



Schweizerische Gesellschaft für **Psychoonkologie**
Société Suisse de **Psycho-Oncologie**
Società Svizzera di **Psico-Oncologia**
Swiss Society of **Psycho-Oncology**

Leitlinien zur psychoonkologischen Betreuung von erwachsenen Krebskranken und ihren Angehörigen

Anmerkung:

Zur besseren Lesbarkeit des Textes wird in diesen Leitlinien nur die männliche Form benutzt (z.B. Arzt, Patient), männliche und weibliche Personen sind damit gleichermassen gemeint.

Vorwort

Im Rahmen des Nationalen Krebsprogrammes II von Oncosuisse wurde die Entwicklung von Leitlinien als eines der drei Hauptziele für die Psychoonkologie gesetzt. Es freut uns, nun die von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie (SGPO) verabschiedeten Leitlinien vorlegen zu können.

Das Thema Leitlinien ist auch in der Nationalen Strategie gegen Krebs im Handlungsfeld *Patientenpfade/Qualitätsentwicklung* prioritär für alle Fachbereiche übergreifend definiert worden. Die vorliegenden Leitlinien dienen als Referenzdokument für die psychoonkologische Versorgung in der Schweiz und ergänzen die Handlungsempfehlungen anderer Berufsgruppen. Dies betrifft besonders Fragen zur Indikation und Überweisungspraxis.

Leitlinien sind wissenschaftlich begründete, praxisorientierte Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen. Sie spezifizieren das notwendige Wissen und Können, über welches Fachpersonen verfügen müssen. Leitlinien schaffen Rahmenbedingungen und bieten eine Basis für die Qualitätssicherung einer angemessenen Betreuung.

Das zunehmende und sich verändernde Wissen wurde bei der Erarbeitung dieser Leitlinien gewertet, gegensätzliche Standpunkte wurden geklärt. Antworten zu Fragen, bei denen ein Entscheiden aufgrund des Standes der Forschung nicht möglich ist, wurden auf einen Expertenkonsens abgestützt. Bei Fragen zur individuellen Betreuung hat der Expertenkonsens naturgemäss ein hohes Gewicht, wie es in palliativen Situationen offensichtlich ist.

Eine entscheidende strukturelle Voraussetzung für psychoonkologische Angebote ist eine gute Vernetzung mit allen an einer Behandlung Beteiligten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist uns ein zentrales Anliegen. Je nach Situation arbeiten Psychoonkologen im direkten Kontakt mit den Patienten und ihren Angehörigen sowie mit den Behandelnden von Medizin und Pflege.

Wir hoffen, dass diese Leitlinien zu einer hochstehenden Versorgung von Krebskranken und ihren Angehörigen beitragen.

*Martina Hurschler
Brigitte Baschung
Sandra Sieber
Brigitta Wössmer
Jürg Bernhard*

INHALTSVERZEICHNIS

1.	<u>EINLEITUNG UND HINTERGRUND</u>	4
1.1	Definition und Ziele der Psychoonkologie	4
1.2	Psychoonkologischer Betreuungsbedarf	5
1.3	Entwicklung und Ziele der Leitlinien	6
1.4	Geltungsbereich der Leitlinien	7
2.	<u>EMPFEHLUNGEN ZUR PSYCHOONKOLOGISCHEN BETREUUNG</u>	8
2.1	Grundprinzipien	8
2.2	Abgestuftes Betreuungsmodell	10
2.3	Psychoonkologische Grundbetreuung	12
2.3.1	Kommunikation und Information	12
2.3.2	Erhebung psychosozialer Belastungen	14
2.4	Unterstützung bei praktischen Problemen	16
2.5	Umgang mit leichten psychischen Belastungen	17
2.6	Betreuung bei erhöhter psychischer Belastung	17
2.6.1	Psychoonkologische Beratung	18
2.6.2	Psychoonkologische Therapie	19
3.	<u>SPEZIFISCHE THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN</u>	21
3.1	Kinder krebskranker Eltern	21
3.2	Prävention und genetische Beratung	22
3.3	Rehabilitation und berufliche Reintegration	23
3.4	Langzeitüberlebende	24
3.5	Palliative Behandlung	25
4.	<u>QUALITÄTSSICHERUNG</u>	26
4.1	Berufsethische Grundsätze	26
4.2	Fachliche Qualifikationen	27
4.3	Fortbildung	27
4.4	Unterstützung von Behandelnden	28
4.5	Supervision	29
	<u>UNTERSTÜTZUNG DER LEITLINIEN DURCH FACHGESELLSCHAFTEN</u>	29
	<u>ANHANG</u>	30
	<u>REFERENZEN</u>	37

1. Einleitung und Hintergrund

1.1 Definition und Ziele der Psychoonkologie

In der Literatur werden die Begriffe «psychosoziale Unterstützung», «psychosoziale Onkologie» und «Psychoonkologie» oft synonym verwendet – eine allgemein akzeptierte Abgrenzung existiert nicht. Im Folgenden werden in übergeordnetem Sinne die Begriffe der Psychoonkologie und der psychoonkologischen Betreuung gebraucht.

Der Begriff der Psychoonkologie bezeichnet einen interdisziplinären, patientenzentrierten Behandlungsansatz zur Erforschung von psychosozialen Aspekten in Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation einer Krebserkrankung, sowie zur Umsetzung der entsprechenden Kenntnisse in der Versorgung und der Betreuung der Betroffenen und ihren Angehörigen. Als eigenständige Disziplin beschäftigt sich die Psychoonkologie einerseits mit den psychologischen Reaktionen der Patienten, deren Angehörigen sowie Betreuungspersonen auf die Krebserkrankung in allen Krankheitsstadien und andererseits mit den psychologischen und sozialen Faktoren, welche auf den Krankheitsprozess einwirken (Holland, 2002).

Die übergeordneten Ziele psychoonkologischer Interventionen bestehen in der Förderung der Krankheitsverarbeitung durch die Entwicklung adäquater Bewältigungsstrategien, der Stärkung von Ressourcen, der Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität sowie dem Erkennen und der Behandlung psychischer Belastungsreaktionen bei den Patienten wie auch bei den Angehörigen und Mitgliedern des Behandlungsteams (Sperner-Unterweger, 2011).

Psychoonkologische Betreuungsangebote umfassen gestufte psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen. Da psychosoziale Themen bei jeder Art von Betreuung von Krebskranken eine wichtige Rolle spielen, haben neben den psychoonkologischen Fachpersonen entsprechend viele weitere Akteure einen Bezug zu psychoonkologischen Themen (Medizin, Pflege, Sozialberatung, Seelsorge, Physiotherapie, Ernährungsberatung, u.a.).

Das psychoonkologische Tätigkeitsfeld im engeren Sinne umfasst Beratungen und Psychotherapie. Die Unterscheidung zwischen psychoonkologischer Beratung und psychoonkologischer Therapie ist klinisch relevant. Sie wurde 2007 von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie (SGPO) etabliert und im Reglement verankert (siehe Kapitel 4.2).

Die psychoonkologische Beratung beinhaltet Beratung, Psychoedukation und unterstützende Begleitung für Krebskranke und Angehörige und kann von Fachpersonen aus der Pflege,

Sozialarbeit, Psychologie, Medizin oder aus weiteren Bereichen durchgeführt werden. Die psychoonkologische Therapie beinhaltet zusätzlich insbesondere Psychodiagnostik, Krisenintervention und psychoonkologische Psychotherapie von Betroffenen und Angehörigen mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen und muss von Psychoonkologen mit psychotherapeutischer Ausbildung durchgeführt werden.

Die psychoonkologische Betreuung ist in jedem Bereich der onkologischen Versorgung gefordert und schliesst ambulant und stationär tätige Fachpersonen und Institutionen ein (Weis, 2001).

1.2 Psychoonkologischer Betreuungsbedarf

Jährlich erkranken rund 37'000 Menschen in der Schweiz an Krebs und etwa 16'000 Betroffene sterben an dieser Krankheit. Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Krebs demnach die zweithäufigste Todesursache und gehört zu derjenigen Krankheitsgruppe, die für die meisten verlorenen Lebensjahre verantwortlich ist.¹

Dank der Fortschritte in Früherkennung und Therapie hat sich Krebs in vielen Fällen von einer akut lebensbedrohlichen zu einer chronischen Krankheit gewandelt. Dadurch leben in der Schweiz immer mehr Menschen als «Langzeitüberlebende», welche entweder geheilt sind oder die Krebserkrankung, oftmals mit Einschränkungen aufgrund von Behandlungsfolgen, viele Jahre oder Jahrzehnte überleben.

Eine Krebsdiagnose stellt in den meisten Fällen eine existenzielle Lebenskrise dar und die Erkrankung und ihre medizinischen Behandlungen gehen für viele der betroffenen Menschen mit zahlreichen körperlichen, psychischen und sozialen Belastungsfaktoren einher. Mögliche Belastungen umfassen neben physischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen unter anderem Angstzustände, Depressionen, Beziehungsstörungen, soziale, finanzielle und berufliche Belastungen oder existenzielle Fragen. Obwohl viele onkologische Patienten diese Probleme alleine oder mithilfe von Unterstützung ihres sozialen Netzwerkes bewältigen können, weist etwas über die Hälfte der Betroffenen im Verlauf der Erkrankung eine psychosoziale Behandlungs- oder Beratungsbedürftigkeit auf (NHMRC, 2003). Schätzungen zufolge leiden je nach Krebsdiagnose und Stadium der Krankheit 25 bis 30 Prozent aller Krebspatienten im Verlaufe ihrer Erkrankung an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung oder an ausgeprägten psychosozialen Belastungen, welche ihre Lebensqualität wesentlich beeinträchtigen (Miovic und Block, 2007; Singer et al., 2007; 2009; Mehnert und Koch, 2008).

¹ Schätzung der Inzidenz aufgrund Daten der Krebsregister (www.nicer.ch)

Das Spektrum der psychischen Belastung von Betroffenen erstreckt sich dabei entlang eines Kontinuums zwischen normalen Belastungsreaktionen und psychischer Komorbidität im Sinne einer ICD-10 oder DSM-IV Klassifikation (Weis und Boehncke, 2011). Bei Krebspatienten mit einer vorbestehenden psychiatrischen Komorbidität ist die Fähigkeit, mit Belastungen durch die Krebserkrankungen umgehen zu können, in der Regel beeinträchtigt.

Zu den häufigsten psychiatrischen Diagnosen (nach ICD-10) bei onkologisch Erkrankten gehören Anpassungsstörungen (F43.2), akute Belastungsreaktionen (F43.0), posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1), Angststörungen (F41.41) und Depressionen (F32-33) (Weis und Boehncke, 2011).

Einer differentialdiagnostischen Abgrenzung zwischen normalen Belastungsreaktionen und psychischen Folgestörungen kommt grosse Bedeutung zu. Die Beschränkung auf psychische Störungen und ausgeprägte Belastungsreaktionen als einzige Indikation für eine psychoonkologische Betreuung entspricht jedoch nicht der klinischen Realität. Der grössere Anteil der Betroffenen ist durch psychische Probleme von subklinischem Ausmass belastet, welche behandelbar und aus ethischer Sicht behandlungswürdig sind (Bernhard und Sieber, 2011).

Angesichts der beschriebenen vielseitigen Belastungen der onkologischen Patienten und den Auswirkungen psychischer Komorbidität auf die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen steht die Bedeutung der psychoonkologischen Betreuung ausser Frage.

Die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen zur Reduktion von Belastungen und der Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität wird durch verschiedene Studien und Metaanalysen gut belegt (z.B. Devine und Westlake, 1995; Jacobsen und Jim, 2008; IOM, 2008). Es konnte gezeigt werden, dass psychoonkologische Interventionen die emotionale Anpassung an die Krankheit und das soziale Funktionsniveau erhöhen und sowohl behandlungs- als auch krankheitsbedingte Belastungen bei Krebspatienten zu reduzieren vermögen (vgl. Reuter, 2010).

