

Diskussionspapier Perspektiven der Evidenzbasierung der Sozialen Arbeit in der Onkologie

März 2019

Impulse aus dem ASO-Workshop zum Thema
„Wirkungen und Wirkungsweisen Sozialer Arbeit in der Onkologie“

Inhalt

1.	Einleitung.....	2
2.	Hintergrund der Diskussion zur Evidenzbasierung der Sozialen Arbeit in der Onkologie.....	3
3.	Besonderheiten des Evidenzdiskurses in der Sozialen Arbeit in der Onkologie.....	4
4.	Ausgewählte Ergebnisse zur Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen in der Onkologie	6
5.	Jenseits des Goldstandards – Herausforderungen für die Weiterentwicklung der Evidenzdiskussion in der Sozialen Arbeit in der Onkologie	9
6.	Resümee und Folgerungen für die Sozialen Arbeit in der Onkologie	14
7.	Anhang	17
8.	Literaturverzeichnis	19

*Holger Adolph¹
Peter-Strasser-Weg 35
12101 Berlin
Mail: h.adolph@t-online.de*

¹ Der Autor dankt Sabine Schneider, Christoph Kowalski, Peter Sommerfeld, Maria Solèr, Marie Rösel und Jürgen Walther für die kritischen und konstruktiven Anmerkungen

1. Einleitung

Professor Harald Ansen hat im Jahr 2006 in einem Aufsatz in den Blättern der Wohlfahrtspflege zur Zukunft der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen folgende Aussage getroffen: „Wenn es gelingt, die Soziale Arbeit theoretisch weiterzuentwickeln, ihre Wirksamkeit in der Behandlung empirisch nachzuweisen und vor allem die Interventionsformen spezifisch auszufeilen, führt an der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen kein Weg vorbei“ (Ansen 2006, S. 98).

In diesem Fazit seines im Grundtenor optimistischen Textes offenbarte sich das Dilemma, in dem die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zu dieser Zeit steckte. Denn neben dem Hinweis auf das große Potenzial der Sozialen Arbeit könnte man auch folgende Schlussfolgerung aus seinem Fazit ziehen: Die theoretische und empirische Fundierung der Interventionsformen der Sozialen Arbeit war zum damaligen Zeitpunkt noch nicht ausreichend gelungen, so dass ein enormer Druck auf der Sozialen Arbeit lastete, die Berechtigung ihrer Arbeit im Gesundheitswesen zu legitimieren.

Dreizehn Jahre nach dieser Einschätzung hat sich die Position und Anerkennung der Sozialen Arbeit positiv entwickelt. Allerdings gilt weiter, dass sozialarbeiterische Interventionsformen als Methoden häufig nicht ausreichend differenziert beschrieben sind. Es finden sich außerdem noch immer zu wenige Studien zur Wirkung Sozialer Arbeit im Gesundheitsbereich.

Die Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. hat am 11. und 12. Juni 2018 einen Workshop zum Thema „Wirkungen und Wirkungsweisen Sozialer Arbeit in der Onkologie“ durchgeführt, der von der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. gefördert wurde. Absicht des Workshops war es, grundlegende Positionen der ASO zur Evidenzbasierung der Sozialen Arbeit in der Onkologie zu bestimmen und Perspektiven für Praxis und Forschung zu diesem Thema zu diskutieren.

Das vorliegende Diskussionspapier verfolgt vor diesem Hintergrund zwei Ziele:

- Die Dokumentation zentraler Workshopergebnisse vom 11.-12.6.2018 zu den Möglichkeiten und Grenzen der Evidenzbasierung der Sozialen Arbeit in der Onkologie.
- Perspektiven zur weiteren Evidenzbasierung der Sozialen Arbeit in der Onkologie in die Diskussion zu bringen.

Praktisches Handeln der Sozialen Arbeit in der Onkologie steht immer vor der Entscheidung, aus den ihr zur Verfügung stehenden Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen die wirksamsten Interventionen auszuwählen. *Wirksamkeit* bezieht sich dabei zum einen auf die allgemeine Effektivität von Maßnahmen und zum anderen auf die Erreichung der gemeinsam mit den Patient*innen erarbeiteten konkreten Ziele der sozialarbeiterischen bzw. psychosozialen Beratung. Angestrebt wird dabei ein möglichst hohes Maß an Sicherheit, dass eine angewandte sozialarbeiterische Maßnahme auch den erwünschten Effekt bei den Patient*innen bewirkt (z.B. Übergang in eine Rehabilitationsmaßnahme, Rückkehr an den Arbeitsplatz, Erhalt der Wohnung trotz Mietschulden, Informiertheit über Rechte usw.). Dazu werden wissenschaftliche Wirkungsstudien herangezogen, die belegen, dass eine sozialarbeiterische Intervention/Maßnahme für die angestrebten Ziele wirksam ist. Dies stellt eine *Evidenz* dar. Der Begriff der *Evidenzbasierten Praxis (EbP)* beschreibt den Grundgedanken, dass das gesamte Handeln von Sozialarbeiter*innen sich an dem besten verfügbaren Wissen über die Wirksamkeit sozialarbeiterischer Handlungsmethoden ausrichten sollte. Die evidenzbasierte Praxis (EbP) stützt sich dabei nicht nur auf wissenschaftliche Studien, sondern auf drei Säulen:

- Die klinische (praktische) Expertise der Sozialarbeiter*in.
- Die Wünsche und Erfahrungen der Patient*innen.
- Den aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung.

2. Hintergrund der Diskussion zur Evidenzbasierung der Sozialen Arbeit in der Onkologie

Die Diskussion um Evidenzbasierte Praxis (EbP) bzw. die Evaluation der Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen ist in der allgemeinen Sozialen Arbeit im Wesentlichen auf Druck von sich verändernden äußeren Rahmenbedingungen initiiert worden. In der Folge dominierten überwiegend kritische Einschätzungen einer EbP, die den Fokus auf potenziell negative Auswirkungen für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit legten. Dabei wurden vor allem drei Befürchtungen zu den Folgen einer intensiven Diskussion der Wirkungen der Sozialen Arbeit geäußert:

- a) eine Instrumentalisierung der Evidenzdiskussion für einen Abbau sozialarbeitsgestützter sozialstaatlicher Leistungsangebote,
- b) eine De-Professionalisierung der Sozialen Arbeit durch simplifizierende „Manualisierung“ der Sozialen Arbeit und
- c) generell eine, den komplexen Interventionszielen der Sozialen Arbeit nicht angemessene Methodik der Wirkungsforschung.

Die Potenziale des Konzeptes der „Evidenzbasierten Praxis“ (EbP) für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit und die Verbesserung der Klientenversorgung standen weniger im Blickpunkt (siehe dazu die Diskussion in dem Sammelband Otto et al. 2010). Die Auseinandersetzung war lange geprägt von einem festgefahrenen Gegenüber von EbP-Befürwortern auf der einen Seite (mit ihrer Betonung der Wissenschaftsbasierung der sozialarbeiterischen Praxis und der notwendigen Abkehr von einer moralbasierten oder autoritätenbasierten Sozialen Arbeit) und Befürwortern eines klassischen Professionalismus auf der anderen Seite (mit der Betonung der Erfahrung und des Wissens der einzelnen Sozialarbeiter*in und der Angst vor „Manualisierung“ der Sozialen Arbeit und Deprofessionalisierung).

Allerdings entspannt sich seit einiger Zeit diese Diskussion und es mehren sich die Stimmen, die differenziert die Effekte des Evidenzdiskurses für die Soziale Arbeit in den Blick nehmen. Stellvertretend seien hier ein älterer Aufsatz von Schmidt (2006) und ein neuerer von Sommerfeld (2016) genannt. Beide unterstreichen die positiven Impulse der Diskussion um Wirkungsorientierung/ Evidenzbasierung und verweisen darauf, dass

- a) die Praxen der Sozialen Arbeit dahingehend hinterfragt werden, ob sie das vorhandene Wissen der Disziplin „im Sinne einer besten erreichbaren Evidenz zur Lösung der Lebensprobleme von Klienten individuell oder bedarfsgruppenbezogen“ nutzen,
- b) das Wissen in einer für die Praxis nutzbaren Form aufbereitet vorliegen muss,
- c) der Evidenzdiskurs einen Antrieb für die handlungswissenschaftliche Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit und in diesem Sinne für die Professionalisierungsdebatte darstellt und
- d) damit die wichtigen Fragen nach der Wissensgrundlage und des Wissensbezugs der Sozialen Arbeit wieder ins Zentrum gerückt werden.

Zu der offeneren Diskussion um EbP hat sicher auch die Einsicht beigetragen, dass die „Wirkungsorientierung/Evidenzbasierung und der klassische Professionalismus ... sich ähnlicher [sind] als viele denken, und zwar in ihren Grundlagen (Handeln nach bestem Wissen und Gewissen gegenüber „making use of best available evidence“), das den Zusammenhang von Professionalität zum Wissen und zu den Werten ins Zentrum stellt“ (Sommerfeld 2016, S. 22).

Im Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und noch spezieller in der Sozialen Arbeit in der Onkologie stellt sich die Ausgangslage für diese Diskussion grundsätzlich etwas anders dar. Zwar war auch hier in den letzten Jahren ein starker Außendruck zur Auseinandersetzung mit Wirkungsfragen sozialarbeiterischer Interventionen spürbar. Im Vergleich mit dem allgemeinen Sozialarbeitsdiskurs wurden von der Sozialen Arbeit in der Onkologie frühzeitiger die Potenziale in einer evidenzbasierten Praxis für die eigene Professionalisierung und die Weiterentwicklung der Patientenversorgung thematisiert.

Für die größere Offenheit dem Thema gegenüber gibt es verschiedene Gründe: Zum Ersten genießt das Konzept der Evidenzbasierten Praxis im Feld der Gesundheitsversorgung allgemein eine hohe Akzeptanz und die Soziale Arbeit ist seit Langem mit diesen Argumentationsmustern konfrontiert. Zum Zweiten ist die internationale Literatur zum Thema Soziale Arbeit im Gesundheitswesen/in der Onkologie sehr stark US-amerikanisch dominiert, die eine stärkere Affinität zur EbP aufweist. Zum Dritten spielen in der Sozialen Arbeit in der Onkologie Kurzzeitinterventionen und Maßnahmen mit klar umrissenen Zielen eine anteilig größere Rolle als in der allgemeinen Sozialen Arbeit. Diese Maßnahmen sind klassischen Methoden der Wirkungsforschung zugänglicher als Langezeitinterventionen mit komplexen Zielstellungen.

