DKG KREBSGESELLSCHAFT

DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN E.V.

DVSG Gemeinsam für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Expertenstandard

„Psychosoziale (Erst-)Beratung onkologischer Patient*innen durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit (PEOPSA 2.0)“

(Version 2.0)

Version 2.0
Aktualisierte und erweiterte Fassung: Juni 2026

Zitierhinweis
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG); Arbeitsgemeinschaft für Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG e. V.). Psychosoziale (Erst-)Beratung onkologischer Patient*innen durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit (PEOPSA). Evidenz- und konsensbasierter Expertenstandard 2026. Online: www.dvsg.org (abgerufen am TT.MM.JJJJ)

Korrespondenz
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
Geschäftsstelle
Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91, 10559 Berlin
Tel. 030 394064540
E-Mail info@dvsg.org
www.dvsg.org

Expertenstandard

„Psychosoziale (Erst-)Beratung onkologischer Patient*innen durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit (PEOPSA 2.0)“

Erstellt von:

Projektleitung und Koordination

Prof. Dr. Stephan Dettmers, M. A. Klinische Sozialarbeit, Diplom-Sozialarbeiter/-Sozialpädagoge, Ostschweizer Fachhochschule St. Gallen, 1. Vorsitzender der DVSG

Katrin Blankenburg, M. A. Klinische Sozialarbeit, Diplom-Sozialarbeiterin/-Sozialpädagogin, Mitglied im Leitungsteam der Landesarbeitsgemeinschaft Brandenburg der DVSG, Ansprechperson der Arbeitsgruppe Ambulante Beratung der DVSG

Maren Kraft, M. Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin der DVSG

Matthias Leutenegger, Master-Studierender der Berner Fachhochschule (BFH) und
Laura Klingler, Master-Studierende des Departement Soziale Arbeit OST – Ostschweizer Fachhochschule

Expert*innengremium, beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

- Julia Beusing-Markmann, Diplom-Sozialarbeiterin, M. A. Sozialmanagement, Beauftragte Onkologie der DVSG
- Stefanie Frenz, Volljuristin, Patientenvertreterin für die Frauenselbsthilfe Krebs Bundesverband e. V., Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V. (HKSH-BV)
- Sebastian Kahnt, Patientenvertreter, Geschäftsführer Bundesverband Herzkranker Kinder e. V. (BVHK), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)
- Thomas Kirchhof, B. A. Sozialpädagogik, Stationäre Krebsberatung, Dresden
- Daniela König, Diplom-Sozialarbeiterin, M. A. Health Administration, Sprecherin der Landesarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen der DVSG
- Prof. Dr. Ingo Neupert, Diplom-Sozialpädagoge, M. A. Sozialmanagement, Stellvertretender Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG e. V.)
- Ulrich Nolte, Diplom-Sozialarbeiter, M. A. Supervision/Coaching, Ambulante Krebsberatung, Münster
- Claudia Schierloh, staatlich anerkannte Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, M. A., Ambulante Krebsberatung, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- Katharina Schröter, Diplom-Sozialarbeiterin/-Sozialpädagogin, Ambulante Krebsberatung, Universitätsklinikum Leipzig, BAK e. V.
- Dr. med. Thomas Schulte, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (AGORS) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)
- Therese Straubhaar, M. A. Soziale Arbeit, Krebsliga Schweiz
- Dr. Julia Willrodt, Diplom-Sozialarbeiterin/-pädagogin, M. A., Brustzentrum Ostholstein AMEOS Klinikum Eutin, Leitungsteam der LAG Schleswig-Holstein der DVSG

