

DVSG-Mitgliederbefragung 2015

Teil III: Sozialarbeiterische Beratungsinhalte bei onkologischen Patienten

- C. Kowalski
- A. Nitzsche
- H. Adolph
- J. Walther
- M. Rösler

Das FORUM sozialarbeit + gesundheit berichtete bereits in den beiden vorherigen Ausgaben über Ergebnisse der DVSG-Mitglieder-Befragung 2015. In Heft 1/2016 ging es um fallbezogene und nicht-fallbezogene Tätigkeiten (Adolph et al. 2016) in der Beratung und in Heft 2/2016 wurden die arbeitsbezogenen Ressourcen und Belastungen von Sozialarbeitern im Gesundheitswesen untersucht (Nitzsche et al. 2016). Dieser Beitrag bildet den Abschluss dieser Reihe aus drei Beiträgen. Er berichtet über die sozialarbeiterischen Beratungsinhalte bei onkologischen Patienten im Vergleich zu Inhalten bei nicht-onkologischen Patienten. Vertiefend werden die Unterschiede der Beratung in Akut- und Rehabilitationskliniken betrachtet.

Die Soziale Arbeit erfüllt wichtige Funktionen in der Versorgung von Krebspatienten und in der Unterstützung von Angehörigen. Sozialarbeiter haben einen festen Platz in den Krebsberatungsstellen und die Anforderungen für alle durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Krebszentren sehen vor, dass allen Patienten die Möglichkeit zur Unterstützung durch den Sozialdienst gegeben werden muss: „Jedem Patienten muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung ort- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen“ (Deutsche Krebsgesellschaft et al. 2015, S. 20). Die unterschiedlichen Beratungsquoten je nach Entität wurden unlängst veröffentlicht und diskutiert (Kowalski et al. 2015). Ähnlich wie bei der Beratung durch Psychoonkologen (Singer/Dieng/Wesselmann 2013) zeigen sich auch bei der Sozialen Arbeit erhebliche Unterschiede: Sehr hohe Beratungsquoten finden sich beispielsweise bei Brustkrebspatientinnen und vergleichsweise niedrige bei Prostatakrebspatienten.

Im Zuge der fortschreitenden Spezialisierung in allen Bereichen der Gesundheits- und Krankenversorgung stellt sich prinzipiell für die Soziale Arbeit die Frage, ob Krebspatienten eine substanzial andere Beratung benötigen und wie sich die tatsächlichen Beratungsinhalte von denen anderer Patientengruppen unterscheiden. Um der letzten Frage nachzugehen, wurde ein umfangreicher Fragenblock zur Abbildung der Beratungsinhalte in die Mitgliederbefragung 2015 aufgenom-

men. Die formulierten Fragen bilden die Produkt- und Leistungsbeschreibung der klinischen Sozialarbeit (PuL) (DVSG 2007) und damit den überwiegenden Teil des prinzipiell möglichen Beratungsspektrums in der Sozialarbeit in stationären Settings ab. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse getrennt für die Beratung von onkologischen und nicht-onkologischen Patienten ausgewertet. Zusätzlich wird für die Gruppe der Krebspatienten ein Vergleich zwischen dem Beratungsspektrum in Reha-Kliniken und Krankenhäusern vorgenommen. Ergänzt werden die aus dem PuL abgeleiteten Fragen um zusätzliche Fragen zu den durchgeführten Maßnahmen und sozialrechtlichen Problemen sowie Problemen der Bewilligungspraxis.

Methoden der Befragung

Insgesamt beteiligten sich 324 Befragte, die aus den Arbeitsfeldern „Akutklinik“ (n=187), „Rehabilitationsklinik“ (n=66), „Psychiatrische Klinik“ (n=26) und aus „anderen Arbeitsfeldern“ (n=43) stammen (2 Personen machten hierzu keine Angabe). Weitere Merkmale der Stichprobe sind den erwähnten vorigen Beiträgen zu entnehmen [1,2]. Die Teilnehmer wurden außerdem gefragt, ob sie mit onkologischen Patienten und/oder deren Angehörigen zusammenarbeiten: 27,8 Prozent (90) verneinten dies, 9 Prozent (29) gaben an, ausschließlich mit onkologischen Patienten und/oder deren Angehörigen zu arbeiten und die übrigen 63,3 Prozent (205) arbeiteten sowohl mit onkologischen als auch mit nicht-onkologischen Patienten.

