



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

Neuaufgabe unserer Leitlinien

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

Es freut uns, Ihnen die aktualisierte Auflage unserer Leitlinien zur psychoonkologischen Versorgung von Erwachsenen und deren Angehörigen präsentieren zu dürfen. Seit der Erstauflage im Jahr 2014 hat sich die Psychoonkologie weiterentwickelt und es gibt einige neue Erkenntnisse aus der Forschung. Als Fachgesellschaft haben wir deshalb die Schweizerischen Leitlinien kritisch geprüft und wo nötig überarbeitet.

Was sind die zentralen Neuerungen:

- Ein wichtiges Ziel der Überarbeitung der Leitlinien war die Aktualisierung ihrer wissenschaftlichen Grundlagen. Das Literaturverzeichnis ist auf dem neusten Stand.
- Die graphische Darstellung des gestuften Versorgungsmodells auf Seite 9 wurde erweitert und integriert nun die spezifischen Empfehlungen zur Versorgung. Die Graphik stellt damit eine orientierende Übersicht über die schweizerischen Versorgungsempfehlungen dar.
- In LL1 wird die Wichtigkeit eines integrierten Versorgungsmodells mit einer Ergänzung unterstrichen.
- Die Empfehlungen zu Screening und weiterführender Diagnostik (LL8) wurden erweitert und dabei die *Empfehlung für psychoonkologische Unterstützung durch Fachpersonen und Patientenwunsch, resp. Ablehnung von Unterstützung* stärker berücksichtigt (LL 8).
- Die Empfehlungen zur Qualifikation von Fachpersonen wurden angepasst (LL20).
- Das Dokument wurde graphisch an den neuen visuellen Auftritt der SGPO angepasst

Wir möchten der vorstandsinternen und externen Arbeitsgruppe für ihre wertvollen Beiträge und ihre engagierte Arbeit an dieser Aktualisierung danken. Insbesondere danken wir den erfahrenen Kolleginnen Astrid Grossert und Birgit Maier, welche es mit ihrem Einsatz ermöglicht haben, diese Leitlinien auf den neusten Stand zu bringen und ihre Qualität weiter zu verbessern.

Diana Zwahlen
Ruedi Schweizer
Co-Präsidium der SGPO

25. Februar 2024

Vorwort zur 1. Auflage

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 Psychoonkolog:innen im direkten Kontakt mit den Patient:innen 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.	EINLEITUNG UND HINTERGRUND	5
1.1	Definition und Ziele der Psychoonkologie	5
1.2	Psychoonkologischer Betreuungsbedarf	6
1.3	Entwicklung und Ziele der Leitlinien	7
1.4	Geltungsbereich der Leitlinien	7
2.	EMPFEHLUNGEN ZUR PSYCHOONKOLOGISCHEN BETREUUNG	9
2.1	Grundprinzipien	10
2.2	Abgestuftes Betreuungsmodell	11
2.3	Psychoonkologische Grundbetreuung	13
	2.3.1 Kommunikation und Information	13
	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.	SPEZIFISCHE THEMEN UND HERAUSFORDERUNGEN	20
3.1	Kinder krebskranker Eltern	20
3.2	Prävention und genetische Beratung	21
3.3	Rehabilitation und berufliche Reintegration	22
3.4	Langzeitüberlebende	23
3.5	Palliative Behandlung	24
4.	QUALITÄTSSICHERUNG	25
4.1	Berufsethische Grundsätze	25
4.2	Fachliche Qualifikationen	25
4.3	Fortbildung	25
4.4	Unterstützung von Behandelnden	26
4.5	Supervision	26
	UNTERSTÜTZUNG DER LEITLINIEN DURCH FACHGESELLSCHAFTEN	27
	ANHANG	28
	REFERENZEN	36

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 Patient:innen, 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 Patient:innen 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, Kunst- und Musiktherapie, u.a.m.).

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 Psychotherapie beinhaltet zusätzlich insbesondere Psychodiagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Interventionen. Die psychoonkologische Psychotherapie soll bei Betroffenen und Angehörigen mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen angewandt werden 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

Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Krebs 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. Die Beschäftigung mit den Themen der «Survivors» gewinnt durch die besseren und neuen Behandlungsmöglichkeiten und deren Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen mehr und mehr an Bedeutung, auch in der Psychoonkologie. Exemplarisch genannt seien die zentralen Themen krebsassoziierte Müdigkeit (auch Cancer related Fatigue, CrF) oder Progredienz- resp. Rezidivangst (siehe LL 17) (Chan et al., 2021; Jacobsen et al., 2018; Lagergren et al., 2019).

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, sozialen und spirituellen Belastungsfaktoren einher, wobei diese Belastungsfaktoren eng miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig verstärken können (nach dem Ansatz eines bio-psycho-sozialen Modells (Engel, 1977)). Mögliche Belastungen umfassen neben körperlichen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen unter anderem Angstzustände, Depressionen, Beziehungsprobleme, soziale, finanzielle und berufliche Belastungen oder existenzielle Fragen. Diese Belastungsfaktoren können mehr oder weniger ausgeprägt sein. Viele onkologische Patient:innen können diese Probleme alleine oder mithilfe von Unterstützung ihres sozialen Netzwerkes bewältigen, jedoch weist etwas über die Hälfte der Betroffenen im Verlauf der Erkrankung aus Expert:innensicht eine psychosoziale Behandlungs- oder Beratungsbedürftigkeit auf (NHMRC, 2003). Schätzungen zufolge leiden je nach Krebsdiagnose und Stadium der Krankheit 25 bis 30 Prozent aller Krebspatient:innen 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; Kuhnt et al., 2016; Purushotham et al., 2013).

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 Krebspatient:innen mit einer vorbestehenden psychiatrischen Komorbidität ist die Fähigkeit, mit Belastungen durch die Krebserkrankungen umgehen zu können, in der Regel beeinträchtigt (Purushotham et al., 2013).

Zu den häufigsten psychiatrischen Diagnosen (nach ICD-10) bei onkologisch Erkrankten gehören Anpassungsstörungen (F43.2), akute Belastungsreaktionen (F43.0), posttraumatische Belastungsstörungen (F 43.1), Angststörungen (F41.41) und Depressionen (F32-33) (Weis und Boehncke, 2011).

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

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 aus ethischer Sicht behandlungswürdig sind (Bernhard und Sieber, 2011; Holland, 2018).

Angesichts der beschriebenen vielseitigen Belastungen der onkologischen Patient:innen 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; Faller et al., 2016). 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 Krebspatient:innen zu reduzieren vermögen (vgl. Reuter, 2010; Steel & Carr, 2022).

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.

Im Nationalen Krebsprogramm 2011-2015 (NKP II) der Schweiz wurde die Erarbeitung nationaler Standards und Leitlinien zur psychosozialen Versorgung von Krebskranken und deren Angehörigen als eines von drei Zielen festgehalten.

Gemäss diesem Ziel sollten 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 wurde auch in der «Nationalen Strategie gegen Krebs» zuhänden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) aufgenommen und konkretisiert.

Grundlagen der 2014 vorgelegten und 2022/23 überarbeiteten Leitlinien bilden neben psychoonkologischer Fachliteratur insbesondere Empfehlungen internationaler Leitlinien (u.a. CAPO, 2010; Department of Health Australia, 2008; NHRMC, 2003; Leitlinienprogramm Onkologie S3 DKG, 2014; NCCN 2021) – 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 Psychotherapie) von erwachsenen Krebspatient:innen, deren Angehörigen und Betreuungspersonen. Sie sollen diagnoseübergreifend und für jedes Stadium der Krebserkrankung gelten.