3. Besonderheiten des Evidenzdiskurses in der Sozialen Arbeit in der Onkologie

Für die kritische Reflektion der Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen in der Onkologie spielen die interdisziplinären onkologischen Leitlinien, die den Stand der besten Behandlung von Krebspatient*innen auf der Basis des jeweils aktuellen Forschungsstands zusammentragen, eine herausragende Rolle (vgl. das Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und Deutschen Krebshilfe)². Auch im Prozess der Erarbeitung des Nationalen Krebsplans hatte die Argumentation mit Evidenzen der Sozialen Arbeit eine hohe Bedeutung. Dies war insbesondere der Fall bei Ziel 9 „Psychoonkologische Versorgung“ und 11b „niederschwellige, zielgruppengerechte und qualitätsgesicherte Beratungs- und Hilfsangebote vor“³.

Im Gesundheitswesen sind heute alle Berufsgruppen einem erhöhten Legitimationsdruck ausgesetzt. Vor diesem Hintergrund dienen Leitlinien und Krebsplan zwar primär der Verbesserung der Versorgung onkologischer Patient*innen. Sie sind aber auch Arenen für berufspolitische Verteilungskämpfe. Die „argumentative Währung“ in diesen Arenen sind vor allem die Nachweise von Wirksamkeit der jeweils eigenen professionellen Interventionen.

In den Leitlinienprozessen erfolgt die Bewertung der berücksichtigten Studien zur Wirksamkeit von Interventionen nach dem System des Oxford Centre of Evidence-Based Medicine (Leitlinienprogramm Onkologie 2014). Dieses System sieht eine Hierarchisierung der Untersuchungen zur Wirksamkeit von Interventionen vor:

- Auf dessen höchster Stufe stehen qualitativ hochwertige Systematische Reviews (SR) von randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) bzw. einzelne RCT mit geringem Risiko für Verzerrungen (Stufen 1a und 1 b).
- In der Wertigkeit der „Beweiskraft“ absteigend folgen dann Kohortenstudien, ökologische Studien und Fallkontrollstudien.
- Auf der untersten Stufe der Evidenzhierarchie wird die Wissensquelle „Expertenmeinung“ eingestuft (siehe Abbildung 1).

Diese Graduierung findet nicht nur in den Leitlinienprozessen Anwendung, sondern bestimmt als Hintergrundfolie auch die Einschätzungen im Nationalen Krebsplan und in der Bewertung von Interventionen von Politik und Krankenkassen.

² <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/home/>

³ Ziele 11a und b lauten: „Es liegen für alle Krebskranken und ihre Angehörigen niederschwellige, zielgruppengerechte und qualitätsgesicherte Informationsangebote (Ziel 11a) und qualitätsgesicherte Beratungs- und Hilfsangebote (Ziel 11b) vor“. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan.html>

Studien zu Therapie, Prävention, Ätiologie		Studien zu Güte diagnostischer Testverfahren
1a	Qualitativ hochwertiger Systematischer Review (SR) von randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) mit geringem Risiko für Verzerrungen	Qualitativ hochwertiger Systematischer Review (SR) von Validierungs-Kohortenstudien mit geringem Risiko für Verzerrungen
1b	Einzelne RCT mit geringem Risiko für Verzerrungen	Einzelne Validierungs-Kohortenstudie mit geringem Risiko für Verzerrungen
1c	„Alle oder Keiner“-Prinzip*	Absolute SpPins und SnNouts**
2a	SR von Kohortenstudien mit geringem Risiko für Verzerrungen	SR von explorativen Kohortenstudien
2b	Einzelne Kohortenstudie mit geringem Risiko für Verzerrungen	Explorative Kohortenstudie
2c	Ergebnisforschung; ökologische Studien	
3a	SR von Fallkontrollstudien	SR von 3b und besseren Studien
3b	Einzelne Fallkontrollstudie	Kohortenstudie Studie mit Risiko für Verzerrungen (z. B. nicht-konsekutiv oder ohne Konsistenz der angewendeten Referenzstandards
4	Fallserie	Diagnostische Fallkontrollstudie
5	Expertenmeinung oder basierend auf pathophysiologischen Modellen oder experimenteller Grundlagenforschung oder „Grundprinzipien“	
* Dramatische Effekte, z. B. alle Patienten starben, bevor die Therapie verfügbar war und nach Einführung		

ABBILDUNG 1: SCHEMA DER EVIDENZGRADUIERUNG AUS (LEITLINIENPROGRAMM ONKOLOGIE 2014)

Im Jahr 2016 hatte die ASO eine allgemeine Literaturrecherche zum Thema „Soziale Arbeit in der Onkologie“ beauftragt. Darin trägt Layh (2016) den Stand der Literatur zusammen und kategorisiert diese nach Handbüchern, Sammelbänden, Monographien, Aufsätzen aus Sammelbänden und Zeitschriften, Praxis- bzw. Erfahrungsberichten, Literatur-Reviews, qualitativen und quantitativen Studien sowie Positionspapieren. Die Literaturrecherche zielte nicht darauf, Evaluationsstudien zur Wirkung sozialarbeiterischer Interventionen zu bewerten, sondern stellt allgemein Literatur zur Sozialen Arbeit in der Onkologie zusammen.

Die Recherche macht deutlich, dass es erstens einen wachsenden Literaturkanon zum Thema gibt, der inzwischen auch qualitativ sehr gute internationale Handbücher wie z.B. das „Handbook of Oncology Social Work“ (Christ et al. 2015) umfasst. Zum Zweiten wird klar, dass international und in Deutschland die Zahl von Publikationen steigt, die auf den „niedrigeren Stufen der Evidenzgraduierung“ (vgl. Abbildung 1) Effekte der Sozialen Arbeit nachweisen, mögliche Effektketten rekonstruieren oder gute Versorgungspraxis beschreiben. Letzteres versucht beispielsweise auch der aktuell erschienene Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA) der ASO (2018). Zum dritten wird allerdings auch klar, dass es, gemessen an den Kriterien des Schemas der Evidenzgraduierung, nur sehr wenig Reviews und Einzelstudien gibt, die überhaupt die Frage nach der Wirksamkeit von sozialarbeiterischen Interventionen in der Onkologie stellen.

4. Ausgewählte Ergebnisse zur Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen in der Onkologie

Im Jahr 2009 bewerteten Preyde und Synnott in einer Metaanalyse zu psychosozialen Interventionen bei Erwachsenen mit Krebserkrankungen die Studienlage so: „The most concerning finding was the paucity of studies conducted by social work clinicians or researchers on social work psychosocial oncology interventions” (Preyde und Synnott 2009). Dieser Befund wurde von Pockett et al. (2015) in einem neueren Review noch einmal bestätigt. „The results of a literature review of social work intervention research with adult cancer patients found only a small number of studies conducted by social work researchers”. Erklären lässt sich dieser Rückstand beispielsweise gegenüber der Psychologie oder Pflegewissenschaft unter anderem mit den erschwerten Bedingungen, unter denen Forschung in der Sozialen Arbeit in Deutschland noch immer stattfindet. Dazu zählen die Probleme der Fachhochschulen, „Forschung nachhaltig zu finanzieren. Oft fehlt es an den erforderlichen personellen und administrativen Strukturen, die mangels langfristiger Finanzierung und fehlendem Mittelbau keine Kontinuität aufweisen“ (Borgwardt 2016). Spezifisch für die Soziale Arbeit kommt hinzu, dass Wissenschaftlicher*innen aus den benachbarten Disziplinen selten zu anwendungsbezogenen sozialarbeiterischen Themen forschen.

Die beiden oben genannten Arbeiten zeigen auch, dass eine höhere Zahl von Reviews und Studien zu psychosozialen Interventionen in der Onkologie existiert, die aus der Psychologie, Pflegewissenschaft oder Medizin stammen. Ein Teil der dort untersuchten Interventionen, wie beispielsweise verhaltenstherapeutische oder psychoedukative Maßnahmen, kann je nach Gesundheitssystem auch von Sozialarbeiter*innen ausgeführt werden. Die Untersuchungen aus den anderen Gesundheitsprofessionen weisen in der Regel allerdings jeweils berufsgruppenspezifische Perspektiven auf die Interventionsziele auf, die nicht immer deckungsgleich mit einem sozialarbeiterischen Ansatz sind. Gegenüber der Psychologie und der Pflegewissenschaft ist der Fokus der Sozialen Arbeit nicht primär auf die individuelle psychische und körperliche Gesundheit, sondern ebenso auf *individuelle Teilhabechancen* ausgerichtet. Sie nimmt außerdem kollektive Rechte in den Blick, indem sie den *Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit und Versorgungsungleichheit* verfolgt (Rösler, Marie, Walther, Jürgen et al. 2016; Dettmers 2015; International Federation of Social Work und International Association of Schools of Social Work 2014).

Aus diesen unterschiedlichen Perspektiven der Gesundheitsprofessionen und der vergleichsweise niedrigen Forschungsbeteiligung der Sozialen Arbeit erklärt sich, dass es die Kernaufgaben der Sozialen Arbeit innerhalb der Versorgung onkologischer Patient*innen sind, die bisher nicht ausreichend erforscht werden. Dies ändert sich trotz der steigenden Zahl von Publikationen zu psychosozialen oder psychoonkologischen Fragen nur langsam. Mehnert (2011) weist beispielsweise darauf hin, dass zwar die Studien zur Bedeutung von Distress, zu individuellem Coping bei psychologischen Belastungen sowie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Krebs inzwischen in großem Maß vorhanden sind. Weitere psychosoziale Aspekte, die insbesondere für die Soziale Arbeit relevant sind, wurden allerdings kaum bearbeitet: considerably less attention has been focused on understanding the impact of cancer on daily activities, work ability and employment, particularly in the context of extended and long-term cancer survivorship” (Mehnert 2011). Dieses Defizit gilt sowohl für Studien zu den Bedarfslagen in den genannten Feldern wie zu Interventionen, die auf diese Bedarfslagen zielen. Positiv entwickelt sich zurzeit aber der Forschungsstand zu den finanziellen Auswirkungen von Krebserkrankungen und sozialarbeiterischer Unterstützung in diesen Fragen.