1.3 Entwicklung und Ziele der Leitlinien

Seit Anfang der neunziger Jahre mehren sich international die Initiativen, Leitlinien für psychoonkologische Diagnostik und Therapie zu entwickeln und routinemässig anzuwenden.

In den vergangenen Jahren hat sich in der Schweiz das psychoonkologische Betreuungsangebot stark weiterentwickelt. Bisher fehlen in der Schweiz jedoch nationale Leitlinien, die den bestehenden psychoonkologischen Angeboten klare Strukturen geben und ein Mindestangebot definieren. Aus diesem Grund wurde im aktuellen Nationalen Krebsprogramm (NKP II) die Erarbeitung nationaler Standards und Leitlinien zur

psychosozialen Versorgung von Krebskranken und deren Angehörigen als eines von drei Zielen festgehalten.

Gemäss diesem Ziel soll allen in der Schweiz lebenden Menschen mit einer Krebserkrankung sowie deren Angehörigen ein professionelles und bedarfsgerechtes Angebot an psychosozialer Betreuung zur Verfügung stehen. Diese Forderung wird auch in der «Nationalen Strategie gegen Krebs» zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) aufgenommen und konkretisiert.

Grundlagen der vorliegenden Leitlinien bilden neben psychoonkologischer Fachliteratur insbesondere Empfehlungen internationaler Leitlinien (u.a. CAPO, 2010; Department of Health Australia, 2008; NHRMC, 2003 – für eine umfassende Übersicht, siehe Tabelle 1, Anhang A). Zudem wurden Ergebnisse von Studien und Metaanalysen zur Diagnostik und Therapie berücksichtigt.

1.4 Geltungsbereich der Leitlinien

Diese Leitlinien beziehen sich auf die psychoonkologische Betreuung (Beratung und Therapie) von erwachsenen Krebspatienten, deren Angehörigen und Betreuungspersonen. Sie sollen diagnoseübergreifend und für jedes Stadium der Krebserkrankung gelten.

Die psychoonkologische Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit onkologischen Erkrankungen unterscheidet sich in wesentlichen Faktoren und bedarf einer gesonderter Betrachtung (Schröder et al., 2006; Petersen und Kruihoff, 2006). Zudem sei an dieser Stelle auch auf die entsprechenden Leitlinien aus Deutschland zur psychosozialen Versorgung in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie der GPOH (Schröder et al., 2008, derzeit in Überarbeitung) sowie auf die Arbeit der Schweizerischen Pädiatrischen Onkologie Gruppe (SPOG) hingewiesen.

Die vorliegenden Leitlinien richten sich vorrangig an psychoonkologisch tätige Fachpersonen aus Bereichen der Medizin, Psychologie, Pflege, Sozialarbeit, Spezialtherapie wie Kunst- oder Musiktherapie, Theologie u.a. Die spezifischen Empfehlungen sind in erster Linie bestimmt für Anbieter psychoonkologischer Beratung und Therapie gemäss des Reglements der SGPO (siehe Kapitel 4.2). Sie sind als Ergänzung zu bestehenden Berufsstandards und Leitlinien zu verstehen. Ziel dieser Leitlinien ist es, allgemeine Rahmenbedingungen eines flächendeckenden psychoonkologischen Angebots und damit das Minimum an Betreuung zu definieren, welches Betroffene erwarten können. Des Weiteren sollen diese Leitlinien als normative Grundlage für Zertifizierungsprozesse dienen.

2. Empfehlungen zur psychoonkologischen Betreuung

2.1 Grundprinzipien

Leitlinie 1	Psychoonkologische Angebote sind als integraler Bestandteil in das Gesamtkonzept der onkologischen Therapie zu integrieren.
Quellen	CAPO, 2010; NICE, 2004; Weis et al., 2008

Die psychosoziale Belastung von Menschen mit einer Krebserkrankung hat wesentliche Auswirkungen auf die Lebensqualität und kann unter anderem die Fähigkeit mit den Krankheitsfolgen umzugehen und die Behandlungssadhärenz (das Einhalten der Behandlung) massgeblich beeinflussen (NHMRC, 2003). Psychische Belastungen als Folge einer Krebserkrankung können jedoch nicht nur bei Patienten, sondern auch bei Angehörigen sowie den behandelnden Ärzten und Pflegekräften auftreten (Mehnert, 2010). Psychoonkologische Angebote sollen daher die qualifizierte Betreuung von Patienten und Angehörigen umfassen und zur Unterstützung von Pflegenden und Ärzten beitragen.

Leitlinie 2	Die psychoonkologische Betreuung wird in multidisziplinärer/interdisziplinärer Kooperation durch alle an der Behandlung von Krebspatienten beteiligten Berufsgruppen realisiert. Dazu gehören insbesondere Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegenden, Kunsttherapeuten, Musiktherapeuten, Sozialarbeiter und Seelsorger.
Quellen	Mehnert et al., 2003; NICE, 2004

Die Betreuung der Patienten ist in erster Linie Aufgabe des primären Behandlungsteams (Medizin, Pflege). Angebote durch psychoonkologische Fachpersonen – Beratung und/oder Therapie – sind grundsätzlich nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung zu onkologischen Massnahmen und onkologischer Betreuung zu verstehen. Eine enge Zusammenarbeit mit klarer Aufgabenteilung und gutem Informationsaustausch zwischen den Primärbetreuern und den psychoonkologischen Fachpersonen ist von grosser Wichtigkeit und impliziert, dass psychoonkologische Fachpersonen im jeweiligen Versorgungsbereich (stationär und ambulant, zuhause) in das Behandlungsteam integriert sind. Der regelmässige interdisziplinäre Austausch sollte in Form von Rapporten und individuellen Fallbesprechungen geregelt und strukturiert werden (Weis et al., 2008).

Leitlinie 3	Psychoonkologische Betreuungsangebote sind allgemein zugänglich. Sowohl Patienten als auch Angehörige haben freien Zugang zu psychoonkologischen Versorgungsangeboten – ungeachtet deren Diagnose, kultureller Herkunft, Sprache, Alter, Geschlecht, körperlichen Einschränkungen, sexueller Orientierung oder Wohnort.
Quellen	CAPO, 2010; Mehnert et al., 2003; Weis et al., 2008

Der Bedarf nach professioneller Hilfe ergibt sich oft kurzfristig aufgrund von krankheits- oder therapiebedingten Veränderungen. Eine hohe Verfügbarkeit psychoonkologischer Angebote ist demnach sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich und spitalextern/zuhause sehr wichtig. Für die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung, und um auch Patienten aus ländlichen Gegenden Zugang zu entsprechenden Angeboten anbieten zu können, ist es wichtig, psychoonkologische Angebote in die regionalen onkologischen Netzwerke und Kompetenzzentren zu integrieren.

Leitlinie 4	Nach Möglichkeit ist die Kontinuität der psychoonkologischen Betreuung über die unterschiedlichen Phasen der onkologischen Therapie hindurch aufrechtzuerhalten.
Quellen	Reuter, 2010; Weis, 2008

Dem psychischen Wohlbefinden des Patienten und dessen Angehörigen soll in jeder Phase der Krankheit hohe Beachtung geschenkt werden. Dies gilt auch für die Präventions- oder Früherkennungsphase und für die Angehörigen nach einem Verlusterlebnis.

Zur Gewährleistung der Kontinuität der psychoonkologischen Hilfestellungen ist es wichtig, dass die Betroffenen auch über weiterführende ambulante und stationäre Angebote der Nachsorge informiert werden. Nach Möglichkeit ist dem Bedarf nach einer konstanten Betreuung durch dieselben Psychoonkologen Rechnung zu tragen. Eine gute Zusammenarbeit und Koordination zwischen stationären und ambulanten, institutionell eingebundenen Betreuungsangeboten und der Versorgung zuhause, beispielsweise durch Hausarzt, Spitex und freipraktizierenden Psychoonkologen, ist dabei von zentraler Bedeutung.

2.2 Abgestuftes Betreuungsmodell

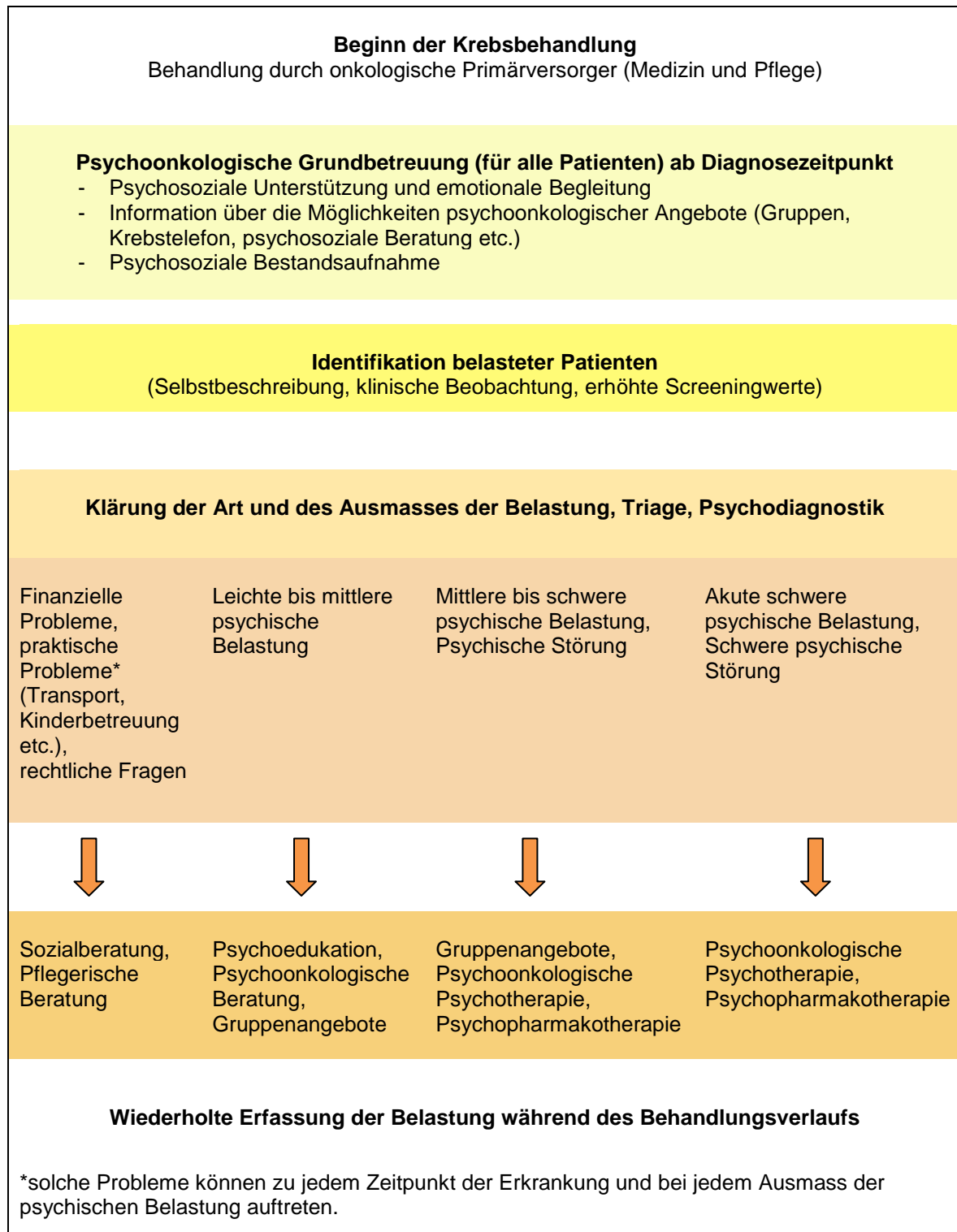
Leitlinie 5	Psychoonkologische Interventionen sind an den individuellen Bedürfnissen der Patienten auszurichten und sollen im Bedarfsfall frühestmöglich angeboten werden.
Quellen	Weis et al. 2008

Die psychoonkologische Betreuung richtet sich an Krebspatienten und deren Angehörige mit verschiedenen Krankheitsformen und Therapien sowie mit unterschiedlich starken Belastungen und Bedürfnissen.