Gliederung

Abkürzungsverzeichnis 1

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 2

Vorwort 3

1 Anpassungen und Hintergrund 4

1.1 Wichtigste Anpassungen 4

1.2 Hintergrund 4

2 Gegenstand und Kontext des Expertenstandards PEOPSA 5

2.1 Gegenstand und Ziele des Expertenstandards 5

2.2 Entwicklung und wissenschaftlicher Kontext des Expertenstandards 6

3 Grundsätzliche Bestimmung psychosozialer (Erst-)Beratung durch Soziale Arbeit 7

3.1 Verständnis und Definition von (Erst-)Beratung 7

3.2 Kontext und Adressat*innen der (Erst-)Beratung 8

3.2.1 Adressat*innen 9

3.2.2 Multiprofessionelle Zusammenarbeit 11

3.3 Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der (Erst-)Beratung 12

3.4 Zugänge zur (Erst-)Beratung 14

4 Ablauf der (Erst-)Beratung 16

4.1 Vorbereitung der (Erst-)Beratung 16

4.2 Kontaktaufnahme 17

4.3 Psychosoziale Diagnostik 18

4.4 Interventionen 21

4.5 Aufgaben für Adressat*innen und Fachkräfte der Sozialen Arbeit bis zum folgenden Beratungstermin 24

4.6 Dokumentation und Evaluation 25

5 Qualitätsdimensionen 26

5.1 Strukturkriterien 26

5.2 Prozesskriterien 28

5.3 Ergebniskriterien 28

6 Literaturverzeichnis 30

Anhang Instrumente (Auszug) 44

Abkürzungsverzeichnis

ASO	Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
AGORS	Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DGSA	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKG e. V.	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FPSB	Fragebogen zu psychosozialen Belastungen
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IFSW	International Federation of Social Work
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
PEOPSA	Expertenstandard Psychosoziale (Erst-)Beratung onkologischer Patient*innen durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit
QGSA	Qualitätskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf einer (Erst-)Beratung, Eigendarstellung DVSG, 2018 16

Abbildung 2: vgl. Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik nach Pauls (2013), Eigendarstellung 44

Abbildung 3: Beispiel Easy NWK 46

Abbildung 4: Beispiel Ecomap 46

Tabelle 1: Gesetzliche Grundlagen und exemplarische Themen 20

Tabelle 2: Relevante etablierte Methoden Sozialer Arbeit (DGSA, 2026; Fachbereichstag Soziale Arbeit, 2016; Galuske, 2013; Wendt, 2021) 22

Vorwort

Die psychosoziale Versorgung von Menschen mit einer Krebserkrankung und ihrer An- und Zugehörigen ist ein wesentlicher Bestandteil qualitativ hochwertiger onkologischer Versorgung. Mit der Etablierung von Zertifizierungen durch die Deutsche Krebsgesellschaft wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten ein System geschaffen, das die kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgungsqualität fördert. Zertifizierte Zentren zeichnen sich dabei neben hohen medizinischen und leitliniengestützten Standards insbesondere durch multiprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit aus.

Krebserkrankungen betreffen nicht nur die körperliche und psychische Gesundheit, sondern die gesamte Lebenssituation der erkrankten Personen sowie ihrer An- und Zugehörigen im Alltag. Fachkräfte der Sozialen Arbeit tragen dazu bei, soziale Teilhabe zu sichern, Selbstbestimmung zu stärken sowie Orientierung und Unterstützung in komplexen Lebens- und Versorgungssituationen zu ermöglichen.

Die Entwicklung und Fortschreibung fachlicher Standards leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung professionellen Handelns. Vor diesem Hintergrund haben die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und die Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) der Deutschen Krebsgesellschaft im Jahr 2018 erstmals den Expertenstandard PEOPSA entwickelt. Die erste Fassung fokussierte insbesondere die psychosoziale (Erst-)Beratung onkologisch erkrankter Menschen im Krankenhaus durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit.

