.4 Psychoedukation .....	21
3.5. Psychoonkologische Krisenintervention .....	22
3.6 Paar- und Familienberatung.....	23
3.7 Aufsuchende Beratung immobiler Patienten/innen .....	24

4	Empfehlungen zur Qualitätssicherung .....	24
4.1	Strukturqualität .....	25
4.1.1	Niedrigschwelligkeit .....	25
4.1.2	Leistungsangebot und Beratungssetting .....	25
4.1.3	Räumliche Anforderungen .....	25
4.1.4	Personelle Ausstattung.....	25
4.2	Prozessqualität .....	27
4.2.1	Basis- und Verlaufsdokumentation .....	27
4.2.2	Screening auf psychosoziale Belastung .....	27
4.2.3	Qualitätsmanagement.....	27
4.2.4	Supervision .....	28
4.2.5	Fortbildung .....	28
4.2.6	Vernetzung, Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit .....	28
5.	Empfehlungen zur Finanzierung von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen .....	29
5.1	Kostenträger, Zuordnung der Leistungen und anteilige Kostenübernahme.....	29
5.1.1	Gesetzliche und private Krankenversicherer .....	30
5.1.2	Rentenversicherer und andere Rehabilitationsträger (außer GKV) .....	30
5.1.3	Länder und Kommunen (Öffentliche Hand) .....	31
5.1.4	Träger Krebsberatungsstellen (Eigenanteil) .....	31
5.2	Vor- und Nachteile unterschiedlicher Abrechnungsmodelle .....	32
5.2.1	Einrichtungsbezogene Finanzierung.....	32
5.2.2	Abrechnung von Einzelleistungen .....	33
5.2.3	Fallpauschale .....	34
5.2.5	Zusammenfassende Empfehlung zur Finanzierung ambulanter Krebsberatungsstellen .....	34

5.3	Epidemiologische Kostenkalkulationen.....	35
5.4	Festlegung der Förderkriterien und Bewilligungsverfahren .....	37
6.	Empfehlung zur Überprüfung und Evaluation.....	38
7.	Literatur.....	39
8.	Anhang.....	41

## Zusammenfassung

An Krebs erkrankte Menschen benötigen vielfach Hilfe, die über die körperliche Behandlung ihrer Erkrankung hinausgeht. So weisen rund die Hälfte der Betroffenen und ihrer Angehörigen erhebliche psychosoziale Belastungen auf, die unter Umständen eine entsprechende psychosoziale Krebsberatung erforderlich machen. Diese kann dazu beitragen, die Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Krebserkrankung zu mindern und die Lebensqualität zu verbessern. Die Tatsache, dass in Deutschland rund eine halbe Millionen Menschen im Jahr neu an Krebs erkranken und rund 4 Millionen Menschen nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts aktuell oder zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens an Krebs erkrankt waren, verdeutlicht die große sozialmedizinische Bedeutung dieses Themas.

Das Ziel 9 des Nationalen Krebsplans (NKP) beinhaltet, dass alle Krebspatienten/innen bei Bedarf eine angemessene und bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung erhalten. Hier geht es zum einen darum, einen vorhandenen psychosozialen Unterstützungsbedarf bei Krebskranken und ihren Angehörigen besser zu erkennen, eine möglicherweise behandlungsbedürftige psychische Störung auszumachen, auf entsprechende Versorgungsmöglichkeiten hinzuweisen oder auch auf Wunsch zuzuleiten. Zum anderen geht es um die Sicherstellung der notwendigen psychoonkologischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich.

Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen bieten den Betroffenen eine niedrigschwellige psychosoziale Versorgung an und erfüllen auch eine Lotsenfunktion bei der Vermittlung und Erschließung weiterführender Leistungsangebote. Ihre Beratungsleistungen beziehen sich auf soziale, sozialrechtliche und psychologische Probleme, die im Rahmen einer Krebserkrankung auftreten. Aufgrund ihrer psychosozialen Zielsetzung gehört die ambulante psychosoziale Beratung bislang grundsätzlich nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Finanzierung der bundesweit ca. 150 vorhandenen regionalen Krebsberatungsstellen erfolgt derzeit heterogen und ist in vielen Fällen nicht nachhaltig gesichert. Häufig sind die Beratungsstellen auf Spenden oder sonstige Fördergelder angewiesen, z. B. der Deutschen Krebshilfe, die in einem eigenen Förderschwerpunkt seit 2008 derzeit 18 Krebsberatungsstellen bundesweit fördert.

Angesichts der ungesicherten langfristigen Finanzierung der ambulanten Krebsberatungsstellen haben sich die Partner im NKP intensiv dafür eingesetzt, die fachlichen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und nachhaltig finanzierte Krebsberatung zu schaffen. Das Fehlen einer belastbaren empirischen Entscheidungsgrundlage erschwert ein zielgerichtetes gesundheitspolitisches Handeln. Aus diesem Grunde sind die Ergebnisse der durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragten bundesweiten Bestandsaufnahme und Analyse der psychoonkologischen Versorgung eine wichtige Grundlage für eine künftige Finanzierungsregelung.

Parallel zur Bestandsaufnahme hat eine vom BMG moderierte Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung und Finanzierungsmodelle für ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen“ des NKP (AG KBS) – unter Beteiligung insbesondere von Vertretern der Länder und weiterer Sachverständiger – die vorliegenden Empfehlungen zum Leistungsspektrum, zur Qualitätssicherung und zur Finanzierung von psychosozialen Krebsberatungsstellen erarbeitet.

## **Begriffsbestimmungen und Leistungsspektrum ambulanter psychosozialer Krebsberatungsstellen (s. Kapitel 3)**

Gegenstand der psychosozialen Beratung sind insbesondere Probleme und Überforderungen im Alltag, Fragen zu möglichen Sozialleistungen sowie psychische Belastungen und Krisen, die im Zusammenhang mit der Krebserkrankung oder der medizinischen Behandlung stehen. Neben den Krebskranken aller Altersstufen (Kinder/Jugendliche und Erwachsene) können auch Angehörige und nahestehende Personen des sozialen Umfelds in allen Krankheitsphasen die Angebote der Krebsberatungsstellen in Anspruch nehmen. Auch Langzeitüberlebende, die immer noch durch die Auswirkungen einer länger zurückliegenden Krebserkrankung belastet sind, können sich an die Krebsberatungsstellen wenden. Für immobile Erkrankte steht eine aufsuchende Beratung zur Verfügung.

Ausgangspunkt der psychosozialen Beratung ist eine konkrete Ermittlung des Beratungsanliegens primär durch eine Assistentkraft, die eine Zuteilung an eine psychologische oder soziale Beratungsfachkraft veranlasst. Eine wichtige Aufgabe der Beratungsfachkräfte oder Assistentkraft ist die Vermittlung weiterführender Informationen (regionale Versorgungsstrukturen, mögliche Versorgungsleistungen, Angebote anderer Leistungserbringer und Ansprechpartner, medizinische Basisinformationen sowie weitere neutrale, qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Informationsquellen).

Die maßgebliche Aufgabe der Beratungsfachkräfte in der Krebsberatung ist die psychosoziale Beratung, die angezeigt ist, wenn Ratsuchende Orientierung bzw. Unterstützung für die eigene Lebensführung brauchen, jedoch keine Psychotherapie benötigen.

Im Erstgespräch wird der Beratungsbedarf ermittelt (s. Kapitel 3.3.1). Je nach vorliegendem Anliegen stehen psychische oder soziale Belastungen im Vordergrund. In der Beratungsplanung wird das Vorgehen zwischen Ratsuchendem und Beratungsfachkraft festgelegt. Dabei wird zwischen folgenden psychosozialen Beratungen unterschieden:

- Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung (s. Kapitel 3.3.2):  
Die Beratung bezieht sich vornehmlich auf Belastungen im Zusammenhang mit der Anpassung an die aktuelle Krankheits- und Belastungssituation. Darunter fallen insbesondere Ängste und Unsicherheit im Hinblick auf die lebensbedrohliche Situation, Zukunfts- und Progredienzangst, psychische und körperliche Langzeitfolgen der Therapie, Selbstwertprobleme, depressive Reak-

tionen, Abschied, Trauer und Verlust.

Die Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung soll die Ratsuchenden psychisch stabilisieren, im Umgang mit der Erkrankung unterstützen, deren psychische Bewältigungskompetenz stärken und zu einer nachhaltigen Rehabilitation beitragen. Die Beratung umfasst die Unterstützung bei der Verarbeitung von komplexen Informationen und die Aufarbeitung von bestehenden Konflikten.

- **Psychosoziale Beratung mit sozialer Schwerpunktsetzung (s. Kapitel 3.3.3):**  
Aufgabe der Beratung ist die Entlastung bei alltäglichen Überforderungen bzw. die Hilfestellung zur Bewältigung des täglichen Lebens sowie die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe. Dies umfasst insbesondere die Aufklärung über sozialrechtliche Leistungsansprüche und Hilfestellung bei der Antragsstellung, die Förderung der beruflichen (Re)Integration, soziale Unterstützung, Konfliktmoderation bei Rückzug und Isolation sowie die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen.

Darüber hinaus können zusätzlich weitere Interventionen zum Einsatz kommen wie bspw. Psychoedukation (s. Kapitel 3.4), psychoonkologische Krisenintervention (s. Kapitel 3.5), Paar- und Familienberatung (s. Kapitel 3.6) sowie aufsuchende Beratung immobiler Erkrankter (s. Kapitel 3.7). Bei einem Verdacht auf eine psychische Störung werden Ratsuchende an approbierte ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen oder entsprechende Fachärzte/innen für Psychiatrie bzw. Psychosomatik zur diagnostischen Abklärung weiter verwiesen.

## **Qualitätssicherung (s. Kapitel 4)**

Die Empfehlungen zur Qualitätssicherung sehen vor, dass die Angebote des vorgenannten Leistungsspektrums niedrigschwellig und kostenfrei allen Ratsuchenden angeboten werden. Sie sollen je nach Angebot persönlich, telefonisch, schriftlich und digital verfügbar sein. Die Geschäftszeiten sollen mindestens 20 Stunden an drei Tagen pro Woche in eigenen, gut erreichbaren Räumlichkeiten betragen.

Die psychosoziale Beratung soll grundsätzlich durch Psychologen/innen und Sozialarbeiter/-pädagoginnen wahrgenommen werden. Im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung können auch Ärzte/innen und Angehörige anderer Gesundheits- und Sozialberufe mit akademischem Abschluss als Beratungsfachkräfte tätig werden, die eine Befähigung zur psychosozialen Beratung vorweisen können. Darüber hinaus ist eine psychoonkologische Fortbildung für alle Beratungsfachkräfte erforderlich. Erfahrene langjährig Beschäftigte sollen, unabhängig von ihrer Berufszugehörigkeit, Bestandsschutz genießen. Die Assistenzkraft sollte über eine Qualifikation in Gesprächsführung verfügen. Neben regelmäßigen fallbezogenen Gruppensupervisionen und internen Fallbesprechungen sind regelmäßig psychosoziale oder psychoonkologische Fortbildungen vorzusehen.

Um die Qualität der Krebsberatungsstellen zu sichern, haben die Krebsberatungsstellen qualitative Mindeststandards vor allem der Struktur- und Prozessqualität zu erfüllen sowie einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement zur kontinuierlichen Verbesserung zu etablieren, das auch eine regelmäßige Nutzerbefragung vorsieht. Die Datenerfassung sollte anhand eines bundeseinheitlichen Datensatzes EDV-technisch erfolgen und die Stammdaten der Ratsuchenden sowie die erbrachten Leistungen umfassen. Die erhobenen Daten sollen mindestens einmal jährlich ausgewertet und als Jahresbericht auf den Internetseiten der Einrichtung veröffentlicht werden.

Den Ratsuchenden sollte – auf freiwilliger Basis – routinemäßig beim ersten persönlichen Beratungskontakt ein evidenzbasiertes Screening auf psychosoziale Belastung angeboten werden.

Darüber hinaus sollte die Krebsberatungsstelle mit ambulanten und stationären Versorgungs- und Sozialeinrichtungen, anderen Krebsberatungsstellen, Selbsthilfegruppen sowie niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten/innen regional gut vernetzt sein und durch Öffentlichkeitsarbeit auf die Angebote der Einrichtung aufmerksam machen.

## **Finanzierung (s. Kapitel 5)**

Um für Krebskranke und ihre Angehörigen auch zukünftig eine angemessene Krebsberatung bereit zu stellen, bedarf es einer bedarfsgerechten und nachhaltigen Finanzierung der Beratungsstellen. Die empfohlene Finanzierungsstruktur sieht eine anteilige Finanzierung mehrerer Kostenträger vor und setzt voraus, dass die zu fördernden Krebsberatungsstellen das oben genannte Leistungsspektrum erbringen und die geforderten Qualitätskriterien erfüllen.

Da das Leistungsspektrum von Krebsberatungsstellen komplex ist und verschiedene Aspekte der Sozialversicherungssysteme und der Daseinsvorsorge betrifft, ist eine Zuordnung auf mehrere Kostenträger erforderlich:

- **Gesetzliche und private Krankenversicherer:**  
Die psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung ist insoweit dem Aufgabenbereich der gesetzlichen und privaten Krankenversicherern zuzurechnen, als durch die frühzeitige Unterstützung bei hoher psychischer Belastung die Entstehung manifester, therapiebedürftiger psychischer Störungen verringert werden kann.
- **Renten- und Sozialversicherer:**  
Die psychosoziale Beratung mit sozialer Schwerpunktsetzung leistet einen wichtigen Beitrag zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leben in der Gesellschaft und ist insoweit dem Aufgabengebiet der Rentenversicherer und anderer Rehabilitationsträger zuzuordnen. Sie kann auch dazu beitragen, die Ratsuchenden bei der Erschließung der für sie geeigneten Maßnahmen der medizinischen

und beruflichen Rehabilitation zu unterstützen. Ferner kann die Beratung zur Verstetigung des Rehabilitationserfolgs beitragen.