In dieser Arbeit kann keine systematische Auswertung der Literatur zur Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen erfolgen. Es soll im Folgenden allerdings exemplarisch am Beispiel ausgewählter Reviews die Frage angerissen werden, zu welchen Interventionsfeldern der Sozialen Arbeit in der Onkologie hochwertige Studien mit RCT-Design vorliegen und welche Wirkungen belegbar sind. Ein

ebenfalls geeignetes Review von Cwikel und Behar aus dem Jahr 1999 wird hier wegen des Alters der Arbeit nicht dargestellt.

Eine **Meta-Analyse von Michéle Preyde and Emily Synnott zum Thema „Psychosocial Intervention for Adults with Cancer“**, die im Jahr 2009 im Journal of Evidence-Based Social Work erschienen ist (Preyde und Synnott 2009) schloss 27 Studien (RCTs) in die Auswertung ein. Die Kontrollgruppen bestanden entweder aus Patient*innen, die „Treatment as usual“ oder nur Assessment erhielten, oder sich aus Wartelistenpatient*innen rekrutierten (für Ergebnisdetails dieser Meta-Analyse siehe den Anhang).

Das Fazit von Preyde und Synnott aus der Zusammenschau vorangegangener Reviews und ihrer eigenen Meta-Analyse lässt sich wie folgt zusammenfassen: Evidenzen finden sich besonders für psychosoziale Interventionen, die auf folgende Ziele ausgerichtet sind:

- Kognitive Anpassung an Krankheitsfolgen,
- Coping-Management,
- Unterstützung von Patient*innen beim Erlernen von selbstgesteuerten Stress-Bewältigungs-Techniken.

Überwiegend wurden in den einbezogenen Studien die Effekte der Interventionen auf die psychische Situation sowie z.T. noch auf die Lebensqualität der betroffenen Krebspatient*innen untersucht. Auswirkungen auf die soziale Integration und Teilhabe, die Alltags- und Lebensbewältigung, die finanzielle Situation, die Arbeits- und Wohnsituation wurden in den Studien nicht erhoben.

Das größte Problem für die Übertragbarkeit der Ergebnisse dieses Reviews ist, dass viele der untersuchten psychosozialen Interventionen zwar auch von Sozialarbeiter*innen angeboten werden können, in den Studien diese Maßnahmen aber häufig von Pflegekräften oder Psycholog*innen durchgeführt wurden.

Ein **Review von Pockett et al. aus dem Jahr 2015 untersucht explizit sozialarbeiterische Interventionen bei erwachsenen Krebspatienten** (Pockett et al. 2015). In dem Review werden die Ergebnisse der Arbeiten von Cwikel und Behar (1999) und Preyde und Synnott (2009) zusammengefasst, um davon ausgehend neuere Studien zu bewerten. Es wurden 25 englischsprachige Studien in die Untersuchung eingeschlossen, die in den Jahren 2000 bis 2013 erschienen sind und vor der Publikation ein peer-review-Verfahren durchlaufen haben. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass Sozialarbeiter*innen als Forscher*innen oder Autor*innen an den Studien beteiligt sein mussten. Die im Anhang ausführlicher dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf zehn Studien mit Kontrollgruppendesign innerhalb des Reviews. Darin sind Studien mit randomisierten Kontrollgruppen als auch anders gebildeten Kontrollgruppen enthalten.

In den meisten der zehn Studien wurde nicht nur eine der Interventionen untersucht, sondern es wurden häufig Interventionsprogramme evaluiert, die mehrere der folgenden sechs sozialarbeiterischen Interventionsfelder berührten:

- psychosoziales Assessment /Screening (Psychosocial assessment/screening),
- kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (Cognitive/behavioral therapies),
- Beratung zur emotionalen Unterstützung und Entlastung (Emotional support counseling (non-cognitive/behavioral)),
- Information, Gesundheitsbildung, Psychoedukation (Information/education),
- Soziale Unterstützung eingeschlossen Verweisung an Soziale Dienst- und Unterstützungsleistungen (Social support, including community services/resources and referral),
- Patientennavigation einschließlich Zugangsbahnung, Leistungerschließung und Ressourcenstärkung (Patient navigation including service access/facilitation/resourcing).

Leider konnten auch Pockett et al. (2015) nur eine sehr kleine Zahl von Studien identifizieren, die rein sozialarbeiterische Interventionen untersuchten bzw. auf von Sozialarbeiter*innen durchgeführte Maßnahmen fokussiert waren. Positive Effekte wurde beispielsweise für die Bereiche Distress und Depressionssymptome, bessere Therapietreue (Adhärenz), Verbesserungen in den sozialen Teilaspekten (Domänen) der Lebensqualität und Informiertheit der Patient*innen festgestellt (für Ergebnisdetails dieses Reviews siehe Anhang).

Ein **Cochrane Review von Gonçalves-Bradley et al. (2016) zum Thema Entlassungsmanagement** untersuchte zwar nicht die spezifischen Bedarfe von Krebspatient*innen und differenzierte außerdem nicht systematisch, ob bei den eingeschlossenen Studien Soziale Arbeit als Erbringer der Leistungen oder als Forschungsakteur beteiligt war (der Fokus lag ausschließlich auf der Leistung „Entlassungsmanagement“), dennoch sind die Ergebnisse auch für die Soziale Arbeit in der Onkologie interessant, da die Beteiligung am Entlassungsmanagement onkologischer Patient*innen bei fast allen Sozialarbeiter*innen in Krebszentren und der onkologischen Rehabilitation zu ihren Aufgaben zählt.

Zusammenfassend stellen Gonçalves-Bradley et al. (2016) fest, dass Patient*innen, die ein Entlassungsmanagement erhalten, kürzere Aufenthaltsdauern im Krankenhaus aufweisen. Das Risiko, innerhalb von drei Monate nach Entlassung wieder ungeplant einen Krankenhausaufenthalt zu haben, ist bei Patient*innen mit einem Entlassungsmanagement geringer. Die Sicherheit dieser Befunde wurde auf einer vierstufigen Skala als „moderate“ eingeschätzt (high – moderate- low – very low).

Bei der Durchführung eines Entlassungsmanagements war darüber hinaus die Zufriedenheit der Patient*innen mit der klinischen Versorgung höher als bei Patient*innen ohne Entlassungsmanagement. Die Zufriedenheit stieg ebenfalls bei den beteiligten Krankenhausmitarbeiter*innen, wenn ein Entlassungsmanagement durchgeführt wurde. Allerdings wurde die Sicherheit der Evidenz als gering eingeschätzt.

Keine einheitlichen Befunde gab es - bei den im Review analysierten Studien - zu Kostenunterschieden mit und ohne Entlassungsmanagement. Die niedrigere Rate ungeplanter Wiedereinweisungen weist auf Kostenersparnisse hin.

Gonçalves-Bradley et al. (2016) stellen darüber hinaus fest, dass wichtige Ziele des Entlassungsmanagements in den gefundenen Studien überhaupt nicht untersucht werden: “Surprisingly, some of the stated policy aims of discharge planning, for instance bridging the gap between hospital and home, were not reflected in the trials included in this review. An important element of discharge planning is the effectiveness of communication between hospital and community, yet the trials included in this review did not report on the quality of communication.”

Ein **Review von Mehnert (2011) zu Fragen der Beschäftigung und arbeitsbezogenen Problemen bei Krebsüberlebenden** zeigte zum einen erhöhte Risiken arbeitslos zu werden und in Erwerbsminderungsrente zu gehen sowie schlechtere Chancen wieder beschäftigt zu werden. Zum anderen wurden äußere Faktoren untersucht, die höhere Beschäftigungschancen oder die Rückkehr in Arbeit begünstigen. Dazu zählen (neben anderen Maßnahmen) flexible Arbeitszeitarrangements, der Zugang zu Beratung, eine erhaltene Rehabilitationsmaßnahme und spezifische Trainings/ Fortbildungsmaßnahmen.

Die oben referierten Reviews zeigen zum einen, dass für spezifische Teile der sozialarbeiterischen Interventionen in der Onkologie bereits Nachweise der Wirksamkeit vorliegen. Für die Übertragung dieser Ergebnisse bestehen allerdings auch Einschränkungen: Es wurden in Teilen der genutzten Studien keine rein sozialarbeiterischen Interventionen untersucht, sondern nur solche psychosozialen Interventionen, die *auch* von Sozialarbeiter*innen angeboten, in den Studien aber von anderen Berufsgruppen durchgeführt wurden. Die Übertragbarkeit auf Deutschland ist unter anderem wegen der international unterschiedlichen Berufs- und Aufgabenprofile der Sozialen Arbeit, aber auch der anderen Professionen, insbesondere der Pflege, eingeschränkt.

Zum anderen zeigen sich Interventionsfelder, zu denen keine Wirkungsnachweise durch Studien vorliegen, die einen höheren Grad der Evidenz nach dem Schema der Evidenzgraduierung aus Abbildung 1 erfüllen. Im "Handbook of oncology social work" (Christ et al. 2015) finden sich für einen Teil der Interventionen, für die keine Wirkungsstudien vorliegen, Fallstudien und Ansätze plausibler Darstellungen von möglichen Wirkungsketten der jeweils beschriebenen sozialarbeiterischen Maßnahmen. Die Ergebnisse von Kowalski u.a. (2019) deuten insgesamt darauf hin, dass in der Gesamtbetrachtung höhere Beratungsquoten durch Sozialdienste zu besser informierten Patienten führen.

