

# Personalbedarf in der Psychoonkologie:

---

## *Eine kritische Auseinandersetzung mit Mehnert-Theuerkauf et al. (2020)<sup>1</sup>*

**Von Gerald Ullrich**

**Staff requirements in psycho-oncology: A critical examination of Mehnert-Theuerkauf et al. (2020)<sup>1</sup>**

Abstract:

The present paper refers to the important question "what is the need for psycho-oncological care and how much of it is necessary" (p. 181). The authors rightly characterize psycho-oncological care as a variety of different types of intervention (including the provision of information, education, supportive care), "which should reduce psychological stress, support the coping process and improve the quality of life" (loc. cit. p. 178).

Based on important epidemiological studies on the psychiatric comorbidity in cancer patients (1,2,3) as well as the results of a study on the provision of psycho-oncological care in six German hospitals (4), the authors calculate the "need for care" depending on the degree of strain (high vs moderate level) of respective patient groups (loc. cit, Table 4, p. 182). This is presented as an answer to the question about the need for personnel and care in psycho-oncology that, astonishingly, remained unclarified so far.

The authors' explanations contain numerous deficiencies and errors. The most important of these are:

1. Simplifications of patient needs

The authors aptly characterize inpatient psycho-oncology in a way that initially has very little to do with (the treatment of) psychiatric disorders. Nevertheless, the question of the need for care focuses on just this aspect. Conversely, a need on the part of the patient that would have to do with the actual offer of inpatient psycho-oncology is not ascertained at all and so is not quantified.

2. Are 300 cancer patients to be looked after by psycho-oncologists a realistic number per year with regard to a full-time post?

The authors do not explain where they got the number from, at least the only study (4) they consulted gives markedly higher numbers (393). And although this particular study included more than 5.000 oncologic patients and so is to be considered quite a large study, all of these were looked after by the same type of psycho-oncological care (liaison-type with respect to organizational aspects and case-management with respect to the delivery of care). Therefore, it seems highly questionable to generate the figures to any other type of inpatient psycho-oncology (i.e. consultation-type, mixed-model cf. [5]).

---

<sup>1</sup> Mehnert-Theuerkauf, A., Faller, H., Herschbach, P., Hönig, K., Hornemann, B., Petermann-Meyer, A. und Zimmermann, A. (2020) Psychoonkologischer Versorgungsbedarf in Krebszentren. *Der Onkologe*, 26(2): 178-184

3. Calculations error in Tab. 4, the "algorithm"

Specifically, it was assumed for the calculation of direct patient care that a "care rate" of 100% would be realized. This is completely illusory. At least it contradicts the data presented by the authors themselves (Table 1, p.179). Conversely, their "algorithm" excludes oncologic patients from delivery of care if they show interest for such services but do not seem to have a need. The latter, however, appears to be highly questionable, too.

4. Errors in the calculation of the psycho-oncological resources required for the oncology centers (Tab. 5, p.183)

Two different points of view seem to be mixed up: 1) How many cancer patients can one (half) full-time psycho-oncologist treat per year? How many cancer patients can be cared for in a hospital, so that a psycho-oncologist with a (half) full-time position is fully occupied? The answer to the second question is indispensable if hospitals try to properly address patient needs and respective resources. The figures presented by the authors appear to be wrong, however. At least, they are suggestive to less than optimal use of the respective resources.

The paper suffers from serious technical and conceptual errors, which is why, unfortunately, it has to be stated that the question of how much personnel is needed for proper care, which the authors rightly put at the center, remains unanswered even after 40 years of psycho-oncology in Germany.

(1) Faller, H. et al.(2016) *J Psychosom Res* 81: 24–30.

(2) Mehnert, A. et al.(2018) *Psychooncology* 27(1): 75–82.

(3) Mehnert, A. et al.(2014) *J Clin Oncol* 32(31): 3540–3546.

(4) Jung, S. et al. (2014) *Psychother Psychosom Med Psychol* 64(2): 54–62.

(5) Stein, B. & Söllner, W. (2016) in: Mehnert, A. & Koch, U (ed.) [*Handbook of Psychooncology*] *Handbuch der Psychoonkologie*. Göttingen: Hogrefe, p. 493–505.

„There will never be enough psychiatrists to go around“  
( Pasnau 1988 ; S. 9)

## Einleitung

Die Autoren<sup>2</sup> wollen mit dem Beitrag die Frage beantworten, »wie hoch der Bedarf ist und wie viel psychoonkologische Versorgung notwendig ist« (S. 181). Psychoonkologische Versorgung charakterisieren sie zu Recht als eine Vielzahl unterschiedlich gearteter Interventionen (unter anderem Informationsvermittlung, Edukation, supportive Begleitung), »die die psychischen Belastungen reduzieren, die Krankheitsverarbeitung unterstützen und die Lebensqualität verbessern« soll (a.a.O. S. 178).

Unter Bezugnahme auf epidemiologische Studien zur psychiatrischen Komorbidität (Mehnert et al. 2014; Mehnert et al. 2018; Faller et al. 2016) sowie anhand der Ergebnisse einer Studie von Jung et al. (2014) zum psychoonkologischen Versorgungsaufwand (in sechs teilnehmenden Kliniken) wird in einer die Gesichtspunkte Bedarf und Aufwand bündelnden Tabelle 4 (a.a.O., S. 182) je nach Grad der Belastung der Patienten (-gruppe) eine Berechnung des »Versorgungsbedarfs« vorgenommen, die als Antwort auf die verblüffend lange ungeklärte Frage nach dem Personal- und Versorgungsbedarf in der Psychoonkologie vorgestellt wird.

Die Wichtigkeit dieses Themas wird schon dadurch bezeugt, dass, wie die Autoren schreiben, die Vorstände und Beiräte der Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) der Amtszeiten 2016-2018 und 2018-2020 an dem Vorschlag mitgearbeitet haben (S. 178). Ich sehe die von den Autoren aufgegriffene Frage ebenfalls als eine Kernfrage der Psychoonkologie an, weswegen ich hier eine ansonsten sicher ungewöhnlich detaillierte Auseinandersetzung mit diesem Beitrag vorgenommen habe.

Ich werde nachfolgend erläutern, weshalb Mehnert-Theuerkauf et al. diese wichtige Frage nach dem Bedarf aufgrund gravierender Fehler nicht wirklich beantworten können. Schlimmer noch, wie noch zu zeigen sein wird, würde die von den Autoren vorgestellte Berechnung des Personalbedarfs auf Grundlage einer Bedarfsabschätzung zu einer beträchtlichen Fehleinschätzung des Personalbedarfs in Bereichen führen, in denen die psychoonkologische Versorgung nach dem sogenannten Konsiliar- oder dem „Kontraktmodell“ (siehe unten) erfolgt. Da der Vorschlag von Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) ausdrücklich den Personalbedarf in der stationären Psychoonkologie klären will und dort sicher ein Teil der psychoonkologischen Arbeit nach diesem Modell geleistet wird,<sup>3</sup> würde eine solche Fehleinschätzung auch schwer wiegen.

---

<sup>2</sup> Aus stilistischen Gründen stehen hier und nachfolgend Personalpronomen und andere *allgemeine Ausdrücke* für Frauen gleichermaßen wie für Männer. Das grammatische Geschlecht spiegelt nicht das biologische. Dort, wo das nicht der Fall sein soll, wird es im Text deutlich genug betont.

<sup>3</sup> Es spricht nicht eben für den Praxisbezug der psychoonkologischen Forschung in Deutschland, wenn über den Anteil der so organisierten Versorgung offenbar keine Aussagen gemacht werden können, jedenfalls findet man darüber nichts in den dazu einschlägigen Beiträgen (vgl. Stein und Söllner 2016; Bergelt et al. 2016) und bei Koch et al. 2016 heißt es lapidar, dass psychoonkologische Angebote, die im Rahmen von Konsildiensten angeboten würden, bislang »kaum untersucht« seien (S. 718).

Ich werde zunächst auf kleinere Flüchtigkeitsfehler und Schwächen eingehen, die aber noch nicht den Kern der Aussagen berühren oder ihn in Frage stellen. Danach zeige ich jene Fehler und Probleme auf, die in meinen Augen dazu führen, dass die vorgestellte Berechnung im Ergebnis unbrauchbar ist. Hierbei spielen handwerkliche Fehler und konzeptuelle Schwächen bei der Bestimmung des psychoonkologischen Versorgungsbedarfs des Patienten eine Rolle, außerdem konzeptuelle Probleme in der Studie von Jung et al. (2014), auf die Mehnert-Theuerkauf et al. sich bei der Berechnung des Personalbedarfs ausschließlich verlassen, sowie schließlich Fehler, die die Autoren noch zusätzlich bei der Berechnung und Bestimmung des Personalbedarfs beigesteuert haben.

## 1. Flüchtigkeitsfehler

### 1. Falsche Zuordnungen

Es wird an mehreren Stellen im Manuskript die Psychoedukation fälschlich den »indirekten« Versorgungsleistungen zugerechnet, obgleich aus der in Tabelle 2 (S. 179) wiedergegebenen Einteilung, die sie auf Jung et al. (2014) beziehen (obgleich es eine solche Einteilung dort gar nicht gibt), klar ersichtlich ist und eigentlich auch sonst offensichtlich sein sollte, dass die Psychoedukation zu den direkten Versorgungsleistungen gehört. Da dieser Fehler mehrfach im Manuskript auftritt, fragt man sich, ob hinter ihm mehr steckt, als ein Mangel an Aufmerksamkeit oder Sorgfalt (siehe unten).

### 2. Falsche Zahlen

Es wird behauptet und in der Berechnung der »Arbeitszeit pro Patient« in Tabelle 4 (S. 182) entsprechend eingerechnet, dass unter Patienten mit »geringerer Belastung« immerhin noch 30 % einen Behandlungswunsch hätten. Das ist falsch, jedenfalls wenn die Daten zutreffen, die von den Autoren selbst in Tabelle 1 (S. 179) vorgestellt werden, wonach zwar ein Drittel derer, die einen Behandlungswunsch äußern, eine geringere Belastung haben (Distress-Thermometer nicht oberhalb des Grenzwerts), aber unter jenen, die einen auffälligen Wert im Distress-Thermometer haben, sind es nur 20 % (nämlich 343 von 1356). Hier wurden also Spalten und Zeilen nicht korrekt gelesen und die daraus resultierende Überschätzung um 50% ist gewiss nicht zu vernachlässigen.<sup>4</sup>

## 2. Handwerkliche Fehler und konzeptuelle Schwächen bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs

### 1. Komorbide Psychopathologie = „objektiver“ Bedarf?

Die Autoren unterscheiden für die Bedarfsbemessung zwischen objektivem Bedarf, subjektivem Bedarf bzw. Bedürfnis und der Verfügbarkeit von wirksamen Hilfen (S. 181). Der Text legt die Auffassung nahe, dass in der Psychoonkologie nur die »psychische Komorbidität« als »objektiver Bedarf«

---

<sup>4</sup> Für die Tab. 4 und die dort angestellte Zeitberechnung würde – unbesehen der anderen Fehler, die diese Tabelle noch enthält (siehe unten) – daraus folgen, dass die 528 Stunden, die pro Jahr für die indirekte Patientenversorgung zur Verfügung stehen, auf 180 Patienten zu verteilen wären und nicht auf 195 Patienten. Sinngemäß dasselbe gilt dann für die Berechnung der Patienten mit »moderater objektiver Belastung«.

anzusehen ist. Dies ist fragwürdig, denn die Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität könnte – als eines von mehreren heute geläufigen »patient reported outcomes« – sogar ein sensibleres und relevanteres objektives Maß sein (Moseholm et al. 2016). Zwar kann eine Messlatte „komorbide psychiatrische Störung“ für sich in Anspruch nehmen, dass Sie vermittelt der sozialrechtlichen Verankerung von Diagnose und Leistungsansprüchen unstreitig einen objektiven (Psychotherapie-) Bedarf markiert, ob dieser auch ein zureichender psychoonkologischer Versorgungsbedarf ist, wäre aber zu diskutieren bzw. wird hier explizit in Frage gestellt. Denn aus dem Umstand, dass psychoonkologische Versorgung überwiegend durch Psychologen und Psychotherapeuten erfolgt und die Letzteren wiederum für die Versorgung von Patienten mit krankheitswertigen seelischen Symptomen zuständig sind, folgt noch lange nicht, dass ein positiver psychopathologischer Befund auch zu einem Versorgungsanlass für den Psychoonkologen werden muss. Vielmehr wäre hier zu fordern, dass dort nur jene komorbide Psychopathologie als »objektiver Bedarf« aufgefasst (und in etwaige Berechnungen von Bedarfszahlen und Ressourcen einbezogen) wird, die von konkreter Bedeutung für die Bewältigung und oder den Verlauf der Krebserkrankung ist.