Betrachtet man die Anteile der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,

die onkologische Patienten betreuen differenziert nach verschiedenen Versorgungssettings, zeigt sich in den Akutkliniken ein besonders hoher Anteil: Hier beraten knapp 90 Prozent auch onkologische Patienten, in den Rehakliniken sind es 51,5 Prozent (siehe Tabelle 1).

Die Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG (2007) gliedert sich in sieben Themenbereiche, die in der zum Befragungszeitpunkt gültigen zweiten Auflage jeweils durch insgesamt 27 konkrete Beratungsthemen und Maßnahmen spezifiziert werden. Die Themenbereiche der DVSG Produkt und Leistungsbeschreibung sind (PuL 2007):

1. Psychosoziale Interventionen
2. Soziale Interventionen
3. Wirtschaftliche Interventionen
4. Ambulante Nachsorge
5. Stationäre Nachsorge
6. Medizinische Rehabilitation
7. Teilhabe am Arbeitsleben

Beratungsinhalte bei onkologischen und anderen Patientengruppen

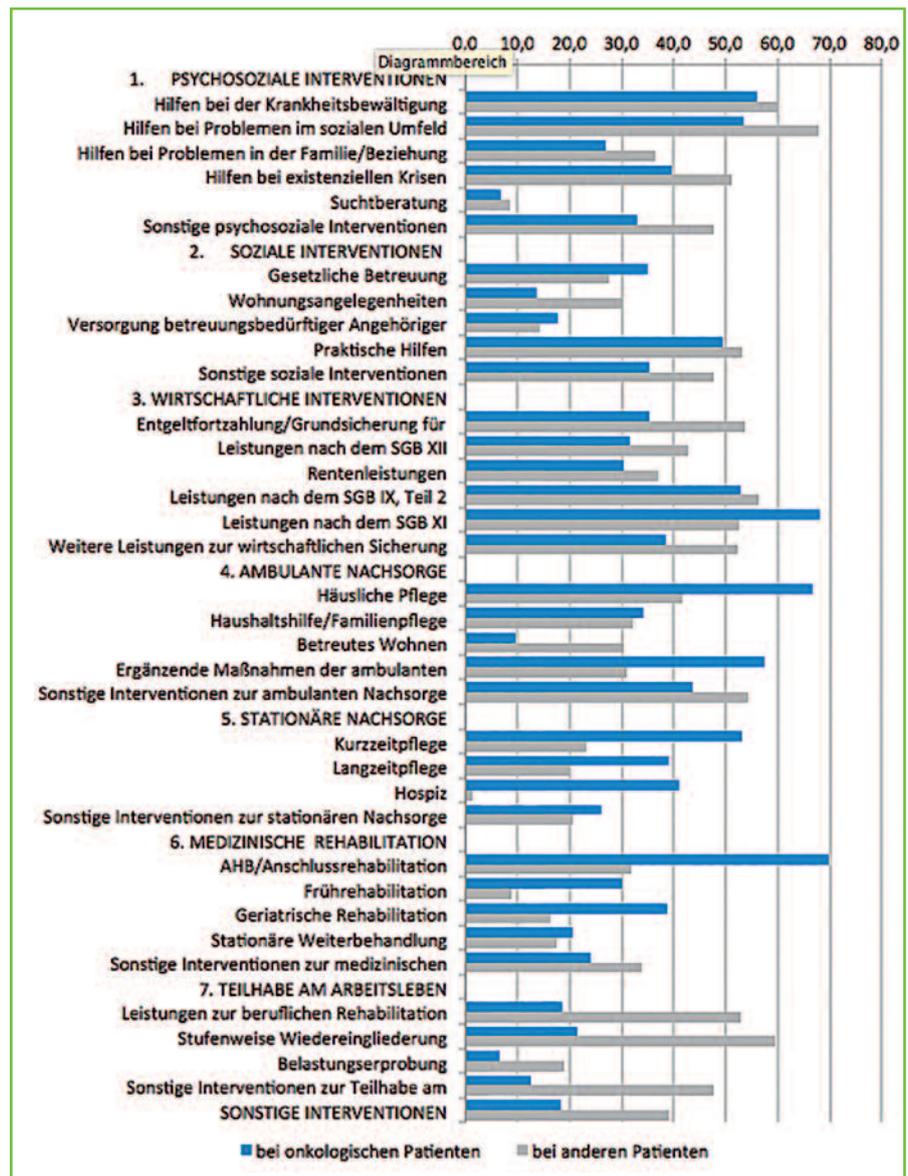
Die 234 Befragten, die teils oder ausschließlich mit onkologischen Patienten und/oder deren Angehörigen arbeiteten, wurden gefragt, wie oft sie onkologische Patienten zu den in Abbildung 1 dargestellten Themen/Maßnahmen berieten. Die übrigen Befragten wurden gefragt, wie oft sie andere als onkologische Patienten zu den jeweiligen Themen berieten. Die möglichen Antworten erfolgten entlang einer fünfstufigen Skala (nie, selten, manchmal, häufig, sehr häufig). Für die Auswertung wurden die Kategorien „häufig“ und „sehr häufig“ zusammengefasst und in Prozent ausgegeben. Die 27 Beratungsthemen sind entsprechend der sieben Themenbereiche der PuL geordnet mit je einer zusätzlichen Ausweichkategorie pro Bereich für „sonstige Interventionen/Beratungsthemen“ im jeweiligen Themenbereich ergänzt worden (siehe Abb. 1).

