

# „Management bias“ in der Psychoonkologie?

Kritische Lesart eines Quereinsteigers \*

**Gerald Ullrich**

## Abstract

### **„Management bias‘ in Psycho-Oncology? A critical view by a career changer.**

„Management bias“, a term once coined by J. Roth (1962), is meant in this paper as an extraneous distortion, which is noticeable in (German) psycho-oncological research and practice. Failures that are otherwise strange and require explanation, namely an overemphasis on need and an inadequate evaluation of clinical practice, appear plausible under the critical reading described here as a bias generated by professional self-interest, which nevertheless needs to be overcome.

## Zusammenfassung

Unter Anleihe des von J. Roth (1962) benutzten Begriffs des „Management bias“ wird hier eine sachfremde Verzerrung verstanden, die sich in der (deutschen) Psychoonkologie in Forschung und Praxis bemerkbar macht. Andernfalls merkwürdige und erklärungsbedürftige Versäumnisse, namentlich eine Überbetonung des Versorgungsbedarfs und der (psychologischen) Morbidität des krebserkrankten Menschen sowie eine unzulängliche Evaluation der eigenen Praxis, erscheinen unter der hier beschriebenen kritischen Lesart als ein durch berufliche Eigeninteressen erzeugter Bias plausibel, den es gleichwohl zu überwinden gilt.

\* Der Verfasser ist erst seit 2017 mit der Psychoonkologie (PSO) befasst, kann insofern nicht für sich in Anspruch nehmen, sich dort bereits bestens auszukennen. Andererseits sind ihm die grundsätzlichen Probleme des schwer- und sterbenskranken Patienten durch mehr als 20-jährige Tätigkeit als Psychologe in der (somatischen) Medizin sehr wohl vertraut.

Das vorliegende Manuskript befasst sich kritisch mit der gegenwärtigen deutschen Psychoonkologie. Da es für deutschsprachige psychoonkologische Beiträge nur wenige Publikationsorte gibt, zumal der vorliegende Text sich aus gutem Grund an eine interdisziplinäre, nicht primär psychoonkologisch vorgebildete Leserschaft richtet, und da die Reviewer dieser wenigen Zeitschriften überwiegend eben jenem Umfeld entstammen, um das es hier kritisch geht, habe ich darauf verzichtet, weitere Anstrengungen zur „normalen“ Veröffentlichung zu unternehmen und biete den Text statt dessen hier und auf meiner Homepage zur Lektüre für Interessierte an. Es möge sich jeder die eigene Meinung dazu bilden.

## Einleitung

Der amerikanische Soziologe Julius Roth[18] formulierte in den frühen 1960er Jahren mit dem Begriff des „Management bias“ eine Kritik an der medizinischen Soziologie, dass diese ihre Fragestellung unbesehen von der Medizin übernehme, also eine systematische Verzerrung (bias) zu Gunsten der Medizin praktiziere. Im Folgenden soll von einer systematischen Verzerrung in der PSO insoweit gesprochen werden, als unter der Bezugnahme auf den onkologischen Patienten und dessen Bedürfnisse bzw. seinen psychoonkologischen Versorgungsbedarf zugleich berufliche Eigeninteressen der PSO (Forschung und Praxis) verfolgt werden, also unbemerkt auch berufsständisch anstatt im engeren Sinne patientenbezogen agiert und argumentiert wird.

Dieser, „im Subtext“ berufliche Eigeninteressen realisierende Bias setzt sich nach meinem Dafürhalten aus zwei wesentlichen Komponenten zusammen, die nachfolgend näher erläutert werden sollen:

1. einer Überbetonung des psychoonkologischen Bedarfs und der psychologischen Morbidität der von Krebs Betroffenen
2. einer Vernachlässigung einer rational-empirischen Fundierung (Evaluation) der psychoonkologischen Praxis.

## Systematische Überbetonung des Bedarfs und der Morbidität in der PSO

Es gehört inzwischen zu den Selbstverständlichkeiten in der Onkologie festzustellen, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer krankheitswertigen seelischen Störung bedeutsam erhöht sei, wobei auf einschlägige Studien verwiesen werden kann [23, 29]. Üblicherweise steht eine durch Angst und depressive Symptome bzw.