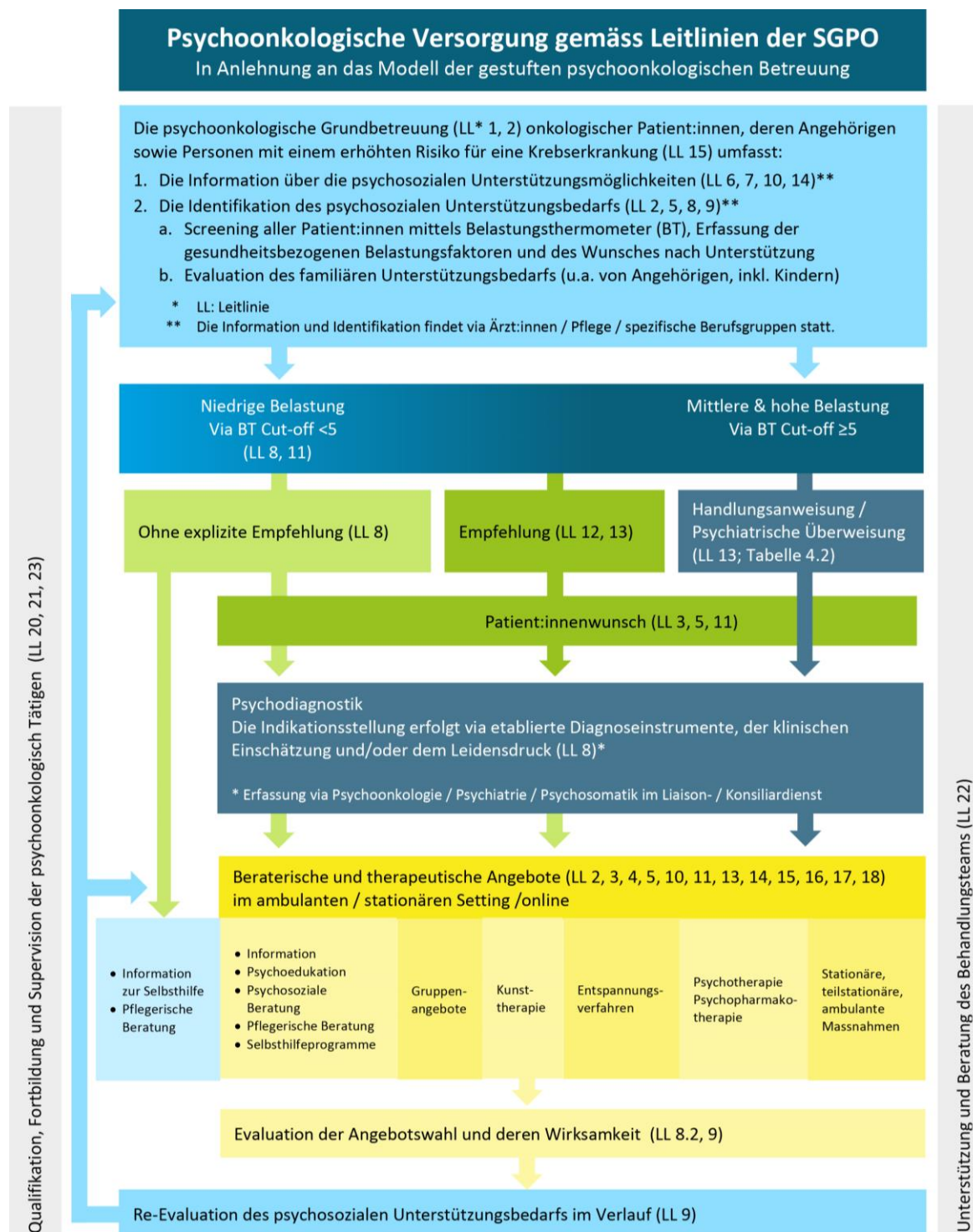
Die psychoonkologische Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit onkologischen Erkrankungen unterscheidet sich in wesentlichen Faktoren und bedarf einer gesonderten Betrachtung (Schröder et al., 2006; Petersen und Kruthoff, 2006; Close et al., 2019; Israels et al., 2015; Levine et al., 2013). Zudem 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, Schröder et al., 2019) 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 Psychotherapie gemäss dem Reglement 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

In den folgenden Empfehlungen zur psychoonkologischen Betreuung ist das Prinzip der gestuften Versorgung zentral. Darstellung 1 stellt dieses Prinzip der gestuften Versorgung dar und integriert die spezifischen Empfehlungen zur Versorgung in einem Modell. Auf die jeweilig zugehörigen Empfehlungen wird in der Darstellung verwiesen (Bspw. LL9, 10 = Verweis auf Leitlinie 9 und 10).



V4.0, 01.09.2021; erstellt von Grossert Astrid, Maier Birgit, Zwahlen Diana, Bernhard Jürg

Darstellung 1: Modell der gestuften Versorgung gemäss SGPO (A. Grossert, B. Maier, D. Zwahlen, J. Bernhard; adaptiert nach Hutchison et al., 2006)

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; Grassi, 2020

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 Patient:innen, sondern auch bei Angehörigen auftreten (Mehnert, 2010; Geng et al., 2018; Götze et al., 2014; van Roij et al., 2021). Behandelnde Ärzt:innen und Pflegekräfte können durch die potenziell emotional belastende Arbeit unter psychischer Belastung leiden (Mehnert, 2010; Hunt et al., 2019; Arigoni et al., 2009; Dijkhoorn et al., 2021). Psychoonkologische Angebote sollen daher die qualifizierte Betreuung von Patient:innen und Angehörigen umfassen und zur Unterstützung von Pflegenden und Ärzt:innen beitragen. Es existieren verschiedene internationale Empfehlungen für ein integriertes Versorgungsmodell in medizinischen Institutionen (Institute of Medicine, 2008; Department of Health, Western Australia, 2008; Nationaler Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit, Deutschland.) Die Integration psychoonkologischer Fachpersonen in medizinische Teams erleichtert die Kollaboration unter Gesundheitsfachpersonal, die Kommunikation und den Austausch von Expertise. Der regelmässige interdisziplinäre Austausch sollte in Form von Rapporten und individuellen Fallbesprechungen geregelt und strukturiert werden (Weis et al., 2008; Pillay et al., 2016) (Siehe auch LL 13).

Leitlinie 2	Die psychoonkologische Betreuung wird in multidisziplinärer/ interdisziplinärer Kooperation durch alle an der Behandlung von Krebspatient:innen beteiligten Berufsgruppen realisiert. Dazu gehören insbesondere Ärzt:innen, Pflegenden, Psychotherapeut:innen, Kunsttherapeut:innen, Musiktherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen und Seelsorger:innen u.a.m.
Quellen	Mehnert et al., 2003; NICE, 2004; Pillay et al., 2016

Die Betreuung der Patient:innen ist in erster Linie Aufgabe des primären medizinischen Behandlungsteams (Medizin, Pflege). Wir unterscheiden zwischen einer psychoonkologischen Grundbetreuung, welche durch das primäre Behandlungsteam erfolgt und einer spezialisierten psychoonkologischen Betreuung, die durch spezifisch psychoonkologisch qualifizierte Fachpersonen – Berater:innen oder Psychotherapeut:innen – erfolgt (siehe dazu LL5). Angebote durch psychoonkologische Fachpersonen 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 primären Betreuungspersonen 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 (siehe LL1).

Leitlinie 3	Psychoonkologische Betreuungsangebote sind allgemein zugänglich. Sowohl Patient:innen als auch Angehörige haben freien Zugang zu psychoonkologischen Versorgungsangeboten – ungeachtet deren Diagnose, kulturellen Herkunft, Sprache, Alter, Geschlecht, körperlichen Einschränkungen, sexuellen Orientierung oder Wohnort.
Quellen	CAPO, 2010; Mehnert et al., 2003; Weis et al., 2008; Travado et al., 2017

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 Patient:innen 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; Pop et al., 2016

Dem psychischen Wohlbefinden der Patient:innen und deren 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 psychoonkologischen Fachpersonen Rechnung zu tragen. Eine gute Zusammenarbeit und Koordination zwischen stationären und ambulanten institutionell eingebundenen Betreuungsangeboten und der Versorgung zuhause, beispielsweise durch Hausärztin oder Hausarzt, Spitex und freipraktizierende Psychoonkolog:innen, ist dabei von zentraler Bedeutung.

2.2 Abgestuftes Betreuungsmodell

Leitlinie 5	Psychoonkologische Interventionen sind an den individuellen Bedürfnissen der Patient:innen auszurichten und sollen im Bedarfsfall frühestmöglich angeboten werden.
Quellen	Weis et al. 2008; Pirl et al., 2014

Krankheitsverlauf und Therapie aber auch die Belastungen und Bedürfnisse von Patient:innen und Angehörigen sind sehr individuell.

Eine uniforme Betrachtung und Behandlung der psychosozialen Verfassung ist daher nicht angezeigt (Stanton, 2005; Hutchison et al., 2006; Grassi, 2020). 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; Arning et al., 2019).

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 Patient:innen 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; Arning et al., 2019). 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 Patient:innen mit einer erhöhten Belastung allgemein deutlich stärker als bei jenen mit einer geringen Belastung (Linden und Girgis, 2012).

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 Patient:innen 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 Patient:innen mit mittleren bis schweren Belastungen und psychischen Störungen, bestehend aus einer spezifischen psychoonkologischen Therapie, die durch psychoonkologische Psychotherapeut:innen oder Psychiater:innen mit entsprechender Qualifikation ausgeführt wird.
- Eine unmittelbare Versorgung für Patient:innen mit einer akuten schweren Belastung oder schwerwiegenden psychischen Störung, bestehend aus einer intensiven Therapie für akute und komplexe Probleme, die durch psychoonkologische Psychotherapeut:innen oder Psychiater:innen mit entsprechender Qualifikation ausgeführt wird. Stationäre psychotherapeutische Massnahmen können hier indiziert sein.