- Länder und Kommunen (Öffentliche Hand):  
Im Hinblick auf gesundheitsunterstützende allgemeine Inhalte tragen Krebsberatungsstellen durch ihre Unterstützungsangebote mit dazu bei, die Aufgaben der Länder und Kommunen im Bereich der Daseinsvorsorge im Gesundheitsbereich und der allgemeinen Daseinsvorsorge zu unterstützen. Hieraus ergibt sich eine Finanzierungsverantwortung auch im Bereich der Öffentlichen Hand.
- Träger der Krebsberatungsstellen (Eigenanteil):  
Die Träger von Krebsberatungsstellen sind mit einem Eigenanteil an der Finanzierung zu beteiligen, traditionell erfolgt dies durch Spenden.

Auf Grundlage der Erkenntnisse des Förderschwerpunktes „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ der Deutschen Krebshilfe, der Erfahrungen der Trägerschaft von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen durch die Landeskrebsgesellschaften und der Ergebnisse der BMG-geförderten PsoViD-Studie wurde folgender Verteilungsschlüssel für die Kostenträgerschaft ermittelt:

- 40% für die (gesetzlichen und anteilig privaten) Krankenversicherer,
- 40 % für die Rentenversicherer sowie andere Rehabilitationsträger (außer gesetzliche Krankenkassen – GKV),
- 15% für die öffentliche Hand (Länder, Kommunen) und
- 5% in Form einer Selbstbeteiligung für die Träger von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen (z. B. durch Spendeneinwerbung).

Zur Umsetzung der Empfehlungen soll eine Koordinationsstelle gegründet werden, die gemeinsam mit Vertretern der Kostenträger sowie der maßgeblichen Institutionen Förderkriterien und ein Bewilligungsverfahren, ein Qualitätssicherungsverfahren, Anforderungen an das Berichterstattungswesen sowie eine Evaluation des Gesamtprojektes entwickeln soll. Zusätzlich sind Anforderungen für Übergangsfristen der bestehenden Einrichtungen vorzusehen.

Anhand einer externen Evaluation soll die Tätigkeit der regelfinanzierten Krebsberatungsstellen überprüft und die Auswirkungen auf die psychoonkologische Versorgung ermittelt werden. Dabei sollen auch die Perspektiven der Erkrankten und ihrer Angehörigen berücksichtigt werden.

Die Mitglieder der Steuerungsgruppe des NKP haben in ihrer 18. Sitzung am 29. November 2019 das Empfehlungspapier angenommen: Das Votum erfolgte einstimmig im Hinblick auf die Anforderungen an das Leistungsspektrum (s. Kapitel 3) und die Qualitätskriterien (s. Kapitel 4).



Zu den möglichen Finanzierungsmodellen (s. Kapitel 5) erfolgte eine einstimmige Zustimmung bei Enthaltung des GKV-Spitzenverbandes und des PKV-Verbandes zu den Kapiteln 5.1 (Kostenträger, Zuordnung der Leistungen und anteilige Kostenübernahme) und 5.4 (Festlegung der Förderkriterien und Bewilligungsverfahren).

## **Vorwort**

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und angemessenen psychoonkologischen Versorgung ist ein zentrales Ziel des Nationalen Krebsplans (NKP). Eine hierzu eingerichtete Experten-Arbeitsgruppe des NKP war dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass die größten Versorgungslücken nach derzeitiger Kenntnis in der außerstationären psychoonkologischen Versorgung – insbesondere bei den Krebsberatungsstellen und der Erbringung ambulanter psychoonkologischer Leistungen – bestehen [Lit. 1]. Um hier Verbesserungen zu erzielen, wurden ein klar definierter Leistungskatalog, ein einheitliches Qualitätssicherungskonzept und eine nachhaltige Finanzierung für ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen empfohlen.

Die Steuerungsgruppe des NKP griff diese Empfehlungen auf und fasste in ihrer Sitzung am 15. Dezember 2016 den Beschluss, eine Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung und Finanzierungsmodelle für Krebsberatungsstellen (AG KBS)“ einzurichten. Die AG KBS hatte den Auftrag, Empfehlungen zur Qualitätssicherung und einer einheitlichen Struktur für eine nachhaltige Finanzierung von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen zu erarbeiten. Zeitgleich hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter enger Einbindung und Begleitung der Partner und Gremien des NKP eine Bestandsaufnahme zur psychoonkologischen Versorgung in Deutschland (PsoViD) in Auftrag gegeben [Lit. 2]. Die Ergebnisse dieser umfassenden Bestandsaufnahme, die zum 31. Oktober 2018 vorlagen, stellen gemeinsam mit den hier vorgelegten Empfehlungen der AG KBS die maßgebliche Entscheidungsgrundlage für eine angestrebte Regelung zur Qualitätssicherung und zur nachhaltigen Finanzierung der ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen dar. Weitere wichtige Erkenntnisquellen lieferten insbesondere die Ergebnisse des Förderschwerpunktes „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ der Deutschen Krebshilfe [Lit. 3 - 6] sowie die Erfahrungen der Krebsberatungsstellen der Landeskrebsgesellschaften.

Die Berufung der Mitglieder der AG KBS erfolgte in enger Abstimmung mit der Steuerungsgruppe des NKP und den darin vertretenen Institutionen, Verbänden und Organisationen. Die AG KBS war fachlich breit und multidisziplinär (u. a. medizinische, psychologische, sozialarbeiterische, rechtliche und gesundheitsökonomische Expertise) aufgestellt und umfasste ausgewiesene Fachleute mit wissenschaftlicher und/oder praktischer Expertise in der Psychoonkologie sowie der Arbeit in Krebsberatungsstellen. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, dass – entsprechend den beiden Schwerpunktsetzungen (psychologisch und sozial) der psychosozialen Krebsberatung – neben der psycho-

logischen Expertise auch die Sozialarbeit angemessen vertreten ist. Darüber hinaus war die Arbeitsgruppe besetzt mit Vertretern der Selbsthilfe, der Länder und der Sozialversicherungsträger (GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund). Die Arbeitsgruppe wurde vom BMG moderiert. Entsprechend den beiden Auftragsschwerpunkten der AG KBS wurden zwei Unterarbeitsgruppen eingerichtet. Die Unterarbeitsgruppe „Leistungsspektrum und Qualitätssicherung von Krebsberatungsstellen“ wurde geleitet von Dipl.-Psych. Martin Wickert (Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung), die Unterarbeitsgruppe „Finanzierungsmodelle von Krebsberatungsstellen“ von Dr. med. Ulrike Helbig (Deutsche Krebsgesellschaft). Die Besetzung der AG ist Kapitel 8 zu entnehmen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe und Unterarbeitsgruppen erhielten – bis auf eine Erstattung ihrer Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz – keine Vergütung oder Kompensation für ihre Mitwirkung.

Das BMG und die Steuerungsgruppe des NKP danken den Mitgliedern der Arbeitsgruppe und der beiden Unterarbeitsgruppen sehr herzlich für ihre intensive und hervorragende Arbeit. Ein besonderer Dank gilt den Leitern der beiden Unterarbeitsgruppen, Dr. med. Ulrike Helbig, MBA, und Dipl.-Psych. Martin Wickert.

Die Inhalte und Empfehlungen des vorliegenden Empfehlungspapiers sind das Ergebnis eines umfassenden fachlichen Beratungs- und Konsensprozesses in der AG KBS und seiner beiden Unterarbeitsgruppen. Das Empfehlungspapier wurde am 29. November 2019 von der Steuerungsgruppe des NKP angenommen.

Auch wenn sich alle Beteiligten des NKP in der Zielsetzung einig sind, dass es für die ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen eines einheitlich definierten Leistungs- und Qualitätsrahmens sowie einer nachhaltigen Finanzierungslösung bedarf, spiegelt das vorliegende Empfehlungspapier nicht in allen Aspekten einen einstimmigen Konsens aller beteiligten Experten und Institutionen wider. Während zu den Empfehlungen zum Leistungsspektrum und zur Qualitätssicherung der Krebsberatungsstellen (s. Kap. 3 und 4) ein breites fachliches Einvernehmen aller Beteiligten erzielt werden konnte, war dies für die Empfehlungen zur Finanzierung von Krebsberatungsstellen (s. Kap. 5) nicht möglich. Dies lag im Wesentlichen daran, dass sowohl in der AG KBS als auch in der Steuerungsgruppe des NKP Personen vertreten sind, deren Institutionen in dem Papier als mögliche Finanzierer bzw. Kostenträger von Krebsberatungsstellen benannt werden: Die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer, die Rentenversicherer und andere Rehabilitationsträger sowie Länder und Kommunen. Für die Vertreter dieser Institutionen wäre eine pauschale Zustimmung zu den Finanzierungsempfehlungen des Papiers auf eine konkludente finanzielle Selbstverpflichtung hinausgelaufen, die von deren Institutionen aus naheliegenden formalen und politischen Gründen nicht hätte mitgetragen werden können. Dies spiegelte sich auch in der abschließenden Beratung des Empfehlungspapiers in der 18. Sitzung der Steuerungsgruppe des NKP am 29. November 2019 wider: Die Mitglieder haben das Empfehlungspapier angenommen: Das Votum erfolgte einstimmig im Hinblick

auf die Anforderungen an das Leistungsspektrum (s. Kapitel 3) und die Qualitätskriterien (s. Kapitel 4). Zu den möglichen Finanzierungsmodellen (s. Kapitel 5) erfolgte eine einstimmige Zustimmung bei Enthaltung des GKV-Spitzenverbandes und des PKV-Verbandes zu den Kapiteln 5.1 (Kostenträger, Zuordnung der Leistungen und anteilige Kostenübernahme) und 5.4 (Festlegung der Förderkriterien und Bewilligungsverfahren).

Ungeachtet der Frage der Finanzierungsverantwortung wurde aber die besondere gesundheitsökonomische und versorgungspolitische Expertise der Vertreter dieser Institutionen bei der Ausgestaltung der Finanzierungsmodelle berücksichtigt. So waren sich z. B. alle Beteiligten einig, dass eine einrichtungsbezogene Finanzierung für die Krebsberatungsstellen zu präferieren ist, weil es sich im Vergleich zu anderen Finanzierungsmodellen durch einen niedrigeren Verwaltungsaufwand und eine bessere finanzielle Planbarkeit auszeichnet.

## **1. Einleitung**

Eine Krebserkrankung, deren Behandlung und mögliche Behandlungsfolgen können bei den betroffenen Patienten/innen und Angehörigen in vielfältiger Weise zu psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen führen. Beides erfordert unterschiedliche Angebote.

Die internationale wissenschaftliche Fachliteratur zeigt, dass zwischen 33% und 60% der jeweils untersuchten an Krebs Erkrankten unter hoher psychosozialer Belastung (psychosocial distress) leiden [Lit. 7 - 9]. Nach einer aktuellen deutschen epidemiologischen Studie zeigen 52% aller Krebskranken eine ausgeprägte psychosoziale Belastung [Lit. 10]. Die gleiche Forschungsgruppe fand heraus, dass darüber hinaus bei ca. einem Drittel aller untersuchten Krebskranken eine behandlungsbedürftige psychische Störung vorliegt (Vier-Wochen-Prävalenz 32%, Ein-Jahres-Prävalenz 39%, Lebenszeit-Prävalenz 56%) [Lit. 10 - 12]. Auch die hohe psychosoziale Belastung der Angehörigen ist wissenschaftlich gut dokumentiert [Lit. 13, 14]. Vor dem Hintergrund dieser Daten sollte eine qualifizierte Krebsbehandlung unbedingt auch die psychoonkologische Versorgung von Krebskranken und ihrer Angehörigen umfassen.

Angemessene Maßnahmen der psychoonkologischen Versorgung können die Bewältigung der Krebserkrankung unterstützen, psychische und psychosomatische Symptome lindern und die Lebensqualität, die soziale Eingliederung sowie die Therapietreue verbessern. Im Papier zum Ziel 9, Handlungsfeld 2 des NKP [Lit. 1] wird psychoonkologische Versorgung definiert als „gestufte psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen für Krebskranke und ihre Angehörigen“. Psychosoziale Versorgung beinhaltet insbesondere Information, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und supportive Begleitung. Ärztliche und psychologische psychotherapeutische Versorgung beinhaltet Diagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Behandlung von Patienten/innen mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen. Die psycho-

sozialen Krebsberatungsstellen sind laut dieser Definition für psychosoziale Leistungen zuständig, während psychotherapeutische Leistungen ausschließlich durch approbierte ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen sowie psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte/innen erbracht werden.

Die größten Versorgungslücken bestehen nach derzeitiger Kenntnis in der außerstationären Versorgung – insbesondere bei den ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen. Um Verbesserungen zu erzielen, wird im Papier zum Ziel 9 des NKP „Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung“ [Lit. 1] ein einheitliches Qualitätssicherungskonzept für die Krebsberatungsstellen als notwendig erachtet. Auch im Ziel 11b „Verbesserung der Beratungs- und Hilfsangebote für Krebskranke und ihre Angehörigen“ des NKP wird diese Empfehlung formuliert [Lit. 15]. In beiden Zielepapieren wird eine einheitliche Finanzierung der Krebsberatungsstellen dringend empfohlen.

Bislang gibt es keine bundesweit einheitliche Lösung für die Finanzierung dieses teilweise bereits seit Jahrzehnten bestehenden ambulanten psychosozialen Beratungsangebots. Die anbietenden, i.d.R. gemeinnützigen Einrichtungen, erbringen die Finanzierung dieser für die Erkrankten und Angehörigen grundsätzlich kostenfreien psychosozialen Beratungsangebote mit erheblichem Aufwand, überwiegend durch Spendenmittelanwerbung. Auch durch Beantragung von Projekt- und Fördermitteln (Renten-, Krankenversicherer, Kommunen und Länder sowie von Stiftungen) werden Gelder mit limitiertem Umfang und zeitlich begrenzt akquiriert. Oftmals können die Einrichtungen Personal nur für befristete Zeiträume einstellen und ihre Leistungen nicht immer durchgängig anbieten.