Mit der vorliegenden aktualisierten und erweiterten Version PEOPSA 2.0 werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, fachliche Leitlinien sowie die Expertise aus Wissenschaft, Praxis und Selbsthilfe systematisch zusammengeführt. Dabei werden insbesondere ambulante und rehabilitative Versorgungsstrukturen sowie Fragen von Diversität, Teilhabe und sektorenübergreifender Versorgung stärker berücksichtigt. PEOPSA 2.0 adressiert Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen, die onkologisch erkrankte Menschen und ihre An- und Zugehörigen in Krankenhäusern, zertifizierten onkologischen Zentren, ambulanten Krebsberatungsstellen, Rehabilitationskliniken und weiteren Einrichtungen der onkologischen Versorgung begleiten und beraten. Zugleich unterstützt er Leitungskräfte und multiprofessionelle Teams bei der Weiterentwicklung psychosozialer Versorgungsangebote in der Onkologie.

Die DVSG und die ASO danken allen Beteiligten aus Wissenschaft, Praxis und Selbsthilfe, die an der Aktualisierung des Expertenstandards mitgewirkt haben. Ihr Engagement und ihre fachliche Expertise haben die Weiterentwicklung dieses Standards ermöglicht. Wir sind überzeugt, dass PEOPSA 2.0 einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung, zur Transparenz professionellen Handelns sowie zur multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Onkologie leisten wird. Zugleich soll der Expertenstandard die fachlichen Beiträge der Sozialen Arbeit sichtbar machen und Impulse für die Weiterentwicklung psychosozialer Versorgungsangebote geben.

Berlin, Juni 2026

Für die DVSG	Für die ASO
Prof. Dr. Stephan Dettmers (1. Vorsitzender)	Prof. Dr. Ingo Neupert (Stellvertretender Sprecher)

1 Anpassungen und Hintergrund

1.1 Wichtigste Anpassungen

Der vorliegende Expertenstandard PEOPSA 2.0 bindet die aktuellen fachwissenschaftlichen Erkenntnisse der Sozialen Arbeit in der Onkologie ein, indem die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche der Jahre 2018 bis 2025 und die Einschätzungen der beteiligten Expert*innen berücksichtigt werden. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen insbesondere Inhalte der S3-Leitlinie zur Psychoonkologie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023) sowie der DVSG-Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG, 2019b) ein.

Besondere Bedeutung der Version 2.0 liegt in der Erweiterung auf ambulante Beratung durch Fachkräfte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sowie in einem vertieften Diversitätsbewusstsein. Ebenso wird die Perspektive der Patient*innen und An- und Zugehörigen durch die Einbindung der Erfahrungsexpertise aus Selbsthilfe/Adressat*innenvertretung in den Prozess der Überarbeitung verstärkt.

Seit der Erstveröffentlichung des Expertenstandards im Jahr 2018 ist dieser mittlerweile konsequent in den Erhebungsbögen zertifizierter onkologischer Zentren berücksichtigt. Die Aktualisierung beruht auf der Notwendigkeit, die professionelle Handlungsfähigkeit zu sichern und den fachlichen Entwicklungen gerecht zu werden.

Im vorliegenden Text werden Menschen mit onkologischen Erkrankungen als Adressat*innen bezeichnet. Die Begriffswahl berücksichtigt den aktuellen Sprachgebrauch Sozialer Arbeit und schließt auch den Begriff Patient*in aus der medizinischen Versorgungslogik mit ein. Die Bezeichnung Patient*in im Titel wird somit im Sinne der Anschlussfähigkeit an medizinische Leitlinien verwendet, während aus fachlicher Perspektive der Sozialen Arbeit die Bezeichnung Adressat*innen zugrunde liegt.

1.2 Hintergrund

Mit der Implementierung von Zertifizierungen für Organzentren und onkologische Zentren wurden verbindliche Anforderungen geschaffen, nach denen Adressat*innen der Zentren eine (Erst-)Beratung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit erhalten sollen (Kowalski et al., 2015). Fachlich gestützt wird dies durch die S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023). Die Empfehlung der Leitlinie sieht vor, dass eine psychosoziale Beratung allen onkologischen Adressat*innen sowie ihren An- und Zugehörigen in jeder Phase der Erkrankung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig angeboten werden soll (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023). Damit gewinnt die sozialarbeiterische (Erst-)Beratung an Bedeutung in der systematischen Entwicklung von psychosozialen Unterstützungsangeboten.