"Distress" beeinträchtigte Befindlichkeit dabei weit im Vordergrund. Dass diese Aussage trotz ihrer Bezugnahme auf „Studien“ eine Überbetonung des Bedarfs zum Ausdruck bringt, hat verschiedene Gründe.

### Screening versus Diagnose

Aussagen zur (erhöhten) Häufigkeit von Depressionen und Angststörungen bei onkologischen Patienten beruhen vielfach auf Studien, in denen die betreffenden Patienten schon aus forschungsökonomischen Gründen nicht einer ausgiebigen psychologischen Diagnostik unterzogen wurden, sondern etablierte Screeninginstrumente (zum Beispiel HADS, PHQ9) beantwortet haben [3, 26]. Diese sind aber lediglich Instrumente zum effizienteren Einsatz psychodiagnostischer Ressourcen: umfangreichere Diagnostik, die alleine die tatsächliche Diagnose sichern kann, soll tunlichst nur dort betrieben werden, wo mit dem auffälligen Screeningbefund die Wahrscheinlichkeit einer Bestätigung der Diagnose hoch ist. Dennoch ist es nicht korrekt anzunehmen, dass die Häufigkeit von Patienten mit einem auffälligen Screeningbefund auch die Häufigkeit von krankheitswertigen seelischen Störungen bei diesen Patienten abbildet.

### Befund gleich Bedarf?

Der genannten Problematik von Screenings begegnet die Forschung durch die Untersuchung von Teilstichproben gescreenter Patienten mittels standardisierter klinischer Interviews (zum Beispiel SKID, CIDI, oder CIDI-O) [8, 10, 24]. Solche Studien können dann gewissermaßen als Goldstandard gelten.

Auch bei den so vertiefend untersuchten Patienten waren die Kriterien mindestens einer ICD-10 Diagnose in einem beträchtlichen Ausmaß (ca. 30%) erfüllt. Dieser Prozentanteil der Patienten mit einem psychiatrischen Befund gilt der PSO dann als Richtgröße für den „Bedarf“ [29] bzw. es wird – wenn die faktische Inanspruchnahme geringer

ausfällt (siehe unten) – nach Ansatzpunkten gesucht, diese „unzureichende“ Inanspruchnahme dem Bedarf anzupassen [4, 5, 8].

Die Inanspruchnahme von Leistungen, für die dann Ressourcen zur Deckung des Bedarfs vorgehalten werden sollten, resultiert aber grundsätzlich nicht nur aus einem durch Experten definierten Befund, sondern zugleich aus dem subjektiven Befinden (Leidensdruck). Ob krebserkrankte Patienten Symptome, die seitens der Experten den Befund bilden, im Vergleich zur Normalbevölkerung häufiger, seltener oder genauso häufig so bewerten, dass sie zur (leichter gemachten!) Inanspruchnahme von Unterstützungsressourcen führen, wäre demnach für die Frage des Bedarfs wichtig. Bei Krebspatienten seien dies weniger als 50% [8]. Wie oft in der Normalbevölkerung bei einem psychopathologischen Befund eine irgendwie geartete Inanspruchnahme spezifischer Hilfen erfolgt, wird sicher irgendwo erfasst worden sein. In der PSO wird dergleichen aber meines Wissens nirgends diskutiert. Meine Vermutung ist, dass die so betrachtete Inanspruchnahme von Ressourcen durch Krebspatienten schon jetzt höher ist als „normal“, so dass man von einer Bedarf-Inanspruchnahme-Lücke („need-support-gap“, [4]) nur sprechen kann, wenn man einseitig (und fälschlich) bloß auf den „Befund“ starrt.