Um den Gesichtspunkt hier an einem trivialen Beispiel offensichtlich zu machen: wir könnten, wenn wir es aus guten Gründen nicht für unverhältnismäßig aufwändig fänden, im Sinne eines „Screening“ bei allen stationären Krebspatienten den Zahnstatus (Befund) erheben und würden sicher herausfinden, dass ein beträchtlicher Teil unserer Patienten einen »objektiven Befund« aufweist, der – wenn sich der Patient denn darum kümmern wollte – eine zahnärztliche Versorgung rechtfertigen würde. Es wäre also keine Überversorgung, wenn man hier dann tätig würde. Dennoch findet eine zahnärztliche Begutachtung und gegebenenfalls Sanierung eben nur dort statt, wo dies für die (Bisphosphonat-) Behandlung der konkreteren Krebserkrankung von Bedeutung ist – weil nur dafür der Patient auch das Krankenhaus aufgesucht hat (und sich dabei ggf. auch einer Befunderhebung unterzieht).

Zwar mag es aus unterschiedlichen Gründen schwierig sein, sich darauf zu einigen, welche psychiatrische Komorbidität einen legitimen Anlass für psychoonkologische Interventionen darstellt. Aber es sollte in der Sache unstreitig sein, dass dieser Gesichtspunkt für die Ressourcenberechnung der Psychoonkologie nicht einfach übergangen werden kann bzw. nicht jeder irgendwie geartete psychopathologisch beschreibbare Befund zur vermeintlichen Begründung eines psychoonkologischen Versorgungsbedarfs herangezogen werden darf.

Aus pragmatischer Perspektive könnte hier eine Schätzung lauten, dass die epidemiologisch beschriebene Steigerung der komorbiden Psychopathologie bei Vorliegen einer Krebserkrankung einen Hinweis auf die Größe dieses Effektes bzw. auf die psychoonkologische Bedarfslage darstellt. Damit läge man dann aber weit unter den Annahmen der Autoren. Offensichtlich ist auch, dass dies Auswirkungen auf alle darauf aufbauenden Berechnungen hat (siehe Tab. 4, S. 182). Man beachte: die hier bemängelte Vorgehensweise der Autoren führt (erneut) zu einem überpointierten »objektiven Bedarf«.

Dasselbe, nämlich eine subtile Überbewertung des psychoonkologischen Bedarfs, ist übrigens auch für dessen Erfassung anhand des weit verbreiteten Distress-Thermometers naheliegend (nicht aber für andere etablierte Screening-Verfahren in der Psychoonkologie, über die Herschbach und Weis 2010 einen guten Überblick geben). Das Distress-Thermometer bildet bekanntlich die »Belastung« des Patienten ab. Jedenfalls lautet so die Aufforderung, die der Patient mit seinem Kreuzchen auf

dem Thermometer umsetzt. Wenn diese - mit Absicht (vgl. dies., a.a.O., S. 14) – sehr allgemein formulierte Aussage („Belastung“) mit einem Wert über 4 in den Studien schon als Indikator für psychoonkologischen Versorgungsbedarf ausgelegt würde, dann enthielte auch diese Lesart eine Überzeichnung. Denn für die psychoonkologische Versorgung wäre genau genommen zu prüfen, ob diese vom Patienten durch einen Wert von Null bis 10 quantifizierte „Belastung“ anhand seiner Angaben zu den jeweiligen Belastungsbereichen (sogenannte „Problemliste“), überhaupt dem psychoonkologischen Bereich als ursächlich zugewiesen wurde. So heißt es bei Herschbach und Weis dazu: »Die Problemliste gibt Auskunft darüber, in welchen Bereichen die Ursachen der Belastung (aus Sicht des Patienten, GU) liegen. Die fachliche Zuständigkeit ist wie folgt vorgesehen: Handelt es sich um ein praktisches Problem, ist vorrangig der Sozialdienst zuständig. Für emotionale, psychische oder familiäre Probleme ist das psychologische Team zuständig, für spirituelle Belange die Seelsorge und für körperliche Probleme das onkologische Team« (2010; S. 15; Hv. GU). Einmal abgesehen davon, dass schon diese „Verteilung der Zuständigkeiten“ denk- und diskussionswürdig ist, weil sie erstens gewissermaßen zu besiegeln scheint, was frühe Befürchtungen zur Psychoonkologie bereits adressiert hatten (vgl. Köhle und Kubanek 1981; Friedrich 1991), nämlich eine Fixierung des medizinischen Personals auf das Körperliche (was engagierte Personen sowohl im ärztlichen wie pflegerischen Bereich wohl zu Recht weit von sich weisen würden), und weil es zweitens ansonsten nicht üblich ist, sich auf Ursachenzuschreibungen von Patienten zu verlassen, wird hier hinreichend klar gemacht, dass erst die Kombination aus erhöhtem Distress-Wert mit passender Ursachenzuschreibung (durch den Patienten) einen „Bedarf“ für die Psychoonkologie bildet. Ob das in den Studien, auf die sich diese Aussagen beziehen, hinreichend befolgt wurde, wage ich zu bezweifeln. Mit anderen Worten: Wenn man in den Studien genauso vorgegangen sein sollte, wie es z.B. die Erstautorin Prof. Mehnert-Theuerkauf in öffentlichen Veranstaltungen tut, auf denen sie nämlich gern auf das Kriterium „Wert über 4“ im Distress-Thermometer verweist, aber eben nicht im gleichen Atemzug die „Problemliste“ nennt, dann führt jeder Wert über 4 zu einem (irreführenden) »Zugewinn« an Bedarf (Bedeutung) für die Psychoonkologie.

## *2. Was ist ein „subjektiver“ Bedarf?*

Die Autoren definieren »subjektiven Bedarf« als »Nachfrage nach einer spezifischen Behandlung oder Versorgung« die sich zum Beispiel »als Zeichen einer hohen psychosozialen Belastung und Einschränkung der Lebensqualität« manifestiere (S. 181). Nur in Klammern wird von den Autoren das Bedürfnis des Patienten gesetzt, so dass (zusätzlich) der Eindruck erweckt wird, es gebe einen »objektiven« Bedarf, der eben durch komorbide Psychopathologie belegt sei, sowie einen »subjektiven Bedarf«, der durch die gern als »weich« attribuierten anderweitigen Kriterien beschrieben wird, wie etwa die gerade erwähnte Lebensqualität. Es fällt jedenfalls auf, dass immer in Klammern auf die »psychische Komorbidität« verwiesen wird, wenn Mehnert-Theuerkauf et al. vom „objektiven“ Bedarf sprechen so, als solle beim Leser eben dies als einziges oder eigentliches Kriterium des objektiven Bedarfs „hängen bleiben“.

Dass man (einen Verlust der) gesundheitsbezogenen Lebensqualität sehr wohl auch zum objektiven Bedarf rechnen darf, war bereits kritisch angemerkt worden. Es ist zumal dann gerechtfertigt, wenn man „subjektiven“ Bedarf, wie es die Autoren gleichzeitig tun, auch als Bedürfnis (bzw. zutreffender und eindeutiger als: Bereitschaft zur Inanspruchnahme) auffasst.<sup>5</sup> Diese Unterscheidung nimmt,

---

<sup>5</sup> Zuträglicher und weniger verwirrend wäre es gewesen, wenn man sich auf eine Terminologie verständigt hatte, derzufolge psychiatrische Komorbidität und die Skalierung der Belastung durch das Distress-

zusammen mit dem dritten Kriterium, der Verfügbarkeit von wirksamen Maßnahmen, direkt Bezug auf die im Bereich der Gesundheitsökonomie geläufige Unterscheidung zwischen »Über-, Unter- und Fehlversorgung« (vgl. Schwartz 2001). Diese gilt es, so auch Mehnert-Theuerkauf et al., »zu vermeiden« (2020, S. 181). Mindestens nahe liegt hierbei, eine psychoonkologische „Überversorgung“ anzunehmen, wenn beim Patienten kein psychopathologischer Befund vorliegt und auch das subjektive Urteil zur eigenen Belastung (Distress-Thermometer) keinen auffälligen Hinweis ergibt, aber der Patient dennoch einen Kontakt wünscht (Bedürfnis).

In unserer Klinik sind solche Anfragen durchaus keine Seltenheit. Unsere Vorgehensweise lautet dann, dass das subjektive Anliegen grundsätzlich Vorrang hat vor einem (niedrigen, unauffälligen) Screening-Wert oder dem Umstand, dass aus Sicht des Arztes keine Fragestellung vorliegt, die ein Konsil begründen würde. Hier findet bei uns dennoch (mindestens) ein Kontakt mit einem solchen Patienten statt. Dieser stünde unter der oben genannten gesundheitsökonomischen Optik unter dem dringenden Verdacht der „Übersorgung“. Tatsächlich verwehren aber mit gutem Grund z.B. auch Lebensberatungsstellen einem Menschen, der um ein Beratungsgespräch nachsucht, nicht den Zugang, solange er oder sie sich nicht durch vorherige Überprüfung eines „objektiven“ Bedarfs die Berechtigung der Inanspruchnahme nachgewiesen hat. Unterstellt wird vielmehr, und in meinen Augen sehr zu Recht, dass die Inanspruchnahme von Angeboten, auf die die übergroße Mehrzahl der Menschen liebend gerne verzichtet und sie also in den seltensten Fällen „leichten Herzens“ nachfragt, für sich genommen bereits einen Bedarf nahelegt. Den zu überprüfen und zu präzisieren, nämlich im Erstkontakt, ist dann die Aufgabe zwischen Klient und Berater. Sehr wohl kann daraus auch eine Übersorgung resultieren, sei es durch Vereinbarung von weiteren Beratungsterminen ohne angemessene Bezugnahme auf eventuell ausreichende Möglichkeiten der Selbsthilfe oder durch eine Fokussierung auf Problemlagen, die im jeweiligen Kontext oder mit den Ressourcen des Beraters gar nicht lösbar sind (wobei im letzteren Fall wohl eher eine Fehlversorgung vorläge). Aber ein krebskranker Patient, der ohne Anhalt für eine psychische Störung mit Krankheitswert und ohne auffällige Selbsteinschätzung der aktuellen Belastung (Distress-Thermometer) sich dennoch in der Psychoonkologie anmeldet, will womöglich wissen, mit wem er es zu tun haben wird, wenn es ihm voraussehbar bald schlechter gehen wird, oder will einfach erfahren, was an potenziell Hilfreichem von diesem Fachgebiet noch zur Bewältigung seiner aktuellen, existenziellen Krise beigesteuert werden kann. Ein solcher Patient macht etwas Sinnvolles und Naheliegendes. Die Versorgung (im Sinne mindestens eines, das Anliegen klärenden Gesprächs) ist hier dementsprechend auch angemessen. Ob sie „notwendig“ ist, mag man diskutieren, erscheint mir aber müßig.

Wichtig ist mir hier der Hinweis, dass die so eingängige Redeweise von einer zu vermeidenden Über-, Unter- und Fehlversorgung leider zu Fehleinschätzungen durch Kurzschlüsse verleitet. Jedenfalls sei vor einer schematischen Beantwortung, wie sie in Kreuztabellen (objektiver Bedarf x Bedürfnis) nahelegt, hier ausdrücklich gewarnt. Tatsächlich praktizieren die Autoren, wie sich noch zeigen wird, genau diese in meinen Augen kurzschlüssige Sichtweise, indem sie nämlich in dem von ihnen vorgestellten „Algorithmus“ genau diese hier beschriebene Patientengruppe („kein“ Bedarf, aber ein Bedürfnis) von direkten Versorgungsleistungen ausschließen (siehe a.a.O., Tab. 4).