5. Jenseits des Goldstandards – Herausforderungen für die Weiterentwicklung der Evidenzdiskussion in der Sozialen Arbeit in der Onkologie

Die Soziale Arbeit kann sich in ihrer Diskussion um die Evidenzbasierung bzw. die wissenschaftliche Fundierung ihrer Praxis weder allein auf die professionsinterne Diskussion der Weiterentwicklung Sozialer Arbeit beziehen noch ausschließlich auf die von interprofessioneller Konkurrenz gekennzeichneten Leitlinien und Politikprozesse im Gesundheitswesen. Um nicht in überholte Diskussionen zur Wirkungsorientierung zurück zu fallen, muss man nach produktiveren Ansatzpunkten für die weitere Auseinandersetzung suchen. Worin können die Perspektiven der Diskussion innerhalb der Sozialen Arbeit in der Onkologie liegen?

Komplexität der sozialarbeiterischen Interventionen und Perspektiven zukünftiger Wirkungsforschungen

Die Diskussion um die „Komplexität“ der Sozialen Arbeit muss differenzierter geführt werden. Komplexität dient als zentrales Argument, warum das Konzept der Evidenzbasierten Praxis und Soziale Arbeit nicht kompatibel seien. Es wird angeführt, dass gängige Methoden zur Untersuchung der Wirksamkeit von Interventionen, den spezifischen komplexen Realitäten in der Sozialen Arbeit nicht angemessen seien.

Tatsächlich ist die zentrale Zielstellung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen eine komplexe: Es geht darum Menschen trotz ihrer Erkrankungen oder gesundheitlichen Funktionseinschränkungen eine gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Angesichts der verschiedenen krankheitsbedingten Folgen für Patient*innen, der unterschiedlichen Ausgangsniveaus vor der Erkrankung und individueller Präferenzen hinsichtlich ihrer Teilhabe handelt es sich um mehrdimensionale Problemlagen, die bearbeitet werden müssen. Hinzu kommt, dass die Förderung der Teilhabe in der Regel nur in Koproduktion der Patient*innen mit mehreren Professionen zu erreichen ist, zu denen unter anderem die Soziale Arbeit gehört. Ob aber notwendigerweise immer der Einfluss sozialarbeiterischer Interventionen auf das Oberziel der „Teilhabe“ evaluiert werden muss und wirklich alle eingesetzten Interventionen und Kontexte so komplex sind, wie in der Diskussion häufig pauschal unterstellt wird, kann durchaus hinterfragt werden.

Das Komplexitätsproblem ist kein Alleinstellungsmerkmal der Sozialen Arbeit. Auch die Medizin, Pflege und Psychologie diskutiert dies im Zusammenhang mit der Wirkungsforschung. Auch dort scheint es, „dass die Erörterungen weitgehend ohne eine genaue Definition des Gegenstands [der komplexen Interventionen, HA] auszukommen scheinen“ (Bödecker 2012). Das amerikanische Medical Research Council hat komplexe Interventionen wie folgt definiert: "Complex interventions are usually described as interventions that contain several interacting components. There are however, several dimensions of complexity: it may be to do with the range of possible outcomes, or their variability in the target population, rather than with the number of elements in the intervention package itself. It follows that there is no sharp boundary between simple and complex interventions" (Medical Research Council 2008).

Wichtig erscheint eine Unterscheidung von „komplexen Mehrebenen- oder Multikomponenten Interventionen“ gegenüber „einfachen“ Interventionen in komplexen Umgebungen. Für unsere Fragestellung heißt das, dass zunächst differenziert beschrieben werden muss, was Soziale Arbeit in den unterschiedlichen Settings der onkologischen Akutversorgung, der onkologischen Rehabilitation und in Psychosozialen Krebsberatungsstellen zur Zeit leistet (Rösler, Marie, Walther, Jürgen et al. 2016). Kowalski et al. (2016) haben für die Settings Akutkrankenhaus und Rehabilitationsklinik die durch Sozialarbeiter*innen für onkologische Patient*innen erbrachten Leistungen untersucht. Dabei haben sie sich bei der Abfrage des jeweiligen Leistungsspektrums an der Produkt- und Leistungsbeschreibung der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2. Aufl., 2007) orientiert. Diese gliedert sich in sieben Interventionsbereiche, die jeweils durch insgesamt 27 konkrete Beratungsthemen und Maßnahmen spezifiziert wurden⁴. Die Themenbereiche der DVSG Produkt und Leistungsbeschreibung sind:

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

Insgesamt zeigte die Untersuchung die Breite des Themenspektrums, das in der Beratung onkologischer Patient*innen durch die Soziale Arbeit abgedeckt wird. Es wird aber auch deutlich, dass die Patient*innen aus unterschiedlichen Gründen nicht in jedem Setting gleichmäßig zu allen Belastungen beraten werden.

Im *Akutkrankenhaus* haben die Beratung zur Anschlussversorgung und die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen des Entlassungsmanagements einen besonders hohen Stellenwert. Aber auch die Themen „Hilfen bei der Krankheitsbewältigung“, „praktische Hilfen“ und „Hilfen bei Problemen im sozialen Umfeld“ spielen in der Praxis der Sozialarbeiter*innen im Akutkrankenhaus eine größere Rolle.

In den *Rehabilitationskliniken* sind die Beratungsinhalte sehr stark berufsbezogen und auf materielle Belastungen durch die Krebserkrankung ausgerichtet. Hohe Bedeutung haben außerdem die Hilfen bei der Krankheitsbewältigung und die Organisation des Übergangs in die Pflege (siehe dazu Abbildung 3 und Abbildung 4 im Anhang).

Studien zum Beratungsspektrum in *ambulanten Krebsberatungsstellen*, die sich allerdings nicht auf die Interventionen des DVSG-Produkt- und Leistungskatalogs bezogen haben, weisen darauf hin, dass es größere Ähnlichkeiten zwischen den Beratungsthemen und Interventionen in der ambulanten Krebsberatung und den Rehakliniken gibt (siehe z.B. Singer et al. 2012).

Trotz der unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen bei den erbrachten Interventionen machen die Studien deutlich, dass in allen Settings zu allen wesentlichen Beratungsthemen der DVSG-Produkt- und Leistungsbeschreibung Beratungen durchgeführt werden.

Komplexere Interventionsbündel können dabei zum Teil zur Evaluierung in einfache, „nichtkomplexe“ Teilleistungen zerlegt werden: Beispielweise sieht die Produkt- und Leistungsbeschreibung der DVSG unter dem Punkt 3.6. „Leistungen nach dem SGB IX“ zur Sicherung der beruflichen und sozialen Situation von Menschen mit vorhandenen oder drohenden Beeinträchtigungen ein ganzes Maßnahmenbündel von Informations-, Beratungs- und Unterstützungsleistungen vor. Dazu gehören u.a. die transparente und umfassende Vermittlung von Informationen über Leistungen des Schwerbehindertenrechts,

⁴ Angaben beziehen sich auf die zum Befragungszeitpunkt gültige 2. Auflage

die Vermittlung von Entscheidungshilfen zur Erarbeitung einer tragfähigen Entscheidung sowie konkrete Schritte der Leistungserschließung. Potenziell notwendige Kontakte bzw. Kooperationspartner sind neben den internen Ärzten und Therapeuten auch das Integrationsamt, Versorgungsamt, die Agentur für Arbeit, die jeweiligen Rehabilitationsträger sowie externe Beratungsstellen. Aus fachlich sozialarbeiterischer Perspektive ist das zentrale Ziel, die Teilhabechancen der von Krebs betroffenen Patient*innen zu erhalten trotz ihrer gesundheitlichen oder funktionalen Einschränkungen. Aus Sicht der Evaluation kann es aber durchaus sinnvoll sein, nur eine *Teilintervention aus den Maßnahmenbündeln zu evaluieren*, wie zum Beispiel die erfolgreiche Beantragung eines Schwerbehindertenausweises *mit sozialarbeiterischer Beratung* oder *ohne Beratung*.

Eine weitere Möglichkeit der Reduktion von Komplexität besteht darin, dass im Rahmen einer Evaluation nicht die Erreichung aller fachlich gestellten Ziele / Outcomes überprüft wird, sondern nur *bestimmte einfachere Ziele*. Schauen wir uns beispielsweise das Kapitel 6.1 der DVSG Produkt- und Leistungsbeschreibung „Anschlussheilbehandlung / Anschlussrehabilitation“ an. Dabei geht es darum, Patient*innen – mit vorhandenem Rehabilitationspotential und einer ärztlichen Empfehlung – die Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu ermöglichen. Ziel der sozialarbeiterischen Intervention ist es u.a., die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und das soziale und familiäre Umfeld zu fördern, dauerhafte Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und drohende Behinderungen durch rehabilitative Maßnahmen zu kompensieren. Zur sozialarbeiterischen Intervention gehören Information, Beratung und die Organisation einer ambulanten/stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung bei Einbeziehungen des Patientenwunsches. Unter Berücksichtigung der Interventionsziele und der verschiedenen beteiligten Akteure, die von den Ärzt*innen über Angehörige/Bezugspersonen über Rentenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Gesundheitsamt, Sozialhilfeträger und Rehabilitationseinrichtungen reichen können, handelt es sich zweifellos um eine komplexe Intervention. Angesichts des Rückgangs der gestellten und bewilligten Rehabilitationsanträge bei onkologischen Patient*innen in den letzten Jahren und dem fachlich wie politisch geäußerten Willen diese Zahlen zu erhöhen, kann es aber sinnvoll sein, die Effekte der sozialarbeiterischen Beratung zur onkologischen Rehabilitation zunächst auf eine sehr einfache Wirkungsdimension hin zu untersuchen. Im Zentrum der Wirkungsforschung kann berechtigterweise die Frage stehen, ob die sozialarbeiterische Beratung die Chancen erhöht, Zugang zu einer Rehabilitationsmaßnahme zu erhalten. Ferner könnte die Wirksamkeit für bestimmte Gruppen wie Migrant*innen und bildungsferne Personen erhoben werden. Welchen Effekt die sozialarbeiterische Intervention auf die komplexen Zielstellungen der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und das soziale und familiäre Umfeld hat, könnte dann in einem zweiten Schritt geklärt werden.