### Depression oder Demoralisierung?

Interessanterweise scheint sich die PSO vermehrt um das Problem Demoralisierung zu kümmern, seit sie Interventionen zu deren Linderung anzubieten vermag. Dass Demoralisierung als ein durch Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung gekennzeichnete Zustand bei Patienten mit nicht kontrollierbaren, progredienten und existenziell bedrohlichen Gesundheitsproblemen immer schon von großer Bedeutung war, ist evident [19] – und zudem klinisch bedeutsam, wie es Schuler [20] in einem "Letter" schon vor knapp 20 Jahren lapidar, aber treffend zum Ausdruck brachte: "Some degree of this reactive demoralisation is normal

and has to be acknowledged. It is psychological in nature and different from major depression as a disease of the brain."

Schaut man sich die aktuelle psychoonkologische Diskussion zu Demoralisierung an, erscheint diese als eine durch psychotherapeutische Interventionen zu behandelnde seelische Störung und damit als prioritäre Aufgabe der PSO. Demgegenüber lässt sich aus einem noch heute wichtigen Beitrag [9] zur Demoralisierung des stationär versorgten Patienten herauslesen, dass die Behandlung eine gemeinsame Aufgabe ist, hier insbesondere eine sorgfältige Symptomkontrolle sowie die Aktivierung von (persönlichen und sozialen) Ressourcen des Patienten erfordert. Zudem macht derselbe Beitrag deutlich, dass die Demoralisierung trotz ihrer phänomenologischen Ähnlichkeit zur Depression weder auf Antidepressiva anspricht noch dieselbe Dynamik aufweist, wodurch sie sich auch gut von eben dieser differenzieren lässt. Denn Demoralisierung kann bei günstiger Änderung der demoralisierenden Bedingungen sich relativ rasch wieder auflösen oder wenigstens auflockern, während für die eigentliche Depression eine trägere Dynamik charakteristisch ist.

Dies alles ist hier insofern bedeutsam, als mit den etablierten Screeninginstrumenten (hier einschließlich der aufwendigeren klinischen Interviews, wie CIDI und SKID) eine Unterscheidung zwischen Demoralisierung und Depression gar nicht getroffen werden kann, weil sie dafür nie konzipiert wurden. Ob also von Depression oder von Demoralisierung gesprochen werden muss, bleibt dann unklar, und ob für den Fall einer Demoralisierung automatisch (oder primär) die PSO gefragt ist, wäre dann auch noch einmal zu klären.

### Mangelnde Beachtung wichtiger (unliebsamer?)

#### Details

Vielfach findet auch eine bemerkenswerte Vernachlässigung wichtiger Details statt, als deren Folge es dann zu einer Überbetonung der Morbidi-

tät kommt, die – so jedenfalls die hier vertretene Lesart – primär Psychoonkologen zu Gute kommt, weil sie über die Hilfsbedürftigkeit der Patienten die Wichtigkeit der Psychoonkologen ins Blickfeld rückt.

So befinden wir uns derzeit gerade im „Aufwind“ einer Überzeugung, dass der krebskranke Patient besonders „suizidgefährdet“ sei [1, 2, 11, 21]. Auch hier ist von einem etwa verdoppelten Risiko die Rede [1, 11, 21], und zwar zum Teil noch nach Abzug des Einflusses von Depression [28]. Eine der wichtigsten empirischen Studien zu diesem Thema fasst im Abstrakt, das heutzutage oftmals als einziges gelesen wird, diesen Befund (bezeichnenderweise) dahingehend zusammen, dass es deshalb besonderer Aufmerksamkeit seitens der PSO bedürfe („improved psychosocial support for all patients with cancer“, [11]; Hv. G.U.).

Wichtige Details werden bei einer am Ende nur noch auf erhöhte Prozentraten fokussierenden Kommunikation (Sprechweise) insofern ausgelassen, als auch die Steigerung von 0,05 % auf 0,1 Prozent eine Verdoppelung wäre. Die würde dann nur weniger „Eindruck“ machen. Aber um diese Art von Größenordnung handelt es sich hier, denn in der besagten Studie [11], die mit der Auswertung von insgesamt 4,7 Millionen (!) onkologischen Patientenakten wohl die umfangreichste ihrer Art ist, gelangt man bei vollständiger Lektüre der Veröffentlichung zu dem Ergebnis, dass gleichwohl 99,9 % der krebskranken Patienten an ihrem Krebs oder aus anderweitigen Gründen verstarben, jedenfalls nicht durch Suizid.