Neben der Indikation aufgrund der Expert:inneneinschätzung muss auch der Patient:innenwunsch mitberücksichtigt werden, siehe dazu LL8.

2.3 Psychoonkologische Grundbetreuung

2.3.1 Kommunikation und Information

Leitlinie 6	Die Kommunikations- und Informationsbedürfnisse von Krebspatient:innen und ihren Angehörigen sollen hohe Beachtung erhalten.
Quellen	Department of Health Australia, 2008; NHMRC, 2003; Mazor et al., 2013

Mit der zunehmenden Komplexität onkologischer Therapien und der Belastungen der Patient:innen 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 Patient:innen und Angehörigen ist für alle Beteiligten von zentraler Bedeutung. Diverse Studien belegen, dass die Behandlungszufriedenheit von Patient:innen in hohem Masse mit der wahrgenommenen Kommunikationsqualität korreliert (z.B. IOM, 2008; Hack et al., 2005; Fukui et al., 2011; Nehls, 2014).

Mögliche Nutzen einer gelungenen Kommunikation zwischen den Mitgliedern des Behandlungsteams und Krebspatient:innen beinhalten eine Verbesserung der psychosozialen Anpassung und des Wohlbefindens, bei der Entscheidungsfindung und Behandlungs-Adhärenz (unter anderem Einhalten von Terminen und Medikamenteneinnahme) sowie bei der Behandlungszufriedenheit (Fallowfield und Jenkins, 2004; Maguire, 1999; Rai et al., 2018).

Kommunikation zwischen Betreuungspersonen und Betroffenen, die nicht den Bedürfnissen der Betroffenen entspricht, kann hingegen zu belastenden Problemen und zu Folgen wie Vertrauensverlust, Kränkung, Non-Adhärenz, Frustration oder Wut führen (Kowalski et al., 2009; Chlebowski et al., 2014; Russo et al., 2021).

Ergänzend zu einer psychoonkologischen Grundbetreuung sollten onkologische Primärbehandelnde auch Informationen zu Möglichkeiten von Beratungs- und Therapieangeboten vermitteln (Haeck et al., 2012; Holland, 2018).

Die Krebsliga Schweiz bietet ein Kommunikationstraining für Ärzt:innen 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 und FMH in Hämatologie.

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 Patient:innen 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 Patient:innen 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 und Psychodiagnostik

Leitlinie 8	Die psychosozialen Belastungen von Personen mit einer Krebserkrankung sollen auch mittels eines standardisierten Verfahrens erhoben werden. Eine weiterführende Psychodiagnostik sollte bei mittlerer bis hoher Belastung erfolgen. Grundsätzlich sollte dem Patient:innenwunsch Rechnung getragen werden.
Quellen	CAPO, 2010; Department of Health Australia, 2008; NCCN, 2020; 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; Buchhold et al., 2017).

Die Erhebung der Belastung und relevanter psychosozialer Bedürfnisse umfasst:

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

Die systematische Erfassung aller Krebspatient:innen durch ein sogenanntes Belastungsscreening wird empfohlen (Mehnert et al., 2003; Weis et al., 2008; NCCN, 2019; Hermelink et al., 2014). Im Idealfall teilen die Betroffenen ihre Probleme und Bedürfnisse der behandelnden Ärztin bzw. 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; Grassi et al., 2013). 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 Krebspatient:innen aus Kanada (Howell et al., 2009).

Zur individuellen Bedarfsermittlung empfehlen sich international validierte Messinstrumente wie das Belastungsthermometer (distress thermometer; NCCN, 2021, deutsche Validierung Mehnert et al., 2006) oder der Hornheider Fragebogen (Rumpold et al., 2001). Ein solches Screening ersetzt jedoch nicht das Gespräch und die klinische Einschätzung.

Die Zuweisung der Patient:innen zu psychoonkologischen Massnahmen kann gemäss einem risikogruppenbezogenen Ansatz auf der Grundlage eines zweistufigen Vorgehens erfolgen. Im ersten Schritt wird das Ausmass der emotionalen Belastung erhoben. In der Folge werden die Krebsbetroffenen mit schweren emotionalen Belastungen zu weiterer Abklärung, resp. Psychodiagnostik und ggfs. Psychotherapie an eine psychoonkologische Psychotherapeutin oder Psychiaterin bzw. einen psychoonkologischen Psychotherapeuten oder Psychiater mit entsprechender Qualifikation überwiesen (Kusch et al., 2013; Arning et al., 2019). Bei der Abklärung durch eine qualifizierte Fachperson können sich oft zuvor nicht erkannte spezifische Problemlagen zeigen wie z.B. eine krebsassoziierte Müdigkeit (engl. Cancer related Fatigue) u.a.m.

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 (Salmon et al., 2015). Patient:innen, die als gering belastet eingeschätzt werden, können einen Wunsch nach psychoonkologischer Unterstützung haben, sowie es eine Gruppe von Patient:innen mit mittlerer oder hoher Belastung gibt, die psychoonkologische Angebote ablehnen (Tondorf et al., 2018). Es hat sich gezeigt, dass eine Empfehlung vonseiten der Onkologin bzw. des Onkologen, psychoonkologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, eine zentrale Bedeutung für die Inanspruchnahme hat (Frey Nascimento, Tondorf et al., 2019). Eine Empfehlung kann aufgrund erhöhter Screeningwerte aber auch aufgrund der klinischen Einschätzung, die vom Screeningwert abweicht, erfolgen.

Abgeleitet davon sollen die Angaben der krebsbetroffenen Person zur subjektiven Belastung sowie ihr Unterstützungsbedarf mit ihr besprochen werden. Es kann im klinischen Alltag ausserdem zu Situationen kommen, in welchen sich ein psychoonkologischer Behandlungsbedarf durch eine Selbst- oder Fremdgefährdung der Patientin bzw. des Patienten ergibt oder beispielsweise eine psychische Störung die medizinische Behandlung erschwert. In solchen Fällen muss sowohl dem medizinischen Behandlungsteam als auch der krebsbetroffenen Person selbst sehr kurzfristig qualifizierte psychoonkologische Unterstützung bereitgestellt werden können.

Lehnt die Patientin bzw. der Patient trotz Indikation und Empfehlung psychoonkologische Unterstützung ab, soll dies vom Behandlungsteam akzeptiert werden (cave: Selbst- und Fremdgefährdung). Ein Behandlungsteam kann sich im Bedarfsfall von einer psychoonkologischen Fachperson im Hintergrund zum Umgang mit schwierigen Situationen beraten lassen.

Es ist zu erwähnen, dass Patient:innen, die psychoonkologische Hilfestellungen im Moment ablehnen, dies selten mit einer grundsätzlich negativen Haltung tun. Einige Krebserkrankte sind ambivalent oder empfinden den Zeitpunkt als nicht geeignet (Tondorf et al., 2018). Die niederschwellige Information zu den Angeboten sowie eine wiederholte Erfassung von psychosozialer Belastung und Unterstützungsbedarf im Behandlungsverlauf sind hier besonders wichtig.

Leitlinie 9	Die psychosozialen Belastungen und Bedürfnisse von Betroffenen sollten im Verlauf, besonders in kritischen Übergangsphasen, wiederholt überprüft werden.
Quellen	Capo, 2010; NCCN, 2021; American College of Surgeons, 2012

Die psychosozialen Bedürfnisse von Krebspatient:innen sind abhängig vom individuellen Krankheitsverlauf. In bestimmten Phasen der Erkrankung treten spezifische Bedürfnisse und Belastungen gehäuft auf (Fitch, 2000; Kreitler, 2019). 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 Patient:innen 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; Andersen et al., 2014).

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; Fenn et al., 2014).

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

Für die Betreuung der Krebserkrankten 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 Patient:innen mit einer Krebserkrankung sowie ihre Angehörigen sollen bei Bedarf psychoonkologische Betreuung erhalten.
Quellen	Department of Health Australia, 2008; Grassi, 2020

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, 2019, 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 selbst 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 Patient:innenbetreuung erforderlich machen, sind sehr vielfältig (Tabelle 5, Anhang C). Zudem kann sich der Unterstützungswunsch über den Behandlungsverlauf ändern.