Methodische Pluralität bzw. Erweiterung in der Wirkungsforschung

Aufbauend auf dem Verständnis, dass die sozialarbeiterische Praxis sowohl hoch komplexe Zielstellungen mit komplexen Interventionen bearbeitet als auch Interventionen mit einem geringen Komplexitätsgrad zur Erreichung einfacher Ziele umfasst, sollte versucht werden, eine Forschungsagenda zur Wirkung der Sozialen Arbeit zu entwerfen, die aus dem bisherigen Frontstellungen von Evidenzbasierung vs. Professionalismus, qualitativer vs. quantitativer Methoden und evtl. auch interner Professionsentwicklung vs. externen Evidenzanforderungen ausbricht.

Dazu muss die Vielfalt von Forschungsmethoden zu Wirkungen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen innerhalb eines breiten Spektrums gestärkt werden, das von differenzierten Beschreibungen der sozialarbeiterischen Interventionen und ihrer plausiblen Wirkmechanismen bis hin zu RCTs reicht. Diese Ausweitung der Forschungskompetenz der Sozialen Arbeit bzw. der Wissenschaft der Sozialen

Arbeit trägt zur Weiterentwicklung von Forschung und Praxis bei, da damit ein „konsolidierter professioneller Wissenskörper“ (Sommerfeld 2016) entsteht, der über das – im Wesentlichen auf individuelles Erfahrungswissen gegründete – Professionsverständnis hinausgeht.⁵

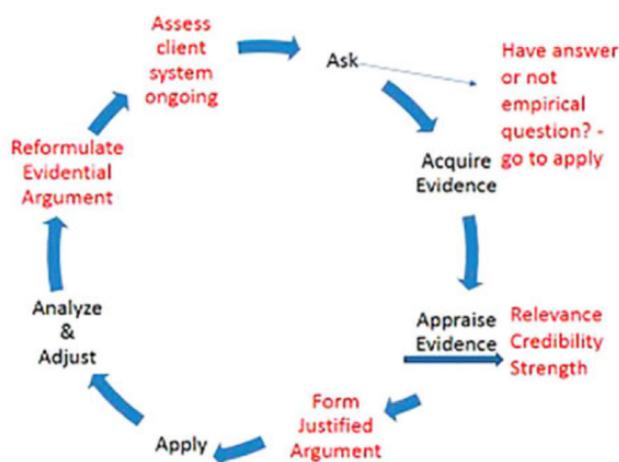
Nach Sommerfeld (2016) sollte ein „inklusive Evidenzbegriff“ etabliert werden, der die methodische Fixierung auf RCTs aufweicht. Darüber hinaus sollten die Kontexte der professionellen Leistungserbringung in Evaluationen stärker berücksichtigt werden, womit eine Verschiebung vom Wirksamkeitsnachweis unter experimentellen Bedingungen hin zur Wirksamkeit unter realen Anwendungsbedingungen verbunden wäre.

Ferner schlägt Sommerfeld in Anlehnung an Mullen (2016) vor, das fünfstufige Standardmodell der „Evidenzbasierten Praxis“ (EbP) zu erweitern, um den Anforderungen sozialarbeiterischer Praxis besser zu genügen.

In der Regel wird das Vorgehen in der EbP, um die bestmögliche Versorgung im Einzelfall zu ermöglichen, in fünf Schritte gegliedert:

1. Übersetzung des klinischen Problems in eine **Fragestellung**, die durch wissenschaftliche Untersuchungen zu beantworten ist,
2. Systematische **Literaturrecherche** nach geeigneten Studien,
3. Kritische **Evidenzbewertung** über alle identifizierten Studien hinweg,
4. **Anwendung** der gewonnenen Einsichten in Abwägung der konkreten klinischen Situation,
5. Selbstkritische **Evaluation** und ggf. **Anpassung** der bisherigen Vorgehensweise.

Die von Mullen und Sommerfeld vorgeschlagenen Ergänzungen betreffen verschiedene Punkte: Unter Punkt 3 werden die Kriterien „Relevanz, Glaubwürdigkeit und Stärke“ als Kriterien, anhand derer Praktiker*innen die Evidenz für ihre Interventionen bewerten, ergänzt (siehe Abbildung 2).



1. Übersetzung des klinischen Problems in eine Fragestellung, die durch wissenschaftliche Untersuchungen zu beantworten ist
2. Systematische Literaturrecherche nach geeigneten Studien
3. Kritische Evidenzbewertung über alle identifizierten Studien hinweg
4. **Formuliere einen begründeten Wirkungszusammenhang**
5. Anwendung der gewonnenen Einsichten in Abwägung der konkreten klinischen Situation
6. Selbstkritische Evaluation und ggf. Anpassung der bisherigen Vorgehensweise
7. **Reformulierung des Evidenzargumentes**
8. **Kontinuierliche Bewertung der Patientensituation**

ABBILDUNG 2: EVIDENZBASIERUNGSPROZESS IN ACHT STUFEN NACH MULLEN (2016)

Als neuer 4ter Punkt wird „Formuliere einen begründeten Wirkungszusammenhang“ (form justified argument) eingefügt, der eine „explizite, gewissenhafte und vernünftige Form der Begründung einer erwartbaren Wirkung“ vor der Intervention umfasst. Dieser Punkt soll zum Tragen kommen, wenn keine klassische wissenschaftliche Evidenz für eine Intervention gefunden werden kann, aber aus dem

⁵ Auf der anderen Seite wird in der Wirkungsforschung nicht nur Wissen darüber generiert, welche Effekte sozialarbeiterische Interventionen entfalten. Im Forschungsprozess gewonnene Erfahrungen über Limitationen von Methoden der Wirkungsforschung bei der Evaluation sozialarbeiterischer Interventionen können in den interdisziplinären Evidenzdiskurs eingebracht werden.

professionellen Wissensschatz heraus eine Intervention erfolgversprechend ist. Als neuer Punkt 7 werden „Reformulierung des Evidenzargumentes“ (Reformulate Evidential Argument) und als neuer Punkt 8 „Kontinuierliche Bewertung der Patientensituation“ (Assess Client System ongoing) als wichtige Prozesse im Modell ergänzt (Mullen 2016).

Mullen erweitert die Begründung von Evidenz dadurch in zwei Richtungen: Zum einen spricht er sich dafür aus, dass neben RCTs und deren Reviews als ‘beste verfügbare Evidenzen’ auch „erstklassige Experimentier- und Beobachtungsstudien und anspruchsvolle mechanistische Begründungen“ als Methoden der Evidenzbildung akzeptiert werden sollen. Zum anderen stärkt er mit seinem Modell die professionelle Entscheidungskompetenz, da er für die „Formulierung eines begründeten Wirkungszusammenhangs“ explizit das Wissen und die Werte der Praktiker*innen als Quellen der Evidenz zulässt. Allerdings fasst er darunter nicht beliebige, individuelle Reflektionen, sondern versteht darunter Wissen und Werte, die aus kriteriengeleiteten institutionalisierten Formen der Wissenssystematisierung gewonnen wurden, wie z.B. in Fachverbänden oder Expertengremien.

Wissenstransfer und Verzahnung von sozialarbeiterischer Forschung und Praxis

Ein weiterer notwendiger Schritt zur Verbesserung der Wissensgrundlage der Sozialen Arbeit in der Onkologie liegt in einer engeren Verzahnung von Forschung und Praxis. Positive Effekte würden sich für den Transfer von Wissen zwischen den jeweiligen Systemen ergeben und vor allem für die Generierung von *passgenauem* Wissen für die Versorgung onkologischer Patient*innen. Zurzeit bestehen Probleme der Disziplin Sozialer Arbeit darin, Forschungsfragestellungen zu entwickeln, die für die Praxisentwicklung der Sozialen Arbeit in der Onkologie relevant sind und Ergebnisse in einer für die Praxis handlungsleitenden Form vorzulegen.

Auf der anderen Seite werden Wissensanforderungen noch zu selten von der Praxis systematisch gegenüber der Forschung artikuliert. Damit sind entsprechende Forschungsergebnisse nicht immer für die Versorgungspraxis relevant und nutzbar. Der angestrebte Aufbau einer konsolidierten Wissensbasis für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen kommt damit nur langsamer voran als es möglich und wünschenswert wäre.

In Deutschland existiert keine staatlich geförderte intermediäre Institution zwischen Disziplin und Profession Sozialer Arbeit, die den Wissenstransfer und die Forschungszusammenarbeit zwischen diesen beiden Welten organisiert und unterstützt. International ist das „Social Care Institut for Excellence“ (SCIE) in London ein gutes Beispiel, wie es durch die systematische Vernetzung zu einer Verbesserung der Sozialen Arbeit kommt (und vermittelt zur Verbesserung der Lebenssituation der Klienten*innen). Aufgrund der fehlenden staatlichen Strukturen kommen den Verbänden und Fachgesellschaften aber auch ad hoc Expertengruppen eine besondere Bedeutung für die Systematisierung von Forschungsergebnissen und die Formulierung versorgungsrelevanter Forschungsfragen zu. Besonders angesprochen sind damit die Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) unter dem Dach der Deutschen Krebsgesellschaft, die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) aber auch interdisziplinäre onkologische Akteure wie die ASORS oder die PSO.

Auch eine stärkere Vernetzung mit Forschungsakteuren aus den benachbarten Disziplinen kann zur Verbesserung der Evidenzlage in der Sozialen Arbeit beitragen. Medizinische Soziologie und Psychologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften haben in der Breite eine höhere methodische Kompetenz für die Evaluation von gesundheitsbezogenen Interventionen. Gleichzeitig gibt es eine inhaltliche Nähe und Interesse an sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern. Hier haben sich bereits in jüngster Zeit vielversprechende Kooperationen zum beiderseitigen Nutzen ergeben. Es wurden so transdisziplinäre Forschungsprojekte zu sozialen, finanziellen oder beruflichen Problemlagen bzw. darauf abzielende Interventionen unter Beteiligung der Sozialen Arbeit realisiert, die von der Sozialen Arbeit allein so nicht hätten durchgeführt werden können.

Der Wissenstransfer in die Praxis auf dem Weg institutionalisierter Fortbildung ist in der Onkologie durch die Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft relativ gut gesichert. Da Sozialarbeiter*innen in den Krebszentren zur mindestens zweijährlichen externen Fortbildungsteilnahme verpflichtet sind, ist ein Basistransfer von neueren Erkenntnissen zur sozialarbeiterischen Versorgung onkologischer Patient*innen gegeben. Anbieter von Fortbildungen wie die z.B. die DVSG haben ihr Angebot entsprechend in den letzten Jahren deutlich ausgeweitet.