Unerwähnt bleibt bei diesem Thema in der Regel auch, dass es in der Frühphase der PSO, als diese noch nicht arbeitsteilig zwischen Versorgung und Forschung getrennt war und dadurch die Forscher noch einen engeren Praxiskontakt hatten, zu dieser Frage ganz andere Einschätzungen gegeben hat bzw., dass „primär wegen des Wissens um die Natur der Krankheit verübte Suizidversuche und geglückte Suizidfälle in dieser schwer geprüften Patientenategorie prozentual nicht häufiger“

seien als üblich ([22] S. 65), wobei eingeräumt wird, dass es dazu kaum belastbare Zahlen gebe. Bemerkenswert aber auch für heute ist dann der nachfolgende Verweis des Autors auf die eigenen Patientendaten: „Im direkten Kontakt mit über 15.000 (!) Malignom-Patienten haben wir in den letzten 12 Jahren nur zweimal von erfolgreichen Suizidfällen Kenntnis erhalten“ (a.a.O., [22]), wobei diese beiden Fälle sogar noch inhaltlich erläutert und aus nachvollziehbaren Gründen nur bedingt der Krebserkrankung als solcher zugeschrieben werden. Die Frage, ob die Suizide von Krebspatienten mutmaßlich dieser Erkrankung zugeschrieben werden können oder müssen, wird heute nicht einmal mehr erwogen.

Auch bei einem anderen Thema, nämlich der sogenannten „Traumatisierung“ des krebskranken Patienten, finden sich solche überbetonenden Einschätzungen zuhauf. So versteigen sich Isermann und Diegelmann [14] zu der Feststellung, dass eine „lebensbedrohliche Erkrankung wie Krebs (...) sowohl nach DSM-V als auch nach ICD-10 die Kriterien eines psychischen Traumas (erfüllt“ (S. 208), obgleich es mindestens im ICD-10 gar keine Kriterien gibt, die ein „Trauma“ im Vergleich etwa zu einer schweren Belastung näher charakterisieren. Schon im nächsten Satz wird dann von den Autorinnen eine Begründung geliefert („Ohne die Erkrankung würden die Betroffenen nicht die oft heftigen psychischen Symptome erleben“), die für alle unter F43 geführten Belastungsstörungen gilt, nämlich dass es sich primär um eine exogene Störung handelt, ohne dass dies für sich genommen bereits etwas mit einem „Trauma“ zu tun hätte oder dieses als erlebt erfordern würde. Dort, wo in der ICD-10 explizit von „Trauma“ die Rede ist, nämlich bei der posttraumatischen Störung (F43.1), werden bekanntlich als behelfsweise „Kriterien“ einige Beispiele für äußere Einflüsse genannt (Kampfhandlung, Folter, Vergewaltigung, Zeugenschaft eines Mordes usw.), die erkennbar von anderer Qualität sind als etwa das Überbringen schlechter Nachrichten bei Krebs, weshalb es eigentlich nicht verwundert, dass die Mehrzahl der Krebspatienten nicht an einer

(seelischen Störung und schon gar nicht an einer) posttraumatischen Belastungsstörung leidet. Letzteres räumen die Autorinnen dann noch im gleichen Absatz paradoxerweise selbst ein, indem sie feststellen, dass nur „eine Minderheit“ der Krebspatienten die Kriterien für eine posttraumatische Störung erfüllt (a.a.O, [14]). Ob normale Stressreaktion, Anpassungsstörung oder Trauma: das alles schmälert das Leid des Betroffenen naturgemäß in gar keiner Weise, aber es fügt sich die Kommunikation (Sprechweise) an dieser Stelle ein in eine Gesamttendenz, die zur krassen Überbetonung neigt – und zwar nicht zum Wohle oder Nutzen des Patienten.