Der Planung für eine Regelfinanzierung der ambulanten psychosozialen Krebsberatung liegt die gemeinsame Zielsetzung zu Grunde, dass dem Bedarf der Krebskranken nach einer Beratungsleistung nachgekommen werden soll, dieser Anspruch jedoch bislang nicht in der Gesundheitsversorgung verankert ist. Diese Angebote und deren Finanzierung müssen entsprechend am Patientenbedarf ausgerichtet sein.

Eine Regelfinanzierung basiert auf dem allgemeinen Verständnis, dass die oben benannten Ziele im Sinne der Erkrankten und ihrer Angehörigen unterstützt bzw. erreicht werden sollen. Dabei sollte die Krebsberatung in der Ausübung ihrer Tätigkeit inhaltlich unabhängig von ihren Trägern und von wirtschaftlichen Interessen, insbesondere von pharmazeutischer Industrie, sein.

Das vorliegende Papier definiert verbindliche Empfehlungen für das Leistungsspektrum von regelhaft geförderten ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen, überprüfbare Kriterien für eine einheitliche Qualitätssicherung und beschreibt eine mögliche Regelfinanzierung dieser ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen. Dabei sollen ausdrücklich nur solche Leistungen vorgehalten werden, die nicht anderweitig im Rahmen der Sozialgesetze erbracht und bereits finanziert werden.

## 2. Aufgaben ambulanter psychosozialer Krebsberatungsstellen

Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen<sup>1</sup> sind Teil der psychoonkologischen Versorgungskette und haben als solche ein Alleinstellungsmerkmal. Zusammen mit niedergelassenen Ärzten/innen und ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten/innen übernehmen sie psychoonkologische Aufgaben im ambulanten Bereich. Sie dienen als Anlaufstellen bei psychosozialen Belastungen. Gegenstand der Beratung können sowohl soziale Probleme, Überforderungen im Alltag und Fragen zu möglichen Sozialleistungen als auch vielfältige psychische Belastungen und Krisen sein, die im Zusammenhang mit der Krebserkrankung oder der medizinischen Behandlung stehen. Zielgruppen sind Krebskranke und Angehörige, v.a. die Partner/innen und die angehörigen Kinder, aber auch nahestehende Personen des sozialen Umfelds. Ratsuchende aller Altersstufen (Kinder/Jugendliche und Erwachsene) werden in allen Krankheitsphasen beraten. Auch Langzeitüberlebende mit einer länger zurückliegenden Krebserkrankung, die immer noch oder wieder durch die Auswirkungen belastet sind, können sich an die Beratungsstellen wenden. Immobilen Erkrankten kann eine aufsuchende Beratung angeboten werden. Zentral sind die Niedrigschwelligkeit des Beratungsangebots und dessen Kostenfreiheit sowie der völlige Verzicht auf formale Zugangsbeschränkungen wie die Überprüfung von Anspruchsvoraussetzungen und Genehmigungsverfahren durch Kostenträger. Darüber hinaus sind die Angebote unabhängig vom Versichertenstatus oder Wohnort und stehen z.B. auch Beamten/innen, privat Versicherten sowie den Personen des sozialen Umfelds zur Verfügung.

Zusätzlich zu dem unter Kapitel 3 aufgeführten Leistungsspektrum übernehmen Krebsberatungsstellen in der Versorgung eine Lotsenfunktion, indem sie regional verfügbare Hilfsangebote vermitteln. Die gezielte Übernahme von Netzwerk- und Lotsenfunktionen zur Erschließung von weiteren professionellen Versorgungsangeboten, von Versorgungsangeboten der Selbsthilfe und sozialstaatlichen Leistungen im Gesundheits- wie im Sozialwesen dient der Ressourcenmobilisierung im Rahmen der psychosozialen Krebsberatung. Die Beratungsfachkräfte in Krebsberatungsstellen können aufgrund ihrer Systemkenntnis als Lotsen fungieren und bei Bedarf Kompetenzen aus anderen Berufsgruppen hinzuziehen. Dazu kooperieren sie eng mit behandelnden Ärzten/innen, niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten/innen, Sozial- und Pflegediensten, anderen Beratungseinrichtungen und Fachinstitutionen sowie der Selbsthilfe und weiteren relevanten Stellen.

Daneben informieren die Krebsberatungsstellen Betroffene und die Öffentlichkeit über ihre Arbeit und Versorgungsangebote.

---

<sup>1</sup> Eine weitergehende Beschreibung der Aufgaben von Krebsberatungsstellen, aktuelle Forschungsliteratur zur Bedarfsfrage und eine Abgrenzung zu anderen ambulanten Leistungserbringern finden sich im Positionspapier der Deutschen Krebshilfe und Deutschen Krebsgesellschaft zur „Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten psychosozialen Versorgung in Krebsberatungsstellen in Deutschland“ [Lit. 20].

Die Leistungen von Krebsberatungsstellen orientieren sich im Wesentlichen am Prinzip der Komm-Struktur, also dem aktiven Aufsuchen der Einrichtung durch die Ratsuchenden. Sie zielen grundsätzlich darauf ab, bei der Überwindung psychischer und sozialer Probleme und Krisen zu unterstützen, Informationsdefizite auszugleichen sowie die Patientenkompetenz und die individuelle psychische Bewältigungskompetenz zu stärken. Eine frühzeitige psychosoziale Beratung kann präventiv wirken und einer Fehlversorgung vorbeugen. Weitere Ziele sind:

- bei der Erschließung von Versorgungsleistungen zu helfen (z.B. Schwerbehinderten-Ausweis) und über weiterführende Versorgungsangebote zu informieren (Lotsenfunktion), z.B. Selbsthilfegruppen, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen, Sozialdienste, ambulante Pflege und Palliativeinrichtungen,
- bei der Wahrnehmung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen und der Verstetigung des Reha-Erfolgs zu unterstützen,
- zur beruflichen Wiedereingliederung zu beraten und die gesellschaftliche Teilhabe zu sichern,
- psychische Belastungen durch somatische Auswirkungen der medizinischen Therapie zu reduzieren und deren Langzeitfolgen zu bewältigen,
- die Nutzung sozialer Ressourcen und die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld und dem medizinischen Behandlungsteam zu fördern sowie
- die Angehörigen zu entlasten und zu stärken, die in der Regel die wichtigste soziale Ressource der Erkrankten darstellen, aber häufig selbst massiv belastet sind.

Entsprechend des breiten Spektrums, das in der ambulanten psychosozialen Krebsberatung abgedeckt wird, ist langfristig von einer präventiven Wirkung psychischer, körperlicher und sozialer Folgeschäden, von einer Linderung der psychischen und sozialen Belastung und Verbesserung der Therapieadhärenz in der therapeutischen Versorgung und von einer rehabilitativen Wirkung bei der Unterstützung zur Wiedereingliederung in das soziale und berufliche Leben auszugehen.

Die psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung von psychischen Störungen einschließlich der Durchführung von Richtlinien-Psychotherapie ist nicht Bestandteil der Arbeit von Krebsberatungsstellen. Falls der Verdacht auf das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung besteht, wird der Betroffene an ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen oder Fachärzte/innen für Psychiatrie bzw. Psychosomatik weiter vermittelt.

Auch die Vermittlung von medizinischen Fachinformationen, die über medizinische Basisinformationen (s. Kapitel 3.2) hinausgehen, gehört nicht zum Leistungsspektrum von psychosozialen Krebsberatungsstellen. Bei entsprechendem Bedarf verweisen die Mitarbeitenden Ratsuchende an fachlich qualifizierte Ärzte/innen weiter.

### **3 Empfehlungen zum Leistungsspektrum psychosozialer Krebsberatungsstellen**

Die folgenden Ausführungen zum empfohlenen Leistungsspektrum basieren auf der rund 40-jährigen Erfahrung der ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen in Deutschland und beziehen sich gleichermaßen auf Erkrankte und deren Angehörige.

Die Leistungsdefinitionen lehnen sich inhaltlich an die Kapitel 4.2 und 8.5 der aktuellen S3-Leitlinie Psychoonkologie [Lit. 16] und die Papiere zum Ziel 9 [Lit. 1] und Ziel 11b [Lit. 15] des NKP an, in denen Ziele und Aufgaben von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen kurz beschrieben werden. Weiterhin sind die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation des Förderschwerpunktprogramms „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ der Deutschen Krebshilfe hier einbezogen worden [Lit. 3 - 6, 17 - 19]. Auch das „Positionspapier der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten psychosozialen Versorgung in Krebsberatungsstellen in Deutschland“ [Lit. 20] nimmt zum Leistungsspektrum der Krebsberatungsstellen Stellung. Eine weitere Quelle stellt die Veröffentlichung zum Leistungsspektrum der Krebsberatungsstellen in Baden-Württemberg dar [Lit. 21].

#### **3.1 Ermittlung des Beratungsanliegens**

Ausgangspunkt für eine psychosoziale Beratung ist eine konkrete Ermittlung sowie Abklärung des Beratungsanliegens. Diese beginnt beim persönlichen, telefonischen oder schriftlichen (auch digitalen) Erstkontakt durch die Assistenzkraft, die anhand des geschilderten Beratungsanlasses eine Zuteilung zu einer Beratungsfachkraft vornimmt. Bei Bedarf kann die Assistenzkraft auch erste Informationen (z.B. Adressen von Reha-Servicestellen oder Selbsthilfegruppen) vermitteln.

#### **3.2 Informationsvermittlung**

Im Rahmen der psychosozialen Krebsberatung vermitteln die Beratungsfachkräfte Informationen, um Orientierung zu bieten, bei der Überwindung sozialer Isolation zu helfen, eine aktive Teilhabe zu ermöglichen und die Patientenkompetenz sowie das Selbstwirksamkeitserleben zu stärken. Im Rahmen der Lotsenfunktion geben die Beratungsfachkräfte gezielt und bedarfsgerecht Informationen über:

- Ansprechpartner bei speziellen Fragen (z.B. Ärzte/innen bei Informationsbedarf über Krankheit und medizinische Behandlung),
- regionale Versorgungsstrukturen (ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen, Selbsthilfegruppen, Hospizeinrichtungen etc.),
- mögliche Versorgungsleistungen (Reha-Maßnahmen, Schwerbehindertenausweis, finanzielle Sicherung etc.),

- die Angebote anderer Leistungserbringer (finanzielle Unterstützung, Umschuldung, Familienhilfen, Gruppenangebote von Bildungseinrichtungen etc.) und
- medizinische Basisinformationen.

Krebsberatungsstellen vermitteln darüber hinaus neutrale, qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Informationsquellen mit entsprechenden Kontaktdaten. Hierzu gehören z.B. der Krebsinformationsdienst (KID) des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg [Lit. 22], „gesundheitsinformation.de“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) [Lit. 23], INFONETZ KREBS der Deutschen Krebshilfe [Lit. 24]) sowie Informationen über Krebsberatungsstellen der Landeskrebsgesellschaften auf der Homepage der Deutschen Krebsgesellschaft [Lit. 25]. Krebsberatungsstellen händigen ferner qualitätsgeprüfte Broschüren aus, z.B. die „Blauen Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe [Lit. 26], die Patientenleitlinien aus dem Leitlinienprogramm Onkologie [Lit. 27] sowie Broschüren der Deutschen Krebsgesellschaft und der Landeskrebsgesellschaften („Grüne Ratgeber“).

Um diese Aufgaben erfüllen zu können, ist eine gute Vernetzung mit allen relevanten Kooperationspartnern eine zentrale Voraussetzung.

### **3.3 Psychosoziale Beratung**

Psychosoziale Beratung ist dann angezeigt, wenn Ratsuchende Orientierung suchen oder sich selbst nicht mehr ausreichend helfen können, aber keine Indikation für Psychotherapie besteht. Sie ist ein kommunikativer Prozess zwischen professioneller Beratungsfachkraft und den Ratsuchenden, bei dem auf der Basis einer Bedarfsklärung (lebensweltbezogene Problemexploration, siehe 3.3.1) gemeinsam mit den Ratsuchenden eine Problem- und Zieldefinition entwickelt wird (Beratungsplanung) und Bewältigungsstrategien aufgezeigt und erschlossen werden. Auf der Grundlage einer klientenorientierten Gesprächsführung werden dabei eine Stabilisierung, Problemlösung bzw. Entlastung sowie die Aktivierung der persönlichen und sozialen Ressourcen der Ratsuchenden angestrebt.

Psychosoziale Beratung in Krebsberatungsstellen kann persönlich, telefonisch oder schriftlich/digital erfolgen. Eine telefonische oder digitale Beratung (auch mit Bildübertragung) kann jedoch grundsätzlich nicht die gleiche Wirkung entfalten wie ein Beratungsgespräch im persönlichen Kontakt. Denn für den Erfolg einer Beratung ist in der Regel die persönliche Begegnung für die Beziehungsgestaltung von großer Bedeutung, die auch den Austausch nonverbaler emotionaler Kommunikationssignale ermöglicht.

Bei der Beratungsplanung wird im Einzelfall häufig deutlich, dass sowohl psychische Belastungen als auch soziale Probleme, Überforderungen im Alltag und Fragestellungen vorliegen, die sich auf die Inanspruchnahme von Sozialleistungen beziehen. Diese unterschiedlichen Aspekte bzw. Schwer-



punkte müssen jeweils in die Beratung integriert sein. Dafür sind im Team der Krebsberatungsstelle sowohl psychologische als auch sozialarbeiterische/-pädagogische Qualifikationen erforderlich.