6. Resümee und Folgerungen für die Sozialen Arbeit in der Onkologie

Peter Sommerfeld liefert eine überzeugende Begründung, warum sich die Soziale Arbeit in der Onkologie dem Nachdenken und Forschen über die Wirkungen ihres Handelns nicht entziehen kann:

„Das Professionalisierungsprojekt der Sozialen Arbeit ist unvollendet. Die Leitorientierung des professionellen Handelns an wissenschaftlichem Wissen (anstatt an Autorität und Moral) ist zwar ... unbestritten, ihre Umsetzung ist aber nur ansatzweise gelungen. Die (quasi) Professionalität der Sozialen Arbeit trägt daher stärkere Züge von Moral und Autorität (im Sinne der Geltungsmacht pragmatisch entwickelter, überkommener Praxen), und stellt weniger auf gesichertes Wissen ab“ (Sommerfeld 2016). Ihr Professionalisierungsprojekt voranzutreiben und die Soziale Arbeit in der Onkologie fachlich kontinuierlich weiterzuentwickeln ist aus mindestens zwei Gründen wichtig.

In der *professionsinternen Diskussion* der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen bzw. der Onkologie ist die Wirkungsfrage zentral, weil sie das Mittel zur Verbesserung der Versorgungspraxis von Krebspatient*innen durch Sozialarbeiter*innen ist. Nur die wissenschaftliche Forschung bietet die Möglichkeit konkurrierende Interventionsmethoden in Bezug auf erwünschte Interventionsziele systematisch zu evaluieren. Der Weiterentwicklungsprozess der sozialarbeiterischen Interventionen würde von kooperativen Forschungsaktivitäten zwischen Wissenschaft und Praxis Sozialer Arbeit profitieren

In der *interdisziplinären Diskussion* im Kontext der Onkologie / des Gesundheitswesens sind die Wirkungsdiskurse stark an den medizinisch-pharmazeutischen Wirkungsmodellen orientiert. Dies ist beispielsweise der Fall in „evidenzgesteuerten“ interdisziplinären Gremien wie Behandlungsleitlinien oder dem Nationalen Krebsplan. Diese Gremien haben einen indirekten Einfluss auf die Finanzierung der psychosozialen Versorgung krebskranker Menschen und damit auch auf die Beschäftigung der Sozialen Arbeit in diesen Bereich. Eine Kritik an den rigiden Vorstellungen zur Methodik für Evidenznachweise ist berechtigt und sollte weiter geäußert werden. Es wird aber von keinem Akteur grundsätzlich in Frage gestellt, dass es Methoden gibt, die besser als andere geeignet sind, Wirkungen von Interventionen zu erfassen. Zwischen Medizin, Psychologie, Pflege, Heilberufen und Sozialer Arbeit sollte der Diskurs verstärkt werden, ob die aktuelle Evidenzgraduierung mit ihrer Priorisierung von Studien in experimentellen Settings die Wirkungen von Interventionen in der Versorgungspraxis wirklich am besten widerspiegelt. Allerdings braucht es von Seiten der Sozialen Arbeit gleichzeitig ein stärkeres Verständnis und eine Anerkennung der jeweiligen Standards der Evidenzgewinnung der verschiedenen Gesundheitsprofessionen, um im interdisziplinären Diskurs um die beste Versorgung der onkologischen Patient*innen kommunikationsfähig zu bleiben.

Die Rekonstruktion von Wirkungsweisen und der Wirkungsnachweis sozialarbeiterischer Interventionen bleibt eine Bringschuld der Sozialen Arbeit im internen wie im interdisziplinären Diskurs.

Welche Anforderungen an den Diskurs zur Wirkung Sozialer Arbeit in der Onkologie ergeben sich aus den obigen Ausführungen?

Die Kritik an der methodischen Rigidität des Evidenzdiskurses muss weiterentwickelt und differenziert werden. Die Probleme mit der auf RCTs fokussierten Methodik zur Evidenzgewinnung teilt

die Soziale Arbeit mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Zielführend ist aber nicht die generelle Ablehnung von bestimmten Methoden, sondern eine differenzierte Beurteilung, welche methodischen Zugänge der Evaluation für welche Interventionsformen geeignet sind.⁶

Die Soziale Arbeit in der Onkologie / im Gesundheitswesen muss die wissenschaftliche Grundlage ihrer Praxis kontinuierlich erweitern und einen „konsolidierten professionellen Wissenskorpus“ etablieren. Die Soziale Arbeit kann dazu auf eine Tradition der wissenschaftlichen Fundierung ihrer Arbeit zurückgreifen. In der Sozialen Arbeit in der Onkologie ist innerhalb der letzten Jahre eine beschleunigte Dynamik entstanden, die die Verbreiterung ihrer wissenschaftlichen Handlungsgrundlage vorantreibt.

Forschung und die Praxis der Sozialen Arbeit in der Onkologie müssen gemeinsam versorgungsrelevante Fragestellungen und Projekte der Wirkungsforschung entwickeln. Damit lässt sich die Chance erhöhen, dass die Ergebnisse zu solchen Forschungsprojekten anschlussfähig für die Soziale Arbeit in Krankenhäusern, Rehakliniken und Beratungsstellen sind und tatsächlich ihren Weg in die praktische Arbeit mit onkologischen Patient*innen finden.

Das Spektrum der akzeptierten Methoden zur Erbringung eines Wirkungsnachweises muss ausgeweitet werden. Diese Ausweitung muss wissenschaftlich begründet erfolgen und den untersuchten Interventionen angemessen sein. Wirkungsnachweise können sich methodisch nicht allein auf den heutigen Goldstandards RTC konzentrieren, sondern es muss eine größere methodische Pluralität anerkannt werden. Der Wert von RCTs wird dabei nicht infrage gestellt, allerdings können RCTs erst nach weitreichenden Vorarbeiten der Interventionsentwicklung und der Evaluation eingesetzt werden.

Sozialarbeitsintern müssen die Anstrengungen ausgeweitet werden, die Evidenzlage für die gängigen Interventionen in der Onkologie aufzuarbeiten. Dazu sollten internationale Studien und Reviews ebenso einbezogen werden wie die Studien zu sozialarbeiterischen Interventionen, die in anderen Settings als dem Gesundheitswesen/ der Onkologie evaluiert wurden. Nach der Aufbereitung der Evidenzlage müssen die Schritte folgen:

- Beurteilung der Evidenzlage,
- Übertragbarkeit auf die Ergebnisse auf die Soziale Arbeit in der Onkologie in Deutschland unter Berücksichtigung
 - der länderspezifischen und gesundheitssystemspezifischen Übertragbarkeit,
 - der Versorgungssettings Krankenhaus vs. Rehabilitationsklinik vs. ambulante Beratung, onkologiespezifische Settings vs. nichtonkologische Settings etc.,
 - der Übertragbarkeit von Experimentalkontext auf Routineversorgung.

Wenn keine Studien vorliegen, sollten für die gängigen Interventionen in der Onkologie

- genaue Beschreibungen der Umsetzung und der Zielstellungen der jeweiligen Interventionen formuliert werden
- sowie eine theoriegestützte Aufarbeitung der Wirkungszusammenhänge bzw. die Entwicklung von wahrscheinlichen Wirkungsmodellen für die Interventionen erarbeitet werden, um in künftigen Evaluationsstudien der Komplexität der Interventionen methodologisch Rechnung tragen zu können.

Die Forschung zur Wirkung sozialarbeiterischer Interventionen sollte verstärkt werden. Zur Verbesserung der Wissensbasis können, sofern ein hoher Qualitätsstandard eingehalten wird, Forschungsarbeiten mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen beitragen.

⁶ Siehe z.B. die Veröffentlichung zur „Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention“ (Robert-Koch-Institut 2012).

Zur Verbesserung der Wissensgrundlage der Sozialen Arbeit in der Onkologie kann die Forschungskoooperation mit anderen Disziplinen sowie der Versorgungsforschung, Medizinsoziologie und der Rehabilitationswissenschaft positive Effekte erzielen. Solche kooperativen Studien haben – wie die oben exemplarisch referierten Reviews zeigen – für eine Reihe von sozialarbeiterischen Interventionen signifikante Wirkungen identifiziert. Einige wurden durch Studien nach dem RCT-Goldstandard nachgewiesen und können so problemlos im interdisziplinären Diskurs genutzt werden. Neuere Kooperationsbeispiele aus dem deutschsprachigen Raum unterstreichen den Wert von gemeinsamen Projekten mit den Akteuren aus den oben genannten Disziplinen.

Die Verbreitung des besten verfügbaren wissenschaftlichen Wissens über eigene Versorgungsstandards sowie Fort- und Weiterbildungen müssen weitergeführt und ausgebaut werden. Der Wissenstransfer befindet sich in der Sozialen Arbeit in der Onkologie bereits auf einem guten Weg: die Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft sorgen für eine kontinuierliche Weiterbildung der in der Praxis tätigen Sozialarbeiter*innen. Gleichzeitig entwickelt sich das Fortbildungsangebot positiv. Nachzudenken wäre darüber, wie die Evidenzlage zu sozialarbeiterischen Interventionen systematischer in die Weiterbildungskriterien „Psychoonkologie“ integriert werden können. Die Standardentwicklung für sozialarbeiterische Interventionen ist im Aufbau. Ein erster Schritt der sozialarbeitsinternen Standardisierung ist der Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“. Soziale Arbeit ist außerdem seit längerem an der Erarbeitung interdisziplinärer onkologischer Behandlungsleitlinien beteiligt. Ein deutsches Handbuch, das ähnlich dem amerikanischen „Handbook of Oncology Social Work“ den Stand des Wissens für die Praxis und Forschung aufarbeitet, wäre von hohem praktischem Wert für die Praxis. Es würde außerdem zur Selbstvergewisserung der Profession über den aktuellen Entwicklungsstand der Evidenzbasierung der Sozialen Arbeit in der Onkologie beitragen.