---

Thermometer (oder andere Screening-Methoden) dem Bedarf zugerechnet würden, wohingegen das Bedürfnis (bzw. die Bereitschaft, nämlich zur Inanspruchnahme von Angeboten) dann eindeutig und zu Recht eine andere Kategorie bildete (ebenso wie als dritte Dimension die Verfügbarkeit wirksamer Mittel).

### ***3. Wurde ein Bedarf, der der psychoonkologischen Versorgung tatsächlich entspricht, überhaupt (jemals) erhoben?***

Während ich unter 2.1 versucht habe aufzuzeigen, dass die psychiatrische Komorbidität ein fragwürdiges Kriterium zur Bemessung des psychoonkologischen (nicht: des psychotherapeutischen) Bedarfs darstellt, auf das sich die Autoren aber einseitig festgelegt zu haben scheinen, gilt umgekehrt, dass das, was die psychoonkologische Arbeit primär ausmacht, nicht auf der Seite des Bedarfs erhoben wird. So charakterisieren die Autoren in der Einleitung die Psychoonkologie zutreffend als eine Versorgung, »die die psychischen Belastungen reduzieren, die Krankheitsverarbeitung unterstützen und die Lebensqualität verbessern« kann (S. 178). Da „psychische Belastungen“ krankheitswertig sein können, aber nicht sein müssen, ist zunächst einmal festzuhalten: das, was die stationäre Psychoonkologie anbietet (und sie hat sehr wohl Wichtiges anzubieten!), hat zunächst einmal gar nichts mit psychiatrischer Komorbidität zu tun – aber viel mit Verzweiflung, mindestens aber Kummer, mit Sorgen und Ängsten (psychische Belastungen), mit Krankheitsbewältigung und mit gesundheitsbezogener Lebensqualität. Neben der Erhebung der seelischen Belastung, und hier explizit unabhängig vom Fokus des Krankheitswertigen, wären also Probleme der Krankheitsbewältigung sowie Einbußen der Lebensqualität ein Gradmesser des (objektiven) psychoonkologischen Bedarfs. Wo sind die dazu passenden Erhebungen?!

Desgleichen findet sich im ebenfalls zutreffend formulierten Abschnitt über das psychoonkologische Aufgabenspektrum (S. 179f) eine Charakterisierung stationärer Psychoonkologie, in der die Psychotherapie (als Gegenstück zur Komorbidität auf der Seite des Bedarfs) allenfalls in der Weise überhaupt vorkommt, dass – wiederum zutreffend – von den Autoren hervorgehoben wird, dass die »psychoonkologische Versorgung von Patienten (...) zumeist supportiv ausgerichtet« ist. Und diese (supportive) Therapie ist bekanntlich für sich genommen keine Kassenleistung, also nicht sinnvoll, d.h. „notwendig“ und „wirksam“, auf krankheitswertige, psychotherapeutisch behandelbare Störungen bezogen (Sturm 2010).

Fazit: der zu den tatsächlichen Schwerpunkten und Aufgaben der (stationären) psychoonkologischen Versorgung passende Bedarf wird in der Perspektive auf psychiatrische Komorbidität verfehlt und eine ihr gemäße Orientierung, die zum Beispiel auf Coping und gesundheitsbezogene Lebensqualität Bezug nähme, wird gar nicht versucht.

### ***4. (Keine) Unterschiede zwischen den Entitäten***

Unter der Bezugnahme auf groß angelegte Studien zur psychiatrischen Komorbidität von Krebspatienten in Deutschland (Mehnert et al. 2018; Mehnert et al. 2014; Faller et al. 2016) weisen die Autoren auf die »hohe Varianz zwischen den unterschiedlichen Tumorentitäten (hin), die von 20% bis 42% reicht« (Mehnert-Theuerkauf et al., S. 178). Dass die onkologischen Entitäten auch unter psychoonkologischem Gesichtspunkt nicht alle über den gleichen Kamm geschoren werden dürfen, verwundert nicht und weiß jeder in der Praxis Tätige. Umso unverständlicher ist es dann zu lesen, dass »alle Tumorentitäten außer Prostatakrebs und Hautkrebs« zu den »hochbelasteten« zählen sollen (S. 181f).

## 5. Primärfälle?

Es verwundert angesichts der expliziten Verankerung der Psychoonkologie in der Zertifizierung von Krebszentren, dass der Gesichtspunkt „Primärfälle“ in dem Vorschlag und insbesondere im „Algorithmus“ mit keinem Wort erwähnt wird.

## 3. Konzeptuelle Schwächen der Studie von Jung et al. (2014) zum Personalbedarf in der Psychoonkologie

Die von Mehnert-Theuerkauf et al. (auf S. 182) vollmundig als »evidenz- und konsensbasiert« bezeichnete Berechnung des Personalbedarfs beruht faktisch auf einer einzigen empirischen Studie (Jung et al. 2014), deren Qualität deshalb umso wichtiger ist. Etwaige Mängel oder Beschränkungen dieser Studie werden auf darauf aufbauende Berechnungen durchschlagen müssen.

In der Studie von Jung et al. (2014) wurden psychoonkologische Mitarbeiter von sechs Kliniken aus NRW in 2004/2005 im Rahmen einer Implementierungsstudie zum Case-Management in der Onkologie hinsichtlich ihres Arbeitsaufkommens untersucht (direkte versus indirekte Versorgungsleistungen, Anzahl der Gespräche, Dauer der Gespräche usw., also eine Art Verrichtungsstatistik). Auswahlkriterium für die Teilnahme sei gewesen, »eine hohe Zahl behandelter Patienten mit den Tumordiagnosen Mamma-, Ovarial-, Uterus-, Prostata-, Harnblasen-, Colon- oder Bronchialkarzinom im Jahr 2002 sowie die Bereitschaft der Geschäftsführung zur Projektteilnahme und der damit verbundenen Anstellung Psychologischer Psychotherapeuten (!) mit Zusatzqualifikation in Psychoonkologie« (a.a.O., S. 55; Hv. GU).

Grundsätzlich ist es wertvoll und sehr zu begrüßen, dass mit dieser Studie ein an sich eklatanter Mangel der psychoonkologischen Forschung zwar nicht behoben, aber doch gelindert wurde, nämlich im Sinne einer Verrichtungsstatistik zu untersuchen, welchen Aufwand praktisch tätige Psychoonkologen im Rahmen der stationären Versorgung konkret betreiben.<sup>6</sup>

Leider weist die Studie von Jung und Mitarbeitern einige konzeptuelle Schwächen bzw. Beschränkungen auf, vor allem mit Blick auf die Verwendung ihrer Ergebnisse für eine allgemeine Abschätzung des Personalbedarfs in der stationären Psychoonkologie, wenn also Aussagen ohne Rücksicht auf die jeweiligen Modellen getroffen werden sollen, nach denen die Versorgung konkret organisiert werden kann.

### 1. Liaison- versus Konsiliarversorgung

Das wichtigste „Defizit“ der Studie von Jung et al. (2014) betrifft wie angedeutet diese Frage der Generalisierbarkeit.<sup>7</sup> So unterscheiden Stein und Söllner (2016) drei wesentliche Organisations-

---

<sup>6</sup> Stattdessen favorisiert es die psychoonkologische Forschung nämlich, sich mit „Interventionen“ und deren Wirksamkeit zu befassen (Faller et al. 2013; Koch et al. 2016), ganz so, als handele es sich hier um einen Spezialfall der Psychotherapie, was im Ergebnis zu einer krassen Unterbelichtung des tatsächlichen klinischen Geschehens in der (stationären) Psychoonkologie geführt hat (vgl. Ullrich 2020a).

<sup>7</sup> Von einem Defizit ist hier in Anführungszeichen insofern zu sprechen, als Jung et al. (2014) diesen Punkt selbst klar adressieren, nämlich als Limitation ihrer Studie (a.a.O., S. 61). Zu einem echten Problem wird es allerdings, wenn dieselben Autoren im Abstrakt nur das Leistungsvolumen einer psychoonkologischen Vollzeitkraft pro Jahr herausstreichen, aber keinen Bezug zur Organisationsform mehr herstellen (gewissermaßen

formen psychoonkologischer Versorgung (in Deutschland), nämlich erstens das klassische Konsilmodell, zweitens das Liaisonmodell und schließlich drittens das Kontraktmodell. Historisch ist das Liaisonmodell gewissermaßen der "Gegenspieler" zu dem in der Medizin üblichen Konsilmodell, bei dem der Konsiliar für einen konkreten Patienten gerufen, um seine Einschätzung und Behandlungsvorschläge gebeten wird, aber die Betreuung des Patienten ansonsten vollständig in der Verantwortung und Steuerung des anfordernden Arztes verbleibt (vgl. (Lipowski 1977, 1991).

Demgegenüber war mit dem viel anspruchsvolleren Liaisonmodell die Vorstellung von einer Reform bzw. Verbesserung der somatisch verengten Medizin verbunden, in dem nämlich der Liaisonpsychologe zu einem Teil des Teams werden und über seine Teilnahme an Visiten, Patientenbesprechungen usw. die psychosoziale Sichtweise in den jeweiligen somatischen Bereich einsickern sollte, also zu einer Perspektive aller in der Versorgung beteiligten Behandler werden sollte (a.a.O.; vgl. a. Bräutigam 1988; Rappaport 1988; Stein und Herzog 2006). Als vor Ort präsenter Spezialist ist der Liaisonpsychologe zudem in der Lage (und befugt), eigenständige Kontakte zu ihm auffällig und bedürftig erscheinenden Patienten aufzunehmen und so eine unangemessen beschränkte Sicht auf den psychoonkologischen Versorgungsbedarf zu korrigieren. Im klassischen Konsilmodell passiert es dagegen leicht, dass nicht (nur) der bedürftige Patient angemeldet wird, sondern jener, der die Abläufe stört (durch Non-Compliance, Aggressivität, expressive Trauer und Verzweiflung o. dgl.) oder der anderweitig „auffällig“ ist. Unauffälliges Leid, das unter psychoonkologischer Perspektive weder selten noch unbedeutend ist, fällt in diesem (Konsil-) Modell tendenziell durch's Rost.<sup>8</sup>

In der Praxis der stationären Psychoonkologie dürfte heutzutage demgegenüber eine modifizierte Form des Liaisonmodells vorherrschen, bei der das Wichtigste die Präsenz des Psychoonkologen vor Ort und der selbst gewählte, nicht extern beauftragte Zugang zum Patienten ist (auf Kosten der anderen Ansprüche, also der Intervention auf „Systemebene“).<sup>9</sup> Auch das Konsilmodell wird in der Psychoonkologie nicht in seiner klassischen, sondern in einer modifizierten Form praktiziert, wie es

---

das typische Dilemma mit dem „Kleingedruckten“) oder wenn, wie bei Mehnert et al. (2020), eine Bezugnahme auf die Ergebnisse von Jung et al. (2014) erfolgt, aber die spezifischen organisatorischen Rahmenbedingungen übergangen werden, unter denen sie erzielt wurden. Es ist hier also eher von einem Defizit im Umgang mit Ergebnissen zu sprechen, nicht eigentlich von Defiziten der Studie an sich (Studienplanung bzw. Studienaufbau).

<sup>8</sup> Das in der [S3-Leitlinie Psychoonkologie](#) der AWMF geforderte und in der Zertifizierung vorgeschriebene Screening zum psychoonkologischen Bedarf bei allen an Krebs Erkrankten ist eine Antwort auf genau dieses Problem.

<sup>9</sup> Mit der teilweisen Aufgabe der hohen Ansprüche aus dem Liaison-Modell könnte diese Organisationsform aber auch als ein arbeitsteiliges Nebeneinander beschrieben werden, also als bloß multiprofessionelle, statt interdisziplinäre Medizin, in der die frühen Befürchtungen von engagierten Onkologen womöglich Wirklichkeit geworden sind nämlich, dass sich durch die Hinzuziehung einer neuen Disziplin in der Versorgung von Krebskranken diese Behandlung sich nicht etwa zu einer "ganzheitlicheren" Onkologie entwickelt hat, wie es in Sonntagsreden dann gerne anklingt, sondern bloß zu einer arbeitsteiligen, bei der die seelischen Nöte an den (neuen) Spezialisten abgetreten werden und der Onkologe zum bloßen „Exekutivorgan von Zytostatika-protokollen“ mutiert (vgl. Köhle und Kubanek 1981, S. 36; vgl. a. Ullrich 2000).