### **3.3.1. Klärung des Beratungsbedarfs**

Im Erstgespräch mit der Beratungsfachkraft steht zunächst die detaillierte Erfassung des individuellen Beratungsbedarfs und -auftrags an. Folgende Inhalte werden dabei fallbezogen exploriert:

1. das Anliegen und der konkrete Anlass, der zur Kontaktaufnahme mit der Krebsberatungsstelle führte,
2. Art und Ausmaß der gegenwärtigen Belastung mithilfe eines geeigneten Instruments (s. S3-Leitlinie Psychoonkologie, Kapitel 7 [Lit. 16]) und
3. eine ausführliche psychosoziale Anamnese zu folgenden Themen:
  - beratungsrelevante Daten zur aktuellen Krankheitssituation und zur Krankheitsgeschichte
  - biografische Daten
  - psychosoziale Angaben zur Lebenswelt der/des Ratsuchenden
  - bestehende soziale oder sozialrechtliche Fragen/Probleme
  - systemische, das soziale Lebensumfeld betreffende Aspekte
  - Einschätzung der psychischen Belastung durch die Beratungsfachkraft
  - Krankheitserleben und subjektive Krankheitstheorien
  - Bewältigungsstrategien und vorhandene persönliche und soziale Ressourcen.

In jedem Fall sollen zumindest die Symptomatik sowie der zeitliche und soziale Kontext des Problems erfasst werden.

Die Inhalte der Anamnese müssen sich fall- und problembezogen an den Schwerpunkten der Beratung ausrichten und können durch ein weitergehendes Assessment des sozialen oder psychologischen Versorgungsbedarfs ergänzt werden.

In der anschließenden Beratungsplanung erfolgt gemeinsam mit dem Ratsuchenden eine Priorisierung der geschilderten Probleme/Fragestellungen (Was ist am wichtigsten, was muss ggf. schnell abgeklärt/bearbeitet werden?). Außerdem ist zu klären, welche weiteren Maßnahmen nötig sind, z.B. Weitervermittlung (s. Kapitel 2, Lotsenfunktion der Krebsberatungsstelle), weitere Gespräche entsprechend dem Beratungsbedarf, instrumentelle Hilfen, wie Anträge, Behördenkontakte etc., ggf. ein psychoedukatives Gruppenangebot usw.

### 3.3.2 Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung

Psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung beschreibt eine theoriegeleitete, dialogische Interaktion zwischen einer psychologisch ausgebildeten Beratungsfachkraft und einer ratsuchenden Person, die psychisch belastet ist. Die Beratung ist nicht an psychopathologischen Kriterien, sondern ergebnisoffen am jeweiligen Anliegen der ratsuchenden Person orientiert. Die individuelle Zielsetzung der Beratung wird gemeinsam erarbeitet. Im Rahmen des Beratungsprozesses werden die psychischen Bewältigungs- und Handlungskompetenzen der ratsuchenden Person gefördert. Dazu werden gemeinsam die Problem- oder Konfliktsituation sowie verschiedene Lösungsmöglichkeiten und eventuelle Hinderungsgründe analysiert, eine individuelle Problemlösung auf der Basis vorhandener (Bewältigungs-)Ressourcen erarbeitet und schließlich die Umsetzung im weiteren Verlauf begleitet. Ansatzpunkt ist dabei stets die Aktivierung vorhandener persönlicher oder sozialer Ressourcen.

Die eingesetzten Methoden beruhen auf den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Psychologie und Psychoonkologie und erfordern eine entsprechende Qualifikation.

Inhaltlich bezieht sich die Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung v.a. auf Belastungen im Zusammenhang mit der Anpassung an die aktuelle Krankheits- und Behandlungssituation und der Krankheitsverarbeitung. Beispiele sind: Ängste und Unsicherheit durch die existentielle Bedrohung, Zukunftsangst, Progredienzangst, Entscheidungsunsicherheit, Selbstwertprobleme durch ein verändertes Körperbild, Scham- und Schuldgefühle, depressive Reaktionen als Folge subjektiver Krankheitstheorien oder körperlicher Leistungseinschränkung, Probleme in der Partnerschaft und im Umgang mit den Kindern, psychische und körperliche Langzeitfolgen der Therapie, z.B. Fatigue, Sexualität und Kinderwunsch und der Themenkomplex Abschied/Trauer/Verlust.

Aufgabe der psychosozialen Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung ist dabei:

- die psychische Bewältigungskompetenz eines Ratsuchenden im Umgang mit diesen krankheitsbedingten psychosozialen Belastungen zu fördern, um so Krankheitsfolgeproblemen (z.B. durch chronifizierte Ängste) vorzubeugen,
- Orientierung zum Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen zu geben (z.B. bei psychischen und körperlichen Langzeitfolgen der medizinischen Therapie),
- die Verarbeitung von komplexen Informationen/Anforderungen zu unterstützen (z.B. bei Entscheidungsunsicherheit) und ggf. bestehende Konflikte aufzuarbeiten,
- durch psychische Stabilisierung zu einer nachhaltigen Rehabilitation beizutragen (indem z.B. durch Stärkung des Selbstwertgefühls und der Handlungskompetenz die Barrieren für eine berufliche und soziale Wiedereingliederung gesenkt werden) und so die Lebensqualität zu erhöhen.

Je nach Bedarf kann die psychologische Beratung als Ergänzung weitere Interventionsbausteine beinhalten, die im Folgenden ausführlicher dargestellt werden (s. Kapitel 3.4 - 3.6):

- Psychoedukation zum Selbstmanagement im Einzelsetting sowie Anleitung zu Entspannung und Imagination (s. Kapitel 3.4),
- Psychoonkologische Krisenintervention (s. Kapitel 3.5),
- Paar- und Familienberatung (s. Kapitel 3.6) sowie
- Vermittlung an weiterführende Angebote, z.B. Psychotherapie.

Bei hochbelasteten Ratsuchenden ist es wichtig, das Vorliegen einer psychischen Störung diagnostisch abklären zu lassen. Bei einem Verdacht auf eine psychische Störung wird die ratsuchende Person an approbierte ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen oder entsprechende Fachärzte/innen zur diagnostischen Abklärung weiter verwiesen. In Betracht zu ziehen ist dabei, dass psychische Symptome auch Ausdruck somatischer Folgen der medizinischen Therapie sein können (z.B. Depressivität bei Fatigue, kognitive Nebenwirkungen einer Chemotherapie).

### **3.3.3 Psychosoziale Beratung mit sozialer Schwerpunktsetzung<sup>2</sup>**

Die psychosoziale Beratung mit sozialer Schwerpunktsetzung strebt Klärungs- und Unterstützungsprozesse auf der Ebene der Alltags- und Lebensbewältigung an, die durch eine Erschütterung des psychosozialen Gleichgewichts im Rahmen der Erkrankung erschwert sein kann. Angestrebt werden auch die gesellschaftliche Integration und Teilhabe, die insbesondere durch Barrieren beim Verbleib bzw. bei der Rückkehr in den Arbeitsmarkt sowie durch begrenzte soziale und finanzielle Ressourcen gefährdet sein können. Angesichts der komplexen Problemlage werden neben der kommunikativen Erarbeitung alternativer Sichtweisen und Handlungsstrategien vielfältige weitere Hilfestellungen angeboten:

- Aufklärung über sozialrechtliche Ansprüche bei Krankheit und Behinderung (z.B. Rehabilitation, Rente, Erwerbsminderung),
- Hilfestellungen bei der Beantragung und Erschließung der jeweiligen Leistungen,
- Konfliktmoderationen bei Rückzug und Isolation,
- Unterstützung bei Fragen bzgl. der Arbeitswelt (z.B. berufliche Wiedereingliederung) und dem sozialen Umfeld,
- Begleitung in der palliativen Krankheitsphase.

---

<sup>2</sup> Der Begriff „sozial“ meint hier die Inhalte der „Sozialen Arbeit“. D. h., die Beratung bezieht sich auf Themen, die die Integration in das soziale und gesellschaftliche Umfeld betreffen, auf Überforderungen im Alltag sowie auf die mögliche Inanspruchnahme gesetzlich verankerter und freiwilliger Sozialleistungen.

Darüber hinaus spielen die Vermittlung zu regionalen Selbsthilfeaktivitäten und die Eröffnung von Zugängen zu Versorgungsstrukturen eine wichtige Rolle. Nicht zuletzt engagieren sich die Beratungsfachkräfte besonders für benachteiligte Patientengruppen.

Ziel der psychosozialen Beratung mit sozialer Schwerpunktsetzung ist die Entlastung bei alltäglichen Überforderungen und die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe. Sie soll – ähnlich wie die Beratung durch die Sozialdienste im stationären Bereich – den Ratsuchenden bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen behilflich sein. Dies umfasst:

- die Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Heraus- und Überforderungen sowie bei der Kommunikation mit dem sozialen Umfeld zur Vermeidung/Überwindung von Ausgrenzungserfahrungen,
- die Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheits- und Sozialleistungssystem,
- die Förderung der beruflichen Reintegration und sozialen Unterstützung,
- die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
- die Aufklärung und Information über Leistungsansprüche,
- die Unterstützung bei der Erschließung von sozialen bzw. sozialstaatlichen Hilfen und Versorgungsleistungen und Motivation, diese in Anspruch zu nehmen,
- die Ermutigung, die Angebote der Selbsthilfe in Anspruch zu nehmen,
- die Weitervermittlung an spezialisierte Fachinstitutionen u.v.m.

Gerade existentielle wirtschaftliche Notlagen, die z. B. zu Wohnungsverlust, Versorgungsproblemen von Kindern und Abhängigkeit von Sozialleistungen führen können, stellen häufig ein hohes Belastungspotential dar. Die Sicherung der sozioökonomischen Basis und familiären Versorgung in Kooperation mit zuständigen Ämtern und Behörden ist von zentraler Bedeutung. Sie umfasst die Beratung über Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. finanzielle Hilfsfonds), die Klärung weiterer Zuständigkeiten (Ansprechpartner/in) sowie zeitnahe praktische Hilfestellungen (s. Kapitel 3.3.4). Dabei erfüllt die Beratungsfachkraft, abgestimmt auf die im Einzelfall vorhandenen Bedarfe, eine Lotsenfunktion (s. Kapitel 5) und kooperiert mit allen relevanten Leistungserbringern.

#### **3.3.4 Zusätzliche Maßnahmen**

Die psychosoziale Beratung soll bei Bedarf ergänzt werden durch folgende Maßnahmen, die mit einem zusätzlichen Aufwand verbunden sind:

- Kontakte mit Leistungserbringern und Behörden zur Abklärung von bestehenden Ansprüchen (schriftlich, telefonisch),
- Stellungnahmen durch die Beratungsfachkräfte (z.B. zum Schwerbehinderten-Ausweis und zu Anträgen auf Rehabilitation),

- aktive Unterstützung beim Stellen von Anträgen, beim Erstellen von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen und ggf. beim Einlegen von Widersprüchen,
- Unterstützung bei Behördengängen und Erschließen von Ressourcen beim Bestehen von Hindernissen oder Hürden, z.B. bei Klienten mit Migrationshintergrund, bei seelischer Überforderung oder physischer Belastung (z.B. durch die medizinische Behandlung), in der palliativen Krankheitsphase und bei allein stehenden Ratsuchenden.

### 3.4 Psychoedukation

Psychoedukation im psychoonkologischen Kontext ist eine strukturierte Form der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten im Umgang mit typischen Problemen, die im Zusammenhang mit der Krebserkrankung stehen. Psychoedukative Interventionen im Sinne einer Patientenschulung werden in Krebsberatungsstellen für Krebskranke und deren Angehörige im Einzel-, ggf. auch im Gruppensetting angeboten. Es handelt sich um themenspezifische, interaktive, multimodale Maßnahmen, die darauf abzielen, die Patientenkompetenz zu stärken. Dies trägt dazu bei, dass Ratsuchende eine aktive und autonome Rolle im medizinischen System einnehmen können. In der Regel beinhalten psychoedukative Interventionen folgende Elemente:

- Informationsvermittlung über Krankheit, Behandlung und Spätfolgen,
- Förderung des Krankheitsverständnisses und selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung sowie Förderung der Behandlungsbereitschaft (Therapieadhärenz),
- Förderung von individuellen Bewältigungsfähigkeiten, Selbsthilfekompetenzen und des Erlebens von Selbstwirksamkeit im Umgang mit krankheits- oder behandlungsbedingten Belastungen,
- Förderung der kommunikativen Fähigkeiten und der Patientenkompetenz sowie
- Förderung der Wahrnehmung von Patientenrechten.

Ein zentrales Element der Psychoedukation in Krebsberatungsstellen ist das Angebot von symptomorientierten Entspannungs- und Imaginationsverfahren, wie z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Achtsamkeitstraining und Imagination. Sie sind geeignet, emotionale und körperliche Anspannung zu reduzieren, persönliche Ressourcen (z.B. die Fähigkeit zur Emotionsregulation) zu erschließen, die psychische Stabilisierung zu unterstützen und das Gefühl von Kontrolle sowie Selbstwirksamkeit zu erhöhen (Selbstmanagement). Sie sind insbesondere dazu geeignet, Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung (z.B. Übelkeit) und funktionelle Störungen (z.B. Schlafstörungen) zu reduzieren. Diese niederschweligen Interventionen können nach professioneller Anleitung von den Betroffenen in Eigenregie fortgeführt werden. Sie sind sowohl für das Einzel- wie auch für das Gruppensetting geeignet.

Gruppenangebote haben den Vorteil, dass mehrere Ratsuchende gleichzeitig bei geringem zeitlichem Aufwand teilnehmen können. Weitere Vorteile sind:

- Durch den emotionalen Zusammenhalt innerhalb der Gruppe erfahren die Teilnehmenden soziale Unterstützung.
- Sie können Gemeinsamkeiten in ihrer Situation entdecken und bei der Suche nach Lösungen kooperieren.
- Die Gruppensituation ermöglicht stellvertretendes Lernen.

Themen können sein: Stressmanagement, Umgang der betroffenen Eltern mit ihren Kindern, Krankheitsbewältigung, Umgang mit Behandlungsfolgen (z.B. Fatigue), Umgang mit Ängsten, Achtsamkeit und körperlich-seelische Balance, Ernährung und Krebs.