Für die genannten Prozesse sind Verbände und Fachgesellschaften der Sozialen Arbeit die zentralen Promotoren. Sie haben eine herausgehobene Position für die Koordinierung der Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis bei der Generierung von Forschungsfragen. Durch die Organisation von gemeinsamen Tagungen mit benachbarten Wissenschaften, Versorgungsforschung, Rehabilitationswissenschaft usw. fördern sie den Wissenstransfer zwischen den Disziplinen und eröffnen Chancen für innovative Forschungskoooperationen im Bereich der Wirkungsforschung. Ferner haben sie eine hohe Verantwortung bei der Bewertung von Forschungswissen in Hinblick auf ihre Praxistauglichkeit und bei der Übertragung von Studienergebnissen in die Versorgung. Deshalb ist es für die professionelle Entwicklung so wichtig, dass sich Praktiker*innen und Wissenschaftler*innen der Sozialen Arbeit gemeinsam in diesen Verbänden engagieren.

Für die Weiterentwicklung der Wissensgrundlage der Sozialen Arbeit in der Onkologie braucht es die Unterstützung aus der Politik mit einer systematischen Förderung von Forschung und Standardentwicklung. Ähnlich wie Pflege, Physiotherapie und Logopädie, Ergotherapie befindet sich die Soziale Arbeit in einer nachholenden Entwicklung, was die Evidenzbasierung ihrer Arbeit im Gesundheitswesen angeht. Für die anderen Gesundheitsberufe wurden von politischer Seite eine Reihe von spezifischen Maßnahmen ergriffen, um diese nachholende Entwicklung zu unterstützen.⁷ Für die Soziale Arbeit wären solche Maßnahmen ebenfalls hilfreich, um die Evidenzbasierung der sozialarbeiterischen Versorgung von Krebspatient*innen voranzutreiben.

⁷ Z.B. die Förderung des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und die Unterstützung der Nationalen Expertenstandards Pflege oder des Leitfadens zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie (Voigt-Radloff et al. 2016) u.a.

7. Anhang

Grafiken

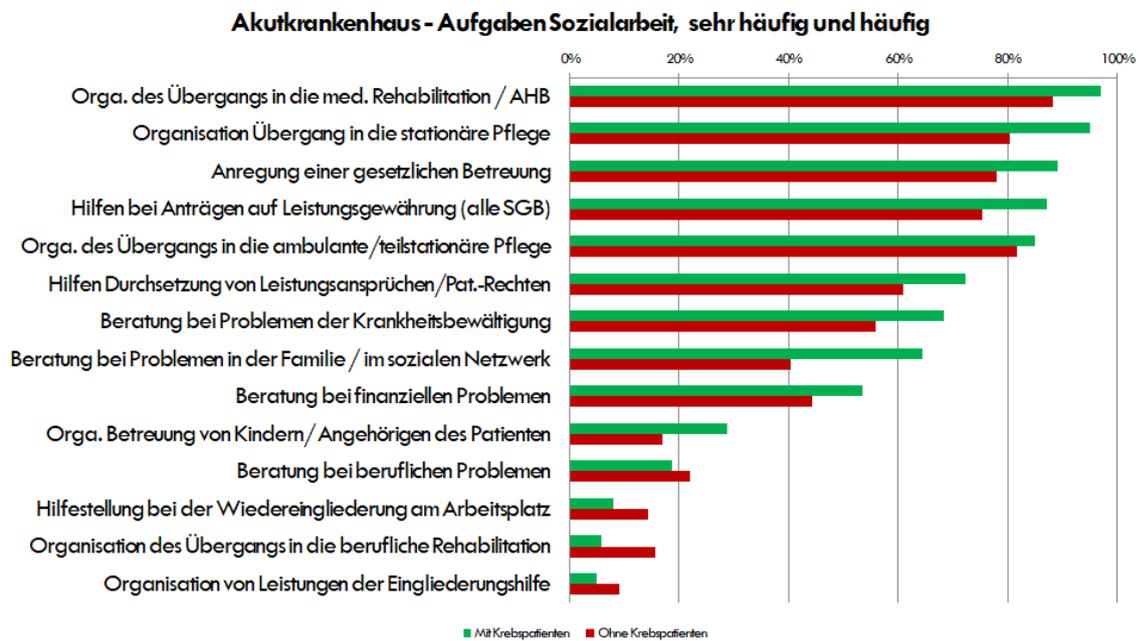


ABBILDUNG 3 BERATUNGSSPEKTRUM DER SOZIALEN ARBEIT BEI KREBSPATIENTEN IN AKUT-KRANKENHÄUSERN (SONDERAUSWERTUNG DER DVSG BEFRAGUNG 2016)

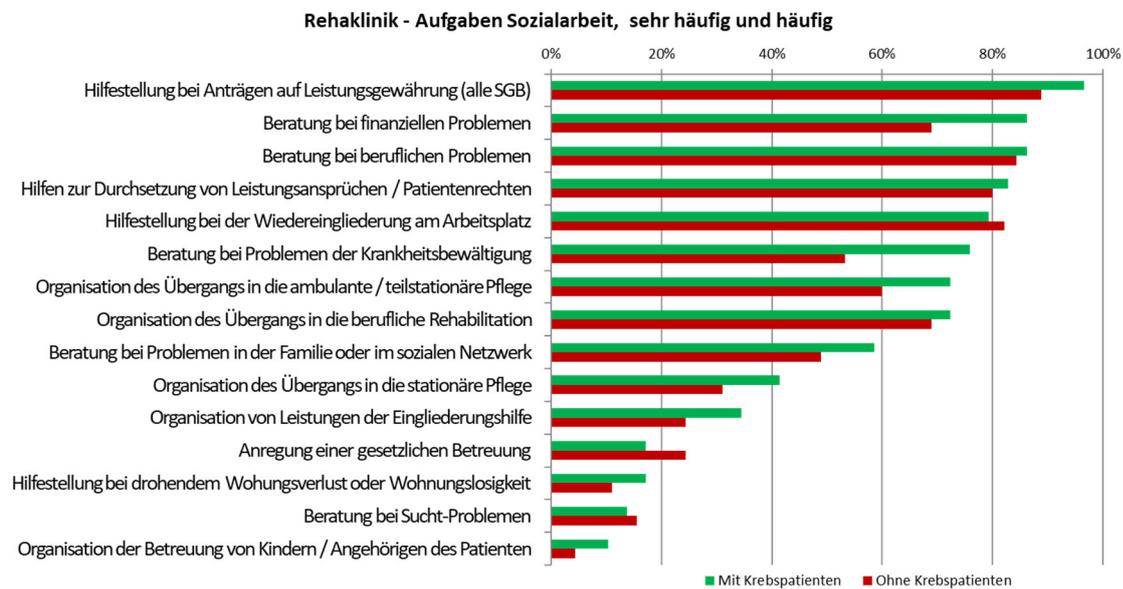


ABBILDUNG 4 BERATUNGSSPEKTRUM DER SOZIALEN ARBEIT BEI KREBSPATIENTEN IN REHAKLINIKEN (SONDERAUSWERTUNG DER DVSG BEFRAGUNG 2016)

Ergänzende Informationen aus den Reviews:

[Meta-Analyse von Michèle Preyde and Emily Synnott 2009](#)

Eine Meta-Analyse von Michéle Preyde and Emily Synnott zum Thema „Psychosocial Intervention for Adults with Cancer“, die im Jahr 2009 im Journal of Evidence-Based Social Work erschienen ist (Preyde und Synnott 2009) schloss 27 Studien (RCTs) in die Auswertung ein. Die Kontrollgruppen setzten sich aus Patienten zusammen, die „Treatment as usual“ oder nur Assessment erhielten sowie Wartelistenpatienten.

Im Detail untersuchten 9 von 27 Studien heterogene Maßnahmen der *psychosozialen Beratung* (psychosocial counseling). Darunter fanden sich u.a. folgende Ergebnisse:

- Signifikante Effekte für psychosoziale Unterstützungsprogramme auf physische Beschwerden und finanzielle Belastungen (Arving et al. 2007)
- Signifikante Effekte wurden für eine Beratungsintervention, die auf kognitive Anpassung und Coping zielten, berichtet für die Outcomes „Selbstwirksamkeit“, „Selbstwertgefühl“ und Optimismus (Lee et al. 2006)
- Signifikante mittelfristige Effekte bestehen für eine pflegerische Intervention, die ein Assessment, Gesundheitsbildung und Hausbesuche umfasste, auf das Gefühl der Unsicherheit (Ritz et al. 2000)
- Bei einer Reihe der berichteten Interventionen konnten keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden oder es gab negative Effekte

Vier von 27 Studien untersuchten *psychoedukative Maßnahmen* mit u.a. folgenden Ergebnisse:

- Eine Informationsmaßnahme über Strahlentherapie zeigte keine signifikanten Effekte auf psychische Parameter, es wurden aber ein höheres Maß sozialer Aktivitäten bei der Interventionsgruppe berichtet (Christman & Cain 2004)
- Eine videogestützte Intervention zur Verbesserung des Selbstwertgefühls während der Chemotherapie zeigte keine signifikanten Effekte auf das Selbstwertgefühl aber eine verbesserte Körperwahrnehmung (Nolte et al. 2006)

Kognitive verhaltenstherapeutische Interventionen (CBT) wurden in 4 von 27 Studien untersucht.

- Eine psychologische Intervention mit CBT-Anteilen zeigte signifikante Effekte auf die emotionale Befindlichkeit insbesondere Angst und die wahrgenommene soziale Unterstützung (Andersen et al. 2004)

Zu *Gruppeninterventionen*, die in 4 von 27 Studien untersucht wurden, fanden sich u.a. folgende Ergebnisse:

- Eine psychoedukative Gruppenintervention zeigte mittelfristig signifikante Effekte auf die Stressbelastung, aber keine langfristigen Effekte (Boesen 2005)
- Andere Gruppeninterventionen zeigten keine signifikanten Effekte bzw. berichteten von Problemen der Aufrechterhaltung funktionierender Gruppen (Bordeleau 2003, Coward 2003, Edgar et al. 2001)

Review von Pockett et al. 2015

Es wurden 25 englischsprachige Studien in die Untersuchung eingeschlossen, die in den Jahren 2000 bis 2013 erschienen sind und vor der Publikation ein peer-review-Verfahren durchlaufen haben. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass Sozialarbeiter*innen als Forscher oder Autoren an den Studien beteiligt sein mussten. Die im folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf zehn Studien mit Kontrollgruppendesign innerhalb des Reviews. Darin sind Studien mit randomisierten Kontrollgruppen als auch anders gebildeten Kontrollgruppen enthalten.