Es zeigen sich über die 7 Themenbereiche hinweg Unterschiede in den Beratungsschwerpunkten onkologi-

Tabelle 1: Beratung von onkologischen Patienten nach Setting

	Krankenhaus	Psychiatrische Klinik	Rehaklinik	Anderes Arbeitsfeld
Ja, ich arbeite ausschließlich mit onkologischen Patienten und/oder deren Angehörigen	8,0 %	0,0 %	9,1 %	18,6 %
Ja, ich arbeite neben anderen Patientengruppen auch mit onkologischen Patienten und/oder deren Angehörigen	81,3 %	11,5 %	42,4 %	46,5 %
Nein, ich arbeite nicht mit onkologischen Patienten und/oder deren Angehörigen	10,7 %	88,5 %	48,5 %	34,9 %
Gesamt	100 % (n-187)	100 % (n-26)	100 % (n-66)	100 % (n-43)

Abbildung 1: Vergleich der Anteile der Nennungen zum Beratungsspektrum „sehr häufig“ und „häufig“ im Vergleich „onkologische Patienten“ – „andere Patienten“



scher und nicht-onkologischer Patienten, allerdings ohne dass viele Themen auffallend hohe Differenzen zwischen den Patientengruppen aufweisen würden. Unterschiede von mehr als 25 Prozentpunkten der mit „sehr häufig“ und „häufig“ durchgeführten Beratungsleistungen gibt es zugunsten von nicht-onkologischen Patienten bei der „stufenweisen Wiedereingliederung“, den „Leistungen zur beruflichen Rehabilitation“ und den „sonstigen Interventionen zur Teilhabe am Arbeitsleben“. Unterschiede von mehr als 25 Prozentpunkten mit

höheren Anteilen bei Krebspatienten gibt es bei den Themen „Hospiz“, „AHB/Anschlussrehabilitation“, „Kurzzeitpflege“ und „häusliche Pflege“ wobei die Unterschied bei den beiden ersten Themen in der Tat drastisch ausfallen (41 Prozent vs. 1 Prozent bzw. 70 Prozent vs. 32 Prozent).