Fakultativ kann das psychoedukative Gruppenangebot von Krebsberatungsstellen ergänzt werden durch kreativtherapeutische (z.B. Kunst-, Tanz- oder Musiktherapie) und körperorientierte Gruppenangebote (z.B. Sport nach Krebs, OnkoWalking, Yoga), die geeignet sind, Ressourcen zu aktivieren und therapiebedingte Nebenwirkungen (z.B. Fatigue) erfolgreich zu reduzieren.

### **3.5. Psychoonkologische Krisenintervention<sup>3</sup>**

Bei Menschen mit Krebserkrankungen treten Krisen häufig akut auf und gehen mit starker subjektiver emotionaler Belastung sowie dem Erleben von Ohnmacht, Ausweglosigkeit und starker Überforderung einher. Anlässe können insbesondere sein: die erstmalige Mitteilung der Diagnose oder des Auftretens eines Rezidivs, akute Verschlimmerung einer körperlichen Symptomatik, Verschlechterung des Krankheitsverlaufs, finanzielle Existenzängste oder durch die Krebserkrankung bedingte soziale Notlagen.

Im Rahmen des Leistungsspektrums von Krebsberatungsstellen ist Krisenintervention ein Unterstützungsangebot, das auf die Bewältigung solcher akuten Krisen ausgerichtet ist, die im Zusammenhang mit der Krebserkrankung stehen. Aufgrund des großen Leidensdrucks des Betroffenen muss die Krisenintervention möglichst zeitnah erfolgen und sich flexibel an die Gegebenheiten anpassen.

Faktoren, die besonders vulnerabel machen für das Auftreten einer Krise, sind z.B. geringe Bewältigungsressourcen, fehlende soziale Unterstützung, Belastung durch massive multiple körperliche Symptomatik, zusätzliche krankheitsunabhängige Stressoren und frühere traumatische Erfahrungen.

---

<sup>3</sup> Das Expertenpapier zum Ziel 9 [Lit. 9], Nationaler Krebsplan, nennt die Krisenintervention sowohl im Kontext der psychosozialen Versorgung (z.B. in Krebsberatungsstellen) als auch im Kontext der psychotherapeutischen Versorgung, jeweils mit unterschiedlicher Indikation und Zielsetzung. Die hier beschriebene psychoonkologische Krisenintervention ist eine Leistung im Rahmen der psychosozialen Versorgung und unterscheidet sich inhaltlich von allen ähnlichen Begriffen in den Sozialgesetzen.

Auch Angehörige benötigen häufig eine Krisenintervention (z.B. bei schwerer Erstdiagnose, massiver Verschlechterung, Nicht-Ansprechbarkeit des/der Patienten/in, Rezidivdiagnose, Erschöpfung bei Langzeitverläufen).

Ziel der psychoonkologischen Krisenintervention ist die psychische Stabilisierung der Betroffenen und der sozialen Situation. Dadurch soll der Entwicklung von psychischen Folgeproblemen und deren Chronifizierung vorgebeugt werden. Die Betroffenen sollen wieder in die Lage versetzt werden, die Situation aus eigener Kraft zu bewältigen, wodurch sich das psychische Befinden deutlich verbessert.

Eine psychoonkologische Krisenintervention beinhaltet i.d.R. folgende Schritte:

1. Anamnese und Diagnostik der aktuellen Krisensituation (Auslöser der Krise, aktuelle Lebenssituation, krankheitsunabhängige zusätzliche Belastungsfaktoren, bisherige Bewältigungsversuche, vorhandene Ressourcen, evtl. Vorliegen von Suizidgedanken, bei denen eine weitere fachärztliche Abklärung erfolgen muss).
2. Bearbeitung des subjektiven Krisenerlebens (emotionale Entlastung und Stabilisierung, Distanzierung durch Reflektion der auslösenden Bedingungen und Bewusstmachung der eigenen Ressourcen, Unterstützung bei der Umsetzung konkreter Bewältigungsschritte, Entwicklung einer neuen Perspektive).
3. Vereinbarung und Planung weiterer Schritte (Einleitung zusätzlicher Maßnahmen, z.B. Weiterleitung an spezialisierte Institutionen oder Fachärzte/innen zur weiteren medikamentösen, sozialarbeiterischen und psychiatrischen Unterstützung sowie die Vereinbarung von Folgeterminen zur Verlaufskontrolle).

Die psychoonkologische Krisenintervention ersetzt nicht eine Behandlung durch entsprechende Fachärzte/innen oder approbierte ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen. Sie stellt ein niedrighwelliges Hilfsangebot dar, das ggf. durch eine zusätzliche externe psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung zu ergänzen ist. Bei fraglicher Suizidalität sind Ratsuchende unverzüglich zur Abklärung an eine/n psychiatrische/n oder psychosomatische/n Facharzt/ärztin zu verweisen.

### **3.6 Paar- und Familienberatung**

Durch die Krebsdiagnose sind oft auch die Partnerschaft und das Familiensystem hoch belastet. Im Rahmen einer psychosozialen Beratung in einer Krebsberatungsstelle ist Paar- und/oder Familienberatung dann angezeigt, wenn die Partner oder die Familie bei der gemeinsamen Bewältigung der Krankheitssituation überfordert sind und die Kommunikation gestört ist. Im Beratungsprozess können daher die Partner oder wichtige Familienmitglieder zu einer gemeinsamen Beratung eingeladen werden. Je nach Bedarf können mehrere gemeinsame Gespräche nötig sein, die darauf ab-

zielen, das Paar- oder Familiensystem zu entlasten, zu stabilisieren und eine offene Kommunikation zu fördern. Besonderes Augenmerk gilt dem Versorgungsbedarf der Kinder. Häufig benötigen Eltern oder andere Familienmitglieder, wenn ein Elternteil erkrankt ist, Unterstützung im Umgang mit den Kindern, die ja die Bedrohung der Lebensperspektive spüren und davon überfordert sein können. Eine zunehmende Zahl von Krebsberatungsstellen haben spezielle Angebote für Kinder krebskranker Eltern eingerichtet.

Zum Leistungsspektrum gehört in diesem Zusammenhang auch die Trauerbegleitung hinterbliebener Angehöriger zur Bewältigung des Verlusts oder bei komplizierter Trauerreaktion.

Voraussetzung für die Vorhaltung dieses Angebots ist eine Fortbildung in Systemischer Beratung oder eine entsprechende Qualifikation.

### **3.7 Aufsuchende Beratung immobiler Patienten/innen**

Wenn Ratsuchende nicht oder nicht mehr in der Lage sind, die Krebsberatungsstelle aufzusuchen, sind Haus- oder Klinikbesuche erforderlich, um einen Beratungsprozess weiter führen zu können. Daher soll auch die aufsuchende Beratung von Ratsuchenden zum Leistungsspektrum von Krebsberatungsstellen gehören. In enger Kooperation mit anderen Diensten (SAPV-Teams, Brückenpflege, Hospizdienste) werden immobile Krebskranke – z.B. in palliativer Situation zuhause oder in der behandelnden Klinik/Einrichtung – besucht. Häufig kann dadurch auch das durch die Pflegesituation besonders belastete Familiensystem gestützt werden. Allein lebende Krebskranke können durch Hausbesuche (soziale) Unterstützung erfahren.

## **4 Empfehlungen zur Qualitätssicherung**

Die für eine Qualitätssicherung in psychosozialen Krebsberatungsstellen zu empfehlenden Kriterien werden im Folgenden aufgeführt [Lit 28].<sup>4</sup> Es handelt sich dabei um Qualitätsstandards, die alle regel-finanzierten Krebsberatungsstellen erfüllen sollen. Die Nichterfüllung der Qualitätsstandards soll mit dem Ausscheiden der Krebsberatungsstelle aus der Regelfinanzierung einhergehen; in begründeten Ausnahmefällen kann davon abgewichen werden, sofern die Nichterfüllung der Qualitätsstandards in einem angemessenen Zeitraum behoben wird. Die Einhaltung der hier empfohlenen Qualitätskriterien soll regelhaft durch geeignete Maßnahmen überprüft werden. Eine angemessene Übergangsfrist für bestehende Krebsberatungsstellen zur Erfüllung der Qualitätsstandards nach Inkraft-treten einer gesetzlichen Finanzierungsregelung wird empfohlen.

---

<sup>4</sup> Die Ausführungen lehnen sich an den Kriterienkatalog „Qualitätskriterien ambulante Krebsberatung“ an, auf den in der dazugehörigen Veröffentlichung aus dem Förderschwerpunktprogramm „ Psychosoziale Krebsbe-ratungsstellen“ der Deutschen Krebshilfe [Lit. 28] verwiesen wird.



## **4.1 Strukturqualität**

### **4.1.1 Niedrigschwelligkeit**

Die Leistungen der Krebsberatungsstelle sollen grundsätzlich kostenfrei (bei Gruppenangeboten können Teilnahmegebühren erhoben werden) und je nach angebotener Leistung persönlich, telefonisch, schriftlich oder digital verfügbar sein. Die Beratungsstelle sollte reguläre Geschäftszeiten (Anwesenheit mindestens eines/r beratenden Mitarbeiters/in) von mindestens 20 Stunden pro Woche an mindestens drei Tagen pro Woche haben. Eine Terminvergabe sollte innerhalb von zwei Werktagen möglich sein.

### **4.1.2 Leistungsangebot und Beratungssetting**

Krebsberatungsstellen sollen folgende Leistungen (s. Kapitel 3) in Form von persönlicher, telefonischer und digitaler Beratung anbieten: Ermittlung des Beratungsanliegens durch die Assistenzkraft, Informationsvermittlung, psychosoziale Beratung, Psychoedukation, psychoonkologische Krisenintervention, Paar- und Familienberatung und aufsuchende Beratung immobiler Patienten/innen. Dabei steht die „Komm-Struktur“ im Vordergrund. Die evtl. zum Einsatz kommenden digitalen Medien und Verfahren sollen qualitätsgeprüft sein, für den Umgang damit bedarf es jeweils eigener Verfahrensweisen (z.B. bei der Dokumentation und im Umgang mit dem Wunsch, anonym beraten zu werden). Die Leistungen sollten Ratsuchenden in allen Phasen der Erkrankung und Behandlung (auch in der Trauerphase), bei Bedarf auch wiederholt und längerfristig über den Krankheitsverlauf hinweg angeboten werden.

### **4.1.3 Räumliche Anforderungen**

In der Krebsberatungsstelle sollen neben den Beratungsräumen ein Warteraum oder -bereich, ein Sekretariat und eine behindertengerechte Toilette zur Verfügung stehen. Die Räume sollen die für eine Beratung erforderliche Vertraulichkeit gewährleisten. Der Zugang sollte barrierefrei sein.

### **4.1.4 Personelle Ausstattung**

#### **4.1.4.1. Beratungsfachkräfte**

##### **(1) Befähigung zur psychosozialen Beratung**

Alle Beratungsfachkräfte sollen über eine Befähigung zur psychosozialen Beratung verfügen, die nachzuweisen ist entweder durch

- entsprechende curriculare Bestandteile des Studiums (Nachweis erforderlich) oder

- eine abgeschlossene Beratungsfortbildung (z.B. eine systemische, klientenzentrierte, verhaltensorientierte oder tiefenpsychologisch fundierte Fortbildung)<sup>5</sup>. Diese Befähigung kann auch noch innerhalb von 24 Monaten nach Einstellung erworben werden.

## **(2) Psychoonkologische Fortbildung**

Alle Beratungsfachkräfte sollen über eine psychoonkologische Fortbildung verfügen (z.B. nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft). Diese Fortbildung kann auch noch innerhalb von 24 Monaten nach Einstellung abgeschlossen werden.

## **(3) Grundberufe**

Die psychosoziale Beratung in ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen soll in der Regel wahrgenommen werden durch:

- sowohl Psychologen/innen (mit Diplom oder Bachelor- und Masterstudiengang mit curricularen Anteilen in klinischer Psychologie) als auch
- Sozialpädagogen/innen oder Sozialarbeitern/innen (mit Diplom oder Bachelor- und Masterstudiengang).

Darüber hinaus können im Interesse einer flexiblen, an regionale Gegebenheiten angepassten bedarfsgerechten Versorgung auch Ärzte/innen sowie Angehörige anderer Gesundheits- und Sozialberufe mit akademischem Abschluss als Beratungsfachkräfte tätig werden, wenn sie die unter 4.1.4.1 Ziffern (1) und (2) genannten Qualifikationsanforderungen erfüllen.

## **(4) Übergangsregelung**

In Bezug auf die unter 4.1.4.1 Ziffer (3) genannten Grundberufe sollten erfahrene, langjährig beschäftigte Mitarbeitende von Krebsberatungsstellen anderer Berufsgruppen unabhängig von ihrer Berufszugehörigkeit Bestandsschutz genießen.

### **4.1.4.2 Assistenzkraft/Koordination**

An einer Krebsberatungsstelle soll mindestens eine Assistenzkraft angestellt sein, die die Anfragen von Ratsuchenden (persönlich, telefonisch oder per E-Mail) entgegen nimmt, Termine macht, Ratsuchende in Empfang nimmt und Verwaltungsaufgaben erledigt. Die Assistenzkräfte benötigen eine Eingangsqualifikation als Büro-/Verwaltungsangestellte, Medizinische Fachangestellte oder Kauffrau/-mann im Gesundheitswesen neben einer zu erwerbenden Qualifikation in Gesprächsführung.

---

<sup>5</sup> Eine wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Weiterbildung gilt in jedem Fall als Nachweis der Befähigung zur psychosozialen Beratung.

#### **4.1.4.3 Personelle Kapazitäten**

Die personelle Ausstattung mit Fachpersonal soll sich an den Fallzahlen in Bezug auf ein zu definierendes Einzugsgebiet und an der Auslastung der Krebsberatungsstellen orientieren. Ein vorläufiger empirischer Orientierungswert für eine personelle Basisausstattung einer Beratungsstelle wäre die Besetzung mit 1 VK Psychologe, 1 VK Sozialarbeit und ½ VK Assistenzkraft, die sich in den Krebsberatungsstellen bewährt hat (s. Kapitel 4.1.4).