Ein psychosoziales Screening oder Assessment war in sieben Studien systematisch mit den eigentlichen Interventionen verknüpft. In vier dieser Studien wurden wiederum an das Assessment Interventionsprogramme angeknüpft, die alle oben genannten Interventionsfelder von „kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen“ bis „Patientennavigation“ umfassten (Clark 2010; Ell et al. 2007; Ell et al. 2008; Ell et al. 2010; Ell et al. 2009; Kayser et al. 2010; Stigt et al. 2013). Dabei handelte es sich um individuell auf die Patienten zugeschnittene Kommunikations- und Beratungsmodelle, die zum einen auf die Verringerung von psychosozialen Distress und Depressionssymptomen zielen. Zum anderen wird damit versucht, schwer zu erreichende Zielgruppen von den Interventionen profitieren zu lassen.

Signifikant positive Effekte spezifischer sozialarbeitsgestützter oder multiprofessioneller Programme auf Distress und Depressionssymptome zeigen sich für das FLEX Care Programm (Clark 2010). Signifikant positive Effekte zeigen sich außerdem für ein gestuftes Behandlungs-Beratungsmodell (stepped care) für Patienten mit

Depressionssymptomen, das auf soziokulturelle Besonderheiten von Niedrigverdienern ausgerichtet ist (Ell et al. 2008) und ein strukturiertes interprofessionelles Kooperationsprogramm für Krebs- und Diabetes Patienten (ADAPt-C) (Ell et al. 2010)

Weitere Studien mit positiven Effekten auf psychosozialen Distress waren Chan et al. (2006), die eine Kombination aus verhaltenstherapeutischen Ansätzen, supportiv-expressiver Therapie und einer Selbsthilfe-Unterstützung untersucht haben, und Kayser et al. (2010), die eine Intervention für Brustkrebspatientinnen und ihre Partner (Partners in Coping Program) evaluierten.

Studien zu Programmen, die Beratungsangebote, Leistungerschließungsmaßnahmen und gesundheitsedukative Maßnahmen kombinierten wie das Screening Adherence Follow-up program (SAFe) für einkommensschwache Frauen aus ethnischen Minderheiten in den USA (Ell et al. 2007) und Ell et al. (2009) wiesen signifikante Effekte für eine bessere Therapietreue (Adhärenz) der Interventionsgruppe aus.

Eine multiprofessionelle strukturierte Intervention für Krebspatienten in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien, die Informationsangebote, gesundheitsedukative Maßnahmen und Hilfe zur Mobilisierung von informeller Unterstützung anbot (Miller et al. 2007), zeigte bei Einbeziehung Sozialer Arbeit eine Verbesserungen in den sozialen Teilaspekten (Domänen) der Lebensqualität, was sich wiederum positiv auf die Gesamt-Lebensqualität auswirkte. Verbesserungen auf soziale Domänen der Lebensqualität oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität konnten ebenfalls in den Studien von Ell et al. (2008), Ell et al. (2010), Kayser et al. (2010) gefunden wurden.

Perry (2000) zeigte für eine Intervention mit einer 60-Punkte Checkliste, die Sozialarbeiter*innen gemeinsam mit Knochenmark-Transplantationspatienten zur Vorbereitung des Eingriffs beim Hausbesuch durcharbeiteten, dass die Teilnehmer gegenüber der treatment as usual Gruppe sich besser auf den Eingriff und die Folgephase vorbereitet fühlten, weniger Probleme aufwiesen und weniger Unruhe zeigten .

Es wurden von Pockett et al. (2015) eine Reihe von Studien gefunden, die die hohe Bedeutung des „multidisciplinary team in the delivery of high quality psychosocial care“ hervorhoben. Die Teamorientierung entspricht in hohem Maß dem Selbstverständnis der Sozialen Arbeit in der Onkologie und den Wünschen und Bedarfslagen der onkologischen Patienten. Ein ähnlicher Befund findet sich auch für Interventionen zur Verringerung von Armutsriskien bei Krebspatienten in einer neueren Deutschen Studie von Singer et al. (2018) die resümiert: “To summarize, we found that the structured involvement of social workers in a multi-disciplinary stepped psychosocial care model increases the chances of reducing financial problems if there are any at the time of admission to the hospital.”

Außerdem versuchten einige der untersuchten Interventionsprogramme gezielt soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung zu minimieren und konzentrierten sich auf arme bzw. armutsgefährdete Gruppen sowie ethnische Minderheiten. Für diese Gruppen waren die angestrebten Effekte der untersuchten Interventionen jeweils positiv.

8. Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) (2018): Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA). Hg. v. der Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin.

Bödecker, Wolfgang (2012): Wirkungen und Wirkungsnachweise bei komplexen Interventionen. In: Robert-Koch-Institut und Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin: Robert-Koch-Inst (Gesundheitsberichterstattung des Bundes), S. 33–42.

Borgwardt, Angela (2016): Zwischen Forschung und Praxis. Die Rolle der Fachhochschulen im Wissenschaftssystem. 1. Auflage. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung Abteilung Studienförderung.

Christ, Grace; Messner, Carolyn; Behar, Lynn C. (Hg.) (2015): Handbook of oncology social work. Psychosocial care for people with cancer. Oxford u.a.: Oxford Univ. Press.

Cwikel, J. G.; Behar, L. C. (1999): Social work with adult cancer patients: a vote-count review of intervention research. In: *Social Work in Health Care* 29 (2), S. 39–67.

Dettmers, Stephan (2015): Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). Unter Mitarbeit von Holger Adolph, Harald Ansen, Sebastian Bönisch, Karlheinz Ortmann, Dieter Röh und Heike Ulrich. Hg. v. (DVSG). Berlin.

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2015): Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit. 3. überarbeitete und erweiterte Neuauflage. Berlin.
- Gonçalves-Bradley, Daniela C.; Lannin, Natasha A.; Clemson, Lindy M.; Cameron, Ian D.; Shepperd, Sasha (2016): Discharge planning from hospital. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (1).
- International Federation of Social Work; International Association of Schools of Social Work (2014): Global Definition of the Social Work Profession.
- Kowalski, C., Pfaff, H., Halbach, S., Enders, A., Wesselmann, S., Ernstmann, N. (2019) Sozialdienstliche Beratungsquoten und Informationsbedarfe bei BrustkrebspatientInnen – eine Mehrebenenanalyse mit PatientInnenbefragungs- und -auditdaten. In: Hammerschmidt, P., Janßen, C., Sagebiel, J. (Hgg.): *Quantitative Forschung in der Sozialen Arbeit*. Weinheim: Beltz Juventa: 129-147.
- Kowalski, Christoph; Nitzsche, Annika; Adolph, Holger; Walther, Jürgen; Rösler, Marie (2016): Sozialarbeiterische Beratungsinhalte bei onkologischen Patienten. DVSG-Mitgliederbefragung 2015. In: *FORUM sozialarbeit + gesundheit* (3), S. 34–39.
- Layh, Sandra (2016): *Soziale Arbeit in der Onkologie - Literaturrecherche*. Hg. v. Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO). Berlin.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Hrsg.) (2014): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. S3-Leitlinie. Berlin (Leitlinienprogramm Onkologie, AWMF-Registernummer: 032/051OL).
- Medical Research Council (2008): Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 337, a1655.
- Mehnert, Anja (2011): Employment and work-related issues in cancer survivors. In: *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 77 (2), S. 109–130.
- Mullen, Edward J. (2016): Reconsidering the ‘idea’ of evidence in evidence-based policy and practice. In: *European Journal of Social Work* 19 (3-4), S. 310–335.
- Otto, Hans-Uwe; Polutta, Andreas; Ziegler, Holger (Hg.) (2010): *What works - welches Wissen braucht die soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis*. Opladen, Farmington Hills, MI: Verlag Barbara Budrich.
- Pockett, Rosalie; Dzidowska, Monika; Hobbs, Kim (2015): Social Work Intervention Research With Adult Cancer Patients: A Literature Review and Reflection on Knowledge-Building for Practice. In: *Social Work in Health Care* 54 (7), S. 582–614.
- Preyde, Michele; Synnott, Emily (2009): Psychosocial Intervention for Adults With Cancer: A Meta-Analysis. In: *J. of Evidence - Based Social Work* 6 (4), S. 321–347.
- Robert-Koch-Institut; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2012): *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?* Robert-Koch-Institut. Berlin: Robert-Koch-Inst (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Rösler, Marie, Walther, Jürgen; Schneider, Sabine; Adolph, Holger (2016): *Soziale Arbeit in der Onkologie – eine zusammenfassende Übersicht*. Im Auftrag der „Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie“ (ASO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Berlin.
- Schmidt, Roland (2006): Auf dem Weg zur evidenzbasierten Sozialen Arbeit. Ein Impuls zu mehr und zu anderer Fachlichkeit. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, S. 99–103.
- Singer, S.; Bretschneider, N.; Lehmann-Laue, A.; Schröter, K.; Porzig, R.; Frenschkowski, S.; Riedel, S. (2012): Psychosoziale Krebsberatungsstellen – eine Analyse der Versorgungsrealität in Sachsen. In: *Gesundheitswesen* 74 (11), S. 736–741.
- Sommerfeld, Peter (2016): Evidenzbasierung als ein Beitrag zum Aufbau eines konsolidierten professionellen Wissenskorpus in der Sozialen Arbeit. In: Stefan Borrmann (Hg.): *Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin*. 1st ed. Leverkusen-Opladen: S. 21–41.
- Voigt-Radloff, Sebastian; Stemmer, Renate; Korporal, J.; Horbach, A.; Ayerle, Gertrud; Schäfers, R. et al. (2016): *Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie: ein forschungsmethodischer Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen; Version 2*.