Eine uniforme Betrachtung und Behandlung der psychosozialen Verfassung ist daher nicht angezeigt (Stanton, 2005; Hutchison et al., 2006). Weitgehend akzeptiert wird ein gestuftes Modell (Von Korff und Tiemens, 2000). Ein solches Modell wurde ursprünglich für die Betreuung chronisch und schwerstkranker Menschen konzipiert (Von Korff und Tiemens, 2000) und in der Folge auf die psychoonkologische Versorgung übertragen (Artherholt und Fann, 2012; Hutchison et al., 2006).

Bei einem gestuften Betreuungsmodell handelt es sich um ein praxisnahes und effizientes Vorgehen, durch welches den unterschiedlichen Bedürfnissen Rechnung getragen werden kann und welches erlaubt, die Betreuungsmassnahmen dem individuellen Bedarf der Patienten anzupassen. Dadurch kommt erst dann eine intensivere Betreuung zur Anwendung, wenn diese tatsächlich für den Einzelfall angezeigt ist (Kusch et al., 2013; Hutchison et al., 2006). Die konkreten Interventionen werden dabei so zusammengestellt, dass bei milden Belastungsformen einfachere und für gravierende Belastungsformen, wie psychische Störungen, komplexere Interventionen vorbehalten werden (siehe Darstellung 1 und Tabelle 2 im Anhang B). Der Behandlungserfolg hängt massgebend davon ab, ob die Intervention jeweils der Belastungsintensität angepasst wird. So ist deren Wirkung bei Patienten mit einer erhöhten Belastung allgemein deutlich stärker als bei jenen mit einer geringen Belastung (Linden und Girgis, 2012).

Darstellung 1. Modell der gestuften psychoonkologischen Betreuung



(Quelle: adaptiert nach Hutchison et al., 2006)

Der Ansatz einer gestuften psychoonkologischen Versorgung sieht demnach folgende verschiedene Ebenen der psychoonkologischen Betreuung vor (adaptiert nach Hutchison et al. 2006, Kusch et al., 2013):

- Eine Grundbetreuung und Information aller Betroffenen über entsprechende psychoonkologische Angebote und eine standardmässige Erhebung (siehe Kapitel 2.3.2) der psychosozialen Belastung. Diese Stufe der Betreuung wird in erster Linie durch die primären Betreuungspersonen aus Medizin und Pflege geleistet.
- Unterstützende psychoonkologische Angebote für Patienten mit leichten bis mittleren psychischen Belastungen, welche je nach Art der Belastung unterschiedliche Interventionen wie Psychoedukation oder praktische und finanzielle Hilfe umfassen. Diese Angebote werden von psychoonkologischen Fachpersonen und im ambulanten Bereich insbesondere von den regionalen und kantonalen Krebsligen angeboten (in enger Zusammenarbeit mit verwandten Fachbereichen wie Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge oder Ernährungsberatung).
- Eine spezialisierte Versorgung für Patienten mit mittleren bis schweren Belastungen und psychischen Störungen, bestehend aus einer spezifischen psychoonkologischen Therapie, die durch psychoonkologische Psychotherapeuten oder Psychiater mit entsprechender Qualifikation ausgeführt wird.
- Eine akute Versorgung für Patienten mit einer akuten schweren Belastung oder schweren psychischen Störung, bestehend aus einer intensiven Therapie für akute und komplexe Probleme die durch psychoonkologische Psychotherapeuten oder Psychiater mit entsprechender Qualifikation ausgeführt wird.

2.3 Psychoonkologische Grundbetreuung

2.3.1 Kommunikation und Information

Leitlinie 6	Die Kommunikations- und Informationsbedürfnisse von Krebspatienten und ihren Angehörigen sollen hohe Beachtung erhalten.
Quellen	Department of Health Australia, 2008; NHMRC, 2003

Mit der zunehmenden Komplexität onkologischer Therapien und der Belastungen der Patienten und Angehörigen steigen auch die Anforderungen an die ärztliche und pflegerische Kommunikation, zum Beispiel bei der Entscheidungsfindung für das therapeutische, pflegerische und unterstützende Vorgehen.

Die Kommunikation zwischen dem Behandlungsteam und den Patienten und Angehörigen ist für alle Beteiligten von zentraler Bedeutung. Diverse Studien belegen, dass die Behandlungszufriedenheit von Patienten in hohem Masse mit der wahrgenommenen Kommunikationsqualität korreliert (z.B. IOM, 2008; Hack et al., 2005).

Mögliche Nutzen einer gelungenen Kommunikation zwischen den Mitgliedern des Behandlungsteams und Krebspatienten beinhalten eine Verbesserung der psychosozialen Anpassung und des Wohlbefindens, bei der Entscheidungsfindung und Behandlungsadhärenz (unter anderem Einhalten von Terminen und Medikamenteneinnahme) sowie bei der Behandlungszufriedenheit (Fallowfield und Jenkins, 2004; Maguire, 1999).

Mangelhafte Kommunikation zwischen Betreuungspersonen und Betroffenen kann hingegen zu belastenden Problemen und zu Folgen wie Vertrauensverlust, Kränkung, Frustration oder Wut führen (Kowalski et al., 2009).

Ergänzend zu einer psychoonkologischen Grundbetreuung sollten onkologische Primärbehandler auch Informationen zu Möglichkeiten von Beratungs- und Therapieangeboten vermitteln (Haeck et al., 2012).

Die Krebsliga Schweiz bietet ein Kommunikationstraining für Ärzte und Pflegefachpersonen im Bereich der Onkologie an, welches von der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO) für den FMH-Titel Onkologie angerechnet wird. Ein solches Training ist mittlerweile obligatorisch für das Erlangen des FMH-Titels in Onkologie.

Inhaltlich wird an dieser Stelle insbesondere auf Kapitel 3 der klinischen Praxisleitlinien zur psychosozialen Betreuung von Krebskranken aus Australien hingewiesen (NHMRC, 2003), welches ausführliche und konkrete Hinweise und Massnahmen zur Optimierung der Kommunikation und der Informationsvermittlung beinhaltet.

Leitlinie 7	Alle Patienten und ihre Angehörigen sollen frühzeitig (ab Zeitpunkt der Diagnose) über die Möglichkeiten psychoonkologischer Betreuung informiert werden.
Quellen	Department of Health Australia, 2008; Mehnert et al., 2003; Weis et al. 2008

Eine gezielte Aufklärung der Patienten und deren Angehörigen darüber, was normale emotionale Belastungsreaktionen auf eine Krebsdiagnose und auf die Behandlung sind, kann wesentlich zur Reduktion der empfundenen Stigmatisierung von psychosozialer Belastung beitragen. Des Weiteren können solche aufklärenden Informationen die

Betroffenen darin unterstützen, Zeichen und Symptome behandlungsbedürftiger Belastungen zu erkennen.

Es sollte abgeklärt werden, ob die Betroffenen in ihrem privaten Umfeld über soziale Unterstützung und Ressourcen verfügen. Auch gilt es sicherzustellen, dass sie über mögliche weitere Ressourcen für Hilfestellungen wie das Krebstelefon, psychoonkologische Beratung oder Angebote der kantonalen und regionalen Krebsligen, Selbsthilfegruppen etc. informiert sind.

2.3.2 Erhebung psychosozialer Belastungen

Leitlinie 8	<p>Die psychosozialen Belastungen von Personen mit einer Krebserkrankung sollen auch mittels eines standardisierten Verfahrens erhoben werden.</p> <p>Ein solches Screening soll einen umfangreichen Bereich von gesundheitsbezogenen Problemen umfassen wie die psychische, soziale und spirituelle Belastung, existentielle Fragen, praktische oder materielle Bedürfnisse und verhaltensbezogene Risikofaktoren.</p>
Quellen	CAPO, 2010; Department of Health Australia, 2008; NCCN, 2013; Weis, 2008.

Das frühzeitige Erkennen des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs ist Voraussetzung für die Einleitung geeigneter fachlicher Hilfestellungen und dient der Vorbeugung einer Chronifizierung psychischer Störungen (Weis und Boehncke, 2011).

Die Erhebung der Belastung und relevanter psychosozialer Bedürfnisse umfasst:

- Identifikation der Belastungen via Screening und patientenzentrierten Gesprächen
- Nachfragen bezüglich des Vorhandenseins von psychosozialen Risikofaktoren (siehe Tabelle 3, Anhang C)
- Identifikation der Bedürfnisse und Belastungen von Angehörigen

Die systematische Erfassung aller Krebspatienten durch ein sogenanntes Belastungsscreening wird empfohlen (Mehnert et al., 2003; Weis et al., 2008; NCCI, 2003). Zur individuellen Bedarfsermittlung empfehlen sich international validierte Messinstrumente wie der Hornheider Fragebogen oder das Belastungsthermometer (distress thermometer; NCCN, 2013). Ein solches Screening ersetzt jedoch nicht das Gespräch und die klinische Diagnostik.

Im Idealfall teilen die Betroffenen ihre Probleme und Bedürfnisse dem behandelnden Arzt und der zuständigen Pflegefachperson mit. In der Praxis verhindern dies jedoch oftmals Zeitdruck, die nicht finanzierbare Zeit, die diese Gespräche kosten und die empfundene Stigmatisierung. Screening-Instrumente haben sich dabei als effizientes Mittel zur Identifikation von Belastungen und psychosozialen Bedürfnissen von Betroffenen erwiesen (Mitchell, 2011). Von der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) wurde eine Broschüre vorgelegt, die fünf solcher Belastungsscreenings empfiehlt (Herschbach und Weis, 2008). Es existieren zudem spezifische Leitlinien zur Erhebung von psychosozialen Bedürfnissen erwachsener Krebspatienten aus Kanada (Howell et al., 2009).

Die Zuweisung der Patienten zu psychoonkologischen Massnahmen kann gemäss eines risikogruppenbezogenen Ansatzes auf der Grundlage eines zweistufigen Vorgehens erfolgen. Im ersten Schritt wird das Ausmass der emotionalen Belastung erhoben. In der Folge werden die Patienten mit hohem Risiko für schwere emotionale Belastungen zur weiteren Abklärungen an einen psychoonkologischen Psychotherapeuten oder Psychiater mit entsprechender Qualifikation überwiesen (Kusch et al., 2013).

Es ist zu betonen, dass sich die psychoonkologischen Hilfestellungen nicht als Pflicht, sondern als Angebot verstehen. Es ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass der von den Behandelnden eingeschätzte Bedarf nicht zwingend mit dem Bedürfnis der Betroffenen übereinstimmt. Es kann im klinischen Alltag ausserdem zu Situationen kommen, in welchen sich ein psychoonkologischer Behandlungsbedarf durch eine Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten ergibt oder beispielsweise eine psychische Störung die medizinische Behandlung erschwert. In solchen Fällen muss sowohl dem medizinischen Behandlungsteam als auch dem Patienten selber sehr kurzfristig qualifizierte psychoonkologische Unterstützung bereitgestellt werden können.