Das notwendige Begleitphänomen bei solchen auf Arbeitsteilung abzielenden Restrukturierungen wäre wiederum die Verdichtung der (gleichartigen) Arbeitsleistungen – und genau dies beklagen immer mehr Ärzte heutzutage in der Onkologie (vgl. z.B. Büntzel et al. 2018). Über solche Prozesse, die durch die Psychoonkologie nicht verursacht werden, aber als deren Teil sie sich zu begreifen hätte und zu denen sie also irgendwie Stellung zu beziehen hätte, findet man in dem voluminösen „Handbuch des Psychoonkologie“ von Mehnert & Koch (2010), soweit ich es bislang übersehen habe, keine Zeile, geschweige denn ein eigenes Kapitel, wie es mindestens zu erwarten wäre, was einmal mehr einen „Bias“ dokumentiert, den ich andernorts beklagt habe (Ullrich 2020a).

von Stein und Söllner (2016) unter dem Begriff des „Kontraktmodells“ beschrieben ist. Danach besteht anders als beim klassischen Konsilmodell dort eine routinemäßige Arbeitskooperationen zwischen der jeweiligen Klinik und dem konsiliarischen Dienst, die in der Onkologie typischerweise auf der Grundlage eines Screening gestaltet wird, bei der Grenzwerte eine Hinzuziehung auslösen. Als weiteres, wichtiges Unterscheidungsmerkmal des Kontraktmodells vom klassischen Konsilmodell kommt hinzu, dass die konsiliarische Leistung nicht nur aus Diagnostik und Behandlungsempfehlung besteht, sondern eine (psychoonkologische) Mitbehandlung erfolgt.<sup>10</sup>

Die Ausführungen zu den unterschiedlichen Organisationsformen psychoonkologischer Versorgung im Akutkrankenhaus sind hier insofern wichtig, als unmittelbar einleuchten sollte, dass die Analyse der Verrichtungen von dort Tätigen je nach Organisationsform unterschiedlich ausfallen werden. So wäre schon aus Gründen der Plausibilität davon auszugehen, dass ein vor Ort (also auf der Station) eingesetzter Mitarbeiter, der nach den soeben beschriebenen Bedingungen arbeitet (modifiziertes Liaison- bzw. „Präsenzmodell“), häufigere und tendenziell kürzere Kontakte hat, dass die Leerlaufzeiten, die durch vergebliches Aufsuchen des Patienten immer wieder entstehen (zum Beispiel Patient ungeplant doch schon zum Röntgen abgeholt oder gerade in zu schlechter Verfassung, um sich auf ein Gespräch einzulassen usw.), weniger schwer zu Buche schlagen als im konsiliarisch verfassten Modell, wo die Patientenbesuche notgedrungen mit mehr oder weniger hohen Wegezeiten verbunden sind. Daraus folgt ebenso, dass eine am Präsenzmodell organisierte Versorgung die höchsten Kontakt- und auch Fallzahlen haben sollte, denn dort ist der Zugang vergleichbar leicht (nah) wie im klassischen Liaisonmodell, aber in einem (lege artis geführten) Liaisonmodell steht die direkte Patientenversorgung weniger stark im Fokus, sondern die Wirkung des Mitarbeiters auf den gesamten Arbeitsbereich. Und für die Versorgung nach dem Konsil- bzw. Kontraktmodell wäre zu erwarten, dass dort weniger Patienten gesehen werden, dass aber die Kontaktzeiten (und die oben genannten Fehlzeiten ebenso wie die aufwändigeren Dokumentationen, Wegezeiten usw., also die „indirekten“ Versorgungszeiten) stärker zu Buche schlagen.<sup>11</sup>

Bei Jung et al. (2014) heißt es diesbezüglich, dass die untersuchten Mitarbeiter nach dem »Modell des Liaisondienstes« gearbeitet hätten (vermutlich aber eher: „Präsenzmodell“). Aus diesem Grund sehen sie auch ihre Ergebnisse nur für solche Bereiche als aussagekräftig an und vermuten selbst, dass bei Konsildiensten (womit sie eher das „Kontraktmodell“ meinen, denn klassische Konsildienste gibt es in der Psychoonkologie m.W. gar nicht mehr) geringere Fallzahlen erreicht würden. Dafür sehen unter anderem die höheren Wegezeiten sowie die wesentlich höheren Zeiten für die allgemeine Organisation und Koordination ausschlaggebend (a.a.O., S. 61). Schon aus diesen grundsätzlichen Erwägungen ergibt sich also ein Zweifel an der allgemeinen Gültigkeit der Aussagen bzw. es muss gefordert werden, dass etwaige Bedarfsabschätzungen nicht unbesehen der Organisationsform psychoonkologischer Versorgung formuliert werden (siehe Fußnote 7).

---

<sup>10</sup> Aufgrund dieser Versorgungskomponente kommt es zum Beispiel in unserer Klinik bei nicht-onkologischen Patienten immer wieder auch zu Anfragen an das psychoonkologische Team, das den Ärzten aufgrund der Versorgung onkologischer Patienten auf den gemischten Stationen wohl vertraut ist, ob der eine oder andere dieser Patienten ausnahmsweise dennoch von uns mitbetreut werden könne – gerade weil die ansonsten zuständigen Bereiche (Psychosomatik, Psychiatrie) sich auf klassische Konsilarbeit beschränken und die Ärzte aber sehen, dass Patienten mehr brauchen als eine Diagnose und ggf. die Verschreibung von Psychopharmaka.

<sup>11</sup> In unserer Klinik kommen in meinen Diensten regelmäßig Gehstrecken von 3-5 km pro Arbeitstag zustande und damit naturgemäß auch beträchtliche Wegezeiten.

Die Größe des Unterschiedes zwischen den Organisationsformen, den ich eben bloß theoretisch bzw. nach Plausibilität vom Grundsatz her begründen konnte, mag der Vergleich der Zahlen von Jung et al. (2014) mit den Ergebnissen unserer eigenen Aufwandsstatistik verdeutlichen (siehe Tab. 1 im Anhang). Zu beachten ist, dass diese Erfassung für die im Rahmen der Zertifizierung geforderte Berichtspflicht entwickelt wurde. Bekanntlich sind für diese ausschließlich direkte Versorgungsleistungen von Belang. Hinzu kommt, dass für die Zertifizierung auch das genaue Volumen der psychoonkologischen Versorgung erstaunlicherweise nicht interessiert, sondern nur, ob bestimmte (minimale) Mindestwerte erreicht bzw. überschritten werden. Im Unterschied zu einem Datensatz, der im Rahmen einer extra dafür eingesetzten Studie ermittelt wurde (Jung et al. 2014), muss bei unseren Daten mit einer höheren Fehlerquote gerechnet werden. Diese sollte sich allerdings eher als Unterschätzung des tatsächlichen Zeitaufwandes und der Anzahl der Kontakte bemerkbar machen, weniger in der Fallzahl (die ein empfindliches Kriterium bei der Zertifizierung ist).

Nach unseren eigenen Zahlen ist der Anteil der in Schwerin versorgten Patienten, einer Klinik der Maximalversorgung mit zahlreichen zertifizierten onkologischen Kliniken und Zentren sowie einer überwiegend dem „Kontraktmodell“ (Stein und Söllner 2016) zuzuordnenden Organisation der psychoonkologischen Versorgung, im Hinblick auf die Fallzahlen je Vollzeitstelle um mindestens 50% kleiner als bei den von Jung et al. (2014) ausgewerteten Kliniken. Zugleich ist der Anteil an Kontakten mit relativ kurzer Dauer um die Hälfte geringer als in der Studie von Jung et al., stattdessen sind die zeitaufwändigeren Kontakte (30-60 Minuten) um 7 % bis 16 % häufiger. Die im direkten Kontakt<sup>12</sup> mit dem Patienten (und oder seinen Angehörigen) aufgewendete Arbeitszeit ist insgesamt etwas geringer als in der Studie von Jung et al. (siehe Tab. 1).

## **2. Verrichtungsstatistik versus Bedarfsbefriedigung (Versorgung)**

Ein ebenfalls gravierendes Problem der Studie von Jung und Mitarbeitern besteht darin, dass ausschließlich untersucht wurde, wie viel Zeit die Mitarbeiter mit direkter und indirekter Patientenversorgung zubringen. Es bleibt dabei jedoch vollkommen ausgeklammert, was für einen Bedarf der jeweilige Patient eigentlich hatte. Das heißt aber, die bei Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) wiederum vollmundig angesprochene Unterscheidung nach „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ war überhaupt kein Gesichtspunkt, der in der Studie von Jung und Mitarbeitern enthalten war. De facto bleibt so auch offen, ob die von diesen Mitarbeitern geleistete Versorgung – gemessen am Bedarf des Patienten – überhaupt relevant, ausreichend oder gar überflüssig gewesen ist.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Da unsere (fortlaufende) Aufwandserfassung wie erwähnt an den Erfordernissen der Zertifizierung ausgerichtet ist und hier die indirekte Arbeitszeit irrelevant ist, können wir keine präzisen Angaben zum Umfang dieser Arbeitszeit machen. Deren Relation zu der im direkten Patientenkontakt verbrachten Arbeitszeit beziffern Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) mit 1:1, also dass auf jede im direkten Patientenkontakt verbrachte Minute Arbeitszeit eine Minute kommt, die mit indirekten Leistungen verbunden ist (Dokumentation, Wegezeiten, Besprechungen, Ausfallzeiten usw.). Dies erscheint mir eher plausibel, auch wenn es mit den Daten von Jung et al. (2014), auf die Mehnert-Theuerkauf et al. sich eigentlich beziehen, nicht im Einklang steht (siehe unten). Wegen des größeren Dokumentationsaufwandes und den höheren Wegezeiten im Konsil-/ Kontraktmodell dürfte diese Relation mit Sicherheit ungünstiger sein, mindestens bei 1: 1,5 bis 1:2 liegen! Empirische Daten dazu haben wir aber nicht.

<sup>13</sup> Genau auf diese Problematik zielt auch meine andernorts (Ullrich 2020) formulierte Kritik nämlich, dass die Psychoonkologie sich trotz inzwischen mehr als 40 jähriger Praxis nicht darum bemüht hat oder dazu im Stande gesehen hat, die Effektivität der unterschiedlichen, auch unterschiedlich personalintensiven Modelle einmal auf den Prüfstand zu stellen.

Desgleich bleibt in der Studie von Jung et al. (2014) offen, ob die Mitarbeiter durch die ermittelten Versorgungsaktivitäten (voll) ausgelastet waren oder nicht. Letzteres wäre aber erforderlich, wenn es um Aussagen über das Leistungsvolumen einer Vollzeitkraft sowie daraus ableitbare Aussage nach dem Bedarf an Mitarbeitern bei einer gegebenen Anzahl an Krebspatienten geht.

### **3. Wurde der laufende Betrieb untersucht?**

Der Artikel von Jung und Mitarbeitern enthält zudem Hinweise darauf, dass mindestens ein Teil der untersuchten psychoonkologischen Mitarbeiter erst für den Zweck dieser Studie eingestellt wurde. Dazu passt auch die Bemerkung, dass die Fallzahlen (pro Jahr und Vollzeitkraft) im zweiten Auswertungsjahr deutlich (24 %) höher ausgefallen seien als im ersten, was eine Art abgeschlossenen „Einfindungsprozess“ als Interpretation nahelegt.<sup>14</sup>

Dies ist insofern von großer Bedeutung, als man dann de facto nicht die reguläre psychoonkologische Versorgung untersucht hätte, sondern deren Implementierung, mindestens aber das Einfinden von psychoonkologischen Mitarbeitern in ihren (für sie neuen) Arbeitsbereich. Zumal mit Blick auf die in vieler Hinsicht ungewöhnlichen und für psychologische Mitarbeiter nicht einfach zu bewältigenden Herausforderungen der Arbeit im somatischen Bereich, auf die u.a. Watzke et al. (2008) und besonders anschaulich und zutreffend auch Berend und Kuchler (2010) hingewiesen haben, darf man die Ergebnisse solcher Verrichtungsstatistiken dann gerne mit Vorsicht genießen.