## **4.2 Prozessqualität**

### **4.2.1 Basis- und Verlaufsdokumentation**

Mithilfe eines geeigneten EDV-gestützten Dokumentationssystems sollen regelhaft die Stammdaten der Ratsuchenden sowie erbrachte Leistungen erfasst werden. Dazu soll an allen Krebsberatungsstellen ein bundesweit einheitlicher Datensatz erhoben werden, der innerhalb datenschutzrechtlicher Vorgaben (z.B. schriftliche Einwilligung des Ratsuchenden) folgende Daten umfasst: Geschlecht, Alter, Krebsdiagnose und relevante Daten zur Krankheitsgeschichte sowie Kontaktdaten. Im Interesse einer datensparsamen einheitlichen Tumordokumentation sollte der Datensatz an den einheitlichen onkologischen Basisdatensatz ADT/GEKID angelehnt sein. Die Leistungsdokumentation soll umfassen: Datum der Beratung, Art (persönlich, telefonisch, schriftlich) und Dauer des Gesprächs, Setting (Einzel, Paar-/Familien- oder Gruppensetting), Ort der Beratung, Name der Beratungsfachkraft, Beratungsthemen, Versorgungsbedarf, durchgeführte oder eingeleitete Maßnahmen und Weitervermittlungsempfehlungen. Eine Beratung soll auch anonym möglich sein.

Die dokumentierten Daten sollen regelmäßig (mindestens einmal im Jahr) einrichtungsbezogen ausgewertet und im Rahmen eines Jahresberichts auf der Internet-Homepage der Krebsberatungsstelle veröffentlicht werden.

### **4.2.2 Screening auf psychosoziale Belastung**

Beim ersten persönlichen Beratungskontakt soll routinemäßig ein Screening auf psychosoziale Belastung mit einem von der aktuellen S3-Leitlinie Psychoonkologie, Kapitel 7.3.1 [Lit. 16], empfohlenen Instrument angeboten werden, durch das die psychosoziale Belastung und der Beratungsbedarf dokumentiert werden kann. Das Ausfüllen des Screening-Fragebogens sollte für Ratsuchende freiwillig sein.

### **4.2.3 Qualitätsmanagement**

Die Krebsberatungsstelle soll über ein Qualitätsmanagement-Handbuch verfügen, das sich an einer standardisierten Vorgabe orientiert. Dieses soll auch eine schriftlich ausgearbeitete Beratungs-

konzeption, Überlegungen für ein verbindliches Beschwerdemanagement und Anweisungen für den Umgang mit medizinischen und psychiatrischen Notfällen (Krisenmanagement) enthalten. Das QM-Handbuch soll allen Mitarbeitern/innen der Krebsberatungsstelle bekannt sein und alle zwei Jahre überarbeitet werden. Zum Zwecke der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung sollten regelmäßig evaluative Nutzerbefragungen zur Zufriedenheit mit den Beratungsangeboten und den Rahmenbedingungen durchgeführt werden.

#### **4.2.4 Supervision**

Festangestellte Beratungsfachkräfte sollen mindestens vier Mal pro Jahr eine fallbezogene Gruppensupervision durch eine externe qualifizierte Supervision erhalten. Interne Fallbesprechungen (Intervision) sollen mindestens zweimal im Monat stattfinden. Auch die Assistentkraft soll für externe Supervision (mindestens einmal im Jahr) freigestellt werden.

#### **4.2.5 Fortbildung**

Alle in der Krebsberatungsstelle angestellten Mitarbeiter/innen sollen an anerkannten, externen und tätigkeitspezifischen psychosozialen oder psychoonkologischen Fortbildungen im Umfang von mindestens 16 Stunden (Assistentkräfte 8 Stunden) pro Jahr teilnehmen.

#### **4.2.6 Vernetzung, Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit**

Um im Rahmen der Beratung regionale Versorgungsangebote erschließen zu können (Lotsenfunktion), soll die Krebsberatungsstelle über gute Vernetzungskontakte verfügen und mit anderen Krebsberatungsstellen in der Region, stationären Versorgungseinrichtungen, ambulanten Versorgungs- und Sozialeinrichtungen, Selbsthilfegruppen, onkologischen Schwerpunktpraxen und niedergelassenen ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen sowie der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) kooperieren. Für die Zusammenarbeit mit den wichtigsten Kooperationspartnern (regionale Selbsthilfegruppen, onkologische Schwerpunktpraxen und niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen) sollten schriftliche Kooperationsvereinbarungen vorliegen. Die Krebsberatungsstelle soll durch Öffentlichkeitsarbeit wie Faltblätter, die das Leistungsspektrum aufzeigen, eine aussagekräftige Homepage und Pressearbeit sicherstellen, dass das Angebot für Ratsuchende bekannt wird.

Zur Nachweisführung und Verbreitung qualitätsgesicherter Gesundheitsinformation soll die Krebsberatungsstelle – bzw. ihre Trägerorganisation – auf der Website ihre digitalen Kooperationspartner bzw. Informationsquellen mit entsprechenden Kontaktdaten benennen (z.B. [www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de) [Lit. 22], [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) [Lit. 23], INFONETZ KREBS der Deutschen

Krebshilfe [Lit. 24], Informationen über Krebsberatungsstellen der Landeskrebsgesellschaften auf der Homepage der Deutschen Krebsgesellschaft [Lit. 25]).

## **5. Empfehlungen zur Finanzierung von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen**

In den vergangenen Jahrzehnten war die Finanzierung ambulanter Krebsberatungsstellen gekennzeichnet durch eine fehlende Absicherung über längere Zeiträume und damit oftmals verbundene mangelnde Kontinuität in der Arbeit und große Unsicherheit bei den Mitarbeitenden. Die Finanzierungsbeteiligungen sind heterogen, oftmals projektbezogen und erfolgen freiwillig bspw. durch Versicherungsträger (gesetzliche und private Krankenversicherer, Rentenversicherer), Länder und/oder Kommunen und die Wirtschaft. Die Beratungsstellen sind in einem hohen Maße auf regelmäßige Spenden angewiesen.

Um für Krebskranke und ihre Angehörigen auch zukünftig eine angemessene Krebsberatung bereit zu stellen, bedarf es einer bedarfsgerechten und nachhaltigen Finanzierung der Beratungsstellen. Im Folgenden wird dargelegt, wie eine solche Finanzierungsstruktur ausgestaltet werden könnte und welche Kostenträger zu beteiligen sind. Eine gesicherte Regelfinanzierung der ambulanten psychosozialen Krebsberatung setzt jedoch voraus, dass die Krebsberatungsstellen das vorgenannte Leistungsspektrum anbieten und erbringen sowie die vorgenannten Qualitätskriterien erfüllen (s. Kapitel 3 und 4).

### **5.1 Kostenträger, Zuordnung der Leistungen und anteilige Kostenübernahme**

Leistungen von Krebsberatungsstellen sind komplex und nicht lediglich einem Kostenträger zuzuordnen. Hinzu kommt, dass das aufgeführte Leistungsspektrum (s. Kapitel 3) in der Praxis i.d.R. nicht als streng voneinander getrennt abgegrenzte Einzelleistungen angeboten, sondern den Erfordernissen des Einzelfalls entsprechend kombiniert und mit variierenden Anteilen eingesetzt wird.

Im Folgenden erfolgt eine Zuordnung der einzelnen Leistungsanteile entsprechend des o.g. Leistungsspektrums, um eine Kostenzuordnung vornehmen zu können. Vor dem Hintergrund kommen als potenzielle Kostenträger in Frage:

- Gesetzliche und private Krankenversicherer
- Rentenversicherer und andere Rehabilitationsträger (außer GKV)
- Länder und Kommunen (öffentliche Hand)
- Träger der Krebsberatungsstellen (Eigenanteil/Spenden)

### **5.1.1 Gesetzliche und private Krankenversicherer**

Insbesondere die psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung (s. Kapitel 3.3.2) der Krebsberatungsstellen ist den Krankenversicherern zuzuordnen: Durch frühzeitige Unterstützung bei hoher psychosozialer Belastung kann die Gefahr der Entstehung von manifesten, therapiebedürftigen psychischen Störungen verringert werden (präventiver Effekt durch Vorbeugung einer möglichen psychopathologischen Entwicklung). Patienten/innen, die noch keine psychische Störung entwickelt haben, müssen trotz hohem Leidensdruck keine teuren psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen oder privatärztlichen Versorgung in Anspruch nehmen (Vermeidung von Fehlversorgung). Darüber hinaus kann die Krebsberatung einen wichtigen Beitrag zur Hilfestellung bei der Bewältigung von somatischen Krankheits- und Therapiefolgen (Fatigue, Polyneuropathie, bleibende körperliche Einschränkungen) und zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten sowie der Therapieadhärenz leisten.

### **5.1.2 Rentenversicherer und andere Rehabilitationsträger (außer GKV)**

Ambulante Krebsberatungsstellen erbringen psychosoziale Beratung mit sozialer Schwerpunktsetzung (s. Kapitel 3.3.3) in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und ermöglichen eine zielgenaue, den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des krebserkrankten Menschen gerecht werdende rechtzeitige Steuerung in medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen. Diese sachgerechte und rechtzeitige Steuerung in Rehabilitationsmaßnahmen ist eine wesentliche Grundlage für die dauerhafte Sicherung der Arbeitsfähigkeit und der Teilhabe der Betroffenen an der Gesellschaft. Darüber hinaus erbringen die Krebsberatungsstellen Präventionsleistungen mit dem Ziel, Gesundheit und Teilhabe an der Gesellschaft zu fördern und zu sichern. Zu den Leistungen gehören individuelle psychosoziale Beratungen zur Gesundheitsförderung und Motivation, psychoedukative Gruppenangebote sowie Schulungen und Informationsveranstaltungen zu den Themen Rückkehr ins und Stabilisierung im Arbeitsleben, Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Selbsthilfe. Informationsveranstaltungen und Schulungen richten sich nicht nur an Menschen mit Krebserkrankungen, sondern auch an Angehörige und das berufliche Umfeld. Auch dies sind Leistungen zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit krebserkrankter Menschen und zur Unterstützung der Teilhabe an der Gesellschaft. Daher ist dieser Bereich der Beratungsleistungen der Rentenversicherung und ggf. anderen Rehabilitationsträger (außer GKV) zuzuordnen.

#### Anmerkung:

Ursprünglich lag den Beratungen zu den Empfehlungen zur Finanzierung von ambulanten Krebsberatungsstellen die Annahme zugrunde, dass ausschließlich die gesetzlichen Rentenversicherungsträger als Kostenträger für die psychosoziale Krebsberatung mit sozialer Schwerpunktsetzung in Betracht kommen könnten. Die Diskussionen mit dem für die Aufgaben der gesetzlichen Renten-

versicherung zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zeigten jedoch auf, dass auch weitere Rehabilitationsträger – außer der GKV – als Kostenträger für diesen Bereich in Betracht kommen können<sup>6</sup>. Hierzu erfolgt derzeit ein Klärungsprozess insbesondere im BMAS mit dem Ziel, eine Zuordnung der Leistungen der ambulanten Krebsberatung mit sozialer Schwerpunktsetzung auf die verschiedenen Rehabilitationsträger (ohne GKV) vorzunehmen. Nachfolgend wird zu klären sein, wie eine Sicherstellung der Finanzierung dieser Leistungen erreicht werden kann.

### **5.1.3 Länder und Kommunen (Öffentliche Hand)**

Die Finanzierungsverantwortung der Länder ergibt sich daraus, dass die Ziele und Wirkungen von ambulanten Krebsberatungsstellen in einem engen Zusammenhang mit den Aufgaben der Länder und Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge im Gesundheitsbereich und der allgemeinen Daseinsvorsorge stehen.

Die Bundesländer sind im Bereich des Gesundheitswesens für die Aufgabenbereiche Gesundheitsschutz, Gesundheitshilfe und Aufsicht über Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens zuständig. Das umfasst insbesondere gesundheitserhaltende Maßnahmen, Stärkung der Öffentlichen Gesundheitsdienste, Schaffung von Versorgungsgerechtigkeit (Stadt/Land-Gefälle) durch Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, Steuerung und Koordination der Beratungsstellen auf Länderebene. Hier übernehmen die Länder einen Sicherstellungsauftrag.

Kommunen übernehmen im Bereich der allgemeinen Daseinsvorsorge und im Gesundheitsbereich die Aufgaben der Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe (Inklusion) sowie der Bereitstellung von psychosozialen Angeboten.

### **5.1.4 Träger Krebsberatungsstellen (Eigenanteil)**

Bis heute stellen Spenden eine wichtige Finanzierungsquelle für Krebsberatungsstellen dar. Durch eine Regelfinanzierung soll die Abhängigkeit der Beratungsstellen von der Spendeneinwerbung und die damit einhergehende existentielle Unsicherheit überwunden werden. Gleichwohl sind Spenden Ausdruck eines am Gemeinwohl orientierten gesellschaftlichen Engagements. Daher sollte die Spendenbereitschaft bzw. die Motivation zur Einwerbung von Spenden durch die Einführung einer Regelfinanzierung erhalten bleiben und in einem vertretbaren Umfang gefördert werden. Die Träger von Krebsberatungsstellen sollen daher mit einem Eigenanteil an der Finanzierung beteiligt werden, für den z.B. Spenden herangezogen werden können.

---

<sup>6</sup> Die Regelungen der Leistungen für Menschen mit Behinderungen zur Rehabilitation und Teilhabe in der Gesellschaft die jeweils zuständigen Leistungsträger ergeben sich gem. §§ 1, 5 und 6 SGB IX.

## **Zuordnung der Kostenanteile**

Grundlage der Verteilung der Hauptleistungsbereiche innerhalb der durchgeführten Beratungen von ambulanten Krebsberatungsstellen auf die unterschiedlichen vorgenannten Kostenträger sind unter anderem die Erkenntnisse des Förderschwerpunktes „Psychosoziale Krebsberatungsstellen“ der Deutschen Krebshilfe [Lit. 6, 19], die Erfahrungen der Trägerschaft von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen durch die Landeskrebsgesellschaften und die Ergebnissen der BMG-geförderten PsoViD-Studie [Lit. 2].