Leitlinie 9	Die psychosozialen Belastungen und Bedürfnisse von Betroffenen sollten im Verlauf, besonders in kritischen Übergangsphasen, wiederholt überprüft werden.
Quellen	Capo, 2010; NCCN, 2013

Die psychosozialen Bedürfnisse von Krebspatienten sind abhängig vom individuellen Krankheitsverlauf. In bestimmten Phasen der Erkrankung treten spezifische Bedürfnisse und Belastungen gehäuft auf (Fitch, 2000). Als besonders kritische Phasen und Zeitpunkte haben sich dabei die Zeit zwischen einem Verdacht und der Diagnose, die akute

Behandlungsphase, der Abschluss der Behandlung, die Diagnose eines Rezidivs, die palliative Behandlungsphase sowie die Phase des Lebensendes erwiesen (IOM, 2008). In solchen kritischen Übergangsphasen sind Patienten und deren Angehörige besonders vulnerabel für emotionale Belastungen. Um bei Bedarf eine zeitnahe psychoonkologische Betreuung ermöglichen zu können, ist es wichtig, die psychosoziale Belastung und das Bedürfnis nach psychoonkologischer Betreuung wiederholt zu erfassen (Howell et al., 2009).

2.4 Unterstützung bei praktischen Problemen

Leitlinie 10	Krebserkrankte und ihre Angehörigen sollen über die Möglichkeiten der Unterstützung in praktischen und finanziellen Fragen informiert und bei Bedarf an entsprechende Stellen überwiesen werden.
Quellen	Department of Health Australia, 2008; NHMRC, 2003

Nach der Diagnose und während des gesamten Behandlungsverlaufs haben viele Betroffene Fragen und Unsicherheiten bezüglich praktischer Themen. Dazu gehören beispielsweise Fragen zu Behandlungskosten, Reisekosten, Prothesen und Kinderbetreuung, IV-Anmeldungen etc. Zudem kann es zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung durch Erwerbsausfälle kommen. Solche finanziellen Probleme können zu existentiellen Sorgen und Belastungen führen und das Wohlbefinden der Betroffenen entscheidend negativ beeinflussen (NHMRC, 2003).

Eine offene Diskussion solcher Probleme oder deren Erfassung mittels Screeningverfahren und die nachfolgende Vermittlung relevanter Informationen und Unterstützung sind essentiell für die Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen. Dazu gehört beispielsweise die Begleitung zu entsprechenden Ämtern, die Unterstützung von Kontaktaufnahmen und Vorbereitung von Gesprächen.

Für die Betreuung der Patienten oder Angehörigen bei praktischen Problemen ist vorrangig eine Fachperson aus dem Bereich der Sozialarbeit und der Pflege zuständig, idealerweise mit einer psychoonkologischen Zusatzqualifikation (siehe Kapitel 4.2).

2.5 Umgang mit leichten psychischen Belastungen

Leitlinie 11	Alle Patienten mit einer Krebserkrankung sowie ihre Angehörigen sollen bei Bedarf psychoonkologische Betreuung erhalten.
Quellen	Department of Health Australia, 2008;

Grundsätzlich sind Episoden intensiver unangenehmer und belastender Emotionen wie Angst, Ärger oder Wut Teil einer normalen Bandbreite von Reaktionen auf ein einschneidendes Erlebnis. Solche emotionalen Reaktionen können auch als «zu erwartende Belastung» bezeichnet werden (NCCN, 2013, Guidelines MS-5) und beinhalten Symptome, die zu einer «normalen» Reaktion auf die Krebsdiagnose und –behandlung gehören, zum Beispiel:

- Sorgen und Unsicherheit über die Zukunft
- Bedenken hinsichtlich der Nebeneffekte der Behandlung
- Traurigkeit über den Verlust der Gesundheit
- Wut und das Gefühl von Kontrollverlust
- Schlafstörungen, verminderter Appetit, schlechte Konzentration
- Beschäftigung mit Gedanken um Krankheit und Tod

In vielen Fällen können diese Symptome durch die Betroffenen selber im Zusammenspiel mit ihrem Umfeld und dem onkologischen Behandlungsteam ausreichend aufgefangen werden. Wichtig ist eine wiederholte Überprüfung der Belastung bzw. der vorhandenen Ressourcen, insbesondere in Phasen grosser Unsicherheit während der Krebsbehandlung (siehe auch Kap. 2.3.2).

Die Problemfelder, welche eine begründbare psychoonkologische Patientenbetreuung erforderlich machen, sind sehr vielfältig (Tabelle 5, Anhang C).

2.6 Betreuung bei erhöhter psychischer Belastung

Je nach Krankheits- und Behandlungsphase können spezifische Bedürfnisse für psychoonkologische Unterstützung entstehen (Fitch, 2008). Die Interventionen und Ansätze können über die Zeit variieren. Direkt nach der Diagnose und in der frühen Behandlungsphase besteht oft ein Bedarf an psychoedukativen und auf Bewältigungsstrategien fokussierten Interventionen. Viele Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung oder Langzeitüberlebende profitieren vor allem von Interventionen, welche auf spezifische Probleme fokussieren, wie zum Beispiel der Veränderung des Körperbildes oder der

Sexualität (Fitch et al., 2008). In Zeiten grosser Unsicherheiten, zum Beispiel beim Warten auf Ergebnisse, haben sich besonders Entspannungstechniken und Stressmanagement-Techniken bewährt (z.B. Carlson und Bultz, 2008).

Wünschenswert ist eine möglichst zeitnahe Verfügbarkeit der psychoonkologischen Betreuung bei gravierenden Veränderungen im Krankheitsverlauf.

Generell soll die Art der Intervention (psychosozial, psychotherapeutisch) von der vermuteten Ursache und dem Ausmass der psychischen Belastung der Betroffenen abhängig gemacht werden (z.B. Brown und Barlow, 2009, Faller und Lang, 2010).

2.6.1 Psychoonkologische Beratung

Leitlinie 12	Durch psychoonkologische Beratungsangebote soll die qualifizierte psychosoziale Betreuung von Patienten und Angehörigen mit erhöhter psychischer Belastung sichergestellt werden.
Quellen	Weis, 2008; Mehnert et al., 2003.

Die psychoonkologische Beratung ist primär für Krebspatienten mit leichten bis mittleren psychischen und sozialen Belastungen angezeigt, obschon auch Patienten mit klinisch relevanten Belastungen und psychischen Störungen davon profitieren können. Während bei der ersten Patientengruppe die beratenden Interventionen in der Regel hinreichend sind, stellen sie bei den hoch belasteten Patienten ausschliesslich eine Ergänzung zu der notwendigen psychoonkologischen Therapie dar (Kusch et al, 2013, S. 201).

Psychoonkologische Beratungen erfüllen den Betreuungsbedarf zwischen reiner Informationsvermittlung und psychoonkologischer Therapie und orientieren sich an der persönlichen Situation der Patienten und Angehörigen.

Eine Krebsdiagnose und die Belastungen im Zusammenhang mit der Krankheit und ihrer Behandlung kann bei Patienten und auch Angehörigen zu existentiellen Fragen, spirituellen Krisen oder Glaubenskonflikten führen. Daneben stellen religiöse und spirituelle Ressourcen für gewisse Betroffene ein hilfreiches Mittel zur Krankheitsbewältigung dar. In solchen Fällen ist es wichtig, dass die zuständigen psychoonkologischen Fachpersonen mit dem Thema Spiritualität vertraut sind oder bei Bedarf eine Überweisung an eine Fachperson aus der Seelsorge vorgenommen wird.

Des Weiteren besteht eine wichtige Schnittstelle zum Arbeitsbereich der Sozialberatung, beispielsweise wenn es um Fragen zu IV-Anträgen, Kostenübernahmen durch Krankenkassen, zur Arbeitsbelastung oder um andere praktische Fragen geht (siehe auch

Kapitel 2.4). Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den involvierten Fachpersonen ist daher für eine umfassende Betreuung unerlässlich.

Im ambulanten Bereich bieten kantonale und regionale Krebsligen niederschwellige psychosoziale Betreuung an und können zudem eine wichtige Rolle bei der Vermittlung weiterführender Hilfeangebote (wie bspw. psychoonkologische Betreuung zuhause) einnehmen. Vereinzelt werden in Beratungsstellen psychoonkologische Therapien angeboten.

An dieser Stelle sei auf den Wegweiser der Krebsliga hingewiesen (http://www.krebsliga.ch/de/leben_mit_krebs/alltag_und_krebs/wegweiser). Es handelt sich dabei um ein Internetverzeichnis für psychosoziale Angebote, welche von Fachpersonen mit unterschiedlichem Hintergrund und Qualifikation angeboten werden.

Die Art, wie Betroffene emotional auf die Umstände der Diagnose und Behandlung der Krebserkrankung reagieren ist sehr unterschiedlich. Zudem kann sich auch die individuelle Belastung über die Zeit der Erkrankung verändern.

Bei Hinweisen auf behandlungsbedürftige psychische Belastungen ist eine psychoonkologisch-psychotherapeutische Abklärung angezeigt. Dabei können Patienten mit klinisch relevanten Belastungen oder psychischen Störungen erkannt und ihnen eine angemessene psychoonkologische Therapie angeboten werden (Siehe Kapitel 2.6.2).

Es ist von zentraler Bedeutung, dass das Behandlungsteam und/oder der psychoonkologische Berater auf Symptome achtet, welche eine psychoonkologische Therapie erfordern. Dazu können beispielsweise gehören (siehe auch Tabelle 4, Anhang C):

- Sorgen und Ängste, die durch Beratung nicht reduziert werden
- Ausgeprägte Traurigkeit, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- Sekundäre Belastungsfaktoren (wie zum Beispiel sehr konflikthafte Beziehungen)
- Suizidale Gedanken
- Fehlende Adhärenz (z.B. bezüglich Medikamenteneinnahme) oder drohender Abbruch notwendiger medizinischer Behandlungen.

2.6.2 Psychoonkologische Therapie

Leitlinie 13	Durch psychoonkologische Therapie soll die qualifizierte Betreuung von Betroffenen mit schweren Belastungen oder einer psychischen Störung sichergestellt werden.
Quellen	Capo, 2010, NHMRC, 2003; Weis, 2008

Psychoonkologische Therapien richten sich an Krebspatienten mit klinisch relevanten Belastungen sowie psychischen Störungen. Diese Gruppe profitiert zwar auch von aufklärenden, beratenden oder anleitenden Massnahmen, hat darüber hinaus aber zusätzlichen Bedarf an psychotherapeutischen Massnahmen (Kusch und Stecker, 2005).

Die psychoonkologische Therapie beinhaltet insbesondere Psychodiagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Behandlung von Betroffenen und Angehörigen mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen. Sie muss von Psychoonkologen mit psychotherapeutischer Aus-/Weiterbildung übernommen werden.

Im Anhang (Tabelle 6) findet sich eine Übersicht über einige der psychoonkologischen Interventionen, für welche die vorliegende Evidenzbasis als hinreichend betrachtet wird (für eine Übersicht siehe auch Kusch et al., 2013).

Die psychoonkologische Therapie ist den jeweils aktuellen körperlichen und psychischen Belastungsgrenzen der Patienten anzupassen. Es liegt dabei in der Verantwortung des Therapeuten, angesichts der krankheits- und behandlungsbedingten Verfassung des Patienten die Belastbarkeitsgrenzen zu beachten und die Therapie entsprechend auszurichten (Kusch, 2013). Im stationären Bereich ermöglicht ein Liaisondienst mit Visitenanteilnahmen und regelmässigem Austausch mit Ärzten und dem Pflegeteam eine begleitende Beobachtung des Krankheits- und Behandlungsverlaufs. Dies unterstützt eine optimale Anpassung der Interventionen am aktuellen Bedarf der Betroffenen.

Im Hinblick auf Frequenz und Dauer der therapeutischen Sitzungen unterscheiden sich psychoonkologische Therapien deutlich von üblichen Psychotherapien. Medizinische Massnahmen und die körperliche Verfassung der Patienten führen oft zu einem begrenzten Zeitumfang der psychotherapeutischen Termine, während im Rahmen akuter Kriseninterventionen die Sitzungsdauer oder -frequenz oftmals deutlich erhöht werden muss (Kusch, 2013).