Auch hier mag ein Blick auf unsere eigenen Zahlen die Größe des Effektes illustrieren (siehe Tab. 1 im Anhang). Im Gegensatz zu dem, was Jung und Mitarbeiter berichten, unterscheiden sich die entsprechenden Zahlen in unserer Klinik (laufender Betrieb) zwischen 2018 und 2019 nur unbedeutend (3 % bei den Fallzahlen) und zwar hinsichtlich aller relevanten Parameter (Gesamtzahl versorgter Patienten; Verteilung der Zeitdauer/Kontakt; Häufigkeit der Kontakte/Patient; Gesamtzeit der direkten Patientenversorgung/Patient im Durchschnitt bzw. im Median).

### **4. Primärfälle?**

Wie schon bei Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) vermisst man auch bei Jung et al. (2014) die ansonsten geläufige Unterscheidung nach Primärfällen und Patienten im Verlauf.<sup>15</sup>

## **4. Fehler und Probleme bei der Bestimmung des Personalaufwands und des Personalbedarfs in der Arbeit von Mehnert-Theuerkauf et al. (2020)**

### **1. Erforderlicher Zeitaufwand zur Versorgung versus Zeitbudget**

Ein grundsätzliches Missverständnis in der Arbeit von Mehnert-Theuerkauf et al. betrifft die Frage, über was die Autoren eigentlich Aussagen machen. Während sie an (fast) allen Stellen fälschlich vom

---

<sup>14</sup> Die Autoren beziehen diesen Unterschied auf den Effekt der Einführung ihrer Methode (Case-Management) und die damit einhergehende Standardisierung von Abläufen, die über Einspareffekte einen Leistungszuwachs ermöglichte.

<sup>15</sup> Nach den Ergebnissen unserer eigenen Verlaufsdokumentation liegt der Zeitaufwand für direkte Patientenversorgung bei Krebspatienten im Verlauf knapp 20 % über dem von Primärfällen (bislang nur Daten für 2018), was nicht verwunderlich ist. Für die medizinische Versorgung dürfte ein solcher Vergleich wohl noch viel ausgeprägter ausfallen, weshalb die Fokussierung der Zertifizierung auf „Primärfälle“ sonderbar anmutet.

„Versorgungsbedarf“ sprechen, sind die von ihnen durch die Bezugnahme auf die von Jung und Mitarbeitern (2014) erhobenen Werte mitnichten Aussagen zum Versorgungsbedarf, sondern lediglich solche zu der dafür (rechnerisch) pro Fall zur Verfügung stehenden Arbeitszeit, also dem für die Versorgung zugebilligten Zeitbudget. Dass dies einen fundamentalen Unterschied macht, braucht wohl nicht weiter erläutert zu werden. Während in der dafür wichtigen Tabelle 4 (auf S. 182) in der entsprechenden Spaltenbezeichnung neutral von »Arbeitszeit pro Patient« die Rede ist, heißt es im Text, dass sich »für die direkte Patientenversorgung (...) ein Arbeitsaufwand pro Erkranktem von (...) ergibt« (S. 183, Hv. GU). Nur an einer Stelle sind die Autoren präziser, nämlich bei der Beschreibung der »sonstigen Aufgaben«, wo sie feststellen, dass »eine Arbeitszeit von 1,8 h pro Erkrankten zur Verfügung (steht)« (S. 183, Hv. GU).

Auch in ihrer Diskussion verrät eine Formulierung (wohl eher unfreiwillig), dass den Autoren eigentlich die Sachlage bewusst ist, dass der Leser aber offenbar in der falschen Vorstellung gehalten werden soll, mit dieser rechnerisch zur Verfügung stehenden Arbeitszeit (Zeitbudget) sei der onkologische Patient „versorgt“. So loben sich die Autoren selbst dafür, dass mithilfe des »psychoonkologischen Versorgungsalgorithmus (...) erstmals aufgeschlüsselt (wird), wie ein ausreichender Bedarf psychoonkologischer Versorgung im stationären Setting gestaltet (!) werden sollte« (a.a.O., Hv. GU). Seit wann wird ein Bedarf „gestaltet“? De facto wird mit der Arbeit das rechnerisch zur Verfügung stehende Zeitbudget gestaltet (nämlich reguliert), mit dem man dann versuchen kann, den Bedarf „ausreichend“ zu befriedigen. Ob das mit dem beschriebenen Zeitbudget möglich ist, haben weder Jung und Mitarbeiter gezeigt (und nicht einmal die Frage danach aufgeworfen), noch hat der Vorschlag von Mehnert-Theuerkauf et al. darauf eine Antwort. Wie auch, dafür müsste man sich ja mit der Frage befassen, wie denn überhaupt der Bedarf in der Psychoonkologie angemessen zu beschreiben ist. Um diese Aufgabe drückt man sich seit Jahren.

## ***2. Subjektive Belastung „und oder“ psychische Komorbidität?***

Bei der Berechnung des mutmaßlichen Versorgungsbedarfs unterläuft den Autoren ein gravierender logischer Fehler, der sich am ehesten aus einer ohnehin in der Psychoonkologie verbreiteten Tendenz erklären lässt, den Bedarf für die eigene Dienstleistung möglichst hoch anzusetzen oder zu berechnen (vgl. Ullrich 2020a). Denn für die Quote des vermeintlichen Bedarfs addieren die Autoren alle möglichen Häufigkeiten zusammen, schauen also, bei wie vielen für die Versorgung aufgeschlossenen Patienten (Bedürfnis) in den zu Grunde gelegten epidemiologischen Studien entweder ein auffälliger Wert im Belastungsscreening vorgelegen hatte oder eine relevante Komorbidität festgestellt wurde. Naturgemäß resultieren daraus hohe Werte, die die Autoren – ohne dass das aus den in der Veröffentlichung selbst präsentierten Prozentwerten unmittelbar nachvollziehbar wäre – mit 50 % für die »hochbelasteten« Organkrebszentren angeben und mit 30 % für die weniger belasteten (Mehnert-Theuerkauf et al. 2020, S. 181f). Ein logischer Fehler ist dies insofern, als sich die Berechnung von Bedarfswerten immer an der klinischen Wirklichkeit orientieren muss. Und für die gilt immer noch, dass die Inanspruchnahme von Angeboten ausschließlich von der subjektiven Einschätzung des Patienten abhängig ist und nicht vom Befund („Bedarf“). Es ist nämlich die vom Patienten bewertete (subjektive) Belastung, die hier als Vorstufe wirksam wird, und dann die Bewertung, dass diese Belastung ausreicht, ein etwaiges Angebot auch anzunehmen (Bereitschaft).

Mit den epidemiologisch gewonnenen Daten zur tatsächlichen Häufigkeit eines therapiebedürftigen Befundes wird lediglich die Möglichkeit eröffnet, die Größe des Effektes abzuschätzen, den diese grundsätzliche Angewiesenheit von Inanspruchnahmen auf das subjektive Patientenurteil wohl

haben wird, also wie häufig ein problematischer, komorbider Befund bei an Krebs Erkrankten ist, die eine psychoonkologische Mitbehandlung für sich aber ausschließen (oder dafür erst gewonnen werden müssen). Wenn dieser Effekt bedeutsam ist, rechtfertigt dies sicher besondere Anstrengungen, etwa in dem von Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) vorgeschlagenen Sinne, dass man diese abgeleiteten Patienten dennoch einmalig aufsucht.

Grundsätzlich gilt: wir haben in der Klinik (zum Glück, möchte man sagen) keine Möglichkeit, bei jedem an Krebs Erkrankten zuvörderst den komorbiden psychiatrischen Status zu erheben, also den »objektiven Bedarf« zu ermitteln. Allenfalls gelingt dies näherungsweise mit der Hilfe von psychoonkologischen Screenings (Herschbach und Weis 2010), die gerade und zu Recht nicht identisch sind mit einem psychiatrischen Befund, selbst wenn sie, wie besonders bei der HADS,<sup>16</sup> damit gut korrelieren.

Wenn sich aus dem Gesagten ergibt, dass das subjektive Urteil (Belastung und Bereitschaft) allein maßgeblich ist für die Inanspruchnahme des Personals, um dessen Bedarfsabschätzung es doch gehen soll, dann folgt daraus auch, dass die Berechnung entsprechender Nachfragewahrscheinlichkeiten aus den von Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) mitgeteilten Werten abgelesen werden kann (a.a.O., Tab. 1, S. 179). Diese lauten nämlich:

1. eine Belastung und eine Bereitschaft zeigen 22,3 % der Krebspatienten,
2. eine Belastung, aber keine Bereitschaft geben 29,5 % der Krebspatienten an,
3. ein Bedürfnis ohne einen Hinweis auf Belastung äußern 9,7% der Krebspatienten,
4. die deutlich größte Gruppe, nämlich 38,5 % der Krebspatienten, bewertet sich weder als besonders belastet noch wird eine Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Angeboten gezeigt.

Aus diesen Prozentraten ließen sich dann auch sinnvolle Bedarfsquoten berechnen (vgl. Ullrich 2020b), aber in der von Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) vorgelegten Form wird vor allem der Eindruck vermittelt, Psychoonkologie werde von extrem vielen Patienten sowohl gebraucht als auch nachgefragt. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt?

### ***3. Unerklärte Abweichungen von der Referenzstudie (Junge et al. 2014)***

Wenn schon die eigenen Vorschläge vielversprechend als „evidenz- und konsensbasiert“ präsentiert werden (a.a.O., S. 182), sollte man eigentlich meinen, dass Abweichungen von der Quelle, die diese Evidenz liefern sollte, explizit benannt und dann auch der dazu ggf. hergestellte „Konsens“ erläutert wird. Das ist jedoch nicht der Fall.

So wird über den „Versorgungsalgorithmus“ ein Leistungsvolumen von 300 Patienten „errechnet“, das sich deutlich von dem bei Jung et al. (2014) ermittelten Wert (351 bzw. 436 Patienten) unter-

---

<sup>16</sup> Hospital Anxiety and Depression Scale; vgl. Herschbach und Weis (2010) . Was die relative hohe Korrelation der HADS mit Angst und Depression anbetrifft, ist mit Blick auf meine Argumentation im Abschnitt 1.1. anzumerken, dass hier zwar das Screening auf psychopathologisch bedeutsame Ausprägungen dieser Symptome bezogen ist, die aber auch für sich genommen schon eine gewisse Krankheitsrelevanz beanspruchen können, auf der ich in dem Abschnitt bestanden habe. Genau dies kann ein generelles psychiatrisches Screening, wie es in den epidemiologischen Studien praktiziert wurde, nicht einlösen.

scheidet. Auch wird die für indirekte Versorgung aufgewendete Arbeitszeit mit 1:1 angesetzt, während aus den Daten von Jung et al. (2014) ein – zugegeben merkwürdig geringes – Verhältnis von 1:0,3 hervorgeht (2014, S. 58). Beide Abweichungen haben selbstredend erhebliche Auswirkungen auf darauf aufbauende Berechnungen.

#### **4. Versorgungsquote bei hoch belasteten Patienten 100%?**

Die hochtrabend »Versorgungsalgorithmus« genannten Tabelle 4 (a.a.O., S. 182) steckt auch sonst voller Ungereimtheiten und Fehler (die nicht ohne Auswirkungen auf die resultierenden Zeitbudgets bleiben können).

So stellen die Autoren in der Spalte „Versorgungsquote“ der besagten Tabelle fest, dass diese bei den hoch belasteten Patienten jeweils (also bei den beiden unterschiedenen Entitätsgruppen) bei 100 % läge. Wie man diese Aussage verstehen soll, bleibt rätselhaft. Denn nimmt man die Autoren beim Wort, nämlich dass es sich um jenen Teil der Patienten handele, der einen „objektiven“ Bedarf (psychische Störung und oder auffälliger Belastungswert) und ein Bedürfnis zur Inanspruchnahme zeigte, was bei 50% der Patienten in den hoch belasteten und bei 30% der weniger stark belasteten Entitäten der Fall gewesen sei, dann fehlen hier offensichtlich jene Patienten, die zwar einen Bedarf haben (Störung und oder Belastung), aber keine Bereitschaft zeigen. Sollten diese Patienten hingegen mit zu den 30% Patienten gehören, die bloß indirekte Versorgung erhalten, z.B. nur eine „allgemeine Patienteninformation“ (was immer das sei), dann wären sie dort fälschlich als „geringer belastet“ eingestuft.