Mit dem Expertenstandard PEOPSA liegt ein Qualitätsinstrument für die Praxis vor, der Fachkräften der Sozialen Arbeit als Orientierung dienen soll.

Fachliches Grundverständnis zur Bestimmung psychosozialer (Erst-)Beratung durch die Soziale Arbeit ist der theoretische Diskurs der Disziplin und Profession, die Definition Sozialer Arbeit der International Federation of Social Work (IFSW) (IFSW, 2014) und ein Verständnis von gesundheitsbezogener

Sozialer Arbeit, das im „Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (QGSA)“ (DVSG, 2015) wie folgt definiert wird:

„Als Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit wird die Förderung sozialer Teilhabe von erkrankten oder von Erkrankung bedrohten und behinderten Menschen und ihren Angehörigen in ihrer Lebenswelt sowie die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu gesundheitlichen Störungen führen, bestimmt. Im Fokus steht der Mensch in ständiger Interaktion zu seiner sozialen und natürlichen Umwelt. Teil der Sozialen Arbeit sind aber auch nichtfallbezogene Tätigkeiten, wie Vernetzungsaufgaben, Konzeptentwicklung und Forschung“ (DVSG, 2015, S. 6).

Orientierung für einen multiperspektivischen Zugang Sozialer Arbeit bietet das biopsychosoziale Gesundheitsmodell (Beushausen, 2024), welches sich in der Methodenvielfalt widerspiegelt. Die biomedizinische Gesundheit umfasst dabei ebenfalls die psychischen (z. B. Belastungen) und sozialen (z. B. soziale Teilhabe) Facetten. Zur Einschätzung und Beschreibung relevanter Faktoren alltäglicher Lebensführung dient zusätzlich die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001). Diese gewinnt insbesondere im Rahmen des Assessments und der Multiprofessionalität an Bedeutung und ist beispielsweise in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation etabliert.

Zur näheren Bestimmung der fallorientierten Zugänge wurde die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG, 2019b) eingebunden.

2 Gegenstand und Kontext des Expertenstandards PEOPSA

2.1 Gegenstand und Ziele des Expertenstandards

Die aktualisierte und erweiterte Version 2.0 des Expertenstandards PEOPSA bildet die fachliche Grundlage für die psychosoziale Beratung und Unterstützung durch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in ambulanten und stationären Settings von Organzentren, onkologischen Zentren und Krebsberatungsstellen. PEOPSA bietet auch nichtzertifizierten Zentren fachliche Orientierung. Der Expertenstandard basiert auf den Empfehlungen 8.26, 8.27 und den entsprechenden Vorschlägen für Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“:

Empfehlung 8.26: „Psychosoziale Beratung in Krebsberatungsstellen ist eine integrative Intervention, die sich sowohl auf psychologische als auch auf soziale und sozialrechtliche Fragestellungen und Probleme beziehen kann“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023, S. 101).

Empfehlung 8.27: „Psychosoziale Beratung mit psychologischer und sozialer Schwerpunktsetzung soll Krebspatient*innen und ihren Zu- und Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig angeboten werden“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023, S. 101).

Als Qualitätsindikator 6 wird in der Leitlinie benannt: „Eine psychosoziale Beratung soll durch Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen und Fachkräfte der Psychoonkologie persönlich angeboten werden“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023, S. 171).