2.6 Betreuung bei erhöhter psychischer Belastung

Je nach Krankheits- und Behandlungsphase können spezifische Bedürfnisse für psychoonkologische Unterstützung entstehen (Fitch, 2008; Kreidler, 2019). 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 Patient:innen 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; Di Mattei et al., 2021; Reese et al., 2018). In Zeiten grosser Unsicherheiten, zum Beispiel beim Warten auf Ergebnisse, haben sich besonders Entspannungstechniken und Stressmanagement-Techniken bewährt (z.B. Carlson und Bultz, 2008; Ataç, 2021; Poletti et al., 2019).

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; Teo et al., 2019).

2.6.1 Psychoonkologische Beratung

Leitlinie 12	Durch psychoonkologische Beratungsangebote soll die qualifizierte psychosoziale Betreuung von Patient:innen und Angehörigen mit erhöhter psychischer Belastung sichergestellt werden.
Quellen	Weis, 2008; Mehnert et al., 2003; Kusch et al., 2014; Oechsle et al., 2019

Die psychoonkologische Beratung ist primär für Krebspatient:innen mit leichten bis mittleren psychischen und sozialen Belastungen angezeigt, obwohl auch Krebserkrankte mit klinisch relevanten Belastungen und psychischen Störungen davon profitieren können. Während bei der ersten Patient:innengruppe die beratenden Interventionen in der Regel hinreichend sind, stellen sie bei den hoch belasteten Patient:innen 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 Patient:innen und Angehörigen.

Eine Krebsdiagnose und die Belastungen im Zusammenhang mit der Krankheit und ihrer Behandlung kann bei Krebserkrankten und auch Angehörigen zu existentiellen Fragen, spirituellen Krisen oder Glaubenskonflikten führen. Andererseits stellen religiöse und spirituelle Ressourcen für manche 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.

Eine wichtige Schnittstelle besteht auch 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.

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 und der Unterstützungsbedarf über die Zeit der Erkrankung verändern.

Bei Hinweisen auf behandlungsbedürftige psychische Belastungen ist eine psychoonkologisch-psychotherapeutische Abklärung angezeigt. Dabei können Patient:innen mit klinisch relevanten Belastungen

oder psychischen Störungen erkannt und es kann ihnen eine angemessene psychoonkologische Therapie angeboten werden (Siehe Kapitel 2.6.2).

Es ist von zentraler Bedeutung, dass das Behandlungsteam und/oder die psychoonkologisch beratende Fachperson 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; Kusch et al., 2014

Psychoonkologische Therapien richten sich an Krebspatient:innen 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; Kusch et al., 2014).

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 Psychoonkolog:innen 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 Patient:innen anzupassen. Es liegt dabei in der Verantwortung der Therapeutin bzw. des Therapeuten, angesichts der krankheits- und behandlungsbedingten Verfassung der krebs-erkrankten Person die Belastbarkeitsgrenzen zu beachten und die Therapie entsprechend auszurichten (Kusch, 2013; Kusch et al., 2014). Im stationären Bereich ermöglicht ein Liaisondienst mit Visiten-teilnahmen und regelmässigem Austausch mit Ärzt:innen und dem Pflorgeteam 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 Patient:innen 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; Chen et al., 2013).

Es existieren Praxisleitfäden, insbesondere zur Diagnose und Behandlung von Depressionen und Angststörungen bei Krebskranken (siehe zum Beispiel Howell et al., 2010; Butow et al., 2015).

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; Möller et al., 2014

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 Krebspatient:innen werden bislang unzureichend berücksichtigt (Krattenmacher et al., 2012; Alexander et al., 2019). Verschiedene Studien zeigen Hinweise auf erhöhte psychische Auffälligkeiten bei Kindern krebskranker Eltern im Vergleich zu Kontrollgruppen (Thastum et al., 2008; Visser et al., 2005; Möller et al., 2014; Walczak et al., 2018). 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 Ärzt:innen, Pflegenden und weiteren involvierten Personen wie beispielsweise Schulpsycholog:innen 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 eine:n spezialisierte:n psychoonkologische:n Therapeuten:in überwiesen werden.

3.2 Prävention und genetische Beratung

Leitlinie 15	Personen mit erhöhtem Risiko für eine Krebserkrankung sollen Zugang zu psychoonkologischer Betreuung haben, 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; Hyatt et al., 2021

Ca. fünf Prozent der Krebserkrankungen werden einer vererbaren 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, selbst 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 Familienheimnissen
- Bedenken und Informationsbedürfnisse bezüglich Screenings 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; Assogba et al., 2020).

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; Bengel & Mittag, 2020; Stäudle & Helbig, 2021

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; Bengel & Mittag, 2020). Viele Patient:innen leiden in der Phase der Rehabilitation unter Belastungen wie Rezidivängsten, sozialer Isolation und familiären Veränderungen, oder der Furcht vor Intimität und Sexualität (Haeck, 2012; Heike et al., 2020). Gezieltes Training von sozialen Kompetenzen und Coping-Strategien können eine wichtige Stütze für Patient:innen sein und ihnen dabei helfen, besser von Unterstützungen des sozialen Netzwerkes zu profitieren.

Internationale Studien zeigen, dass die Mehrheit der Krebspatient:innen ihre Arbeit wieder aufnehmen (Rick et al., 2012; Arndt et al., 2019). Allerdings zeigen die Studienergebnisse grosse Unterschiede in der Rate der Rückkehrer (39–77%, Paltrinieri et al., 2018) und Studienergebnisse weisen 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; Böttcher et al., 2012; Zegers et al., 2021). Als zusätzliche Belastung geht für viele Betroffene die Krebserkrankung einher mit Einkommenseinbussen und Belastungen durch Absenzen am Arbeitsplatz (Kennedy et al., 2007; Bengel & Mittag, 2020; Mehnert & Koch, 2013).

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 Krebs Erkrankte im Allgemeinen motiviert sind, an den Arbeitsplatz zurückzukehren (Feuerstein, 2009; Mehnert, 2011). 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; Fauser et al., 2019). An dieser Stelle sei auf die ausführliche multidisziplinäre Leitlinie zur Rehabilitation und beruflichen Reintegration von Krebskranken aus den Niederlanden hingewiesen (Integral Kankercentrum Nederland, 2017).

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; Janßen et al., 2021) 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 Patient:innen darin unterstützen, mit physiologischen und physischen Belastungen in 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; Schilling, 2019

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. Dabei sind körperliche sowie psychosoziale Langzeitfolgen gleichermaßen zu nennen. Körperliche Symptome haben dabei eine grosse Auswirkung auf das psychische Befinden und die Lebensqualität von Langzeitüberlebenden. Der ursprüngliche physische Funktionsgrad wird häufig nicht wieder erreicht, infolge müssen die Überlebenden dauerhaft mit Einschränkungen leben, was eine grosse Herausforderung für die Lebensgestaltung und psychische Anpassung ist (siehe dazu auch Kapitel 3.3). Eine häufige Problematik ist die krebsassoziierte Müdigkeit (Cancer related Fatigue) und damit einhergehende Leistungseinbussen. Aber auch Angst vor dem Fortschreiten oder Wiederauftreten der Erkrankung (Progredienz- und Rezidivangst) ist für viele Langzeitüberlebende ein relevanter Faktor für das psychische Wohlbefinden (Mehnert & Johansen, 2019).

Studien zeigen, dass sich für die Mehrheit der Patient:innen die Lebensqualität nach Beendigung der Therapie im weiteren Verlauf deutlich verbessert. Dennoch weisen ca. ein Viertel der ehemaligen Patient:innen verschiedene psychosoziale Folgeprobleme auf (Weis und Boehncke, 2011; Mehnert & Johansen, 2019; Chan et al., 2021; Jacobsen et al., 2018; Lagergren et al., 2019). Auch mehrere Jahre nach Therapieende weisen Patient:innen ein erhöhtes Risiko auf, unter schwerwiegender psychischer Belastung zu leiden (Yi, 2017). Sie berichten vom unerfüllten Bedürfnis, diesbezüglich Hilfe zu bekommen (Shakeel, 2020). Einer spezialisierten psychoonkologischen Versorgung von Patient:innen nach der Therapie muss auch in dieser Phase Beachtung geschenkt werden und sie muss gewährleistet sein.

3.5 Palliative Behandlung

Leitlinie 18	Krebspatient:innen 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 der Patientin oder des Patienten gewährleistet sein.
Quellen	BAG und GDK, 2011; CAPO, 2010; NCP, 2018

Wenn die Heilung der Krebserkrankung als nicht mehr möglich erachtet wird und somit kein primäres Ziel mehr darstellt, werden die Patient:innen palliativ betreut. Ein nicht unerheblicher Anteil der Patient:innen befindet sich bereits ab Diagnosestellung in einer palliativen Situation. Für viele betroffene Patient:innen 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 Patient:innen 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 onkologisch Erkrankte und ihre 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 Patient:innen 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 selbst (Given und Given, 1992; Hagedoorn et al., 2008; McLean et al., 2011). Insbesondere sollte bei Bedarf auch die Betreuung der Angehörigen nach dem Tod der betroffenen Person 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, 2011).