#### **5. Versorgung von 300 Patienten durch eine Vollkraft?**

Es ist mir auch nach vielmaligem Lesen des vorgeschlagenen „Algorithmus“ bislang nicht gelungen zu begreifen, wie die Autoren zu dem Ergebnis gelangen, dass durch eine Vollzeitkraft 300 Patienten in den hoch belasteten Krebszentren und 500 Patienten in den weniger hoch belasteten Organkrebszentren „versorgt“ werden. Ich gelange immer wieder nur zu denselben, geringeren Fallzahlen, nämlich 195 Patienten (150+45) in den hoch belasteten Organkrebszentren und 255 Patienten (150+105) in den geringer belasteten – was in beiden Fällen weit unter den Werten von Jung et al. (2014) bleibt, auf die sich diese Autoren eigentlich bezogen hatten.

#### **6. Kalkulation als Tarnung von Willkür?**

Während die von den Autoren als „Algorithmus“ vorgestellte Tabelle 4, die überwiegend die Berechnung der zur psychoonkologischen Versorgung rechnerisch zur Verfügung stehenden Zeit wiedergibt, den Eindruck soliden und detailgenauen Austarierens macht, sind die Kalkulationen bei genauer Betrachtung bloß die Verzierung für willkürliche und inhaltlich nicht weiter begründete Festlegungen. Festgelegt und inhaltlich nicht weiter erläutert wird nämlich, dass durch eine Vollzeitkraft nicht mehr als 150 Patienten direkt versorgt werden können und dass weniger belastete Patienten gar keine direkte Versorgung erhalten, sondern lediglich ein Drittel von ihnen indirekte Versorgung erhält (wozu etwa gezählt wird: Weitervermittlung und Nachsorge, Rückmeldungen an das onkologische Team, Gespräche mit Angehörigen). Nichts davon wird, wie erwähnt, angemessen inhaltlich begründet, und mit Blick auf die willkürlich festgelegten Leistungsgrenze hat diese Setzung im Zusammenhang der Ressourcenabschätzung selbstredend größte Relevanz.

Alle „Berechnungen“ der Tabelle 4, die suggerieren, hier sei wirklich Empirisches „ermittelt“ und dadurch ordentlich abgesichert worden, erweisen sich bei genauer Betrachtung bloß als rechnerischere Ausführungen dieser willkürlichen Setzungen. Die tatsächlichen empirischen Ergebnisse, nämlich in Gestalt der in epidemiologischen Studien ermittelten Häufigkeiten von Belastungen/und Morbidität einerseits sowie Bereitschaft (Bedürfnis) andererseits, tragen nur noch zur rechnerischen Ausführung dieser willkürlichen Setzungen bei und verleihen dem Ganzen den Anstrich des unumstößlich empirisch Ermittelten, während das Gegenteil davon wahr ist

So resultiert rechnerisch aus der Festlegung von 150 direkt betreuten Patienten in den hoch belasteten Organkrebszentren, in denen empirisch eine Rate von 50 % (Bedarf inklusive Bedürfnis) ermittelt wurde, dass dann die Grundgesamtheit 300 Krebspatienten umfassen muss. Desgleichen sind es 500 Krebspatienten bei wiederum 150 versorgten Patienten, aber einer Quote von 30 % in den weniger belasteten Organkrebszentren.

Und ebenso rechnerisch eindeutig ableitbar ist dann auch, dass in dem einen Fall 150 und im anderen Fall 350 Krebspatienten zu den weniger belasteten Patienten zählen (müssen), von denen dann – wiederum willkürlich gesetzt – 30 % immerhin »indirekt versorgt« werden, also 45 Personen bzw. 105 Personen. Und hat man erst die Personenzahl auf diese Weise „ermittelt“ und die Jahresarbeitszeit für direkte Versorgungsleistungen mit einem Drittel der Gesamtarbeitszeit festgelegt, die Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) mit jeweils 528 Stunden für direkte und für indirekte Versorgung beziffern, dann sind auch die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Zeitkontingente lediglich Anwendungen dieser Setzung auf das Zahlenmaterial. Was dabei vollkommen aus dem Blick gerät (oder unterschlagen wird) ist die Frage, warum eine Vollzeitkraft so viel und nicht mehr (oder womöglich gar nicht so viel) schaffen können soll, denn immerhin sprechen die Zahlen von Jung et al. (2014) eine ganz andere Sprache, und die von uns tun es in umgekehrter Richtung auch.

Was ebenso aus dem Blick gerät, jedenfalls nicht von den Autoren thematisiert wird, ist die Frage, ob die so „ermittelten“ Zeiten für direkte und indirekte Versorgung denn ausreichen oder in diesem Umfang überhaupt benötigt werden. Immerhin kommen die Autoren zu Gesamtzeiten, die um den Faktor 2,5 höher liegen als die andernorts (und wirklich empirisch!) ermittelten Durchschnittszeiten (siehe Tab. 1 im Anhang). Dass diese empirisch ermittelten Durchschnittszeiten nur den Aufwand, aber womöglich nicht den für die Versorgung wirklich erforderlichen Zeitbedarf abbilden, ist bereits erwähnt worden (Abschnitte 3.2. und 4.1.). Insofern könnten die von Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) mitgeteilten Zeiten vielleicht stimmen. Aber dazu erfährt man nichts. Naheliegend ist es im Übrigen durchaus nicht.

### **7. Falsche Berechnung der Ressourcen für die Organzentren**

In Tabelle 5 der Arbeit (S. 183) werden die aus dem „Algorithmus“ vermeintlich resultierenden Zahlen für die unterschiedlichen Organzentren aufgeführt, wonach sich für alle Entitäten außer Haut und Prostata ergebe, dass »eine Vollzeitkraft (...) 300 Personen versorgen kann« während es bei den beiden weniger belasteten Entitäten sogar 500 Personen seien. Hier scheinen verschiedene Gesichtspunkte durcheinander zu gehen, nämlich wie groß die Grundgesamtheit der (mehr oder weniger belasteten) Patienten sein darf, um die Leistungskapazität einer Vollzeitkraft voll auszunutzen einerseits, und diese Leistungsfähigkeit einer Vollkraft pro Jahr andererseits.

Wenn bei einer durchschnittlichen Leistungsfähigkeit einer Vollzeitstelle angeblich pro Jahr 300 an Krebs Erkrankte versorgt werden können, dann ist es vollkommen unerheblich, ob ich diese 300 Fälle aus einer Vielzahl von Patienten einer durchschnittlich geringer belasteten Entität rekrutiere oder dafür nur eine deutlich kleinere Zahl von durchschnittlich hoch belasteten Patienten benötige, es bleiben 300 Patienten. Dies zumal dann, wenn in dem „Algorithmus“ der Autoren ja unterstellt wird, dass man sich auf die Patienten mit dem „objektiven“ Bedarf beschränkt, also bei der Versorgung der weniger belasteten Entitäten nicht etwa insgesamt geringer belastete Patienten versorgen würden (was dann einen Sinn im Hinblick auf größere Fallzahlen ergäbe). Weshalb ein Psychoonkologe 300 Patienten pro Jahre versorgen können soll, bleibt in der ganzen Rechnerei dem Leser verborgen.

Die von den Autoren generierten Zahlen zu den Grundgesamtheiten, die dann angeblich die Bedarfszahlen deutlich machen, sind wie eben gezeigt durch schlichte Extrapolation von willkürlichen Setzungen zustande gekommen. Zudem wurden sie unter Verwendung von empirischen Ergebnissen (Epidemiologie des Bedarfs und des Bedürfnisses, siehe Tab. 2 im Anhang) zustande gebracht, die ihrerseits verzerrt sind, weil unterschiedliche Betrachtungsweise gepoolt wurden (subjektive Belastung und Komorbidität; vgl. Abschnitt 4.2), so dass in der Summe eine jenseits der Wirklichkeit verortete Zahl von Krebspatienten resultieren muss, durch die eine Vollzeitkraft angeblich ausgelastet wird.

## Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Es sollte hinreichend deutlich geworden sein, dass der Vorschlag von Mehnert-Theuerkauf et al., an dem, wie sie selbst sagen, die Vorstände und Beiräte der Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) der Amtszeiten 2016-2018 sowie 2018-2020 mitgearbeitet haben, nicht ansatzweise in der Lage ist, die endlich und mit Recht aufgeworfene Frage zu beantworten, »wie hoch der Bedarf ist und wie viel psychoonkologischen Versorgung notwendig ist« (2020, S. 181).

Hierfür sind ausschlaggebend:

1. eine Fehlkonzeption des „Bedarfs“, nämlich entlang psychiatrischer Komorbidität, die in der tatsächlichen psychoonkologischen Versorgung, die von den Autoren korrekt skizziert wird, gar nicht im Fokus steht.<sup>17</sup> Demgegenüber wurde für das faktische psychoonkologische Tun

---

<sup>17</sup> Dass die Fokussierung der Frage nach dem „objektiven“ psychoonkologischen Bedarf des Patienten auf den Aspekt „psychiatrische Komorbidität“ an der Realität der Psychoonkologie glatt vorbeigeht, lässt sich auch daran ablesen, was in der konkreten Versorgung passiert: erstens, wie Mehnert und Mitarbeiter selbst hervorheben, hat die psychoonkologische Versorgung primär supportiven Charakter (a.a.O., S. 181; vgl.a. Weis 2010). Zweitens wird entsprechend den bei Jung und Mitarbeitern (2014) ermittelten Versorgungsdaten in der Mehrzahl ein Aufwand von zwei Kontakten mit einer Durchschnittsdauer von 107 min betrieben. Drittens wird auch im ambulanten Bereich, wo zeitliche Beschränkungen entfallen, wie sie durch die Entlassung des Patienten bei der psychoonkologische Mitbehandlung in der Klinik üblich sind (und dort als Störgröße aufgefasst werden könnten, dann also ein verzerrtes Bild des wirklichen Bedarfs abbilden würden), das Gros der onkologischen Patienten »mit wenigen Beratungsgesprächen (!) ausreichend versorgt« (Singer et al. 2010 , S. 377; Hv. GU). Sieht so – supportiv und nur ein paar Beratungen – die adäquate Behandlung krankheitswertiger Störungen aus? Wohl kaum, aber um die geht es in der Psychoonkologie in Wahrheit auch gerade nicht. Das hat Sturm (2010) sehr klar ausgesprochen, wenn auch für Manchen im Ergebnis schmerzlich, als er nämlich zur Frage der Indikation von (Richtlinien-) Psychotherapie bei Krebs-

- (Informationen, Edukation, Support) nie ein diesem entsprechender Bedarf angemessen konzipiert und quantifiziert;
2. das Vertrauen auf gerade einmal eine empirische Studie zur Versorgungswirklichkeit in der stationären Psychoonkologie (Jung et al. 2014), in der diese Autoren selbst hervorheben, dass ihre Resultate allenfalls Gültigkeit haben für Bereiche, die nach demselben Prinzip (Liaison) organisiert sind, im Konsiliarbereich, den sie hier explizit erwähnen, aber zu einer beträchtlichen Fehlbeurteilung führen dürften;
  3. handwerklichen Mängel bei der Umsetzung der andernorts ermittelten Kennwerte in die eigenen Berechnungen des resultierenden Zeitbudgets (a.a.O., Tab. 4, S. 182) sowie
  4. einer Vermengung der Gesichtspunkte Leistungsvolumen einer Vollzeitkraft versus Anzahl der Krebspatienten im Zentrum (Pool) zur Auslastung einer psychoonkologischen Vollzeitstelle.

Was das Zeitbudget anbetrifft, ist ein pikanter Nebenaspekt, dass die von mir korrigierte Berechnung zu Zeitangaben führt (6,3 h bzw. 7, 5 h Zeitbudget für die direkte Patientenversorgung bei der Gruppe der „hoch belasteten“ Patienten, vgl. Tab. 3 im Anhang) die im Hinblick auf die von den Autoren angesprochene Unterscheidung zwischen Über- und Unterversorgung zu denken geben könnte. Denn schon die von Mehnert-Theuerkauf et al. berechneten (falschen) Kennwerte lagen deutlich höher als die Durchschnittszahlen in der Studie von Jung et al. (2014) und auch höher als die bei uns ermittelten Durchschnittszeiten, so dass man meinen könnte, dieser „Algorithmus“ führe entweder zu Überversorgung oder zu sehr entspanntem Arbeiten der Psychoonkologen.