### **Vernachlässigung rational-empirischer Fundierung der eigenen Praxis**

Dass die Überbetonung nicht nur ein berufliches Engagement für den krebserkrankten Patienten zum Ausdruck bringt, sondern im Kontext beruflicher Eigeninteressen zu lesen ist, zeigt sich endlich daran, dass die ansonsten zu erwartende Bereitschaft, die eigene Praxis zum Wohl der Patienten möglichst effizient(er) zu gestalten, bezeichnenderweise nicht sonderlich ausgeprägt ist.

#### Personalbedarf?

So ist es eigentlich unfassbar, dass auch nach mehr als 40 Jahren psychoonkologischer Forschung und Versorgung meines Wissens nicht empirisch belegt ist, wie viel Personal für eine solide psychoonkologische Basisversorgung erforderlich ist oder wie sehr sich solche Kennziffern zwischen einzelnen Organzentren unterscheiden haben. Wobei die Betonung hier auf „empirisch belegt“ liegt, denn dass unterschiedliche Gewichtungen existieren, geht bereits aus den Zertifizierungsvorgaben hervor.

Eine der ganz wenigen Studien, die zu diesem Thema überhaupt zu existieren scheint [15], kommt hier übrigens zu Ergebnissen (eine VK für ca. 400 onkologische Patienten), die sich mit

unserer internen Inanspruchnahmedokumentation in keiner Weise decken. Allerdings werden in dieser Studie selbst 10-minütige Kontakte noch der psychoonkologischen „Versorgung“ zugerechnet, die immerhin 24% der Leistungen ausmachten. Da 33% der Patienten ohnehin nur ein Gespräch hatten, darf man annehmen, dass immerhin ein Teil der hier vollmundig als „versorgt“ bezeichneten Patienten mit deutlich weniger als den pro Gespräch ermittelten 28,5 Minuten auskommen musste. Man möchte meinen, hier befindet sich die Psychoonkologie im freien Fall in Richtung der – gerade in unserer Berufsgruppe sonst vollmundig beklagten – „5-Minuten-Medizin“.

Dass schon die Operationalisierung des psychoonkologischen Bedarfs ein großes, auch theoretisch anspruchsvolles Problem ist, wie Herschbach [12] richtig feststellt, kann doch wohl kaum als ausreichender Grund akzeptiert werden, so entscheidend wichtige Fragen einfach liegen zu lassen. Außer, wenn es den Psychoonkologen „reicht“, überhaupt mit „an Bord“ zu sein (und jede weitergehende empirische Überprüfung dann womöglich eher unbequem wäre).

#### Liaison- oder Konsildienst?

Dasselbe gilt leider auch im Hinblick auf die Frage, wie psychoonkologische Ressourcen innerhalb der Klinik organisatorisch eingesetzt und genutzt werden sollen. Hier steht auf der „sparsamen“ Seite die in der Medizin hinlänglich bekannte Versorgung nach dem Konsiliarmodell, dem das sogenannte Liaisonmodell als personalintensivste und anspruchsvollste Form gegenübersteht, bei der das Personal direkt einer Station zugeordnet ist und dort eigenständig aktiv wird [25]. Die Frage nach der Effizienz dieser Versorgungsformen (oder etwaiger gemischter Modelle), also ob der relativ hohe Personaleinsatz des Liaisonmodells diesen Aufwand wirklich rechtfertigt, ist meines Wissens nirgends untersucht und geklärt worden.

Man komme hier nicht mit dem Einwand, dies sei eine unangemessene, weil „bloß“ ökonomisch argumentierende Verengung der Perspektive. Wie Maio [17] kürzlich in der Debatte um die „Ökonomisierung der Medizin“ dargelegt hat, ist eine Polarisierung von Ethik und Ökonomie in der Medizin, um die es an diesem Punkt letztendlich geht, „von Grund auf falsch“. Vielmehr sei Ökonomie „sogar ein konstitutiver Bestandteil von Ethik: Denn nur mit ökonomischem Denken kann überhaupt ein sinnvoller Einsatz wertvoller Ressourcen erfolgen. Ohne dieses ökonomische Denken würde die Medizin viele Ressourcen unnötig verbrauchen, was zu noch größeren Engpässen in anderen Bereichen führen würde“ (S. 418; H.v. GU).