Der Gesamtumfang der erbrachten Leistung teilt sich auf in die psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung (rund 45 %) und mit sozialer Schwerpunktsetzung (rund 45 %); Informationsleistungen werden zu rund 10 % erbracht. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die PsoViD Studie [Lit. 2, s. Kapitel 4.1.1.2, S. 49 ff.].

Entsprechend der dargelegten inhaltlichen Zuordnung der Leistungsbereiche auf die möglichen Kostenträger sind je 40% durch die gesetzlichen und anteilig privaten Krankenversicherer und die Rentenversicherer sowie andere Rehabilitationsträger (außer GKV), 15% durch die öffentliche Hand (Länder, Kommunen) und 5% in Form der Selbstbeteiligung der Träger von ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen zu tragen.

## **5.2 Vor- und Nachteile unterschiedlicher Abrechnungsmodelle**

Für die Regelfinanzierung der ambulanten Krebsberatung kommen grundsätzlich vier verschiedene Abrechnungsmodelle in Frage:

1. einrichtungsbezogene Finanzierung,
2. Fallpauschale,
3. Abrechnung von Einzelleistungen sowie
4. Mischmodelle aus einrichtungsbezogener Finanzierung, Abrechnung von Einzelleistungen oder Fallpauschale.

Nachfolgend werden die unterschiedlichen Abrechnungsmodelle mit ihren Vor- und Nachteilen aufgeführt:

### **5.2.1 Einrichtungsbezogene Finanzierung**

Für einen Zeitraum von 1 bis 3 Jahren werden auf Antrag hin Fördergelder ausgezahlt, die sowohl Personal- als auch alle Sach-, Investitions- und Infrastrukturkosten umfassen. Die Anträge müssen hinsichtlich der Personalausstattung und möglicher Besonderheiten (z.B. hohe Mietkosten des Beratungsstellenstandorts) begründet werden.



**Vorteile:** Die einrichtungsbezogene Finanzierung ist mit einem niedrigen Verwaltungsaufwand sowohl auf Seiten der Kostenträger als auch der Krebsberatungsstellen verbunden. Für den Zeitraum der jeweiligen Förderung ermöglicht sie darüber hinaus eine gute finanzielle Planbarkeit.

Dieser Finanzierungsmodus bedarf keiner Einzelleistungs- oder Fallpauschalen-Kalkulation. Die Auszahlung eines (Mehr-)Jahresbudgets gibt dem Träger Planungssicherheit.

**Nachteile:** Die mangelnde Flexibilität hinsichtlich möglicher Nachfrageveränderungen ist nachteilig. Sowohl bei steigenden Beratungszahlen als auch bei einer Verringerung wird für den Planungszeitraum die gleiche Leistung finanziert und der Träger muss ggf. in eine finanzielle Vorleistung gehen bzw. im Falle einer geringeren Anzahl von Beratungsleistungen Rückzahlungen einkalkulieren. Gelöst werden kann dies durch eine Zielvereinbarung: Vereinbart wird jedes Jahr eine neue Anzahl an Fällen. Wenn eine steigende/sinkende Tendenz erkennbar ist, wird dies berücksichtigt. Die Zielvereinbarung sollte einen Korridor beinhalten (XY Fälle +/- Z%).

Die einzelnen Komponenten des Leistungsangebotes der Krebsberatungsstellen werden im Einzelfall kombiniert, aber mit unterschiedlichen Anteilen erbracht. Insoweit wäre die für eine Kostenzuordnung notwendige Quantifizierung von Einzelleistungen im Einzelfall kaum möglich oder mit einem unzumutbaren Verwaltungsaufwand verbunden.

## 5.2.2 Abrechnung von Einzelleistungen

Die leistungsbezogene Abrechnung ist die genaueste Möglichkeit der Finanzierung, da die exakt erbrachte Einzelleistung berücksichtigt wird. Die im Einzelfall erbrachten Leistungen (s. Kapitel 3) werden pro Ratsuchendem einmal im Quartal abgerechnet. Dafür müssen vorher die Leistungen erfasst und jeweils kalkuliert werden.

**Vorteile:** Die Abrechnung bildet die erbrachten und dokumentierten Leistungen und den damit verbundenen Aufwand exakt ab.

**Nachteile:** Die Kostenkalkulation der Einzelleistungsziffern ist kompliziert und aufwändig. Daneben müssen unterschiedliche hohe Infrastrukturkosten zusätzlich veranschlagt werden.

Das Abrechnungsprozedere (Rechnungserstellung, Erstattung und Kontrolle) ist sowohl für die Träger als auch für die Finanzierer sehr komplex und erfordert einen hohen technischen und personellen Aufwand. Für die Leistungserbringerseite fehlt die Planungssicherheit durch Schwankungen der Leistungszahlen (z.B. bei Krankheit eines/r Mitarbeiters/in) und mögliche kostenträgerseitige Ablehnungen von Abrechnungen angesichts der geringen Größe der Einrichtungen und der Zuständigkeit verschiedener Kostenträger bei verhältnismäßig geringem Durchlauf (z.B. im Vergleich zu Kliniken).

### 5.2.3 Fallpauschale

Pro Ratsuchendem und definierter Zeiteinheit wird eine Fallpauschale in Anrechnung gebracht, die sich auf einen Leistungsfall bezieht, der einen durchschnittlichen Aufwand umfasst. Der Leistungsfall ist dabei genau zu definieren und der Durchschnittswert auf Basis unterschiedlicher Parameter zu ermitteln (bspw. durchschnittliche Anzahl von Kontakten und durchschnittlicher Schwierigkeitsgrad der erbrachten Leistung, unabhängig von der Art der Tumorerkrankung).

**Vorteile:** Eine relativ genaue Abbildung des erbrachten Leistungsaufwands ist möglich mit einem etwas geringeren Kalkulations- und Abrechnungsaufwand als bei der vorgenannten Einzelleistungsabrechnung.

**Nachteile:** Die Fallpauschalen müssten in einem aufwändigen Verfahren empirisch ermittelt und kalkuliert werden (analog zu den Fallpauschalen in der Krankenhausfinanzierung). Schwankungen bei den Infrastrukturkosten der einzelnen Beratungsstellen müssten separat ausgeglichen werden. Der Abrechnungsprozess ist komplex und aufwändig. Die Planungssicherheit ist insbesondere bei kleineren Beratungsstellen gering.

### 5.2.4. Mischmodelle aus einrichtungsbezogener Finanzierung und einer Fall- oder Leistungsbezogenen Pauschale

Eine Implementierung eines Mischmodells aus den vorgenannten Abrechnungsvarianten bietet die Möglichkeit der genauen Berücksichtigung der tatsächlich erbrachten Leistung bei gleichzeitiger Gewährleistung einer Grundstabilität einer Finanzierung.

Jedoch ist die Komplexität durch die Kombination von Finanzierungsmethoden, aber auch durch die Zuständigkeit verschiedener Kostenträger deutlich erhöht. Bei Betrachtung des insgesamt für die Sicherung und Weiterentwicklung der ambulanten psychosozialen Krebsberatung notwendigen Finanzbudgets erscheint der damit verbundene Aufwand für Abrechnung und Kontrollprozesse unverhältnismäßig hoch.

### 5.2.5 Zusammenfassende Empfehlung zur Finanzierung ambulanter Krebsberatungsstellen

Aufgrund der vergleichsweise kleinen Gesamtfinanzierungssumme wird daher das erste der hier beschriebenen Finanzierungsmodelle favorisiert – die einrichtungsbezogene Finanzierung. Die Vorteile überwiegen und die Nachteile können gut durch Abstimmungsprozesse wie die Vereinbarung von Planungszeiträumen und Zielvereinbarungen zwischen Trägern und Finanzierern behoben werden.

### 5.3 Epidemiologische Kostenkalkulationen

Die für den Betrieb ambulanter psychosozialer Krebsberatungsstellen in Deutschland erforderlichen finanziellen Mittel können derzeit nur abgeschätzt werden. Grundlage der hier gewählten Schätzung ist ein epidemiologischer Ansatz, der auf Grundlage einer für Deutschland repräsentativen Studie erfolgt, die Belastungen, psychische Komorbiditäten als auch das Unterstützungsbedürfnis von Erkrankten erfasst hat [Lit. 10]:

Der angenommene erforderliche Bedarf von Erkrankten und ihren Angehörigen an ambulanter Krebsberatung wird auf Basis der Inzidenzen und Prävalenzen von Krebserkrankungen ermittelt. Bei einer Inzidenz von rund 500.000 Krebserkrankungen jährlich<sup>7</sup> in Deutschland und einem geschätzten maximal angenommenen Beratungsbedarf von rund 50% der Krebspatienten (betrifft alle Krebsdiagnosen bis auf Haut- und Prostata-Karzinom, hier liegt der Beratungsbedarf bei ca. 30%, [Lit. 10]) wäre eine Versorgungsstruktur für rund 230.000 bis 250.000 Neuerkrankte pro Jahr zu schaffen.

Auf der Basis Daten der PsoViD Studie entfallen dabei auf die ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen ca. 44% der versorgten Patienten/innen [Lit. 2]. Bei einem Gesamtbedarf von jährlich ca. 300.000 Patienten/innen (einschließlich eines Faktors 1,4 für die Prävalenz, um den erhöhten Bedarf an psychosozialer Unterstützung im ersten Jahr nach Diagnosestellung zu berücksichtigen) wäre für diese Berechnung bei ca. 132.000 Patienten/innen von einem Bedarf an Krebsberatung auszugehen. Hinzu kommen noch einmal ca. 33.000 Angehörige bei dem in der PsoViD Studie geschätzten Bedarf von 25% [Lit. 2, S. 351]. Daraus lässt sich ein geschätzter Bedarf an ambulanter Krebsberatung für rund 165.000 Patienten/innen und Angehörige pro Jahr ableiten.

Laut der PsoViD-Studie belaufen sich die erfragten Kosten der erfassten Beratungsstellen (n=161) gemittelt derzeit auf rund 22 Mio. € (Median) bzw. 26 Mio. € (arithm. Mittel) pro Jahr (diese Kosten beinhalten Personalkosten, Sachkosten und Investitionsmittel) (PsoViD Studie, [Lit. 2, Tabelle 345]). Dies entspricht ca. 136.650 € bzw. 161.490 € pro Beratungsstelle und Jahr.

Infrastrukturkosten (Miete, Strom, Wasser, etc.) wurden dabei nicht erhoben und sollten laut PsoViD Studie mit zusätzlichen 30% angesetzt werden [Lit. 2]. Bei einer derzeitigen Versorgungsdeckung von ca. 51% belaufen sich die derzeitigen Gesamtkosten auf ca. 30 Mio. bzw. 35 Mio. € (incl. Infrastrukturkosten) [Lit. 2, S. 12].

Für eine 100% Versorgungsdeckung würden sich die zu veranschlagenden Kosten ohne Infrastrukturkosten auf 44 Mio. bzw. 52 Mio. € bzw. incl. der geschätzten Infrastrukturkosten von 30 % damit auf 57,2 Mio. € bzw. 67,6 Mio. € belaufen (s. Tabelle 1).

---

<sup>7</sup> In Deutschland erkrankten in 2014 geschätzt 476.120 Menschen an Krebs [Lit. 29]

Die 5-Jahres Prävalenz von Krebserkrankungen wird mit 1,5 Millionen Krebserkrankten geschätzt. Da ein größerer Teil der Krebspatienten/innen psychoonkologische/psychosoziale Angebote erst nach einem Jahr nach Diagnosestellung benötigt bzw. die Angebote nutzt, wird die Inzidenz um den Faktor 1,4 korrigiert (s.o.), um den jährlichen Bedarf an psychoonkologischer/psychosozialer Unterstützung von Krebspatienten/innen zu schätzen (PsoViD-Studie, [Lit. 2, S. 42, 350 und 352]).

Die Schätzung basiert auf der psychischen Belastung und Komorbidität von Krebserkrankten und ihren subjektiven Unterstützungsbedürfnissen. Da sich der Anteil belasteter Patienten/innen in allen drei untersuchten Settings (akut-stationär, ambulant, Rehabilitation) als vergleichbar hoch erwies [Lit. 10], wurde der Algorithmus sowohl für den ambulanten und Nachsorgebereich als auch die stationäre Versorgung zugrunde gelegt.

Tabelle 1: Gesamtkostenaufstellung der Krebsberatungsstellen per anno

<b>Durchschnittliche Kosten pro Beratungsstelle (PsoViD Studie, 2018)</b>	
136.650 € (Median)	161.490 € (Arithmetisches Mittel)
<b>für Versorgungsdichte von 51% (entspr. 161 Beratungsstellen):</b>	
<b>Personal-, Sach-, und Investitionskosten</b>	
22 Mio. €	26 Mio. €
<b>Incl. Infrastrukturkosten von ca. 30%</b>	
28,6 Mio. €	33,8 Mio. €
<b>für Versorgungsdichte von 100%:</b>	
<b>Personal-, Sach-, und Investitionskosten</b>	
44 Mio. €	52 Mio. €
<b>Incl. Infrastrukturkosten von ca. 30%</b>	
57,2 Mio. €	67,6 Mio. €

Die Angehörigen sind bei dieser Angebotsschaffung einbezogen, da in der Abfrage der PsoViD Studie nach Beratungen gefragt und nicht zwischen Patienten/innen und Angehörigen differenziert wurde [Lit. 2].

Für zukünftige Berechnungen ist zu berücksichtigen, dass angesichts der steigenden Inzidenz und auch bei weiterer Chronifizierung von Krebserkrankungen (Anstieg der Prävalenzzahlen) der Bedarf an ambulanter Krebsberatung im Verlauf der kommenden Jahre weiter zunehmen wird. Gleichzeitig sollen neben der Einrichtung von Außenstellen auch zunehmend telemedizinische Lösungsansätze in der ambulanten psychosozialen Krebsberatung insbesondere für die Weiterentwicklung strukturschwacher Regionen einbezogen werden.