Auch im ambulanten Bereich erfordert die psychoonkologische Therapie von Krebskranken ein höheres Mass an zeitlicher Flexibilität, eine Anpassung der psychoonkologischen Termine an medizinische Behandlungstermine und die Rücksichtnahme auf körperliche Begleiterscheinungen. Gegebenenfalls sind auch unterstützende Telefonate und Hausbesuche zur Stabilisierung geboten (Kusch, 2013).

Es existieren Praxisleitfäden, insbesondere zur Diagnose und Behandlung von Depressionen und Angststörungen bei Krebskranken (siehe zum Beispiel Howell et al., 2010).

3. Spezifische Themen und Herausforderungen

3.1 Kinder krebskranker Eltern

Leitlinie 14	Kinder und Jugendliche sollen altersgerechte Informationen und Unterstützung für den Umgang mit den Belastungen erhalten, die mit der elterlichen Erkrankung verbundenen sind. Zudem soll ihnen Hilfestellung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien angeboten werden.
Quellen	NHMRC, 2003

Kinder und Jugendliche sind als Angehörige von einer elterlichen Krebserkrankung unmittelbar mitbetroffen. Etwa 15 Prozent der rund 37'000 Menschen, die jährlich in der Schweiz an Krebs erkranken, sind Eltern von Kindern oder Jugendlichen unter 25 Jahren (www.krebsliga.ch).

Während erwachsene Angehörige ihr Leid kommunizieren und aktiv nach Hilfe fragen können, leiden viele Kinder still und unbemerkt. Kinder als Angehörige von erwachsenen Krebspatienten werden bislang unzureichend berücksichtigt (Krattenmacher et al., 2012). Verschiedene Studien zeigen Hinweise auf erhöhte psychische Auffälligkeiten bei Kindern krebskranker Eltern im Vergleich zu Kontrollgruppen (Thastum et al., 2008; Visser et al., 2005). Dabei zeigten sich vor allem jüngere Kinder und adoleszente Mädchen vulnerabel.

Oftmals führt die elterliche Erkrankung zu einer Störung des Unterstützungsnetzwerks und es fehlen der Familie die Ressourcen, die Belastung des Kindes zu erkennen bzw. darauf einzugehen. Zudem tendieren die Kinder zu sozialem Rückzug und verbringen weniger Zeit mit Freunden, was wiederum im Zusammenhang mit einer erhöhten Belastung steht. Der Austausch unter betroffenen Kindern und Jugendlichen kann eine wertvolle Stütze bieten.

Wichtige Elemente psychoonkologischer Interventionen bei Kindern krebskranker Eltern (nach Romer et al., 2007) sind:

- Altersgerechte Sachinformation über alle Aspekte der Krankheit
- Anerkennung familiärer Ressourcen
- Unterstützung der elterlichen Erziehungskompetenz
- Offener Austausch mit betroffenen Eltern bzw. Kindern
- Unterstützung bei der Antizipation eines bevorstehenden Todes eines Elternteils

Durch eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden und weiteren involvierten Personen wie beispielsweise Schulpsychologen sowie eine frühzeitige Abklärung durch eine Fachperson lassen sich Schwierigkeiten im Alltag früher erkennen. Es ist entscheidend, dass Kinder und Jugendliche in ihrer altersgemässen Entwicklung gefördert und, falls indiziert, an einen spezialisierten psychoonkologischen Therapeuten überwiesen werden.

3.2 Prävention und genetische Beratung

Leitlinie 15	Personen mit erhöhtem Risiko für eine Krebserkrankung sollen Zugang haben zu psychoonkologischer Betreuung um ihre Bedenken und Ängste hinsichtlich des Krebsrisikos oder Screenings zu besprechen und um Informationen über präventive Verhaltensweisen zu erhalten.
Quellen	CAPO, 2010; Riley et al., 2012

Ca. fünf Prozent der Krebserkrankungen werden eine vererbte Prädisposition zugeschrieben. Personen, die eine solche familiäre Prädisposition bzw. Vererbung aufweisen, können von verschiedenen Belastungen betroffen sein (Riley et al., 2012):

- Psychologische Belastung assoziiert mit der Angst, entsprechende Genmutationen an die eigenen Kinder zu vererben bzw. vererbt zu haben
- Angst, selber an Krebs zu erkranken
- Psychologische Belastung (z.B. Schuldgefühle), assoziiert mit der Tatsache, die entsprechende Genmutation im Gegensatz zu anderen Familienmitgliedern nicht zu haben
- Psychologische Belastung durch Aspekte von Familiengeheimnissen
- Bedenken und Informationsbedürfnisse bezüglich Screening und Gentests
- Aspekte der finanziellen Belastung durch Probleme mit der Krankenkasse

Die Identifikation verschiedener Gene, welche für erbliche Tumorerkrankungen prädisponieren können, ermöglicht die Untersuchung von Angehörigen aus Familien mit gehäuften Krebserkrankungen auf das Vorliegen einer krankheitsdisponierenden genetischen Veranlagung.

Der Nutzen für betroffene Personen kann in der gesicherten Reduktion von Inzidenz und Mortalität durch engmaschige Früherkennung oder Entlastung von Ungewissheit liegen. Dem gegenüber steht das Risiko anhaltender Ängste um das eigene Erkrankungsrisiko und um

jenes von nahen Angehörigen. Eine entsprechende Betreuung soll es Ratsuchenden ermöglichen, sich eigenverantwortlich und unter Abwägung von persönlichem Nutzen und potenziell nachteiliger Folgen für oder gegen eine genetische Testung zu entscheiden (Keller, 2002).

3.3 Rehabilitation und berufliche Reintegration

Leitlinie 16	Personen mit einer Krebserkrankung haben bei Bedarf Anspruch auf psychoonkologische Betreuung bezüglich Themen der Rehabilitation und beruflichen Reintegration.
Quellen	CAPO, 2010; Nitkin, 2011

Spezifische Aufgaben der psychoonkologischen Betreuung in der Rehabilitationsphase liegen vor allem in der Gesundheitsförderung, der Bewältigung von Einschränkungen infolge der Erkrankung sowie der sozialen und beruflichen Reintegration (Weis, 2001). Viele Patienten leiden in der Phase der Rehabilitation unter Belastungen wie Rezidivängsten, sozialer Isolation und familiären Veränderungen, oder der Furcht vor Intimität und Sexualität (Haeck, 2012). Gezieltes Training von sozialen Kompetenzen und Coping-Strategien können eine wichtige Stütze für Patienten sein und ihnen dabei helfen, besser von Unterstützungen des sozialen Netzwerkes zu profitieren.

Eine qualitative Studie für die Schweiz über Patientenbedürfnisse in der onkologischen Rehabilitation hat zudem gezeigt, dass die psychoonkologische Versorgung in der Rehabilitation und in der beruflichen Wiedereingliederung eine noch stärkere Beachtung benötigt (Schwappach, 2007).

Internationale Studien zeigen, dass die Mehrheit der Krebspatienten ihre Arbeit wieder aufnehmen (Rick et al., 2012). Allerdings weisen Studienergebnisse auch darauf hin, dass – abhängig von der Krebsart und der Behandlung – bis zu 20 Prozent der Betroffenen zwischen einem bis fünf Jahren nach der Behandlung Einschränkungen in ihrer Arbeitsfähigkeit erleben und bis zu zehn Prozent nicht mehr arbeitsfähig sind (Short und Vargo, 2006). Eine Krebserkrankung und ihre Behandlung können zu vielen arbeitsbezogenen Einschränkungen führen, beispielsweise Veränderungen der physischen Funktionsfähigkeit, Fatigue, Depression, kognitive Einschränkungen und chronische Schmerzen.

Beruf und Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz zählen unbestritten zu den zentralen Komponenten des psychosozialen Wohlbefindens. Dennoch werden die arbeitsbezogenen Bedürfnisse von Krebsbetroffenen oft unzureichend beachtet (de Boer und Frings-Dresen, 2009; Hoving et

al., 2009; Nitkin et al., 2011). Als zusätzliche Belastung geht für viele Betroffene die Krebserkrankung einher mit Einkommenseinbussen und Belastungen durch Absenzen am Arbeitsplatz (Kennedy et al., 2007).

Die Evidenz häuft sich, dass psychosoziale Unterstützung bei der Reintegration einen wichtigen Einfluss auf die Verbesserung der Arbeits- und damit auch der Lebenszufriedenheit der Betroffenen hat (Nitkin et al., 2011). Studien zeigen, dass Krebserkrankte im Allgemeinen motiviert sind an den Arbeitsplatz zurückzukehren (Feuerstein, 2009). Neben dem finanziellen Aspekt wird die Arbeit in vielen Fällen auch als gesunde Aktivität empfunden, welche zu Alltagsstruktur, sozialen Kontakten, sowie Ablenkung beiträgt und ein «Zurück zur Normalität» andeutet (Amir et al., 2008). An dieser Stelle sei auf die ausführliche multidisziplinäre Leitlinie zur Rehabilitation und beruflichen Reintegration von Krebskranken aus den Niederlanden hingewiesen (Integral Kankercentrum Nederland, 2011).

Generell ist festzuhalten, dass sich die frühzeitige und angemessene Aufklärung bezüglich der Arbeitsfähigkeit (Bradley et al., 2006; Amir et al., 2008; Steiner et al., 2008) und die Information über entsprechende Unterstützungsangebote bezüglich des beruflichen Wiedereinstieges als zentral erwiesen. Der psychosozialen Beratung durch qualifizierte Fachpersonen kommt hierbei eine wichtige Rolle zu. Sie können die Patienten darin unterstützen, mit physiologischen und physischen Belastungen im Bezug auf die Arbeit umzugehen.

An dieser Stelle sei auf oncoreha.ch hingewiesen, einen Verein mit dem Ziel, die onkologische Rehabilitation in der Schweiz als festen Bestandteil in der Behandlung aller Krebserkrankten zu etablieren und die Qualität der onkologischen Rehabilitation in der Schweiz zu verbessern – unter anderem durch die Definition von Qualitäts-Standards und Weiterbildungen im Bereich der onkologischen Rehabilitation.

3.4 Langzeitüberlebende

Leitlinie 17	Personen mit einer Krebserkrankung und deren Angehörige sollten Anspruch haben auf psychoonkologische Betreuung bezüglich der psychosozialen Langzeitfolgen einer Krebserkrankung.
Quellen	Department of Health Australia, 2008; NHMRC, 2003

Im Zuge der verbesserten Diagnostik und Therapie entwickeln sich viele Krebserkrankungen zu einer chronischen Krankheit mit der Folge, dass die Anzahl der «Langzeitüberlebenden» steigt.

Studien mit Langzeitüberlebenden zeigen, dass Betroffene auch viele Jahre nach der erfolgreichen Beendigung der Krebstherapie unter negativen Auswirkungen der Krankheit und/oder der Behandlung in ihrem täglichen Leben leiden. Physische Symptome haben dabei eine grosse Auswirkung auf die psychologische Anpassung von Langzeitüberlebenden. Es muss beachtet werden, dass der Überlebende in vielen Fällen seinen ursprünglichen physischen Funktionsgrad nicht wieder erreicht und er dauerhaft mit Einschränkungen zu leben hat (siehe dazu auch Kapitel 3.3). Nicht zuletzt leiden sehr viele Langzeitüberlebende an der Angst vor einem Rückfall.

Studien zeigen, dass sich für die Mehrheit der Patienten die Lebensqualität nach Beendigung der Therapie im weiteren Verlauf deutlich verbessert. Dennoch weisen ca. ein Viertel der ehemaligen Patienten verschiedene psychosoziale Folgeprobleme auf (Weis und Boehncke, 2011).