Der Expertenstandard ist eine Arbeitshilfe, die für die Praxis der Sozialen Arbeit in einer (Erst-)Beratung bei onkologischen Neu- und Wiedererkrankungen fachliche Orientierung und eine Reflexionshilfe bietet. Dabei ist die Situation der (Erst-)Beratung von verschiedenen individuellen und kontextbezogenen Interventionsanforderungen geprägt. Dies ist zu berücksichtigen. Anhand der Beschreibung der wesentlichen Rahmenbedingungen sowie des Prozesses onkologischer (Erst-)Beratung werden die Fachkräfte der Sozialen Arbeit für die Besonderheiten und die notwendigen Handlungsschritte einer (Erst-)Beratung sensibilisiert.

Für die Umsetzung in der Praxis und für fachspezifische Fortbildungen der Fachkräfte der Sozialen Arbeit ist der Expertenstandard PEOPSA ein Instrument der Qualitätssicherung (Hansen, 2010; Merchel, 2013). Der Expertenstandard dient der wissenschaftlichen Fundierung der psychosozialen (Erst-)Beratung.

2.2 Entwicklung und wissenschaftlicher Kontext des Expertenstandards

Die Weiterentwicklung des Expertenstandards erfolgte unter anderem auf Grundlage einer systematischen und theoriegeleiteten Literaturrecherche. Der wissenschaftlichen Recherche lagen insgesamt 13 Fragestellungen zugrunde, die vorab auf Basis von aktuellen Erkenntnissen zur Sozialen Arbeit in der Onkologie sowie unter Einbezug der PEOPSA 1.0 entwickelt und im Expert*innengremium konsentiert wurden. Ergebnisse wurden dem Expert*innengremium transparent dargelegt. So konnten, durch Rückkopplung der praxisnahen Expertise, relevante Erkenntnisse aus der Wissenschaft in praktische Handlungsempfehlungen übersetzt und auf Praktikabilität geprüft werden. Detaillierte Informationen sind im Evidenzbericht (DVSG, 2026) dokumentiert.

Zur sozialarbeitswissenschaftlichen Kontextualisierung des Expertenstandards vor dem Hintergrund einer Person-in-Environment Perspektive sowie spezifischer Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit (Dettmers, 2021) wurden insbesondere folgende Theorien (Lambers, 2023) eingebunden:

- Theorie sozialer Probleme (Staub-Bernasconi, 2007)
- Daseinsmächtige Lebensführung (Röh, 2013)
- Lebensweltorientierung (Grunwald & Thiersch, 2011)
- Integration und Lebensführung (Sommerfeld, 2021)
- Lebensbewältigung (Böhnisch, 2023)
- sowie die grundsätzlich am Fall orientierte Praxis Sozialer Arbeit (Ansen, 2010)

Weiter orientiert sich PEOPSA 2.0 am biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, indem der Mensch mit dem komplexen Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren im Zentrum steht. Die Ressourcen- und Bedarfsorientierung knüpft am Verständnis der ICF an und berücksichtigt somit auch Erkenntnisse aus anderen Disziplinen in der Gesundheitsversorgung.

Für den weiteren Aktualisierungsprozess des Expertenstandards wurde die Kooperation mit weiteren Professionen als Arbeitsform gewählt. Das Expert*innengremium setzte sich zusammen aus Vertreter*innen von Verbänden und Fachorganisationen (ASO, AGORS, BAK e. V., DVSG, Krebsliga Schweiz, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Haus der Krebs-Selbsthilfe – Bundesverband e. V. (HKSH-

BV) und Einzelexpert*innen. Die im Rahmen eines Konsensusprozesses entstandene Beschreibung psychosozialer (Erst-)Beratung wurde im Expert*innengremium diskutiert und weiterentwickelt. Der vorliegende Standard erfordert die kontinuierliche Weiterentwicklung, insbesondere im Anschluss an die Auswertung der Erfahrungen aus der praktischen Erprobung und Entwicklung der relevanten wissenschaftlichen Evidenzgrundlagen.