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; Holland, 2018

Die Qualifikationen für psychoonkologische Fachpersonen sind gemäss den Richtlinien (Titelreglement) der SGPO national verbindlich geregelt. Eine psychoonkologische Zusatzqualifikation sowie Berufserfahrung ist Voraussetzung für die Anerkennung als psychoonkologische Fachperson und den Erwerb eines SGPO Fachtitels «Psychoonkologische Psychotherapie SGPO» oder «Psychoonkologische Beratung SGPO». Die Titelkommission der SGPO prüft Anträge und vergibt Fachtitel.

Für den SGPO-Titel «Psychoonkologische Psychotherapie SGPO» wird ein eidgenössisch anerkannter Weiterbildungstitel in Psychotherapie gemäss Psychologieberufegesetz PsyG oder den Kriterien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vorausgesetzt. Für Psycholog:innen vergibt die FSP die «Zusatzqualifikation in Psychoonkologie (FSP_ZQ)».

Der Titel «psychoonkologische Beratung SGPO» ist für verschiedenste Berufsgruppen zugänglich.

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; Holland, 2018

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 ist gemäss dem Reglement der SGPO zum Titelerhalt geregelt.

4.4 Unterstützung von Behandelnden

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

Neben der Betreuung von Patient:innen 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 Patient:innen 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 Patient:innen und Angehörigen (Aycock und Boyle, 2008, Kearney et al., 2009; Dewidar et al., 2022; Sanchez-Reilly et al., 2013).

Supervisionsangebote dienen der gezielten Aufarbeitung von Belastungen im Umgang mit den Krebskranken und der Reflexion psychologischer und psychosozialer Aspekte in der Patient:innenversorgung. Ziel solcher Angebote ist die individuelle Entlastung, die Verbesserung der Teamkooperation und damit die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit (Weis, 2001; Gillet et al., 2018; Poulsen et al., 2016).

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

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; Breitbart et al., 2021; Joubert et al., 2013

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 Berater:innen und Therapeut:innen und trägt sowohl zur Arbeitsqualität als auch zum beruflichen Wohlbefinden bei (Watkins, 2012; Hession & Habenicht, 2020).

UNTERSTÜTZUNG DER LEITLINIEN DURCH FACHGESELLSCHAFTEN

Psycholog:innen/Psychiater:innen:

- FSP Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
- ASP Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- SBAP Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie
- SGPP Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
- SSCLP Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie

Medizin:

- palliative.ch
- SGMO Schweizerische Gesellschaft für medizinische Onkologie
- SASRO Scientific Association of Swiss Radiation Oncology
- SRO Schweizerische Gesellschaft für Radioonkologie

Sozialarbeit:

- SFSS Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in Spitälern
- AvenirSocial, Soziale Arbeit Schweiz

Pflege:

- OPS Onkologiepflege Schweiz

ANHANG

Anhang A: Angaben zur Leitlinienerstellung und deren Aktualisierung im Jahre 2023

Zusammensetzung der Steuergruppe Erstellung Leitlinien 2014

Prof. Dr. phil. Jürg Bernhard	bis März 2022 Leitung Psychoonkologie, Inselspital, Universitätsspital Bern
Dr. phil. Brigitta Wössmer	Präsidentin SGPO (bis Juni 2013), Ltd. Psychologin, Universitätsspital Basel bis 2018, Mitglied Vorstand Krebsliga Schweiz
Dr. phil. Sandra Sieber	Leitende Psychologin, Spitalzentrum Oberwallis
Brigitte Baschung, MPH	Ehemals Stellvertretende Geschäftsleiterin KLS, Bereichsleiterin Beratung und Unterstützung

Arbeitsgruppe Aktualisierung 2023

Zusammensetzung der Arbeitsgruppe Aktualisierung Leitlinien

Dr. phil. Diana Zwahlen	Co-Präsidentin SGPO, Ltd Psychologin, Universitätsspital Basel
Dr. phil. Astrid Grossert	Ltd Psychologin, Kantonsspital Liestal
Dipl. psy. Birgit Maier	Psychoonkologin, Universitätsspital Basel
Unterstützt durch	Prof. Dr. phil. Jürg Bernhard, ehemals Leiter Psychoonkologie Universitätsspital Bern, Insel und sein Team Anna Gerber, lic.phil. Leiterin Bildung Krebsliga Schweiz

Literaturrecherche und Verfassung

Lic. phil. Martina Hurschler

Aktualisierung der Literatur 2022: Jana Hochreutner, BSc, Psychologiestudentin, Basel

Konsultation und Vernehmlassungsprozess originale Leitlinien 2014

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 Präsident:innen/Geschäftsführer:innen der regionalen Krebsligen, zum überarbeiteten Entwurf Stellung zu nehmen. Verarbeitung der Kommentare bis zum 2. September 2013.
Erhaltene Rückmeldungen:	<i>In alphabetischer Reihenfolge:</i> Alder Judith, Bachmann Irene, Guerra Maria Rita, Hofer Therese, Hürlimann Barbara, In-Albon Fabiola, Kainz Martina, Leuthold Kradofer Brigitte, Martino Heloisa, Masullo Alba, Nemeskozy 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

Aktualisierung

Arbeitsprozess	<p><i>Erste SGPO interne Arbeitsgruppe 02/2018 mit mehreren Treffen zur Diskussion über die Notwendigkeit und Art der Überarbeitung:</i> <i>Mitglieder</i> Jürg Bernhard, Aita Biert, Patrick Nemeszazy, Christine Morgenthaler, Lucia Stäubli, Reinhard Zenhäusern, Diana Zwahlen</p> <p>Bildung Kerngruppe zur Analyse der Leitlinien gemäss Auftrag SGPO 01.2020: Astrid Grossert, Birgit Maier, Diana Zwahlen</p> <p>Rückmeldung durch Jürg Bernhard und Team Inselspital 12.2020 und Einarbeitung der Kommentare Anna Gerber, Bildungsverantwortliche Krebsliga Schweiz</p> <p>Aktualisierung der Literatur bis 02.2022 durch Jana Hochreutner</p> <p>Einarbeitung und Finalisierung des Entwurfs durch Kerngruppe (AG, BM, DZ) für die Vernehmlassung durch Kerngruppe</p>
Vernehmlassung im Vorstand SGPO:	<p>Aktualisierter Entwurf an die Vorstandsmitglieder SGPO versandt am 28.03.2023. Rückmeldungen werden eingearbeitet bis zum 26.04.2023.</p> <p><i>Am 26.04.2023 werden die Leitlinien vom Vorstand der SGPO verabschiedet:</i></p> <p>Zusammensetzung des SGPO-Vorstands: Aita Biert, Erika Gardi, Yves Girardet, Sabine Kaufmann, Ruedi Schweizer, Michael Schwitter, Sandra Sieber, Lucia Stäubli, Diana Zwahlen</p>

Einschlusskriterien für die Leitlinien-Recherche

Zielgruppe	Erwachsene Krebspatient:innen
Publikationsdatum	Zwischen 2000 und 02.2022 (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 bis Februar 2022 in den Datenbanken Google Scholar, 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	2017	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	2018	DKG	Interdisziplinäre S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Endometriumkarzinoms -> S3- Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit Endometriumkarzinom
DE	2021	DKG	Interdisziplinäre S2_Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Gliomen des Erwachsenenalters -> Gliome
DE	2018	DKG	Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms (Interdisziplinäre S3 Leitlinie) -> S3-Leitlinie Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms
DE	2019	DKG	Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagogastralen Übergangs -> S3-Leitlinie Magenkarzinom
DE	2021	DKG	Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms -> S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms

DE	2021	DKG	Interdisziplinäre S2k Leitlinie zur Diagnostik und Therapie maligner Ovarialtumoren -> S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren
DE	2021	DKG	Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms -> S3-Leitlinie Prostatakarzinom
DE	2009	DKG	Interdisziplinäre S2k Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen
DE	2021	DKG	Interdisziplinäre S2k Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms -> S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom
DE	2021	DKG	Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms -> Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms
DE	2014	Arbeitsgruppe der Deutschen Krebsgesellschaft -> DKG	Leitlinien für ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen -> S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten
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	2019	NCCN	Distress Management
USA	2018	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	2019	NCCN	Adult Cancer Pain
USA	2021	NCCN	Palliative care
CH	2011	BAG/GDK	Nationale Leitlinien Palliative Care