3.5 Palliative Behandlung

Leitlinie 18	Krebspatienten in palliativen Situationen und ihre Angehörigen haben bei Bedarf Anrecht auf Zugang und zeitnahe Überweisung zu einer psychoonkologischen Betreuung. Diese sollte auch in einer palliativen Situation zu Hause und für Angehörige nach dem Tod des Patienten gewährleistet sein.
Quellen	BAG und GDK, 2009; CAPO, 2010; NCP, 2009

Wenn die Heilung der Krebserkrankung als nicht mehr möglich erachtet wird und somit kein primäres Ziel mehr darstellt, werden die Patienten palliativ betreut. Ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten befindet sich bereits ab Diagnosestellung in einer palliativen Situation. Für viele betroffene Patienten findet ein gradueller Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung statt.

Die Hauptziele einer palliativen Behandlung sind die bestmögliche Antizipation und die Linderung von Symptomen und Leiden. Den Patienten soll dadurch eine ihrer Situation angepasste, optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet werden. Ihnen nahestehende Bezugspersonen sollen angemessen unterstützt werden (palliative.ch).

Eine weit fortgeschrittene, progressive Krebserkrankung belastet den Patienten und seine Angehörigen in mehrfacher Hinsicht. Sie müssen mit den voranschreitenden physischen Beschwerden und dem Rückgang von physischen Funktionen sowie der ansteigenden psychologischen Belastung und dem erschwerten Zugang zu sozialen Aktivitäten umgehen. Zudem sind sie mit spirituellen und existenziellen Fragen hinsichtlich des bevorstehenden Todes konfrontiert und können unter sehr belastenden Problemen wie Erstickungsangst, Sorgen um Angehörige, Demoralisation oder Sinnverlust leiden. Mit der Trauer, dem Fortschreiten der Erkrankung und dem Verlust umzugehen ist in vielen Fällen sehr schwierig und stellt für die Patienten und deren Angehörigen eine grosse Belastung dar.

Nicht selten ist die Belastung und Verzweiflung bei Angehörigen von Krebskranken im Endstadium grösser als bei den Betroffenen selber (Given und Given, 1992; Hagedoorn et al., 2008). Insbesondere sollte bei Bedarf auch die Betreuung der Angehörigen nach dem Tod des Patienten gewährleistet sein.

Die Komplexität der Belastungen für alle Betroffenen in einer palliativen Situation stellt hohe Anforderungen an die professionelle interdisziplinäre Kommunikation der beteiligten Fachpersonen.

Inhaltlich wird an dieser Stelle auf die «Nationale Leitlinien Palliative Care» verwiesen, welche am 21. Oktober 2010 vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik verabschiedet wurden (BAG und GDK, 2009).

4. Qualitätssicherung

4.1 Berufsethische Grundsätze

Leitlinie 19	Psychoonkologische Fachpersonen respektieren die Würde und Integrität des Individuums und sind der Schweigepflicht und den ethischen Prinzipien von Vertraulichkeit, Aufrichtigkeit und Verantwortlichkeit verpflichtet.
Quellen	CAPO, 2010; Mehnert et al., 2003

4.2 Fachliche Qualifikationen

Leitlinie 20	Eine professionelle psychoonkologische Betreuung erfordert spezifische fachliche Kenntnisse von den psychoonkologischen Fachpersonen. Diese soll durch eine entsprechende Qualifizierung sichergestellt werden.
Quellen	CAPO, 2010; Mehnert et al., 2003

Die Qualifikationen für psychoonkologische Fachpersonen sind gemäss der Richtlinien der SGPO national verbindlich zu regeln. Eine psychoonkologische Zusatzqualifikation ist Voraussetzung für die Anerkennung als psychoonkologische Fachperson. Durch die SGPO wird eine psychoonkologische Weiterbildung angeboten, die sich an Fachpersonen, welche mit Krebskranken arbeiten, richtet (z.B. aus Psychologie, Medizin, Pflege, Sozialarbeit und Theologie).

Nach dem erfolgreichen Abschluss dieser zweijährigen interprofessionellen Weiterbildung, in Kombination mit der nötigen Berufserfahrung kann bei der SGPO der Titel «Psychoonkologische Beratung SGPO» beantragt werden. Für den SGPO-Titel «Psychoonkologische Psychotherapie SGPO» werden ein eidgenössisch anerkannter Weiterbildungstitel in Psychotherapie gemäss Psychologieberufegesetz PsyG oder den Kriterien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) sowie eine spezifische, von der SGPO anerkannte Weiterbildung in Psychoonkologie und entsprechende Praxiserfahrungen vorausgesetzt (PsyG Art. 13).

Für Psychologen vergibt die FSP die Zusatzqualifikation in „Psychologischer Onkologie“. Die Bezeichnung und die berufliche Ausübung eines psychoonkologischen Psychotherapeuten sind den Bestimmungen des Psychologieberufegesetzes unterstellt (PsyG).

In Deutschland wird eine entsprechende Weiterbildung in psychosozialer Onkologie (WPO) für approbierte Psychologen und Ärzte mit Psychotherapieausbildung angeboten (<http://www.wpo-ev.de/>).

4.3 Fortbildung

Leitlinie 21	Die kontinuierliche Erhaltung und Weiterentwicklung des Wissens und Könnens von psychoonkologischen Fachpersonen soll durch den Besuch von Fortbildungen sichergestellt werden.
Quellen	CAPO, 2010; Mehnert et al., 2003

Mittels Fortbildung der Fachpersonen soll die Qualität und Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz sichergestellt werden.

Des Weiteren sollen durch Fortbildungsmassnahmen die Zusammenarbeit von Fachpersonen sowie die Reflexion der eigenen Tätigkeit gefördert werden. Die Sicherstellung der Fortbildung von psychoonkologischen Fachpersonen soll gemäss dem Reglement der SGPO zum Titelerhalt geregelt werden. Demzufolge müssen psychoonkologische Fachpersonen pro Jahr mindestens 16 Stunden persönliche Fortbildung in psychoonkologischen Gebieten absolvieren (z.B. Weiterbildung und Kongresse). Zum Nachweis des jährlichen Umfangs und Inhalts müssen die Fortbildungen durch die Titelträger dokumentiert werden (<http://www.psychoonkologie.ch/fortbildungsrichtlinien.html>).

4.4 Unterstützung von Behandelnden

Leitlinie 22	Psychoonkologische Fachpersonen sollen die Betreuung für alle in die Behandlung krebskranker Patienten involvierten Fachpersonen anbieten.
Quellen	Mehnert et al., 2003

Neben der Betreuung von Patienten und Angehörigen gehört auch die Supervision bzw. bei Bedarf eine begleitende Beratung von Mitgliedern des gesamten onkologischen Behandlungsteams zum Aufgabenbereich einer psychoonkologischen Fachperson. Die Behandlung von Patienten mit einer lebensbedrohlichen Krankheit wie Krebs stellt hohe Anforderungen an die psychische Belastbarkeit des gesamten Behandlungsteams. Der adäquate Umgang mit den eigenen Belastungen hat dabei einen grossen Einfluss auf die Qualität der Betreuung von behandlungsbedürftigen Patienten und Angehörigen (Aycock und Boyle, 2008, Kearney et al., 2009).

Supervisionsangebote dienen der gezielten Aufarbeitung von Belastungen im Umgang mit den Krebskranken und der Reflexion psychologischer und psychosozialer Aspekte in der Patientenversorgung. Ziel solcher Angebote ist die individuelle Entlastung, die Verbesserung der Teamkooperation und damit die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit (Weis, 2001).

Mittels Supervisionen, Beratungen oder Fallbesprechungen soll für die behandelnden Fachpersonen innerhalb des klinischen Alltags die Möglichkeit geboten werden, Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten und Angehörigen – beispielsweise bei der Entscheidungsfindung – direkt ansprechen und bearbeiten zu können.

4.5 Supervision

Leitlinie 23	Psychoonkologische Fachpersonen sollen regelmässig Supervision erhalten, um ihre Arbeit und deren Ausführung zu reflektieren und den Umgang mit eigenen Belastungen thematisieren zu können.
Quellen	Mehnert et al., 2003

Die begleitende Supervision für psychoonkologische Fachpersonen ist eine Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung der hohen psychischen Belastungen durch die Arbeit. Regelmässige Supervision leistet einen wichtigen Beitrag zur persönlichen Fortbildung von psychoonkologischen Beratern und Therapeuten und trägt sowohl zur Arbeitsqualität, als auch zum beruflichen Wohlbefinden bei (Watkins, 2012).

Bezüglich der Anforderungskriterien von Supervisoren sei auf das Reglement der FSP oder der SGPP verwiesen.

Unterstützung der Leitlinien durch verschiedene Fachgesellschaften sind in Abklärung

<p>Psychologen/Psychiater:</p> <p>Medizin:</p> <p>Sozialarbeit:</p> <p>Pflege:</p>

ANHANG

Anhang A: Angaben zur Leitlinienerstellung

Zusammensetzung der Steuergruppe

Prof. Dr. phil. Jürg Bernhard	Psychoonkologe, Inselspital, Universitätsspital Bern
Dr. phil. Brigitta Wössmer	Präsidentin SGPO (bis Juni 2013), Psychoonkologin Universitätsspital Basel
Dr. phil. Sandra Sieber	Psychoonkologin, Spitalzentrum Oberwallis
Brigitte Baschung, MPH	Stellvertretende Geschäftsleiterin KLS, Bereichsleiterin Beratung und Unterstützung

Literaturrecherche und Verfassung

Lic. phil. Martina Hurschler

Konsultation und Vernehmlassungsprozess

Konsultation:	Entwurf an Vorstandsmitglieder SGPO und Mitglieder der AG NKP versandt am 25. Juni 2013, Einarbeitung der Kommentare bis zum 20. Juli 2013.
Vernehmlassung:	Einladung am 22. Juli 2013 an alle Mitglieder der SGPO und Präsidenten/Geschäftsführer der regionalen Krebsligen, zum überarbeiteten Entwurf Stellung zu nehmen. Verarbeitung der Kommentare bis zum 2. September 2013.
Erhaltene Rückmeldungen:	In alphabetischer Reihenfolge: Alder Judith Bachmann Irene Guerra Maria Rita Hofer Therese Hürlimann Barbara In-Albon Fabiola Kainz Martina Leuthold Kradolfer Brigitte Martino Heloisa Masullo Alba Nemeshazy Patrick Petermann Yasmina Rieder Christophe Rüegg Rita Schneider Regula Staeubli Lucia Thoma-Marti Maria Toniolo Rebekka Ursprung Regula Wagner-Huber Regula Zenhäusern Reinhard Zindel Angela Zurkirchen Fabienne Zwahlen Diana

Einschlusskriterien für die Leitlinien-Recherche

Zielgruppe	Erwachsene Krebspatienten
Publikationsdatum	Zwischen 2000 und 31.3.2013 (letzte Recherche)
Sprache	englisch oder deutsch
Zielbereich	Psychoonkologische Betreuung oder Psychosoziale Betreuung oder mindestens ein spezifisches Kapitel dazu, welches im Inhaltsverzeichnis explizit aufgeführt wird.

Leitlinienrecherche: Datenbanken und Suchstrategien

Die Recherche erfolgte ab Oktober 2012 in den Datenbanken Medline (PubMed) und in Leitliniendatenbanken (Guideline International Network, NHS Leitlinienorganisation, Leitliniensuche AWMF). Zudem wurden die Internetseiten bekannter internationaler Leitlinienorganisationen nach spezifischen Leitlinien zur psychosozialen oder psychoonkologischen Betreuung durchsucht.