3 Grundsätzliche Bestimmung psychosozialer (Erst-)Beratung durch Soziale Arbeit

3.1 Verständnis und Definition von (Erst-)Beratung

Beratung bezeichnet eine professionelle Interaktion, in der Ratsuchende dabei unterstützt werden, Wissen, Orientierung und Lösungskompetenz in Bezug auf psychosoziale Fragen oder Problemlagen zu entwickeln. Zentrale Elemente sind Problemklärung und -eingrenzung, Neubewertung von Belastungen sowie die Übertragung von Lösungsansätzen in die Lebenswelt (Culley, 2015; Schubert et al., 2019; Sickendiek et al., 2008).

In diesem Standard wird der Begriff Beratung definiert als „eine Interaktion zwischen zumindest zwei Beteiligten, bei der die beratenden Personen die Ratsuchenden [..] dabei unterstützen, in Bezug auf eine Frage oder ein Problem mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenz zu gewinnen“ (Sickendiek et al., 2008). Zentral bedeutsam sind die Problemklärung und -eingrenzung, die Ordnung und Neubewertung von Problemen und die Übertragung von erarbeiteten Problemveränderungen in die Lebenswelt (Culley, 2015; Schubert et al., 2019; Sickendiek et al., 2008). Dieser Prozess kennzeichnet den Beginn der Zusammenarbeit und er gilt prinzipiell auch für die (Erst-)Beratung. In einer (Erst-)Beratung sollte es gelingen, den Adressat*innen Raum zu geben, um ihre individuellen psychosozialen Fragen und/oder Probleme thematisieren zu können. Grundsätzlich kann eine (Erst-)Beratung ein oder mehrere persönliche Kontakte und Beratungen umfassen.

(Erst-)Beratung erfolgt als erste Orientierung am Beginn der Zusammenarbeit, bietet Raum für individuelle psychosoziale Anliegen und kann ein oder mehrere Beratungskontakte umfassen. Sie erfordert professionelle Navigationskompetenz, insbesondere zur Orientierung in komplexen Versorgungs- und Unterstützungssystemen und dient dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung für den weiteren Behandlungsprozess (Breidenbach et al., 2022; Dettmers, 2021; Leuschner & Neupert, 2024; Lilliehorn et al., 2019).

(Erst-)Beratung erfordert professionelle Navigationskompetenz Sozialer Arbeit, da bei einer onkologischen Neu- oder Wiedererkrankung oft komplexe Informationen über bestimmte Themen und weitere Wege notwendig sind (Dettmers, 2021; Schubert et al., 2019). Es gelten die berufsethischen nationalen und internationalen Standards der Sozialen Arbeit (DBSH, 2024; IFSW, 2014). Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit erheben und priorisieren mit den Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen, welche Unterstützungsangebote vorhanden sind und/oder zugänglich gemacht werden können (siehe auch Kapitel 4.3 Psychosoziale Diagnostik). Damit ist die soziale Sicherung von Adressat*innen im besonderen Fokus. Sie thematisieren aktuelle Belastungssituationen ebenso wie künftige Entwicklungsschritte und Unterstützungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung von Ressourcen und Potenzialen bei Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen (Breidenbach et al., 2025; Lilliehorn et al., 2019).

Die **psychosoziale Beratung** basiert auf einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis, stärkt Bewältigungskompetenzen und fördert die Aktivierung sowie Koordination sozialer Netzwerke zur nachhaltigen Unterstützung von Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen.

Psychosoziale Beratung ist die zentrale Interventionsform der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit die auf einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung beruht. Sie bietet sich für Adressat*innen an, deren Lebensführungskompetenzen eingeschränkt sind und deren persönliche oder soziale Ressourcen nicht ausreichen, um ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Psychosoziale Beratung stärkt kognitive, emotionale und alltagspraktische Bewältigungskompetenzen und unterstützt bei Risiko-, Konflikt- und Problemsituationen.