Allgemeine Literaturrecherche

Die ausführliche Dokumentation der Literaturrecherche zu einzelnen Themen kann bei der Geschäftsstelle der SGPO 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 Patient:innen 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 (Onkolog:in, 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 Patient:innen 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:in • Psychoonkologische Berater:in • Sozialarbeiter:in 	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsfindung • Kommunikation mit Betreuungsteam • Soziale Isolation • Sozialberatung
3. Erweiterte Betreuung, für Patient:innen 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:in oder Psychiater:in mit psychoonkologischer Qualifikation 	<ul style="list-style-type: none"> • Stressmanagement • Bewältigungsstrategien (Coping) • Anpassungsstörungen • Angststörungen • Psychopharmaka
4. Spezialisierte Betreuung – für Patient:innen 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:in oder Psychiater:in 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
Patient:innenbezogene 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 einer psychoonkologischen Therapeutin oder 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

- Alexander, E., O'Connor, M., Rees, C., & Halkett, G. (2019). A systematic review of the current interventions available to support children living with parental cancer. *Patient Education and Counseling*, *102*(10), 1812–1821. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.001>
- American College of Surgeons. (2012). *Cancer Program Standards 2012: Ensuring Patient-Centered Care v1.2.1*. 140.
- 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.
- Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., Holland, J. C., Partridge, A. H., Bak, K., Somerfield, M. R., & Rowland, J. H. (2014). Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, *32*(15), 1605–1619. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.4611>
- Antoni M. H., Lechner S., Diaz A., Vargas S., Holley H., Phillips K., McGregor B. A., Carver C. S., 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.
- Arigoni, F., Bovier, P. A., Mermillod, B., Waltz, P., & Sappino, A.-P. (2009). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: Who are most at risk? *Supportive Care in Cancer*, *17*(1), 75–81. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0465-6>
- Arndt, V., Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Pritzkeleit, R., Waldeyer-Sauerland, M., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Doege, D., Thong, M. S. Y., & Brenner, H. (2019). Return to work after cancer. A multi-regional population-based study from Germany. *Acta Oncologica*, *58*(5), 811–818. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1557341>
- Arning, A., Bohnenkamp, H., Helbig, U., Gieseler, F., & Schopperth, T. (2019). Standardprozesse ambulanter psychosozialer Krebsberatung: Ein Beitrag der Landeskrebsgesellschaften zur Qualitätssicherung des Beratungsprozesses. *Forum*, *34*(6), 527–536. <https://doi.org/10.1007/s12312-019-00693-y>
- Artherholt S., Fann J. (2012). Psychosocial care in cancer. *Curr Psychiatry Rep* *14*(1): 23-29.
- Assogba, E. L. F., Mamguem Kamga, A., Costaz, H., Jankowski, C., Dumas, A., Roinot, P., Jolimoy, G., Coutant, C., Arveux, P., & Dabakuyo-Yonli, T. S. (2020). What Are Young Women Living Conditions after Breast Cancer? Health-Related Quality of Life, Sexual and Fertility Issues, Professional Reinsertion. *Cancers*, *12*(6), 1564. <https://doi.org/10.3390/cancers12061564>
- Ataç, M. (2021). The Effect Of Mindfulness Based Stress Reduction Program On The Quality Of Life In Patients With Breast Cancer: A Systematic Review. *Journal of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.68736>
- Aycock N., Boyle D. (2008). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clin J Oncol Nurs* *13*(2): 183-191.
- Bengel, J., & Mittag, O. (Hrsg.). (2020). *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Somatopsychologie und Verhaltensmedizin*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61170-8>
- Bernhard J., Sieber S. (2011). Psychoonkologie. In OncoSuisse (Hrsg.) *Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015*.
- Biegler K. A., Chaoul M. A., Cohen L. (2009). Cancer, cognitive impairment, and meditation. *Acta Oncol* *48*(1): 18-26.
- Böttcher, H., Steimann, M., Koch, U., & Bergelt, C. (2012). Rückkehr zur Arbeit – Erfahrungen und Erwartungen von Patientinnen und Patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, *51*(01), 31–38. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1285888>
- Bradley C. J., 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 S. W., Dileo C. (2011). Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* *5*(10): CD007103.

- Breitbart, W., Butow, P., Jacobsen, P., Lam, W., Lazenby, M., & Loscalzo, M. (Hrsg.). (2021). *Psycho-Oncology* (4. Aufl.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190097653.001.0001>
- Brown T. A., Barlow D. H. (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.
- Buchhold, B., Arnold, A., Lutze, S., Jülich, A., Winkler, M., Bahlmann, J., Eggert, C., Jünger, M., & Hannich, H.-J. (2017). Psychosocial distress and desire for support among inpatients with skin cancer: Psychosocial distress and desire for support. *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 15(8), 791–799. <https://doi.org/10.1111/ddg.13294>
- 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>.
- Butow, P., Price, M. A., Shaw, J. M., Turner, J., Clayton, J. M., Grimison, P., Rankin, N., & Kirsten, L. (2015). Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines: Clinical pathway for anxiety and depression in cancer. *Psycho-Oncology*, 24(9), 987–1001. <https://doi.org/10.1002/pon.3920>
- Cameron L. D., 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 L. E., Bultz B. D. (2008). Mind-body interventions in oncology. *Curr Treat Options Oncol* 9(2-3): 127-134.
- Chan, R. J., Nekhlyudov, L., Duijts, S. F. A., Hudson, S. V., Jones, J. M., Keogh, J., Love, B., Lustberg, M. B., Mehnert-Theuerkauf, A., Nathan, P., Ness, K. K., Sheppard, V. B., Smith, K., Tevaarwerk, A., Yu, X., & Feuerstein, M. (2021). Future research in cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, 15(5), 659–667. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01102-x>
- Chen, S.-C., Lai, Y.-H., Liao, C.-T., Chang, J. T.-C., Lin, C.-Y., Fan, K.-H., & Huang, B.-S. (2013). Supportive care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving radiation therapy: Supportive care needs in patients receiving RT. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1220–1228. <https://doi.org/10.1002/pon.3126>
- Classen C. C., 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.
- Close, A. G., Dreyzin, A., Miller, K. D., Seynaeve, B. K. N., & Rapkin, L. B. (2019). Adolescent and young adult oncology—Past, present, and future. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 485–496. <https://doi.org/10.3322/caac.21585>
- Cimprich B., Janz N. K., Northouse L., Wren P. A., Given B., Given C. W. (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 N. J., 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 A. G., 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.

- Dewidar, A. E.-S., Gado, E., Gemeay, E., & sabra, A. (2022). Effect of Training Program about Compassion on Professional Quality of Life of Mental Health Nurses. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, 2(2), 81–97. <https://doi.org/10.21608/ejnsr.2022.212300>
- Di Mattei, V. E., Perego, G., Taranto, P., Mazzetti, M., Marotta, E., Candiani, M., & Salvatore, S. (2021). The Long-Term Effects of Cancer Treatment on Sexuality and Couple Relationships. *Family Process*, 60(3), 853–865. <https://doi.org/10.1111/famp.12604>
- Dijxhoorn, A.-F. Q., Brom, L., van der Linden, Y. M., Leget, C., & Raijmakers, N. J. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 35(1), 6–26. <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>
- Engel, G. L. (1977). *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. 196, 9.
- Faller H., Lang H. (2010). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Szalai, C., Wittchen, H.-U., & Mehnert, A. (2016). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 81, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.004>
- Fallowfield L, Jenkins V (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 363(9405): 312-319.
- Fausser, D., Wienert, J., Zomorodbakhsch, B., Schmielau, J., Biester, I., Krüger, H.-U., Presl, A., & Bethge, M. (2019). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei Krebs. *Deutsches Ärzteblatt*, 13.
- Fenn, K. M., Evans, S. B., McCorkle, R., DiGiovanna, M. P., Pusztai, L., Sanft, T., Hofstatter, E. W., Killelea, B. K., Knobf, M. T., Lannin, D. R., Abu-Khalaf, M., Horowitz, N. R., & Chagpar, A. B. (2014). Impact of Financial Burden of Cancer on Survivors' Quality of Life. *Journal of Oncology Practice*, 10(5), 332–338. <https://doi.org/10.1200/JOP.2013.001322>
- 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.
- Frey Nascimento, A., Tondorf, T., Rothschild, S. I., Koller, M. T., Rochlitz, C., Kiss, A., Schaefer, R. M., Meinschmidt, G. P., Hunziker, S., Gaab, J., & Zwahlen, D. (2019). Oncologist recommendation matters!—Predictors of psycho-oncological service uptake in oncology outpatients. *Psycho-Oncology*, 28(2), 351–357. <https://doi.org/10.1002/pon.4948>
- Fukui, S., Ogawa, K., & Yamagishi, A. (2011). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: A preliminary study. *Psycho-Oncology*, 20(12), 1285–1291. <https://doi.org/10.1002/pon.1840>
- Geng, H., Chuang, D., Yang, F., Yang, Y., Liu, W., Liu, L., & Tian, H. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39), e11863. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>
- 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 K. I. M., Neri E., Kraemer H. C., 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.
- Gillet, N., Fouquereau, E., Coillot, H., Cougot, B., Moret, L., Dupont, S., Bonnetain, F., & Colombat, P. (2018). The effects of work factors on nurses' job satisfaction, quality of care and turnover intentions in oncology. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1208–1219. <https://doi.org/10.1111/jan.13524>
- Given B., Given C. W. (1992). Patient and family caregiver reaction to new and recurrent breast cancer. *J Am Med Womens Assoc*. 47(5):201-206.
- Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Polze, N., & Köhler, N. (2014). Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Supportive Care in Cancer*, 22(10), 2775–2782. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2257-5>
- Grassi, L. (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: The agenda of psycho-oncology.

Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29, e89. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000829>

Grassi, L., Johansen, C., Annunziata, M. A., Capovilla, E., Costantini, A., Gritti, P., Torta, R., Bellani, M., & on behalf of the Italian Society of Psycho-Oncology Distress Thermometer Study Group. (2013). Screening for distress in cancer patients: A multicenter, nationwide study in Italy. *Cancer*, 119(9), 1714–1721. <https://doi.org/10.1002/cncr.27902>

Hack T. F., Degner L. F., Parker P. A. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 14(10): 831-45.

Hagedoorn M., Sanderman R., Bolks H. N., Tuinstra J., Coyne J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull*, 134 (1): 1-30.

Haeck M., Franke S., Wiskemann J., Mathiak K. (2012). Psycho-oncology. *Nervenarzt* 83(11): 1468-1476.

Heike, G., Schmies, C., & Schulte, T. (2020). Hinsehen: Psychosoziale Belastungen nach Krebs. *Pflegezeitschrift*, 73(8), 34–37. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0759-y>

Hermelink, K., Höhn, H., Hasmüller, S., Gallwas, J., Härtl, K., Würstlein, R., & Köhm, J. (2014). Brief Distress Screening in Clinical Practice: Does it Help to Effectively Allocate Psycho-Oncological Support to Female Cancer Inpatients? *Breast Care*, 9(2), 3–3. <https://doi.org/10.1159/000360788>

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

Hession, N., & Habenicht, A. (2020). Clinical supervision in oncology: A narrative review. *Health Psychology Research*, 8(1). <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.8651>

Holland J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 64(2): 206-221.

Holland, J. C. (2018). Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 27(5), 1364–1376. <https://doi.org/10.1002/pon.4692>

Hoving J. L., Broekhuizen M. L., Frings-Dresen M. H. (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.

Hunt, P., Denieffe, S., & Gooney, M. (2019). Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 28(5). <https://doi.org/10.1111/ecc.13124>

Hutchison S. D., Steginga S. K., Dunn J. (2006). The tiered model of psychosocial intervention in cancer: a community based approach. *Psychooncology* 15(6): 541-546.

Hyatt, C., McDougall, C., Miller-Samuel, S., & Russo, J. (2021). Genetic Counseling for Men with Prostate Cancer. *Urologic Clinics of North America*, 48(3), 323–337. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.03.004>

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> -> Integral Kankercentrum Nederland (2017). Cancer Rehabilitation. Nation-wide guideline, Version 2.0. Download am 7.2.2013 von https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/17074/Cancer%20rehabilitation%20EN.pdf

Israels, T., Challinor, J., Howard, S., & Arora, R. H. (2015). Treating Children With Cancer Worldwide—

- Challenges and Interventions. *Pediatrics*, 136(4), 607–610. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0300>
- Jacobsen P. B., Jim H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin* 58(4): 214-230.
- Jacobsen, P. B., DeRosa, A. P., Henderson, T. O., Mayer, D. K., Moskowitz, C. S., Paskett, E. D., & Rowland, J. H. (2018). Systematic Review of the Impact of Cancer Survivorship Care Plans on Health Outcomes and Health Care Delivery. *Journal of Clinical Oncology*, 36(20), 2088–2100. <https://doi.org/10.1200/JCO.2018.77.7482>
- Janßen, A., Schneider, S., Stäudle, J., & Walther, J. (2021). Probleme der beruflichen (Re-)Integration von Krebserkrankten: Wie können wir unterstützen? *Der Onkologe*, 27(8), 802–808. <https://doi.org/10.1007/s00761-021-00973-0>
- Joubert, L., Hocking, A., & Hampson, R. (2013). Social Work in Oncology—Managing Vicarious Trauma—The Positive Impact of Professional Supervision. *Social Work in Health Care*, 52(2–3), 296–310. <https://doi.org/10.1080/00981389.2012.737902>
- Kearney M. K., Weininger R. B., Vachon M. L., Harrison R. L., Mount B. M. (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 H. P., Gebert J., Sutter C., Knebel-Doeberitz M. V., 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 U. S., 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.
- Kreitler, S. (2019). *Psycho-Oncology for the Clinician: The Patient Behind the Disease*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-06126-5>
- Kuhnt, S., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Wittchen, H.-U., Koch, U., & Mehnert, A. (2016). Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(5), 289–296. <https://doi.org/10.1159/000446991>
- 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.
- Kusch, M., Labouvie, H., Hein-Nau, B., Schwarzkamp, U., Wolf, J., & Hallek, M. (2014). Integrierte Psychoonkologie. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139(46), 2357–2360. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387384>
- Lagergren, P., Schandl, A., Aaronson, N. K., Adami, H., Lorenzo, F., Denis, L., Faithfull, S., Liu, L., Meunier, F., Ulrich, C., & the European Academy of Cancer Sciences. (2019). Cancer survivorship: An integral part of Europe's research agenda. *Molecular Oncology*, 13(3), 624–635. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12428>
- Lederberg M. S., Holland J. C. (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 Y. H., Chiou P. Y., Chang P. H., 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.
- Leitlinienprogramm Onkologie. (2014). *S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Version 1.0*, 129.
- Levine, D., Lam, C., Cunningham, M., Remke, S., Chrastek, J., Klick, J., Macauley, R., & Baker, J. (2013). Best practices for pediatric palliative cancer care: A primer for clinical providers. *Journal of Supportive Oncology*,

11(3), 114–125. <https://doi.org/10.12788/j.suonc.0012>

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.

Mazor, K. M., Beard, R. L., Alexander, G. L., Arora, N. K., Firreno, C., Gaglio, B., Greene, S. M., Lemay, C. A., Robinson, B. E., Roblin, D. W., Walsh, K., Street, R. L., & Gallagher, T. H. (2013). Patients' and family members' views on patient-centered communication during cancer care: Patient and family views on cancer communication. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2487–2495. <https://doi.org/10.1002/pon.3317>

McCorkle R., Ercolano E., Lazenby M., Schulman-Green D., Schilling L. S., Lorig K., Wagner E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as chronic illness. *CA Cancer*, 61(1): 50-62.

McLean, L. M., Walton, T., Matthew, A., & Jones, J. M. (2011). Examination of couples' attachment security in relation to depression and hopelessness in maritally distressed patients facing end-stage cancer and their spouse caregivers: A buffer or facilitator of psychosocial distress? *Supportive Care in Cancer*, 19(10), 1539–1548. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0981-z>

McMillan E., Newhouse I. J. (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. (2011). Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung. *Forum*. <https://doi.org/10.1007/s12312-010-0581-3>

Mehnert, A., & Johansen, C. (2019). Forschungsperspektiven bei Langzeitüberlebenden nach Krebs. *Forum*, 34(2), 165–169. <https://doi.org/10.1007/s12312-019-0578-5>

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., & Koch, U. (2013). Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(1), 76–87. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3291>

Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers: Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(3), 213–223. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.54.3.213>

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 A. J., 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., Barkmann, C., Krattenmacher, T., Kühne, F., Bergelt, C., Beierlein, V., Ernst, J., Brähler, E., Flechtner, H.-H., Herzog, W., von Klitzing, K., Führer, D., Resch, F., & Romer, G. (2014). Children of cancer patients: Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems: Children of cancer patients. *Cancer*, 120(15), 2361–2370. <https://doi.org/10.1002/cncr.28644>

Möller B., Krattenmacher T., Romer G. (2011). Kinder krebskranker Eltern: Entwicklungspsychologische Aspekte, kindliche Belastungen und psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 19: 69-82.

Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>

- Mundy E. A., DuHamel K. N., Montgomery G. H. The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment-related side effects (2003). *Semin Clin Neuropsychiatry* 8(4): 253-275.
- 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 Consensus Project. Clinical practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition. Download am 3.2.2022 von <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>
- 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 (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. -> NCCN (2019). Clinical practice Guidelines in Oncology. Distress Management. National Comprehensive Cancer Network. Download am 27.1.2022 von <https://jncn.org/view/journals/jncn/17/10/article-p1229.xml>.
- 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. -> NCCN (2021). Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative Care. National Comprehensive Cancer Network. Download am 7.2.2022 von <https://jncn.org/configurable/content/journals/002fjncn002f19002f7002farticle-p780.xml?ArticleBodyColorStyles=Inline+PDF&t:ac=journals%24002fjncn%24002f19%24002f7%24002farticle-p780.xml>
- Nehls, W. (2014). Communication Skills Training Significantly Improves Lung Cancer Patient's Understanding. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 04(04). <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000182>
- 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-ACanadian Perspective.pdf](http://www.capo.ca/pdf/CancerandWork-ACanadian%20Perspective.pdf).
- Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Heine, J., Dickel, L.-M., Zhang, Y., Wowretzko, F., Wendt, K. N., Nauck, F., Bokemeyer, C., & Bergelt, C. (2019). Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care. *BMC Palliative Care*, 18(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0469-7>
- Paltrinieri, S., Fugazzaro, S., Bertozzi, L., Bassi, M. C., Pellegrini, M., Vicentini, M., Mazzini, E., & Costi, S. (2018). Return to work in European Cancer survivors: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 26(9), 2983–2994. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4270-6>
- 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.
- Pillay, B., Wootten, A. C., Crowe, H., Corcoran, N., Tran, B., Bowden, P., Crowe, J., & Costello, A. J. (2016). The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. *Cancer Treatment Reviews*, 42, 56–72. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2015.11.007>
- Pirl, W. F., Fann, J. R., Greer, J. A., Braun, I., Deshields, T., Fulcher, C., Harvey, E., Holland, J., Kennedy, V., Lazenby, M., Wagner, L., Underhill, M., Walker, D. K., Zabora, J., Zebrack, B., & Bardwell, W. A. (2014). Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: Report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force: Distress Screening Recommendations. *Cancer*, 120(19), 2946–2954. <https://doi.org/10.1002/cncr.28750>
- Poletti, S., Razzini, G., Ferrari, R., Ricchieri, M. P., Spedicato, G. A., Pasqualini, A., Buzzega, C., Artioli, F., Petropulacos, K., Luppi, M., & Bandieri, E. (2019). Mindfulness-Based stress reduction in early palliative care for people with metastatic cancer: A mixed-method study. *Complementary Therapies in Medicine*, 47, 102218. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102218>
- Pop, F., Postolica, R., Lupău, C., & Dégi, C. L. (2016). *CLINICAL PRACTICE GUIDE IN PSYCHO-ONCOLOGY*. 26.
- Poulsen, M. G., Khan, A., Poulsen, E. E., Khan, S. R., & Poulsen, A. A. (2016). Work engagement in cancer care: The power of co-worker and supervisor support. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 134–138.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.003>

Purushotham, A., Bains, S., Lewison, G., Szmukler, G., & Sullivan, R. (2013). Cancer and mental health—A clinical and research unmet need. *Annals of Oncology*, 24(9), 2274–2278.

<https://doi.org/10.1093/annonc/mdt214>

Rai, A., Han, X., Zheng, Z., Yabroff, K. R., & Jemal, A. (2018). Determinants and Outcomes of Satisfaction With Healthcare Provider Communication Among Cancer Survivors. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 16(8), 975–984. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2018.7034>

Reese, J. B., Handorf, E., & Haythornthwaite, J. A. (2018). Sexual quality of life, body image distress, and psychosocial outcomes in colorectal cancer: A longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 26(10), 3431–3440. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4204-3>

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). Lesons 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.

Rumpold, G., Augustin, M., Zschocke, I., Strittmatter, G., & Söllner, W. (2001). *Eine Untersuchung an zwei repräsentativen ambulanten Stichproben von Melanompatienten*. 9.

Russo, A., Peeters, M., Incorvaia, L., & Rolfo, C. (Hrsg.). (2021). *Practical Medical Oncology Textbook*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-56051-5>

Salmon, P., Clark, L., McGrath, E., & Fisher, P. (2015). Screening for psychological distress in cancer: Renewing the research agenda: Screening for psychological distress. *Psycho-Oncology*, 24(3), 262–268. <https://doi.org/10.1002/pon.3640>

Sanchez-Reilly, S., Morrison, L., Carey, E., Bernacki, R., O’Neill, L., Kapo, J., Periyakoil, V., & Thomas, J. (2013). Caring for oneself to care for others: Physicians and their self-care. *Journal of Supportive Oncology*, 11(2), 75–81. <https://doi.org/10.12788/j.suponc.0003>

Schilling, G. (2019). Psychosoziale Versorgung für Langzeitüberlebende nach Krebs. *Im Fokus Onkologie*, 22(3), 39–43. <https://doi.org/10.1007/s15015-019-0106-6>

Schröder H. M., Lilienthal S., Schreiber-Gollwitzer B. M., Griessmeier B. (2006). Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie. In DKG. (Ed.), *Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien* (pp. 457-467). Zuckschwerdt Verlag.

Schröder H. M., Lilienthal S., Schreiber-Gollwitzer B. M., 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.

Schröder, H. M., Lilienthal, S., Schreiber-Gollwitzer, B. M., Griesmeier, B., Hesselbarth, B., Lein-Köhler, I., Nest, A., Weiler-Wichtl, L. J., & Leiss, U. (2019). *Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie*. 87.

Schwappach D. (2007). Patientenbedürfnisse an die onkologische Rehabilitation. Eine qualitative Studie. Im Auftrag der Krebsliga Schweiz, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.

Shakeel S., Tung J., Rahal R., Finley C. Evaluation of Factors Associated With Unmet Needs in Adult Cancer Survivors in Canada. *JAMA network open*. 2020;3:e200506.

Short P. F., Vargo M. M. (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.
- Stäudle, J., & Helbig, J. (2021). Return to Work: Weg zurück ins Leben. *Forum*, 36(2), 133–138. <https://doi.org/10.1007/s12312-021-00919-y>
- Steel, J. L., & Carr, B. I. (Hrsg.). (2022). *Psychological Aspects of Cancer: A Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes, and Their Management*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-85702-8>
- 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 G. H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *J Behav Med* 29(1): 17-27.
- Teo, I., Krishnan, A., & Lee, G. L. (2019). Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 28(7), 1394–1407. <https://doi.org/10.1002/pon.5103>
- 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.
- Tondorf, T., Grossert, A., Rothschild, S. I., Koller, M. T., Rochlitz, C., Kiss, A., Schaefer, R., Meinschmidt, G., Hunziker, S., Zwahlen, D. (2018). Focusing on cancer patients' intentions to use psychooncological support: A longitudinal, mixed-methods study. *Psycho-Oncology*, 27(6), 1656–1663. <https://doi.org/10.1002/pon.4735>
- Travado, L., Breitbart, W., Grassi, L., Fujisawa, D., Patenaude, A., Baider, L., Connor, S., & Fingeret, M. (2017). 2015 President's Plenary International Psycho-oncology Society: Psychosocial care as a human rights issue-challenges and opportunities: COMMENTARY. *Psycho-Oncology*, 26(4), 563–569. <https://doi.org/10.1002/pon.4209>
- van Rooij, J., Brom, L., Sommeijer, D., van de Poll-Franse, L., Raijmakers, N., & on behalf of the eQuiPe study group. (2021). Self-care, resilience, and caregiver burden in relatives of patients with advanced cancer: Results from the eQuiPe study. *Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7975–7984. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06365-9>
- Visser A., Huizinga G. A., Hoekstra H.J., Van Der Graaf W. T., 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.
- Walczak, A., McDonald, F., Patterson, P., Dobinson, K., & Allison, K. (2018). How does parental cancer affect adolescent and young adult offspring? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 54–80. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.017>
- 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.

Yi J. C., Syrjala K. L. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *The Medical clinics of North America*. 2017;101:1099-1113.

Yoo H. J., Ahn S. H., Kim A. S., Kim W. K., Han O. S. (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 S.G., Herzer M, Barrett S. D., Milligan J. G., 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.

Zegers, A. D., Coenen, P., Belzen, M., Engelen, V., Richel, C., Dona, D. J. S., Beek, A. J., & Duijts, S. F. A. (2021). Cancer survivors' experiences with conversations about work-related issues in the hospital setting. *Psycho-Oncology*, 30(1), 27–34. <https://doi.org/10.1002/pon.5529>

2. Ausgabe März 2024