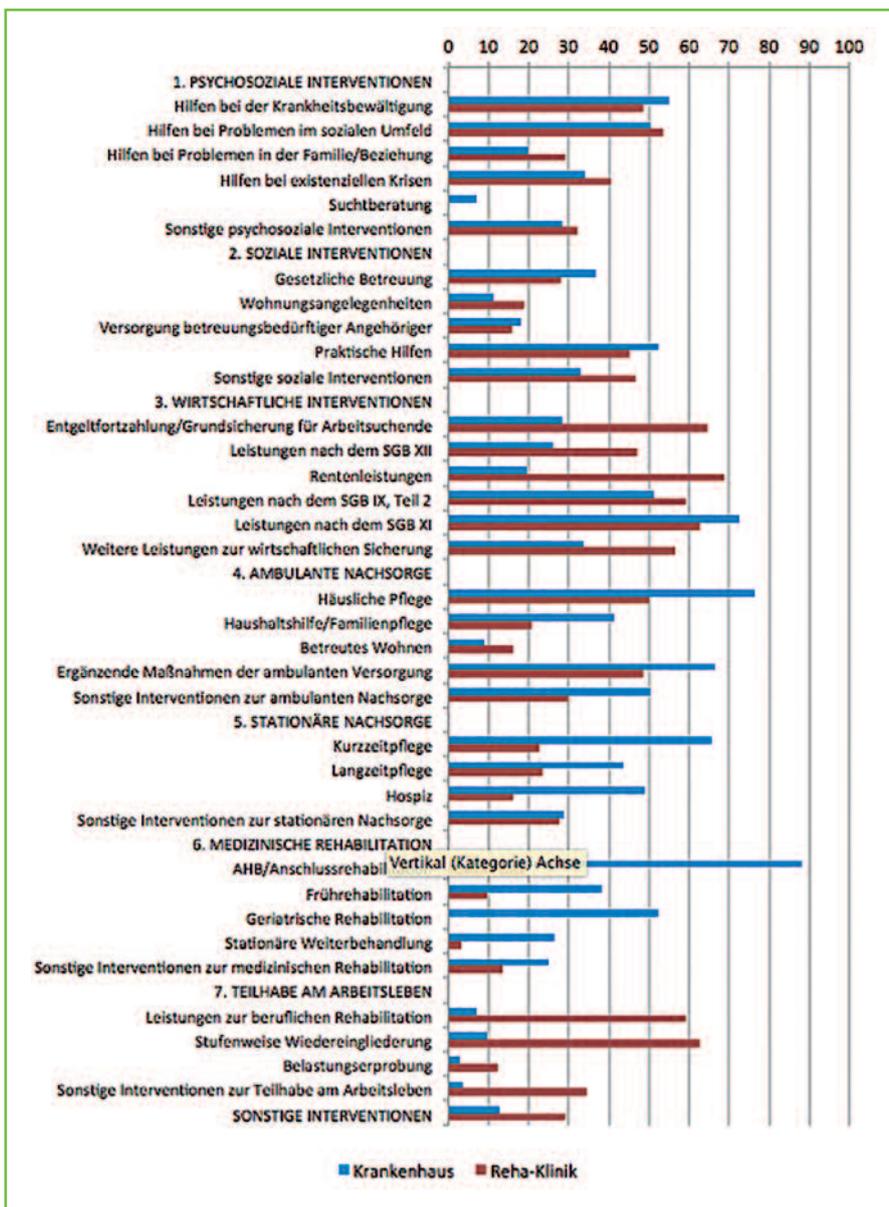
Beratungsthemen, die von mehr als der Hälfte der befragten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als „häufig“ oder „sehr häufig“ genannt wurden sind demnach bei Krebspatienten „AHB/Anschlussrehabilitation“, „Leis-

tungen nach dem SGB XI“, „häusliche Pflege“, „ergänzende Maßnahmen der ambulanten Versorgung (beispielsweise Hilfsmittel)“, „Kurzzeitpflege“, „Hilfen bei der Krankheitsbewältigung“, „Hilfen bei Problemen im sozialen Umfeld“ und „Leistungen nach dem SGB IX“. Damit wird bei den onkologischen Patienten zu Themen des gesamten psychosozialen Belastungsspektrums intensiv beraten.

Bei den übrigen Patientengruppen bilden „Hilfen bei Problemen im sozialen Umfeld“, „Hilfen bei der Krankheitsbewältigung“, „stufenweise Wiedereingliederung“, „Leistungen nach dem SGB IX“ und „sonstige Interventionen zur ambulanten Nachsorge“ die fünf häufigsten Themen. Allerdings ist bei der Interpretation dieser Rangfolge zu beachten, dass bei den Angaben zu den Beratungsthemen der onkologischen Patienten der Anteil der Antworten von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern aus Akutkliniken mit Abstand der größte ist, während die Antworten zu den Beratungsthemen der anderen Patientengruppen zur Hälfte aus Rehabilitationskliniken und einem erheblichen Teil aus Psychiatrischen Kliniken stammen. Abbildung 1 zeigt also nicht nur, dass über alle sieben Themenbereiche in relativ hohem Umfang beraten wird, sondern auch, dass die Unterschiede zwischen den Patientengruppen nur in einzelnen Bereichen stark ausgeprägt sind.

Bei Krebspatienten wurden interessanterweise die Ausweichkategorien („sonstige Interventionen/Themen im Themenbereich“) deutlich weniger genutzt als bei den übrigen Patienten, was auf eine bessere Abdeckung durch die PuL bei dieser Patientengruppe hinweist. Allerdings erreicht die Ausweichkategorie im Bereich „ambulante Nachsorge“ bei beiden Patientengruppen Werte von um die 50 Prozent „häufig“ oder „sehr häufig“ durchgeführter Beratungen.