Eine derzeitige Mindestkalkulation für eine Finanzierungsregelung ambulanter Krebsberatungsstellen sollte auf Grundlage der derzeitigen Inanspruchnahme von ca. 100.000 Beratungen pro Jahr erfolgen. Eine gestaffelte Anpassung des Finanzierungsumfanges sollte an die aller Voraussicht nach steigenden Beratungszahlen erfolgen.

#### **5.4 Festlegung der Förderkriterien und Bewilligungsverfahren**

Die für die Finanzierung ambulanter Krebsberatungsstellen benannten Kostenträger (gesetzliche und private Krankenversicherungen, gesetzliche Rentenversicherung sowie andere Rehabilitationsträger (außer GKV) und Länder/Kommunen) sollen mit folgenden Organisationen eine Koordinationsstelle gründen:

- Deutsche Krebshilfe,
- Deutsche Krebsgesellschaft,
- Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung e.V. (BAK),
- Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände sowie
- einem Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE).

Die Koordinationsstelle hat folgende Aufgaben:

- Festlegung der relevanten Förderkriterien und des Bewilligungsverfahrens
- Festlegung eines Verfahrens zur regelmäßigen Überprüfung der Qualitätskriterien (z.B. schriftliche Zertifizierung)
- Berichterstattung: Erstellen eines Qualitätsberichts auf der Basis der Jahresberichte der einzelnen Beratungsstellen
- Evaluation des Gesamtprojektes unter Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise (s. Kapitel 6, Empfehlungen zur Evaluation)

Dabei sind die Förderkriterien, die von den Kostenträgern gemeinsam mit den Vertretern der genannten Verbänden zu formulieren sind, als Untergrenze zu erfüllen.

Die o.g. Kostenträger sollen die Implementierung der Abrechnungsprozesse und deren Überprüfungsmodalitäten begleiten. Sie sollen gemeinsam über die Förderung der Einrichtungen anhand des erbrachten Leitungsspektrums und der erfüllten Qualitätskriterien entscheiden und dabei die fachliche Expertise der o.g. Organisationen einbeziehen. Bei einer Nichterfüllung der Förderkriterien sollen die betroffenen Krebsberatungsstellen von der Förderung ausgeschlossen werden; in begründeten Ausnahmefällen kann davon abgewichen werden, sofern die Nichterfüllung der Qualitätsstandards in einem angemessenen Zeitraum behoben wird. Darüber hinaus sollen erwartete und zu finanzierende Beratungs-Fallzahlen im Rahmen einer Zielvereinbarung festgesetzt werden, die im Folgejahr ggf. bei Bedarf nach oben bzw. nach unten angepasst werden.

### **Übergangsfristen**

Die Zeiträume der ersten Finanzierungs-Bewilligung sollen so festgelegt werden, dass bereits existierende Krebsberatungsstellen die Möglichkeit haben, die nötigen Schritte zur Erfüllung des Leistungsspektrums und der Qualitätskriterien einzuleiten und umzusetzen (Übergangsfrist). Damit soll gewährleistet werden, dass bei einer derzeitigen Unterversorgung schon bestehende Strukturen erhalten werden können.

## **6. Empfehlung zur Überprüfung und Evaluation**

Es wird empfohlen, eine externe Evaluation der Tätigkeit der regelfinanzierten Krebsberatungsstellen durchzuführen. Mit der angestrebten Förderung der ambulanten Krebsberatungsstellen wird die Regelfinanzierung eines neuen Leistungsbereichs etabliert. Um zu prüfen, welche Auswirkungen dies auf die psychoonkologische Versorgung entfaltet, erscheint eine Evaluation aus Sicht der Finanzierer sinnvoll.

Während die in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung auf Strukturen und Prozesse *innerhalb* der einzelnen ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen fokussieren, handelt es sich hier um eine externe Evaluation.

Die Evaluation sollte untersuchen, ob durch die mit der neuen Regelfinanzierung geförderten und teils neu geschaffenen Strukturen der ambulanten Krebsberatung ein bedarfsgerechtes Beratungsangebot für an Krebs erkrankte Personen sichergestellt wird. Dabei sollte der Schwerpunkt auf der Patientenperspektive liegen und Fragen zur Akzeptanz, zur Erreichbarkeit und Zufriedenheit mit den Beratungsangeboten im Zentrum stehen. Zur Evaluation gehört auch die Bewertung der Finanzierungsmechanismen hinsichtlich ihrer Funktionalität (bspw. Niedrigschwelligkeit, Setzung von Fehlansreizen).

Neben der Evaluation der Dokumentationsdaten der Beratungsstellen sollten auch stichprobenartig Patienten- und Angehörigenbefragungen vorgenommen werden.

Die Evaluation unterscheidet sich von einer reinen Überprüfung der Einhaltung von Förderkriterien, wie sie routinemäßig von den künftigen finanzierenden Akteuren der Regelförderung einzufordern bzw. vorzunehmen wäre. Ziel soll sein, dem Gesetzgeber möglicherweise notwendige (gesetzliche) Anpassungsbedarfe aufzuzeigen, um die Versorgung von an Krebs erkrankten Personen zu verbessern. Für eine formative Evaluation, die ab Beginn der Regelfinanzierung die Mechanismen und Auswirkungen der Regelfinanzierung untersucht, scheint ein Zeitraum von drei bis fünf Jahren angemessen.

Die ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen, die über eine Regelfinanzierung finanziert werden, sollen verpflichtet werden, an dieser übergeordneten Evaluation des Gesamtprogramms aktiv mitzuwirken und die hierfür notwendigen Unterstützungsleistungen (bspw. Ausgabe von Patientenfragebögen) sowie ggf. Daten (unter Wahrung der Bestimmungen des persönlichen Datenschutzes) zur Verfügung zu stellen.

## 7. Literatur

1. [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/N/Nationaler\\_Krebsplan/Ziel\\_9\\_Psychoonkologische\\_Versorgung.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_9_Psychoonkologische_Versorgung.pdf)
2. Schulz H, Bleich Ch, Bokemeyer C, Koch-Gromus U, Härter M, "Psychoonkologische Versorgung in Deutschland: Bundesweite Bestandsaufnahme und Analyse", <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/gesundheit/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3273>, 2018
3. Eichhorn S, Kuhnt S, Giesler JM, Schreib M, Völklin V, Brähler E, Ernst J, Mehnert A, Weis J (2014). Struktur- und Prozessqualität in ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen des Förderschwerpunktes „Psychosoziale Krebsberatung“ der Deutschen Krebshilfe Gesundheitswesen 76: 1–7.
4. Ernst J, Eichhorn S, Kuhnt S, Giesler JM, Schreib M, Brähler E, Weis J (2014). Ambulante psychosoziale Krebsberatung – Ergebnisse einer nutzerbasierten Studie zu Beratungsanliegen und Zufriedenheit mit der Beratung. Psychother Psychosom Med Psychol 64: 421–430. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1374604>.
5. Ernst J, Mehnert A, Weis J, Faust T, Giesler JM, Roick J (2016). Sozialrechtliche Beratung in ambulanten Krebsberatungsstellen Angebote und Inanspruchnahme durch Ratsuchende. Bundesgesundheitsbl 59:1476–1483. DOI10.1007/s00103-016-2440-6.
6. Giesler JM, Weis J, Faust T, Kuhnt S, Mehnert A, Ernst J (2014). Qualitätssicherung in der psychosozialen Krebsberatung: Ergebnisse und Perspektiven des DKH Förderschwerpunkts Psychosoziale Krebsberatungsstellen. Forum 29: 418-421.
7. Kendall J, Glaze K, Oakland S, Hansen J, Parry C. (2011): What do 1281 distress screeners tell us about cancer patients in a community cancer center? Psycho-Oncology. 2011; 20(6): 594-600.

8. Zabora J, Brintzenhofe-Szoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. (2001): The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*. 2001; 10(1):19-28.
9. Meggiolaro E, Berardi MA, Andritsch E, et al. (2015): Cancer patients' emotional distress, coping styles and perception of doctor-patient interaction in European cancer settings. *Palliat Support Care*. 2015; 1-8.
10. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, Vehling S, Brähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, Weis J, Koch U, Faller H (2018): One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology* 27; 75-82 (DOI: 10.1002/pon.4464).
11. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, Weis J, Boehncke A, Hund B, Reuter K, Richard M, Sehner S, Sommerfeldt S, Szalai C, Wittchen H-U, Koch U (2014): Four-Week Prevalence of Mental Disorders in Patients With Cancer Across Major Tumor Entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32 (31), 3540-3546 (DOI: 10.1200/JCO.2014.56.0086).
12. Kuhnt S, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, Weis J, Boehncke A, Hund B, Reuter K, Richard M, Sehner S, Wittchen H-U, Koch U, Mehnert A (2016): Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85; 289-296 (DOI: 10.1159/000446991).
13. Ernst J, Weißflog G: Familie, Partnerschaft und Krebs. Kap. 26; in: Mehnert A, Koch U (2016): *Handbuch Psychoonkologie*. 1. Auflage. Göttingen, Verlag Hogrefe (<http://doi.org/10.1026/02474-000>)
14. Moser MT, Kunzler A, Nussbeck F, Bargetzki M, Znoj HJ (2013): Higher emotional distress in female partners of cancer patients: prevalence and patient-partner interdependencies in a 3-year cohort. *Psychooncology*, 22; 2693-2701 (<http://doi.org/10.1002/pon.3331>)
15. [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/N/Nationaler\\_Krebsplan/Ziele-Papier\\_11b\\_NKP.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziele-Papier_11b_NKP.pdf)
16. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/032-051OLI\\_S3\\_Psychoonkologische\\_Beratung\\_Behandlung\\_2014-01\\_verlaengert.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-051OLI_S3_Psychoonkologische_Beratung_Behandlung_2014-01_verlaengert.pdf)
17. Giesler JM, Weis J, Schreib M, Eichhorn S, Kuhnt S, Faust T, Mehnert A, Ernst J (2015). Ambulante psychoonkologische Versorgung durch Krebsberatungsstellen: Leistungsspektrum und Inanspruchnahme durch Patienten und Angehörige. *Psychother Psychosom Med Psychol* 65: 450–458. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1554718>
18. Giesler JM, Faust T, Ernst J, Mehnert A, Weis J (2017). Ausgewählte Merkmale der Struktur- und Prozessqualität der psychosozialen Versorgung in ambulanten psychosozialen Krebsberatungsstellen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. *Gesundheitswesen* 79: 1–8 . DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-111233>



19. Weis J, Giesler JM, Heckl U, Völklin V, Kuhnt S, Eichhorn S (2013). Qualitätssicherung in der Psychoonkologie. In J Weis & E Brähler (Hrsg). Psychoonkologie in Forschung und Praxis. S. 55-66. Schattauer: Stuttgart.
20. Nettekoven G, Bruns J (2017): Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten psychosozialen Versorgung in Krebsberatungsstellen in Deutschland. Forum [DKG], 32 (2); 12-16 (DOI: 10.1007/s12312-016-0175-9)
21. Wickert M (2017): Das Leistungsspektrum der Krebsberatungsstellen in Baden-Württemberg. Forum [DKG], 32 (3); 181-186 (DOI: 10.1007/s12312-017-0245-7)
22. <https://www.krebsinformationsdienst.de/>
23. <https://www.gesundheitsinformation.de/>
24. <https://www.infonetz-krebs.de/>
25. <https://www.krebsgesellschaft.de/landeskrebsgesellschaften.html>
26. <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/infomaterial-kategorie/die-blauen-ratgeber/>
27. <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/>
28. Kuhnt S, Mehnert A, Giesler M, Faust T, Weis J, Ernst J (2016): Die Entwicklung von Qualitätsstandards für die ambulante psychosoziale Krebsberatung – Ergebnisse einer Delphibefragung. Das Gesundheitswesen. Online-Publikation DOI: 10.1055/s0042-100732
29. Krebs in Deutschland für 2013/2014, Robert Koch-Institut, [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs\\_in\\_Deutschland/krebs\\_in\\_deutschland\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_node.html), Stand 6.12.2017

## 8. Anhang

Nachfolgend aufgeführte Personen waren am vorliegenden Empfehlungspapier der Arbeitsgruppe „„Qualitätssicherung und Finanzierungsmodelle für ambulanten psychosoziale Krebsberatungsstellen“ (AG KBS) beteiligt:

Name	Institution
Bargfrede, Dr. Anja	Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg (LAGO) für das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
Berger, Dr. Johannes	Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
Härter, Prof. Dr. Dr. Martin	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Helbig, Dr. Ulrike (Leitung der Unterarbeitsgruppe „Finanzierungsmodelle von Krebsberatungs-	Deutsche Krebsgesellschaft

Name	Institution
stellen“)	
Helou, Dr. Antonius (Moderation der AG KBS)	Bundesministerium für Gesundheit
Herschbach, Prof. Dr. Peter	PSO, Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
Knöpnadel, Dr. Jörn	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Lüken, Felix	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Nettekoven, Gerd	Deutsche Krebshilfe
Pfeifer, Hans-Werner	GKV-Spitzenverband
Rambach, Ralf	Haus der Krebselbsthilfe Bundesverband, Deutsche Leukämie- und Lymphom Hilfe
Rösler, Marie	Bremer Krebsgesellschaft – Landesverband der Deutschen Krebsgesellschaft e.V./Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
Schulz, Prof. Dr. Holger	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Semrau, Dr. Jutta	Bundesministerium für Gesundheit
Weis, Ilse	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
Weis, Prof. Dr. Joachim	Universitätsklinikum Freiburg
Wickert, Martin (Leitung der Unterarbeitsgruppe „Leistungsspektrum und Qualitätssicherung von Krebsberatungsstellen“)	Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung
Windus, Dr. Gabriele	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung; an der Ausarbeitung beteiligt als Vorsitzende der AG Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG-AG GPRS) im Zeitraum 2016/2017