Dass es eine solche rational-empirische Aufrechnung des Aufwandes für Liaison- gegenüber der Konsiliarversorgung meines Wissens nicht gibt, obwohl diese bei wirklich vorhandener Fokussierung auf das Patientenwohl gerade geboten wäre, könnte wohl auch in beruflichen Eigeninteressen begründet liegen: Man schätzt und pflegt die relative Autonomie der Liaisonarbeit (die man ohnehin für die eigentlich „bessere“ hält).

### Das Medium unserer Arbeit ist Sprache

Wäre die PSO wirklich stringent (empirisch) patientenorientiert und nicht, wie es hier argumentiert wird, durch berufliche Eigeninteressen abgelenkt, dann müsste sie sich auch systematisch mit der Frage befassen, wie sie sich selbst und ihre Arbeitsweisen optimal den (unterschiedlichen) Patienten gegenüber präsentiert oder auch innerhalb des multiprofessionellen Ensembles wahrgenommen wird. Dazu scheint es aber so gut wie keine einschlägigen Aktivitäten, jedenfalls kaum publizierte Ergebnisse zu geben.

Eine der sehr wenigen Studien, die deshalb umso rühmlicher ist, kommt bezeichnenderweise zu dem Ergebnis, dass zumindest ein Teil unserer Patienten sich unter den für uns so geläufigen Begriffen wie „psychoonkologisch“ oder „psychosozial“ nichts

oder jedenfalls nichts Gutes vorzustellen vermag [6]. Während man in der PSO jahrelang über das Thema Screening diskutiert und Auditoren Jahr für Jahr überprüfen, ob die Screening-Rate noch eben ausreichend ist, bleibt außen vor, dass sich ein Teil der Patienten unter dem, was ihnen da abhängig von ihrem Screeningergebnis angeboten wird, nichts (Gutes) vorstellen kann.

Angesichts der Durchsichtigkeit zum Beispiel der im Hornheider Fragebogen gestellten Items wäre es naheliegend anzunehmen, dass Patienten diese Items auch gemäß ihrer Bereitschaft beantworten werden, sich einem „psychosozialen“ Angebot gegenüber zu öffnen. Ein (unsystematischer) Blick auf die im Netz verfügbaren Faltblätter unterschiedlicher Teams, mit denen diese ihr psychonkologisches Angebot vorstellen, zeigt erstens, dass jeder diese Aufgabe offenbar nach eigenem Gusto erledigt (wie auch sonst, wenn es dazu keine Empirie gibt!), und zweitens, dass dabei eine gewisse Gender-Tendenz unübersehbar ist, nämlich dass sich wohl eher Frauen als Männer von den dort gewählten Formaten und Beschreibungen (Formulierungen) ansprechen lassen.

### Fazit

In der PSO (als Forschung und Praxis) zeigt sich eine Überbetonung des Bedarfs und der psychologischen Morbidität von Krebspatienten. Diese Überbetonung kann auch indirekt abgelesen werden an der deutlich geringeren faktischen Inanspruchnahme von Hilfsangeboten seitens der Patienten. So hat sich in Studien immer wieder gezeigt, dass nur etwa die Hälfte der als „behandlungsbedürftig“ eingeschätzten Patienten eine angebotene psychoonkologische Unterstützung überhaupt nutzt [5, 8, 13]. Während Herschbach [13] diese Diskrepanz zwischen Bedürftigkeit und Inanspruchnahme „unerklärlich“ erscheint, wäre sie mit Blick auf die hier als Bias kritisierte, systematische Überbetonung des Bedarfs zumindest folgerichtig (auch wenn anderen Einflussfaktoren

dafür letztlich noch größeres Gewicht zukommen dürfte; vgl. [4, 5]).