Abbildung 2: Angaben zu Beratung „sehr häufig“ und „häufig“ bei onkologischen Patienten im Vergleich Krankenhaus - Reha (ohne Psychiatrie) in Prozent



Beratungsspektrum im Akut- versus Reha-Bereich
Aufschlussreich ist der Vergleich der

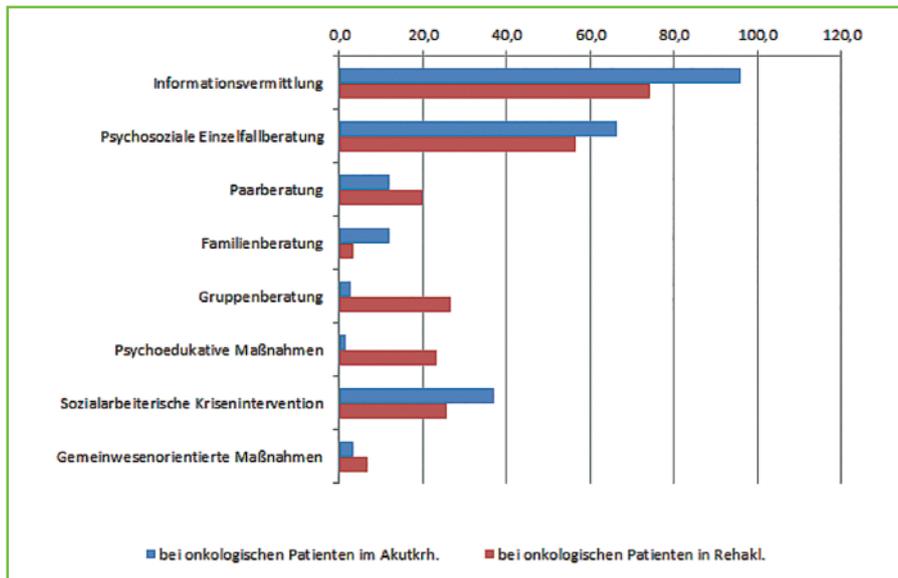
Beratungsinhalte bei onkologischen Patienten zwischen Reha-Kliniken und Krankenhäusern (Abb. 2). Im Akutkrankenhaus haben die Beratung und Maßnahmeneinleitung zur Anschlussversorgung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen einen besonders hohen Stellenwert. Aber auch die Themen „Hilfen bei der Krankheitsbewältigung“, „praktische Hilfen“ und „Hilfen bei Problemen im sozialen Umfeld“ werden von mehr als der Hälfte der befragten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Akutkrankenhaus als „häufige“ oder „sehr häufige“ Inhalte der Beratung genannt.

Die Unterschiede der Anteile zwischen Akut- und Rehakliniken sind naturgemäß besonders groß bei den Themen „AHB/Anschlussrehabilitation“, „Frührehabilitation“ und „geriatrische Rehabilitation“, aber auch bei den Themen „Kurzzeitpflege“, „Langzeitpflege“, „häusliche Pflege“ und „Hospiz“.

In den Rehabilitationskliniken sind die Beratungsinhalte sehr stark berufsbezogen und auf materielle Belastungen durch die Krebserkrankung hin ausgerichtet. Bei diesen Beratungsthemen finden sich auch die größten Unterschiede im Vergleich zur Beratungshäufigkeit im Akutkrankenhaus. Von den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in der Reha wird in wesentlich höherem Maß (mehr als 50 Prozentpunkte Differenz) angegeben, dass Sie „häufig“ oder „sehr häufig“ zu den Themen „Leistungen zur beruflichen Rehabilitation“ und „stufenweise Wiedereingliederung“ beraten. Über 40 Prozentpunkte höher liegen die Anteile bei den Themen „Rentenleistungen“ und „Entgeltfortzahlung/Grundsicherung für Arbeitssuchende“.

Diese Unterschiede dürften zum einen an den kurzen Verweildauern im Krankenhaus liegen, mit einem hohen Entlassungsdruck und fehlender Zeit für eine intensivere Beratung im Vergleich zu den mit 21 Tagen relativ langen Regelaufenthaltsdauern in der

Abbildung 3: Bei Krebspatienten oder deren Angehörigen eingesetzte Methoden, Vergleich Akut- vs. Rehakliniken (Anteile „sehr häufig“ und „häufig“ in Prozent)



stationären Rehabilitation. In der Reha bieten sich damit größere zeitliche Spielräume in der Beratung. Zum anderen ist im Akutkrankenhaus die Phase nach der Diagnose einer Krebserkrankung für Patienten wie für medizinische und psychosoziale Versorgungsakteure von einem enorm hohen Zeit- und Entscheidungsdruck gekennzeichnet. Dieses „Blaulichtphänomen“ wird von den medizinischen Institutionen häufig auch dann forciert, wenn dem vermeintlichen Zeitdruck keine realen kurzfristigen medizinischen Handlungsnotwendigkeiten gegenüberstehen. Für eine Vertiefung mittel- und langfristig relevanter psychosozialer Beratungsthemen, wie Lebens- und berufliche Perspektiven, bleibt in diesem Umfeld häufig keine Aufmerksamkeit.