Ein unbefangener und zumal aus der Somatik stammender Leser wird sich nach Alledem fragen, wie ein Artikel mit solchen Mängeln den Review überstehen konnte, vor allem aber, wie es sein kann, dass erstens die wohl in die Dutzende gehenden psychoonkologischen Studien zur psychiatrischen Komorbidität einen Gesichtspunkt von „objektivem Bedarf“ bedienen, der – ausdrücklich auch gemäß der von den Autoren selbst vorgenommenen Charakterisierung der Praxis stationärer Psychoonkologie – an eben dieser eher vorbei geht. Und weiter wird man sich fragen und wundern dürfen, wieso nach mehr als 40 Jahren psychoonkologischer Praxis in deutschen Kliniken eine Berechnung des dafür erforderlichen Personalbedarfs auf eine Studie aufbauen muss.

Meine Antwort darauf habe ich andernorts bereits formuliert (Ullrich 2020a), nämlich dass hier berufliche Eigeninteressen den klaren und nüchternen Blick sowie die dazugehörige Forschungspraxis eingetrübt haben. Und im konkreten Fall von Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) würde ich sogar noch einen Schritt weiter gehen und behaupten, hier wird zusätzlich noch eine (für die Somatik nicht durchschaubare) berufsständische Politik insofern betrieben, als die der konkreten Arbeit überhaupt nicht gemäße Fokussierung des vermeintlichen Bedarfs auf die krankheitswertigen seelischen Störungen dazu dient (oder zumindest dazu führt), den Psychologischen Psychotherapeuten den Weg in die Psychoonkologie zu ebnet bzw. diese gegenüber den nicht approbierten Psychologen in die „Pole position“ zu bringen.<sup>18</sup>

---

kranken Patienten feststellte, dass sich diese in der Praxis wohl »überwiegend auf Patienten (beschränkt), die bereits früher unter subklinischen oder klinisch relevanten psychischen Störungen gelitten haben« (a.a.O., S. 166).

<sup>18</sup> Man beachte in diesem Kontext auch, dass in dem Modellprojekt von Jung et al. (2014) nicht etwa Psychologen mit psychoonkologischer Zusatzausbildung zur Teilnahme an der Studie erforderlich waren, sondern Psychologische Psychotherapeuten (vgl. Einleitung zu Punkt 3., Konzeptuelle Schwächen). Auch die eingangs

In meinen Augen wird mit einer solchen, kurzfristig und partikular „nützlichen“ Strategie langfristig großer Schaden angerichtet, der die eigene Zunft betrifft, die Patienten und auch die Kliniken:

- Die „eigene Zunft“, hier verstanden als die Gruppe der Psychologen, zu denen die Psychologischen Psychotherapeuten eben auch gehören, insofern eine solche Strategie extrem unkollegial gegenüber den nicht approbierten Psychologen ist, die – wenn man das tatsächliche Arbeitsfeld der stationären Psychoonkologie anschaut – mit einer psychoonkologischen Weiterbildung, die ohnehin verpflichtend ist, sowie den sich von selbst verstehenden beruflichen Vertiefungen passend zum jeweiligen Aufgabenprofil ohne Zweifel ausreichend kompetent sind, um die weit überwiegende Zahl der sich ergebenden Problematiken angemessen zu bedienen.
- Die Patienten werden durch diese Strategie geschädigt, weil es nun ausgerechnet die Psychoonkologie ist, nämlich hier die psychotherapeutisch approbierten Psychoonkologen, die eine Psychopathologisierung des somatisch Kranken befördern (was Patienten im Sinne einer Angst vor »Psychiatisierung« durch Inanspruchnahme psychoonkologischer Angebote schon gefürchtet und von einer bedarfsangemessenen Nutzung von Unterstützung abgehalten hätte, wie es Weis et al. in der Einleitung zu ihrem psychoedukativen Versorgungsangebot für Krebspatienten explizit erwähnten; 2006, S. 5).
- Und schließlich könnte eine solche Strategie, wenn sie bis in die Zertifizierung hinein wirksam werden sollte, sich verhängnisvoll auswirken, denn wenn erst einmal Konsens ist, dass onkologische Zentren, um psychoonkologisch ausreichend qualifiziert zu erscheinen, eines Psychologischen Psychotherapeuten bedürfen, dann könnte der Tag nicht mehr fern sein, wo das Kartenhaus der Psychoonkologie durch unerfüllbare Forderungen in sich zusammenfällt. Oder glaubt man ernsthaft, es werde in absehbarer Zeit haufenweise approbierte Psychotherapeuten geben, die also Psychotherapie als (gut dotierte) Kassenleistung in eigener Regie (Praxis) anbieten können und die wegen ihrer kostspieligen, entbehrensreichen und viel Lebenszeit verschlingenden Qualifikation genau dies, also Psychotherapie, dann auch praktizieren wollen, dass also solchermaßen qualifiziertes Personal zukünftig zuhauf verfügbar und gewillt sein wird, in Anstellung und untergeordnet in die Hierarchie der medizinischen Institution sich mit Patienten zu befassen, die mitunter nicht wissen, ob sie dieser Hilfe überhaupt bedürfen, jedenfalls mehrheitlich (zu Recht) keine Ambitionen haben, inmitten einer akuten, existenziellen Krise und Bedrohung auch noch „Psychotherapie“ zu machen. Glaubst du daran wirklich jemand?

Diese zugegeben ausgeuferte kritische Auseinandersetzung mit dem Beitrag von Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) versteht sich als eine Art Weckruf an die Adresse der Psychoonkologie, sich auf die konkreten Anliegen der Patienten und die tatsächlichen Bedarfslagen vor Ort zu besinnen. Und endlich eine Versorgungsforschung zu betreiben, die sich mit der Wirklichkeit der Versorgung befasst<sup>19</sup> und dann hoffentlich bald zu empirisch und inhaltlich wohlbegründeten Antworten auf die

---

erwähnte und eigentlich sonderbare Zuordnung der „Edukation“ zu den indirekten Versorgungsleistungen (vgl. Abschnitt 1.1., S. 4) könnte hier einen unabsichtlich Sinn bekommen, insofern aus der Perspektive einer Psychoonkologie, die glaubt, krankheitswertige Störungen und ihre psychotherapeutische Behandlung zum Kern erheben zu müssen, die Psychoedukation dann leicht nicht mehr zum „Eigentlichen“ gehört.

<sup>19</sup> So meinen Koch et al. (2016, S. 718), dass die „niedrig dosierte“ (!) psychoonkologische Versorgung im Rahmen von Konsildiensten bislang »kaum untersucht« sei. Wie sie zu einer solchen Einschätzung kommen, wo sie doch selbst feststellen, dass dieser Teil der psychoonkologischen Versorgung (wohlgemerkt 2010, nach mehr als 30 Jahren psychoonkologischer Praxis in Deutschland) „kaum untersucht“ wurde, bleibt das

eingangs von Mehnert-Theuerkauf et al. gestellten Fragen gelangt. Zur Wahrheit gehört in dieser Frage aber auch, dass es dafür nicht nur der entsprechenden Fragestellungen und Einstellungen der Forscher bedarf, sondern auch selbstkritischer und (deshalb) empirischer Forschung gegenüber aufgeschlossener Praktiker. Dass es (auch) daran hapert, glaube ich unbesehen, und ich fürchte, dass Koch et al. (2016) Recht haben mit der Feststellung, dass manche Psychoonkologen weniger aufgeschlossen für empirische, psychoonkologische Forschung seien als ihre Patienten. Auch dies muss sich unbedingt ändern, wenn die Psychoonkologie substantielle Fortschritte machen will in Richtung auf praxistaugliche, empirisch gut begründete Erkenntnisse.

### Danksagung

Ich bin meinen Kollegen, namentlich Andrea Kronhagel, Angela Modler und Dr. Petra Tilch sowie Thomas Köhler zu Dank verpflichtet, dass sie beim Aufbau und insbesondere bei der Umsetzung unserer fortlaufenden Aufwandserfassung mitgezogen haben. Dem Leiter unseres Tumorzentrums, Prof. Dr. Oliver Heese, bin ich für seine stets unterstützende Haltung dem psychoonkologischen Team gegenüber zu Dank verpflichtet.

### Korrespondenzadresse

Dr. Gerald Ullrich  
Psychotherapeut, Psychoonkologe (WPO)  
Helios Kliniken Schwerin, Onkologisches Zentrum  
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/>

## Anhang

Tabelle 1: Versorgungszahlen aus den Helios Kliniken Schwerin versus den bei Jung et al. (2014) ermittelten Zahlen

		Schwerin 2018	Schwerin 2019	Jung et al. 2014
Gesamtzahl (n=)		658	678	4947
Fallzahl/Jahr/VK		199	220	351 bzw. 436
Kontaktdauer	<11 Min	10,2%	10,8%	23,8%
	11-30M	31,3%	36,2%	41,8%
	31-45M	35,3%	29,5%	18,4%
	46-60M	19,8%	18,4%	11,3%
	>60M	3,4%	5,1%	4,7%
Kontaktzahl/Fall <sup>1)</sup>	0	-	-	3,5%
	1	39,2%	39,5%	32,7%
	2 bis 3	38,6%	36,6%	34,0%
	4 bis 6	14,1%	16,7%	17,2%
	7 bis 10	5,1%	4,6%	5,1%
	>10	3,1%	2,6%	3,1%
Gesamtzeit/Fall <sup>2)</sup>	MW± SBW	97 ±92 Min.	99±104 Min.	107± k.A. Min.
	Median <sup>3)</sup>	70 Min.	65 Min.	k.A.

Schwerin: Klinik der Maximalversorgung; zertifiziert für mehrere onkologische Entitäten; 3,56 VK für das gesamte Tumorzentrum (wovon 2018 nur 3,3 VK besetzt waren, in 2019 nur 3,08 VK). Alle onkologischen Patienten haben Zugang zum psychoonkologischen Dienst, nicht nur jene aus den zertifizierten Bereichen. Gleichwohl Schwerpunkte in den Bereichen Hämatologie, Gynäkologie/Brustzentrum, Urologie, Allgemeine Chirurgie sowie Pneumologie, von woher auch ca. 2/3 der psychoonkologisch betreuten Patienten stammen. Außer im Bereich Gyn/Brust sowie Häm/Onko erfolgt die gesamte sonstige psychoonkologische Versorgung nach dem „Kontraktmodell“ (modifiziertes Konsilmodell), in den genannten Bereichen angelehnt an das „Liaisonmodell“.

Jung et al. (2014): Gesamte direkte Versorgungsleistungen während zweier Erhebungsjahre in sechs Kliniken; siehe auch Einleitung zu Abschnitt 3 auf S. 9.

VK: Vollzeitkraft

- 1) Bei Jung et al. (2014) meint Kontaktzahl Null, dass bei diesen Patienten keine direkte Patientenversorgung erfolgte, sondern die fallbezogene Arbeit lediglich indirekte Leistungen umfasste. Diese werden in unserer eigenen Verrichtungsstatistik nicht erfasst, fallen aber selbstverständlich auch an. Dass indirekte Leistungen erbracht werden, ohne dass ein direkter Patientenkontakt erfolgte, dürfte sich maximal in dem bei Jung et al. (2014) erfassten Bereich bewegen, eher aber wohl seltener auftreten
- 3) Gesamtzeit meint hier die gesamte Zeit im direkten Kontakt mit dem Patienten oder einem Angehörigen
- 4) Die pro Fall aufsummierten direkten Versorgungsleistungen weisen eine enorme Variationsbreite auf (z.B. bei uns in 2018 zwischen 14 Minuten und 10 Stunden!), weshalb der Median eine bessere Auskunft gibt. Danach hat der zeitliche Gesamtaufwand für direkte psychoonkologische Versorgungsleistungen während des stationären Aufenthaltes (oder der Aufenthalte) in Schwerin bei der Hälfte der Patienten unter 70 Minuten (2018) bzw. 65,5 Minuten (2019) gelegen, bei der anderen Hälfte entsprechend darüber. Vergleichbare Zahlen aus der Studie von Jung et al. (2014) werden in der Publikation nicht genannt.