Die Überbetonung des Bedarfs realisiert de facto berufliche Eigeninteressen, denn mit der Betonung wird zugleich die eigene Wichtigkeit im Reigen der multiprofessionellen Behandlung aufgewertet. Dass darin kein übertriebenes Geltungsbewusstsein der PSO (als Praxis) gesehen werden sollte, sei hier nur am Rande erwähnt. Eher stellt diese Suggestion von Wichtigkeit wohl eine unreflektierte Abwehrmaßnahme gegenüber Verunsicherungen dar, die aus dem somatisch dominierten Arbeitsumfeld resultieren [27].

Berufliche Eigeninteressen behindern zudem eine systematisch-empirische Evaluation der Versorgung, indem potentiell unbequeme, weil auch die eigene Autonomie tangierende Fragestellungen und Überprüfungen abgewehrt bzw. vernachlässigt werden. Beides wird hier in Anlehnung an Roth [18] als „management bias“ bezeichnet (und kritisiert).

Aus der im internationalen Maßstab wohl eher komfortabel zu nennenden Position der deutschen PSO (als Praxis) sollte die Verpflichtung resultieren, im Sinne einer guten bzw. optimierten Verwen-

dung „wertvoller Ressourcen“ (Maio) eine praxisnahe Versorgungsforschung intensiv zu betreiben. Hierbei sollte neben der sich von selbst verstehenden Patientenperspektive auch die der anderen Behandler eingenommen werden, denn es gibt auch einen eklatanten Mangel an Studien und Beiträgen, die sich mit der Wahrnehmung psychoonkologischer Mitarbeit(er) aus Sicht der medizinischen Berufsgruppen befassen. Auch dies, mit Verlaub, ein Indiz für den hier beklagten Bias.

Um schließlich etwaigen Missverständnissen klar entgegen zu treten: die hier als Bias beklagten Mängel sollen keineswegs einen grundsätzlichen Zweifel an der Wichtigkeit und Nützlichkeit der PSO zum Ausdruck bringen. Im Gegenteil spricht viel dafür, dass für die Erkrankten damit nicht bloß kurzfristig positive Effekte erzielt werden können [7][16]. Es sollte aber zukünftig mehr Aufmerksamkeit für Interessenkonflikte geben bzw. es sollte die psychoonkologische Forschung sich darauf besinnen, dass es um mehr Psychologie bei Krebserkrankungen geht und nicht unbedingt um mehr Psychologen.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Gerald Ullrich  
Psychotherapeut, Psychoonkologe (WPO)  
Helios-Kliniken Schwerin, Tumorzentrum  
Wismarsche Str. 393-397  
19055 Schwerin

[gerald.ullrich@helios-gesundheit.de](mailto:gerald.ullrich@helios-gesundheit.de)  
[ullrich@med-wiss.com](mailto:ullrich@med-wiss.com)

<http://www.med-wiss.com/ullrich/>

## Literatur

1. Ahn MH, Park S, Lee HB, Ramsey CM, Na R, Kim SO, Kim JE, Yoon S, Hong JP (2015) Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology* 24(5):601-607. doi:10.1002/pon.3705
2. Amiri S, Behnezhad S (2019) Cancer Diagnosis and Suicide Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Suicide Res*:1-19. doi:10.1080/13811118.2019.1596182
3. Carlson LE, Bultz BD (2003) Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *J Psychosom Res* 55(5):403-409
4. Carolan CM, Smith A, Davies GR, Forbat L (2018) Seeking, accepting and declining help for emotional distress in cancer: A systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence. *Eur J Cancer Care (Engl)* 27(2):e12720
5. Clover KA, Mitchell AJ, Britton B, Carter G (2015) Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psychooncology* 24(7):812-818. doi:10.1002/pon.3729
6. Engesser D, Krauß O, Briest S, Stolzenburg J-U, Singer S (2019) „Für mich ein Fremdwort, das ich bisher nicht gehört habe“ - Was Krebspatienten unter dem Begriff psychosoziale Unterstützung verstehen. Eine mixed-methods Studie. *Onkologie* 25(9):802-810. doi:10.1007/s00761-019-0587-0
7. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R (2013) Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer. Systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 31(6):782-793. doi:10.1200/JCO.2011.40.8922
8. Faller H, Weis J, Koch U, Brahler E, Harter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, Boehncke A, Hund B, Reuter K, Richard M, Sehner S, Wittchen H-U, Mehnert A (2017) Utilization of professional psychological care in a large German sample of cancer patients. *Psychooncology* 26(4):537-543. doi:10.1002/pon.4197
9. Griffith JL, Gaby L (2005) Brief psychotherapy at the bedside. Countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics*. 46:109-116
10. Härter M, Reuter K, Schretzmann B, Hasenburg A, Aschenbrenner A, Weis J (2000) Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)* 39(6):317-323. doi:10.1055/s-2000-8948
11. Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A (2018) Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*
12. Herschbach P (2006) Behandlungsbedarf in der Psychoonkologie. Grundlagen und Erfassungsmethoden. *Onkologie* 12(1):41-47. doi:10.1007/s00761-005-0996-0
13. Herschbach P (2019) Ziel 9 "Krebspatienten erhalten eine angemessene psychoonkologische Versorgung". Ist der Transfer in die Praxis gelungen? *Forum: Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.* 34(6):537-540
14. Isermann M, Diegelmann C (2015) Ressourcenorientierte Psychotherapie. *Ärztliche Psychotherapie* 10(4):207-212
15. Jung S, Wiedemann R, Höhl H-U, Kusch M, Singer S (2014) Zeit- und Personalaufwand für stationäre psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 64(2):54-62