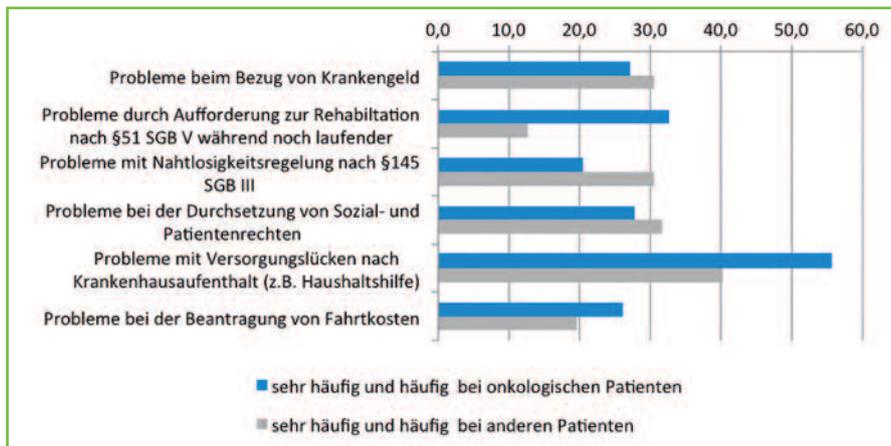
Interne Auswertungen der sozialarbeiterischen Beratungsinhalte in einzelnen Krebszentren, die auch ambulante oder teilstationäre onkologische Patienten während ihrer Therapien beraten, zeigen allerdings ein anderes Beratungsprofil als der sich hier aufgrund der Befragung dargestellte Durchschnitt der Akutkliniken. So liegen beispielsweise die Themenschwerpunkte im Sozialdienst des Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg – das eine ho-

hen Beratungsanteil von Patienten aufweist, die eine teilstationäre Therapie erhalten – wesentlich stärker auf Fragen der beruflichen und wirtschaftlichen Belastungen sowie allgemeinen Fragen der Lebensperspektiven mit einer Krebserkrankung. Grund dafür ist u. a., dass sich bei den teilstationären Patienten häufig längere Beratungsverläufe entwickeln und in den verschiedenen Erkrankungs- und Behandlungsphasen neue Themen bei den Patienten in den Vordergrund rücken.

Beratungsmethoden

Bei der Betrachtung der in der Beratung eingesetzten Methoden bei onkologischen und anderen Patientengruppen zeigen sich keine relevanten Unterschiede. Bei onkologischen wie bei nicht-onkologischen Patienten sind „Informationsvermittlung“ und „psychosoziale Einzelfallberatung“ die häufigsten Interventionsformen. Hervorzuheben ist, dass die „sozialarbeiterische Krisenintervention“ bei onkologischen Patienten sowohl in Akutkliniken (37,1 Prozent) als auch in den Rehakliniken (25,8 Prozent) von mehr Sozialarbeitern häufig oder sehr häufig eingesetzt wird (s. Abb. 3) als bei anderen Patientengruppen (15,0 Prozent und 13,8 Prozent, ohne Abbildung).

Abbildung 4: Sozialrechtliche Probleme und Probleme der Bewilligungspraxis bei onkologischen im Vergleich mit anderen Patienten (in Prozent)



Unterschiede des eingesetzten Methodenrepertoires mit Krebspatienten zeigen sich teils deutlich im Vergleich zwischen Akut- und Rehabilitationskliniken (Abb. 3). „Informationsvermittlung“, „psychosoziale Einzelfallberatung“ und im geringeren Umfang „sozialarbeiterische Krisenintervention“ stellen die Standardinstrumente der Sozialen Arbeit unabhängig vom Setting dar. „Gruppenberatung“ und „psychoedukative Maßnahmen“ sind als Methoden dagegen fast ausschließlich Kennzeichen der Arbeit mit Patienten in der Rehabilitation.