Tabelle 1. Auflistung der internationalen Leitlinien entsprechend obgenannter Kriterien

Land	Jahr	Herausgeber	Titel
USA	2008	IOM Institute of Medicine	Cancer care for the whole patient – meeting psychosocial health needs
AUS	2008	Department of Health, Western Australia.	Psycho-oncology Model of care
AUS	2003	National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative.	Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer
DE	2008	Weis et al.	Diagnoseübergreifende Leitlinien psychoonkologischer Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten
CAN	2010	Cancer care Ontario	Psychosocial health care for cancer patients and their families : a framework to guide practice in Ontario and guidelines recommendations
CAN	2010	Canadian Association of Psychosocial Oncology CAPO	Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families
DE	2010	Abteilung für medizinische Psychologie, Hamburg	Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus
NZ	2010	Ministry of Health, New Zealand	Guidance for Improving Supportive Care for Adults with Cancer in New Zealand
UK	2004	Psychological Support Services	Improving supportive and palliative care for adults with cancer
NL	2011	Oncoline	Cancer Rehabilitation – nation-wide guideline
AUS/ NZ	2008	NHMRC NZGG	Psychosocial issues in melanoma. In: clinical practice guidelines for the management of melanoma in Australia and New Zealand
DE	2008	DKG	Interdisziplinäre S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Endometriumkarzinoms
DE	2004	DKG	Interdisziplinäre S2_Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Gliomen des Erwachsenenalters
DE	2010	DKG	Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms (Interdisziplinäre S3 Leitlinie)
DE	2012	DKG	Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagoastralen Übergangs
DE	2012	DKG	Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms
DE	2007	DKG	Interdisziplinäre S2k Leitlinie zur Diagnostik und Therapie

			maligner Ovarialtumoren
DE	2011	DKG	Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms
DE	2009	DKG	Interdisziplinäre S2k Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen
DE	2008	DKG	Interdisziplinäre S2k Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms
DE	2012	DKG	Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms
DE	2004	Arbeitsgruppe der Deutschen Krebsgesellschaft	Leitlinien für ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen
DE	2002	Volker Tschukke	Leitlinien-Programm für psychosoziales (psychoonkologisches) Disease Management bei Brustkrebs-Erkrankungen
USA	2012	National Society of Genetic Counselors	Essential elements of genetic cancer risk assessment, counseling, and testing: updated recommendations of the National Society of Genetic Counselors.
NZ	2009	New Zealand Guidelines Group	Suspected Cancer in Primary Care. Guidelines for investigation, referral and reducing ethnic disparities.
UK	2008	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline
USA	2013	NCCN	Distress Management
USA	2009	National Consensus Project	Clinical practice guidelines for quality palliative care
USA	2008	American College of Physicians	Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians.
USA	2012	NCCN	Adult Cancer Pain
USA	2012	NCCN	Palliative care
CH	2010	BAG/GDK	Nationale Leitlinien Palliative Care

Allgemeine Literaturrecherche

Die ausführliche Dokumentation der Literaturrecherche zu einzelnen Themen kann bei der Krebsliga Schweiz angefragt werden.

Anhang B

Tabelle 2. Methoden und Zielbereiche der unterschiedlichen Interventionsstufen

Interventionsstufe	Beispiele Methoden	Mögliche zuständige Fachpersonen/Dienste	Mögliche Zielbereiche
1. Universelles Betreuungsangebot – Grundbetreuung für alle Patienten und Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von Informationen über die Erkrankung, über Behandlungen und spezifische Probleme - Psychosoziale Unterstützung und emotionale Begleitung 	<ul style="list-style-type: none"> - Primäres Behandlungsteam (Onkologen, Pflegefachpersonen etc.) - Krebstelefon - Gedruckte und elektronische Information 	<ul style="list-style-type: none"> - Information über psychoonkologische Angebote - Umgang mit Nebenwirkungen - Unterstützung von Angehörigen - Praktische Fragestellungen
2. Supportive Betreuung – für Patienten mit leichten bis mittleren psychosozialen Belastungen ***	<ul style="list-style-type: none"> - Psychoedukation und emotionale Unterstützung - Unterstützung in Entscheidungsfindung - psychoonkologische Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> - Krebstelefon, E-Mail - Beratungsstellen der regionalen Krebsligen - Pflegeberufe - Seelsorger - Psychoonkologische Berater - Sozialarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> - Entscheidungsfindung - Kommunikation mit Betreuungsteam - Soziale Isolation - Sozialberatung
3. Erweiterte Betreuung, für Patienten mit mittleren bis schweren Belastungen und psychischen Störungen	<ul style="list-style-type: none"> - Psychoedukation, - Training von Bewältigungsstrategien - Psychoonkologische Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapeut oder Psychiater mit psychoonkologischer Qualifikation 	<ul style="list-style-type: none"> - Stressmanagement - Bewältigungsstrategien (Coping) - Anpassungsstörungen - Angststörungen - Psychopharmaka
4. Spezialisierte Betreuung – für Patienten mit akuter schwerer Belastung oder schwerer psychischer Störung.	<ul style="list-style-type: none"> - Spezifische psychoonkologische Therapie - Einzel-, Gruppen-, oder Paartherapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapeut oder Psychiater mit psychoonkologischer Qualifikation 	<ul style="list-style-type: none"> - Angststörungen - Posttraumatische Belastungsstörungen - Depressionen - Suizidalität - Schwerwiegende Beziehungsprobleme - Psychopharmaka

Quelle: Adaptiert nach Hutchison (2006)

*** Der Übergang ist insbesondere zwischen diesen beiden Stufen (supportive und erweiterte Betreuung) als sehr fließend und mit einem grossen Überschneidungsbereich zu verstehen. Bei den angegebenen Methoden, Fachpersonen und Zielbereichen handelt es sich um typische Beispiele ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

ANHANG C

Tabelle 3. Mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung erhöhter psychischer Belastung (Sperner-Unterweger, 2010)

Faktoren	Beispiele
Krankheitsbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • fortgeschrittenes Stadium der Krebserkrankung • ausgeprägte physische Beeinträchtigung • Schlechte Prognose • Krankheitsprogression • Rezidiv
Behandlungsbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Palliative Therapiesituation • Spezifische Therapiebelastungen durch Operation, Strahlentherapie, Chemotherapie etc. • Therapienebenwirkungen • Fehlendes Therapieansprechen
Patientenbezogene Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosoziale Faktoren (Konflikte, mangelnde Unterstützung, sozioökonomische Schwierigkeiten, Belastungen durch anspruchsvolle Mehrfachrollen etc.) • Psychiatrische Prä- oder Komorbidität • Begrenzte Bewältigungsstrategien

Tabelle 4. Indikationen für psychoonkologische Psychotherapie

Beispiele typischer Indikationen für eine Überweisung zu einem psychoonkologischen Therapeuten: (NHMRC, 2003).
<ul style="list-style-type: none"> - Depressionen - Phobien, welche mit der Behandlung interferieren, wie z.B. Nadelphobie oder Klaustrophobie, Antizipatorisches Erbrechen, etc. - Angststörungen - Anpassungsstörungen - Körperbildstörungen - Beziehungsprobleme oder Probleme im Bereich der Sexualität - Unbewältigbares Belastungsempfinden - Suizidalität

Tabelle 5. Beispiele für Probleme, die psychoonkologische Betreuung erforderlich machen können.

Umgang mit Krankheitssymptomen und behandlungsbedingten Nebenwirkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Schmerz - Müdigkeit - Appetitmangel - Übelkeit und Erbrechen - Verstopfung
Umgang mit körperlichen Funktionseinschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Behinderungen und eingeschränkte Mobilität - Einschränkungen in der Selbstpflege, Selbstversorgung, beim Verrichten von Hausarbeiten
Psychisches Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> - Angst - Depressivität - Probleme in der Anpassung an die Erkrankung, in der Krankheitsbewältigung, mit dem Selbstwertgefühl, dem Körperbild, der Sexualität - Empfinden mangelnder Lebensqualität
Geistiges oder spirituelles Wohlbefinden, existentielle Fragen	<ul style="list-style-type: none"> - Fragen nach dem Sinn des Lebens - Fragen zum Tod und dem Jenseits - Kulturelle Fragen und Probleme
Kognitive Beeinträchtigungen	<ul style="list-style-type: none"> - Konfusion und Zustände von Verwirrtheit - Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen
Berufstätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Tatsächlicher oder befürchteter Arbeitsplatzverlust - Eingeschränkte Arbeitsfähigkeit - Probleme am Arbeitsplatz - Finanzielle Belastung und Sorgen

Tabelle 6. Studien zu psychoonkologischen Interventionen (Nach Kusch et al., 2013, S. 205)

Intervention	Studien
Behaviorale und kognitiv-behaviorale Therapie	Mundy et al., 2003; Tatrow und Montgomery, 2006
Emotionsregulierende Interventionen	Cameron und Jago, 2008
Entspannungsverfahren	Luebbert et al., 2001; Yoo et al., 2005
Kognitiv-behaviorale Stress-Management Interventionen	Antoni et al., 2009
Künstlerisch ausgerichtete Interventionen wie Musik- und Kunsttherapie	Bradt et al., 2011; Geue et al., 2010
Meditative und imaginative Verfahren	Biegler et al., 2009; Roffe et al., 2005
Problemlösungsorientierte Interventionen	Lee et al., 2011
Psychoedukation	Weis et al., 2006
Selbst-Management-Interventionen	Cimprich et al., 2005, Davies und Batehup, 2010; McCorkle et al., 2011
Bibliotherapie als expressives Schreiben	Zakowski et al., 2011.
Sport- und Bewegungstherapie	McMillan und Newhouse, 2011
Supportiv-expressive Interventionen	Classen und Spiegel, 2011; Giese-Davis et al., 2011; Lederberg und Holland, 2011.

Glossar

DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
GPOH	Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie
IOM	Institute of Medicine
KLS	Krebsliga Schweiz
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NHMRC	National Health and Medical Research Council
NKP	Nationales Krebsprogramm für die Schweiz
PSO	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie
PsyG	Bundesgesetz über die Psychologieberufe
SGPO	Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SPOG	Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe

Referenzen

- Amir Z, Neary D, Luker K (2008). Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: A UK perspective. *Eur J Oncol Nurs* 12(3): 190-197.
- Antoni MH, Lechner S, Diaz A, Vargas S, Holley H, Phillips K, McGregor BA, Carver CS, Blomberg B (2009). Cognitive behavioral stress management effect on psychosocial and physiological adaption in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun* 23(5): 580-591.
- Artherholt S, Fann J (2012). Psychosocial care in cancer. *Curr Psychiatry Rep* 14(1): 23-29.
- Aycock N, Boyle D (2008). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clin J Oncol Nurs* 13(2): 183-191.
- Bernhard J, Sieber S (2011). Psychoonkologie. In *Oncosuisse (Hrsg.) Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015*.
- Biegler KA, Chaoul MA, Cohen L (2009). Cancer, cognitive impairment, and meditation. *Acta Oncol* 48(1): 18-26.
- Bradley CJ, Oberst K, Schenk M (2006). Absenteeism from work: The experience of employed breast and prostate cancer patients in the month following diagnosis. *Psychooncology* 15(8): 739-747.
- Bradt J, Goodill SW, Dileo C (2011). Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 5(10): CD007103.
- Brown TA, Barlow DH (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychol Assess* 21(3): 256-271.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2009). *Nationale Leitlinien Palliative Care*. Download am 6.7.2013 von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/13784/index.html?lang=de>.
- Cameron LD, Jago L (2008). Emotion regulation interventions: a common-sense model approach. *Br J Health Psychol* 13(2): 215-221.
- CAPO (2010). *Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families*. Download am 10.8.2013 von <http://capo.ca/CAPOstandards.pdf>.
- Carlson LE, Bultz BD (2008). Mind-body interventions in oncology. *Curr Treat Options Oncol* 9(2-3): 127-134.
- Classen CC, Spiegel D (2011). Supportive-Expressive Group Psychotherapy, in M. Watson and D.W. Kissane (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, UK.
- Cimprich B, Janz NK, Northouse L, Wren PA, Given B, Given CW (2005). Taking CHARGE: A self-management program for women following breast cancer treatment. *Psychooncology* 14(9): 704-717.
- Dauchy S, Ellien F, Lesieur A, Bezy O, Boinon D, Chabrier M et al. (2013). Quelle prise en charge psychologique dans l'après cancer? Les recommandations de la société française de psycho-oncologie (SFPO). *Psycho-Oncologie* 7(1): 4-17.
- Davies NJ, Batehup L (2010). Self-management support for cancer survivors: Guidance for developing interventions. An Update of the evidence. Macmillan cancer Support, NCSI. Download am 5.10.2013 von http://www.trustedwriter.com/documents/guidancefordevelopinginterventions_anupdateoftheevidence.pdf.
- De Boer AG, Frings-Dresen MH (2009). Employment and the common cancers: Return to work of cancer survivors. *Occup Med (Lond)* 59(6): 378-380.
- Department of Health WA. (2008). *Psycho-Oncology Model of Care*. Perth: WA Cancer and Palliative Care Network, Department of Health, Western Australia. Download am 3.4.2013 von http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Psycho-Oncology_Model_of_Care.pdf.