16. Küchler T, Bestmann B, Rappat S, Henne-Bruns D, Wood-Dauphinee S (2007) Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial. *J Clin Oncol* 25(19):2702-2708. doi:10.1200/JCO.2006.08.2883
17. Maio G (2018) Ethik der Ressourcenverteilung. *Forum: Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.* 33(6):416-420
18. Roth JA (1962) 'Management bias' in social science study of medical treatment. *Hum Organ* 21:47-50
19. Sansone RA, Sansone LA (2010) Demoralization in patients with medical illness. *Psychiatry* 7(8):42-45
20. Schuler US (2002) Most patients depressed by cancer do not need drugs. *BMJ* 325(7372):1115
21. Senf B, Demmerle C, Kries Av, Lach K, Völkel U, Schulz-Pieper P (2016) Suizid in der Onkologie. Überlegungen und Handreichungen zum Thema Suizidalität. *Im Focus Onkologie* 19(9):52-57
22. Senn HJ (1985) Wahrhaftigkeit am Krankenbett. In: Meerwein F (Hrsg) Einführung in die Psycho-Onkologie, 3. Aufl. Huber, Bern, Stuttgart, Toronto, S 59-74
23. Singer S, Krauß O (2013) Psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen. In: Weis J, Brähler E (Hrsg) Psychoonkologie in Forschung und Praxis. Schattauer Verlag, Stuttgart, S 16-22
24. Singer S, Bringmann H, Hauss J, Kortmann R-D, Köhler U, Krauss O, Schwarz R (2007) Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Dtsch Med Wochenschr* 132(40):2071-2076. doi:10.1055/s-2007-985643
25. Stein B, Söllner W (2016) Psychoonkologische Versorgung im Allgemeinkrankenhaus. In: Mehnert A, Koch U (Hrsg) Handbuch Psychoonkologie, 1. Aufl. Hogrefe, Göttingen, S 493-505
26. Trask PC (2004) Assessment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monographs* (32):80-92. doi:10.1093/jncimonographs/lgh013
27. Ullrich G (1995) Probleme der interdisziplinären Kooperation im Krankenhaus. Mit besonderer Berücksichtigung der "extremen Medizin". *Wege zum Menschen* 47:328-349
28. Webb RT, Kontopantelis E, Doran T, Qin P, Creed F, Kapur N (2012) Suicide risk in primary care patients with major physical diseases. A case-control study. *Arch Gen. Psychiatry.* 69(3):256-264
29. Weis J, Vehling S, Mehnert A, Koch U (2016) Krankheits- und behandlungsübergreifende psychosoziale Belastungen und Behandlungsbedarf. In: Mehnert A, Koch U (Hrsg) Handbuch Psychoonkologie, 1. Aufl. Hogrefe, Göttingen, S 133-140