Abbildung 4 stellt besondere sozialrechtliche Probleme und Probleme der Bewilligungspraxis bei onkologischen im Vergleich mit anderen Patienten dar. Patientengruppenübergreifend werden „Probleme mit Versorgungslücken nach Krankenhausaufenthalt (beispielsweise Haushaltshilfe)“ festgestellt. Welche konkreten Effekte die Reformen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 Abs. 1a SGB V), Haushaltshilfe (§ 38) und Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 39c) aus dem GKV-VSG zur Schließung von Versorgungslücken haben werden, ist Anfang 2016 noch nicht vollständig absehbar. Es werden allerdings erste positive Veränderungen aus der Beratungspraxis berichtet.

Es zeigt sich in Abbildung 4 außerdem ein vor allem bei onkologischen

Patienten verbreitetes und bereits an anderer Stelle diskutiertes Problem (Walther 2013): Erfahrungen aus der sozialen Beratung onkologischer und chronisch kranker Patienten zeigen, dass Krankenkassen mittlerweile sehr früh, bereits während noch laufender Akutbehandlung, zur Reha-Antragstellung nach § 51 SGB V auffordern. Oft kann in dieser Phase noch keine treffende Aussage über die Erwerbsprognose gestellt werden. Dass dennoch in diesen Phasen Aufforderungen zur Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme ergehen, entspricht eher der Kostenträgerlogik als der angemessenen medizinischen Würdigung des Einzelfalles und dient in erster Linie der frühzeitigen Sicherung möglicher Erstattungsansprüche durch die Krankenkasse gegenüber dem Rentenversicherungsträger. Betroffenen ist diese Verfahrensweise nur sehr schwer plausibel zu erklären, sie führt zu vermeidbaren zusätzlichen Belastungen, Ängsten vor Sanktionen, beispielsweise Angst vor dem Verlust des Krankengeldanspruchs, des Krankenversicherungsschutzes und der beruflichen Perspektive und damit insgesamt zu einer erheblichen Verunsicherung von ohnehin hoch belasteten Patienten.

Diskussion und Fazit

Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die Tätigkeitsbereiche, Maßnahmen und besonderen Probleme bei der sozialarbeiterischen Beratung

von onkologischen im Vergleich zu anderen Patienten. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Beratungsinhalte bei onkologischen und nicht-onkologischen Patienten zwar unterscheiden, aber die Unterschiede weniger ausgeprägt sind als man erwarten könnte. Lediglich die Beratungen zum Hospiz, zur AHB/Anschlussrehabilitation und zur pflegerischen Versorgung sind bei Krebspatienten erheblich häufiger als bei anderen Patientengruppen. Große Unterschiede in der Beratungshäufigkeit mit höheren Werten bei den anderen nicht-onkologischen Patientengruppen existieren wiederum vor allem bei den berufsbezogenen Themen. Dies gilt für den Akutbereich ebenso wie für Rehakliniken.

Unsere Ergebnisse haben außerdem gezeigt, dass es deutliche Unterschiede bei den Beratungsinhalten von Krebspatienten in Reha-Kliniken und Krankenhäusern gibt. Diese Unterschiede spiegeln zum einen die spezifischen Bedingungen der Sozialen Arbeit in diesen Settings wider. Dazu gehören vor allem die unterschiedlichen Verweildauern der Patienten und die damit verbundenen Unterschiede in der Beratungsdauer und -tiefe.

Ein weiterer Faktor ist dabei auch, dass viele Krebszentren ihre Beratung auf ihre stationären Patienten beschränken. Dort, wo auch Patienten beraten werden, die in den Zentren ein ambulante und teilstationäre Therapie erhalten, ergeben sich längere Beratungsverläufe mit ähnlichen Themenprofilen wie in der Reha oder ambulanten Beratungsstellen. Ferner sind die Unterschiede aber auch ein Hinweis auf die sich im Verlauf der Auseinandersetzung der Betroffenen mit ihrer veränderten Lebenssituation stattfindenden Bedeutungsverchiebung der Themen. Mit beruflichen und finanziellen Konsequenzen der Krebserkrankung können sich die meisten Betroffenen erst auseinandersetzen, wenn der erste Schock über die Diagnose abgeklungen ist und die Intensität der medizinischen

Behandlung mit den dabei zu treffenden Entscheidungen zurückgeht. Als besonderes Problem stellt sich im Kontext der Beratung onkologischer Patienten immer wieder das Verhalten der Kostenträger in Bezug auf Krankengeld und die Aufforderung zur Reha nach §51 SGB V dar.