- Devine E, Westlake S (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum* 22(9): 1369-1381.
- Faller H, Lang H. (2010). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Fallowfield L, Jenkins V (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 363(9405): 312-319.
- Feuerstein M (2005). Cancer survivorship and work. *J Occup Rehabil* 15(1): 1-2.
- Fitch M (2000). Supportive care for cancer patients. *Hosp Q* 3(4): 39-46.
- Geue K, Goetze H, Buttstaedt M, Kleinert E, Richter D, Singer S (2010). An overview of art therapy interventions for cancer patients and the result of research. *Complement Ther Med* 18(3-4): 160-170.
- Giese-Davis J, Collie K, Rancourt KIM, Neri E, Kraemer HC, Spiegel D (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *J Clin Oncol* 29(4): 413-420.
- Given B, Given CW (1992). Patient and family caregiver reaction to new and recurrent breast cancer. *J Am Med Womens Assoc.* 47(5):201-206.
- Hack TF, Degner LF, Parker PA (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 14(10): 831-45.
- Hagedoorn M, Sanderman R, Bolks HN, Tuinstra J, Coyne JC (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull*, 134 (1): 1-30.
- Haack M, Franke S, Wiskemann J, Mathiak K (2012). Psycho-oncology. *Nervenarzt* 83(11): 1468-1476.
- Herschbach P, Weis J. (2008). Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Deutsche Krebsgesellschaft. Download am 7.6.2013 von http://www.krebsgesellschaft.de/download/pso_broschuere.pdf
- Holland JC (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 64(2): 206-221.
- Hoving JL, Broekhuizen ML, Frings-Dresen MH (2009). Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer* 9(3): 117.
- Howell D, Currie S, Mayo S, Jones G, Boyle M, Hack T et al. (2009). A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer Patient. Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology. Download am 5.4.2013 von <http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2.4.0.1.4.6-AdultAssesmentGuideline122109.pdf>.
- Howell D, Keller-Olaman S, Oliver T, Hack T, Broadfield L, Biggs K et al. (2010). A Pan Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress (Depression, Anxiety) in Adults with Cancer. Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology. Download am 5.4.2013 von http://www.capo.ca/pdf/ENGLISH_Depression_Anxiety_Guidelines_for_Posting_Sept2011.pdf.
- Hutchison SD, Steginga SK, Dunn J (2006). The tiered model of psychosocial intervention in cancer: a community based approach. *Psychooncology* 15(6): 541-546.
- IOM (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Integral Kankercentrum Nederland (2011). Cancer Rehabilitation. Nation-wide guideline. Download am 4.7.2013 von <http://www.oncoline.nl/index.php?language=en>
- Jacobsen PB, Jim HS (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin* 58(4): 214-230.
- Kearney MK, Weininger RB, Vachon ML, Harrison RL, Mount BM (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to my survival". *JAMA* 301(11): 1155-1164.

- Keller M, Jost R, Haunstetter C, Kienle P, Knaebel HP, Gebert J, Sutter C, Knebel-Doerberitz MV, Cremer F, Mazitschek U (2002). Comprehensive genetic counseling for families at risk for HNPCC: impact on distress and perceptions. *Genet Test* 6(4): 291-302.
- Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J (2007). Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 16(1): 17-25.
- Kowalski C, Nitzsche A, Scheibler F, Steffen P, Albert US, Pfaff H (2009). Breast cancer patients' trust in physicians: the impact of patients' perception of physicians' communication behaviors and hospital organizational climate. *Pat Educ Couns* 77(3): 344-348.
- Krattenmacher T, Kühne F, Ernst J, Bergelt C, Romer G, Möller B (2012). Parental cancer: factors associated with children's psychosocial adjustment--a systematic review. *J Psychosom Res* 72(5): 344-356.
- Kusch M, Labouvie H, Hein-Nau B (2013). Gestufte psychoonkologische Versorgung. In *Klinische Psychoonkologie* (pp. 190-236). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kusch M, Stecker R (2005). Die psychonkologische Psychotherapie. *Forum Psychotherapeutische Praxis* 5: 15-33.
- Lederberg MS, Holland JC (2011) *Supportive Psychotherapy in Cancer Care: An Essential Ingredient of All Therapy*, in M. Watson and D.W. Kissane (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, UK
- Lee YH, Chiou PY, Chang PH, Hayter M (2011). A systematic review of the effectiveness of problem-solving approaches towards symptom management in cancer care. *J Clin Nurs* 20(1-2): 73-85.
- Linden W, Girgis A (2012). Psychological treatment outcomes for cancer patients: what do meta-analyses tell us about distress reduction? *Psychooncology* 21(4):343-50.
- Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology* 10(6): 490-502.
- Maguire P (1999). Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer Care* 35(14): 1415-1422.
- McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, Wagner EH (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as chronic illness. *CA Cancer*, 61(1): 50-62.
- McMillan E, Newhouse IJ (2011). Exercise is an effective treatment modality for reducing cancer-related fatigue and improving physical capacity in cancer patients and survivors: a meta-analysis. *Appl Physiol Nutr Metab* 36(6):892-903.
- Mehnert A, Koch U (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 64(4): 383-391.
- Mehnert A, Petersen C, Koch U (2003). Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Z Med Psychol* 12: 77-84.
- Miovic M, Block S (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 110(8): 1665-1676.
- Mitchell AJ, Vahadzadeh A, Magruder K (2011). Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. *Psychooncology* 20(6): 572-584.
- Möller B, Krattenmacher T, Romer G (2011). Kinder krebskranker Eltern: Entwicklungspsychologische Aspekte, kindliche Belastungen und psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 19: 69-82.
- Mundy EA, DuHamel KN, Montgomery GH. The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment-related side effects (2003). *Semin Clin Neuropsychiatry* 8(4): 253-275.
- NCCN (2003). Clinical practice Guidelines in Oncology. Distress Management. National Comprehensive Cancer Network. Download am 5.2.2013 von <http://www.nccn.org/>

- professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.
- National Consensus Project. Clinical practice Guidelines for Quality Palliative Care, Second Edition. Download am 7.2.2013 von <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual. Download am 3.3.2013 von <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.pdf>.
- NCCN (2012). Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative Care. National Comprehensive Cancer Network. Download am 5.2.2013 von http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.
- NHMRC (2003). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. Canberra, Australia. Download am 3.4.2013 von http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp90.pdf
- Nitkin P, Parkinson M, Schultz I. (2011). Cancer and Work: A Canadian Perspective. Download am 4.7.2013 von <http://www.capo.ca/pdf/CancerandWork-ACanadianPerspective.pdf>.
- Petersen C, Kruihoff E. (2006). Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In Pawils & Koch (Eds.), *Psychosoziale Versorgung in der Medizin* (pp. 132-142). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Reuter K (2010). Psychooncology: utility, principles and therapeutic options. *Psychother Psychosom Med Psychol* 60(12): 486-497.
- Rick O, Kalusche E, Dauelsberg T, König V, Korsukewitz C, Seifart U (2012). Reintegrating cancer patients into the workplace. *Dtsch Arztebl Int* 109(42): 702-708.
- Riley B, Culver J, Skrzynia C, Senter L, Peters J, Costalas J et al. (2012). Essential elements of genetic cancer risk assessment, counseling, and testing: updated recommendations of the National Society of Genetic Counselors. *J Genet Couns* 21(2): 151-161.
- Roffe L, Schmidt K, Ernst E (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psychooncology* 14(8): 607-617.
- Romer G, Saha R, Haagen M, Pott M, Baldus C, Bergelt C (2007). Lessons learned in the implementation of an innovative consultation and liaison service for children of cancer patients in various hospital settings. *Psychooncology* 16(2) : 138-148.
- Schröder HM, Lilienthal S, Schreiber-Gollwitzer BM, Griessmeier B. (2006). Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie. In DKG. (Ed.), *Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien* (pp. 457-467). Zuckschwerdt Verlag.
- Schröder HM, Lilienthal S, Schreiber-Gollwitzer BM, Griessmeier B. (2008). *Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie*. Download am 4.5.2013 von http://www.kinderkrebsinfo.de/gpoh/psapoh/s3_leitlinie/index_ger.html.
- Schwappach D (2007). Patientenbedürfnisse an die onkologische Rehabilitation. Eine qualitative Studie. Im Auftrag der Krebsliga Schweiz, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Short PF, Vargo MM (2006). Responding to employment concerns of cancer survivors. *J Clin Oncol* 24(32): 5138-5141.
- Singer S, Bringmann H, Hauss J, Kortmann R, Kohler U, Krauss O et al. (2007). Prevalence of concomitant psychiatric disorders and the desire for psychosocial help in patients with malignant tumors in an acute hospital. *Dtsch Med Wochenschr* 132(40): 2071-2076.
- Singer S, Kuhnt S, Götze H, Hauss J, Hinz A, Liebmann A et al. (2009). Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *Br J Cancer* 100(6): 908-912.
- Sperner-Unterweger B (2011). Psycho-oncology - psychosocial oncology: Integration in a concept of oncological treatment. *Nervenarzt* 82(3): 371-378.
- Stanton A (2005). How and for whom? Asking questions about the utility of psychosocial interventions for individuals diagnosed with cancer. *J Clin Oncol* 23(22): 4818-4820.
- Steiner J, Cavender T, Nowels C, Beaty B, Bradley C, Faircough D et al. (2008). The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psychooncology* 17(2): 138-147.

- Tatrow K, Montgomery GH (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *J Behav Med* 29(1): 17-27.
- Thastum M, Johansen M, Gubba L, Olesen L, Romer G (2008). Coping, social relations, and communication: a qualitative exploratory study of children of parents with cancer. *Clin Child Psychol Psychiatry* 13(1): 123-138.
- Visser A, Huizinga GA, Hoekstra HJ, Van Der Graaf WT, Klip E, Pras E et al. (2005). Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: A cross-informant perspective. *Psychooncology* 14(9): 746-758.
- Von Korff M, Tiemens B (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *West J Med* 172(2): 133-137.
- Watkins C (2012). Contemporary visions of psychotherapy supervision: Sharing perspective, identifying need, and charting possibility. *J Contemp Psychother* 42: 125-127.
- Weis J (2001). Die Psychoonkologie und ihre Bedeutung für die Krebsmedizin: Aktuelle Entwicklungstrends und zukünftige Forschungsaufgaben. *Onkologie* 14: 74-79.
- Weis J, Boehncke A (2011). Psychological comorbidity in patients with cancer. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 54(1): 46-51.
- Weis J, Keller M, Singer S, Wickert M, Werner A, Schwarz R. (2008). Diagnoseübergreifende Leitlinien psychoonkologischer Beratung und Behandlung. In: Deutsche Krebsgesellschaft (Hrsg.), *Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien* (pp. 10-15). München: Zuckschwerdt Verlag.
- Yoo HJ, Ahn SH, Kim AS, Kim WK, Han OS (2005). Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. *Support Care Cancer* 13(10): 826-833.
- Zakowski SG, Herzer M, Barrett SD, Milligan JG, Beckman N (2011). Who benefits from emotional expression? An examination of personality differences among gynaecological cancer patients participating in a randomized controlled emotional disclosure intervention trial. *Br J Psychol* 102(3): 355-372.