Tabelle 2: Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfen und Bedarf (Belastung) <sup>1)</sup>

PSO- Inanspruchnahme		Belastung/Bedarf nach			
		Psychiatrische Komorbidität (n=1863)		Distress-Thermometer (n=3519)	
		Ja	Nein	Ja	Nein
Bedürfnis (Bereitschaft) des Patienten	Ja	18,8%	16,5%	22,3%	9,7%
	Nein	17,7%	46,8%	29,5%	38,5%

<sup>1)</sup> Prozentwerte zu den in Tabelle 1 von Mehnert-Theuerkauf et al. (2020, S. 179) mitgeteilten Fallzahlen

Tabelle 3: Vergleich der Zeitbudget-Berechnung für die direkte Patientenversorgung bei „hoch belasteten“ Patientengruppen in der Arbeit von Mehnert-Theuerkauf et al. (2020, Tab. 4, S. 182) versus korrigierte Werte

	Mehnert et al.	Richtigstellung	
Ausgangsbasis <sup>1)</sup>	N=150 Pat. / 0,5 VK		
Versorgungsquote	100 %	43% bzw. 51% <sup>2)</sup>	
Fallzahlen	150	Bedürfnis+Bedarf	Nur Bedarf
		65 bzw. 77 <sup>3)</sup>	73 bzw. 85 <sup>3)</sup>
Arbeitszeitbudget /Jahr für die direkte Patientenversorgung <sup>4)</sup>	528 h	528 h <u>minus</u> Zeit für Patienten „nur Bedarf“	0,5h / je Patient mit Bedarf, aber ohne Bedürfnis
Zeitbudget /Gesamtzahl Patient und Kalenderjahr	528 h/150	(528-40) 488 h/65 bzw. 488 h/77	73*0,5 h bzw. 85*0,5 h (ca. 40 Std.)
Ergebnis Zeitbudget	3,52 h	6,6 h bzw. 7,5 h	0,5 h

<sup>1)</sup> in dieser Berechnung bleibt unberücksichtigt, dass ich die von Mehnert-Theuerkauf et al. (2020) aus der Studie von Jung et al. (2014) herausgelesene Annahme als vermutlich falsch bezeichnet habe, wonach unbeschrieben der Organisationsform des jeweiligen Dienstes (Liaison-, Präsenz- oder Konsilmodell) mit einer halben Vollzeitstelle 150 Krebspatienten versorgt werden können.

<sup>2)</sup> Siehe Tabelle 1, Seite 179 bei Mehnert-Theuerkauf et al. (2020). Die Werte unterscheiden sich in Abhängigkeit davon, ob für die Definition des „objektiven Bedarfs“ der Distress-Score oder die psychiatrische Morbidität gewählt wird. Ein Versorgungsquote von 100 % ergibt sich nur, wenn jeder Patient, der keinen Kontakt will, aber einen Bedarf hat, mindestens einmal kontaktiert wird, wie es Mehnert-Theuerkauf et al. vorschlagen, und wenn man diesen gewissermaßen aufgenötigten Kontakt als „Versorgung“ dieser Patienten versteht.

<sup>3)</sup> Unterschiedliche Fallzahlen in Abhängigkeit von Distress-Thermometer oder Komorbidität

- <sup>4)</sup> Gemäß des (plausiblen) Vorschlags von Mehrert-Theuerkauf et al. (2020), wonach auch bei ablehnender Haltung des Patienten gegenüber einer psychoonkologischen Unterstützung mindestens ein Gesprächskontakt angeboten werden sollte, falls bei dem Patienten ein hoher „objektiver Bedarf“ (Psychopathologie und oder auffälliger Distress- Score) vorliegt, wird hier – durchaus nicht konservativ – davon ausgegangen, dass dieser eine Kontakt rechnerisch eine halbe Stunde Arbeitszeit je Patient verbraucht. Dass es durch diesen gewissermaßen wider den Patientenwillen zugemuteten psychoonkologischen Versorgungskontakt vereinzelt auch zu einer Umstimmung des Patienten kommen wird, der dann also trotz anfänglicher Ablehnung einer psychoonkologischen Begleitung einwilligt, so dass die Fallzahlen in der nebenstehenden Spalte sich erhöhen würde (und die rechnerisch für jeden einzelnen Patienten zur Verfügung stehende Zeit im Endergebnis sinken würde), bleibt nachfolgend unberücksichtigt, sei aber der Vollständigkeit halber hier erwähnt.
- <sup>5)</sup> Erster Wert bei Bezugnahme auf „objektiven Bedarf“ durch Psychopathologie, zweiter Wert bei Bezugnahme auf das Distress-Thermometer.

## Literaturverzeichnis

Berend, Maria; Küchler, Thomas (2010): Psychoonkologische Praxis in der chirurgischen Akutklinik. In: *Psychotherapeutenjournal* (4), S. 363–373. Online verfügbar unter <https://www.psychotherapeutenjournal.de/>.

Bergelt, Corinna; Reese, Christina; Koch, Uwe (2016): Psychoonkologische Versorgung in Deutschland. In: Anja Mehnert und Uwe Koch (Hg.): *Handbuch Psychoonkologie*. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe, S. 454–463.

Bräutigam, W. (Hg.) (1988): *Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer Verlag.

Büntzel, J.; Zomoradbakhsch, B.; Micke, O.; Hübner, J. (2018): Wie belastet der ökonomische Druck im Gesundheitswesen das Arzt-Patient-Verhältnis? In: *Forum: Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.* 33 (6), S. 421–427.

Faller, Hermann; Schuler, Michael; Richard, Matthias; Heckl, Ulrike; Weis, Joachim; Kuffner, Roland (2013): Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer. Systematic review and meta-analysis. In: *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 31 (6), S. 782–793. DOI: 10.1200/JCO.2011.40.8922.

Faller, Hermann; Weis, Joachim; Koch, Uwe; Brähler, Elmar; Härter, Martin; Keller, Monika et al. (2016): Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. In: *Journal of psychosomatic research* 81, S. 24–30. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2015.12.004.

Friedrich, H. (1991): Chancen und Gefahren zunehmender Spezialisierung in der Krankenversorgung am Beispiel der Psychoonkologie. In: R. Schwarz und S. Zettl (Hg.): *Psychosoziale Krebsnachsorge in Deutschland. Eine Standortbestimmung*. Heidelberg: Verlag f. Medizin Fischer (Psychosoziale Onkologie, 1), S. 87–97.

Herschbach, Peter; Weis, Joachim (2010): *Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Instrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Eine Empfehlung der PSO für die psychoonkologische Behandlungspraxis*. 2. Aufl. Berlin: Deutsche Krebsgesellschaft e.V. Online verfügbar unter [https://www.dapo-ev.de/wp-content/uploads/2017/04/pso\\_broschuere2.pdf](https://www.dapo-ev.de/wp-content/uploads/2017/04/pso_broschuere2.pdf).

Jung, Sylvia; Wiedemann, Ruth; Höhl, Hans-Ulrich; Kusch, Michael; Singer, Susanne (2014): Zeit- und Personalaufwand für stationäre psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 64 (2), S. 54–62.

Koch, Uwe; Mehnert, Anja; Schulz, Holger (2016): Perspektiven der Psychoonkologischen Forschung. In: Anja Mehnert und Uwe Koch (Hg.): *Handbuch Psychoonkologie*. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe, S. 710–722.

Köhle, K.; Kubanek, B. (1981): Zur Zusammenarbeit von Psychosomatikern und Internisten. Erfahrungen aus zwölf Jahren. In: T.v Uexküll (Hg.): *Integrierte Psychosomatische Medizin. Modelle in Praxis und Klinik*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, S. 17–54.

Lipowski, Z. J. (1977): Psychiatric consultation: Concepts and controversies. In: *Am J Psychiatry* 134 (5), S. 523–528.

Lipowski, Z. J. (1991): Consultation-liaison psychiatry 1990. In: *Psychother Psychosom* 55, S. 62–68.

Mehnert, A.; Hartung, T. J.; Friedrich, M.; Vehling, S.; Brähler, E.; Härter, M. et al. (2018): One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. In: *Psycho-oncology* 27 (1), S. 75–82. DOI: 10.1002/pon.4464.

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

Mehnert-Theuerkauf, Anja; Faller, Hermann; Herschbach, Peter; Hönig, Klaus; Hornemann, Beate; Petermann-Meyer, Andrea; Zimmermann, Tanja (2020): Psychoonkologischer Versorgungsbedarf in Krebszentren. In: *Onkologie* 26 (2), S. 178–184. DOI: 10.1007/s00761-019-00689-2.

Moseholm, Ellen; Rydahl-Hansen, Susan; Overgaard, Dorthe; Wengel, Hanne S.; Frederiksen, Rikke; Brandt, Malene; Lindhardt, Bjarne Ø. (2016): Health-related quality of life, anxiety and depression in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of diagnosis. In: *Health and quality of life outcomes* 14, S. 80. DOI: 10.1186/s12955-016-0484-9.

Pasnau, R. O. (1988): Consultation-Liaison Psychiatry: Progress, Problems, and Prospects. In: *Psychosomatics*. 29, S. 4–15.

Rappaport, B. S. (1988): Evolution of consultation-liaison services in bone marrow transplantation. In: *Gen Hosp Psychiat* 10, S. 346–351.

Schwartz, F. W. (2001): Bedarf und bedarfsgerechte Versorgung aus der Sicht des Sachverständigenrates. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 63 (3), S. 127–132. DOI: 10.1055/s-2001-11965.

Singer, Susanne; Glaesmer, Heide; Lehmann-Laue, Antje (2010): Ambulante Psychotherapie mit Krebserkrankten. In: *Psychotherapeutenjournal* (4), S. 374–380. Online verfügbar unter <https://www.psychotherapeutenjournal.de/>.

Stein, Barbara; Herzog, Thomas (2006): Die Konsiliar-/Liaisonversorgung im Allgemeinkrankenhaus. In: Silke Pawils und Uwe Koch (Hg.): *Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, S. 191–206.

Stein, Barbara; Söllner, Wolfgang (2016): Psychoonkologische Versorgung im Allgemeinkrankenhaus. In: Anja Mehnert und Uwe Koch (Hg.): *Handbuch Psychoonkologie*. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe, S. 493–505.

Sturm, Jochen (2010): Richtlinienpsychotherapie bei Patienten mit onkologischer Erkrankung (aus verhaltenstherapeutischer Sicht). In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 11 (02), S. 165–166. DOI: 10.1055/s-0030-1248468.

Ullrich, G. (2000): Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Zwischen Unterstützung und Unterwanderung. In: E. Schneider und S. Wittdorf (Hg.): *Psychosoziale Onkologie. Spezifisches zwischen Medizin und Psychotherapie: Subjektive Theorien und implizite Entwürfe in Praxis und Theorie*. Ergebnisberichte der 16. und 17. Jahrestagung der dapo, 10.-13.6.98 sowie 2.-5.6.99 in Wiesbaden. Lengerich: Pabst Verlag, S. 15–34. Online verfügbar unter [https://www.med-wiss.com/fileadmin/dateien\\_ullrich/Downloads\\_Aufs%C3%A4tze/dapo\\_1989\\_2000\\_Unterwanderung.pdf](https://www.med-wiss.com/fileadmin/dateien_ullrich/Downloads_Aufs%C3%A4tze/dapo_1989_2000_Unterwanderung.pdf), zuletzt geprüft am 01.05.2020.

Ullrich, Gerald (2020a): Management bias in der Psychoonkologie.pdf. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12059442>, zuletzt geprüft am 26.04.2020.

Ullrich, Gerald (2020b): Zum Personalbedarf in der Psychoonkologie. Ein pragmatisch-empirischer Vorschlag für Schätzwerte. (In Vorbereitung für die Veröffentlichung). In: *Forum: Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.*

Watzke, Birgit; Schulz, Holger; Koch, Uwe; Mehnert, Anja (2008): Psychotherapeutische Versorgung in der Onkologie. In: *Psychotherapeutenjournal* (4), S. 328–337. Online verfügbar unter <https://www.psychotherapeutenjournal.de/>.

Weis, Joachim (2010): Aktueller Entwicklungsstand der Psychoonkologie im Spannungsfeld zwischen Psychotherapie, Beratung und Sterbebegleitung. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 11 (02), S. 113–116. DOI: 10.1055/s-0030-1248456.

Weis, Joachim; Heckl, Ulrike; Brocai, Dario; Seuthe-Witz, Susanne (2006): Psychoedukation mit Krebspatienten. Therapiemanual für eine strukturierte Gruppenintervention. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.