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass dieser Artikel allein die „Angebotsseite“ darstellt. Welche sozialarbeiterischen Angebote Krebspatienten aus eigener Sicht zusätzlich benötigen und ob sich diese von anderen Patienten unterscheiden, kann letztlich nicht über eine Analyse der erbrachten Beratungsleistungen aus Sicht der Beratenden geklärt werden. Vielversprechende Instrumente zur Erfassung des Bedarfs liegen in englischer Sprache bereits vor (Wright et al. 2015), die Übersetzung ins Deutsche wird derzeit validiert. Eine weitere wichtige Einschränkung ist, dass in der hier vorgestellten Befragung zur Beratung von Krebspatienten berichtende Befragte andere sind als diejenigen, die zur Beratung von nicht-onkologischen Patienten befragt wurden, was die Möglichkeit vielfältiger Selektionseffekte birgt.

Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse die Vielfalt an zentralen Beratungsinhalten, die in der Versorgung onkologischer und nicht-onkologischer Patienten durch die in der Sozialen Arbeit Beschäftigten abgedeckt werden. Es wird aber auch deutlich, dass die Patienten nicht in jedem Setting zu allen Belastungen beraten werden und beraten werden wollen. Damit aber die in den verschiedenen Erkrankungs- und Bewältigungsphasen jeweils bedeutenden Belastungen durch kompetente psychosoziale und psychoonkologische Beratung und Unterstützung gesichert ist, muss es eine enge Vernetzung und sichere Struktur von Beratungsangeboten im Akutkliniken, Rehabilitation und ambulanten Krebsberatungsstellen geben. Außerdem sollte in den Krebszentren auch die steigende Zahl ambulant und teilstationär behandelte Patienten grundsätzlich einen Zugang zur sozialdienstlichen Beratung erhalten. Nur so kann sichergestellt werden, dass keine Patienten durch das Beratungs- und Unterstützungsnetz fallen.

■ *Dr. Christoph Kowalski studierte Soziologie, Geschichte und Theater-, Film- und Fernsehwissenschaft und*

wurde an der Universität zu Köln promoviert. Seit 2014 ist er Forschungskordinator im Bereich Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft, kowalski@krebsgesellschaft.de

■ *Dr. Anika Nitzsche ist Soziologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.*

■ *Holger Adolph ist Dipl.- Sozialwissenschaftler und Referent in der Bundesgeschäftsstelle der DVSG.*

■ *Jürgen Walther ist Dipl. Sozialarbeiter im Sozialdienst des NCT Heidelberg und Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie der DKG*

■ *Marie Rösler, Diplom-Sozialpädagogin, ist Leiterin der Bremer Krebsberatungsstellen, DVSG-Vorstandsmitglied und Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie der DKG*

Literatur

Adolph, H./Kowalski, C./Nitzsche, A. et al. (2016): **DVSG-Mitgliederbefragung 2015. Teil I – Fallbezogene und nicht-fallbezogene Tätigkeiten in Beratung.** In: Forum Sozialarbeit + Gesundheit 1/2016, S. 41–43.

Deutsche Krebsgesellschaft/Deutsche Krebshilfe/Zertifizierungskommission Onkologische Zentren (2015): **Nationales Zertifizierungsprogramm Krebs.** Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren. Berlin, Bonn.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)/Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) (2015): **Stellungnahme zum Sondergutachten 2015 „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungs-**

möglichkeiten“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2007): **Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit.** 2. Aufl. Mainz: Eigenverlag.

Kowalski, C./Ferencz, J./Weis, I. et al. (2015): **Social service counseling in cancer centers certified by the German Cancer Society.** In: Soc Work Health Care 2015; S. 307–319.

Nitzsche, A./Adolph, H./Kowalski, C. (2016): **DVSG-Mitgliederbefragung 2015. Teil II – Ressourcen und Belastungen in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen.** In: Forum Sozialarbeit + Gesundheit 2/2016, S. 28–33.

Singer, S./Dieng, S./Wesselmann, S. (2013): **Psycho-oncological care in certified cancer centres – a nationwide analysis in Germany.** Psychooncology 2013; 22: S. 1435–1437.

Walther J. (2013): **Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe. Soziale Beratung in der Onkologie § 51 SGB V.** In: FORUM – Organ der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), 2013; 28: S. 152–155.

Wright, P./Downing, A./Morris, EJA. et al (2015): **Identifying Social Distress: A Cross-Sectional Survey of Social Outcomes 12 to 36 Months After Colorectal Cancer Diagnosis.** In: Journal of Clinical Oncology, doi: 10.1200/JCO.2014.60.6129