Ein weiteres Kennzeichen ist die Einbeziehung, Aktivierung und Erweiterung sozialer Netzwerke unter Berücksichtigung von familiären, freundschaftlichen und nachbarschaftlichen Beziehungen über professionelle Dienste bis hin zu gemeinschaftlichen und digitalen Unterstützungsstrukturen. Diese Netzwerke dienen der Entlastung, Stabilisierung und sozialen Teilhabe. Ihr Aufbau, ihre Stärkung und Koordination werden gezielt durch psychosoziale Beratung gefördert, um nachhaltige Unterstützungssysteme zu sichern.

Diese fachliche Ausrichtung bezieht sich auf Definitionen zu psychosozialer Beratung in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit laut DVSG (2015), Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA, o. J.), European Centre of Clinical Social Work (ECCSW, o. J.), AvenirSocial und Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (SAGES & AvenirSocial, 2026). Die Orientierung erfolgt an der Ausrichtung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit des Qualifikationskonzeptes QGSA (DVSG, 2015).

Durch die psychosoziale Beratung erhebt und aktiviert die Soziale Arbeit Ressourcen alltags- und lebensweltorientiert. Sie verfügt über Kenntnisse der sozialrechtlichen Gegebenheiten und Versorgungssysteme. Insbesondere bei schweren chronischen Erkrankungen werden dadurch die Adressat*innen und sowie An- und Zugehörige bei der Bewältigung der neuen Lebenssituation unterstützt. Trotz inhaltlich festgelegter Ziele erfolgt die Beratung bedürfnis- und prozessorientiert und ist ergebnisoffen. Davon ausgehend können sich weitere Interventionen anschließen (vgl. Kapitel 4.4 Interventionen).

*3.2 Kontext und Adressat*innen der (Erst-)Beratung*

Vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen im Gesundheitssystem ist eine zunehmende Ambulantisierung der medizinischen Versorgung zu verzeichnen. Dabei werden medizinische Leistungen verstärkt aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert und sektorenübergreifend organisiert (Messerle et al., 2025).

Diese Entwicklung führt auch im Bereich der onkologischen Versorgung zu einer grundlegenden Veränderung der Versorgungslogik. Während stationäre Strukturen eine zeitlich begrenzte multiprofessionelle Betreuung gewährleisten, verlagern sich im Zuge der Ambulantisierung Koordinations- und Organisationsaufgaben zunehmend auf die Adressat*innen und ihre An- und Zugehörigen (Messerle et al., 2025). Insbesondere im onkologischen Kontext, der durch komplexe und mehrphasige Versor-

gungsverläufe gekennzeichnet ist, steigt damit der Bedarf an Orientierung und Unterstützung erheblich. Internationale Analysen zeigen, dass Adressat*innen im Verlauf ihrer Erkrankung multiple Kontaktpunkte mit dem Gesundheitssystem haben und unterschiedliche Versorgungsbereiche durchlaufen (OECD & European Commission, 2026).

Darüber hinaus zeigen internationale Befunde, dass eine Krebsdiagnose nicht nur medizinische, sondern auch erhebliche soziale, psychische und ökonomische Auswirkungen hat. Die damit verbundenen Herausforderungen betreffen „multiple dimensions of life, including physical, psychological, social, financial, and spiritual well-being" (OECD & European Commission, 2026). Eine patient*innenzentrierte Versorgung erfordert daher die Berücksichtigung dieser umfassenden heterogenen Bedarfslagen sowie eine koordinierte und integrierte Versorgung und Navigation unter substanzieller Einbindung Sozialer Arbeit.

*3.2.1 Adressat*innen*

Psychosoziale Beratung orientiert sich an Adressat*innen mit onkologischen Erkrankungen sowohl im ambulanten, stationären und rehabilitativen Setting und bezieht deren An- und Zugehörige aktiv mit ein. Die besonderen Bedürfnisse verschiedener Altersgruppen und biografischer Lebensverläufe, insbesondere auch von minderjährigen Angehörigen, sind bei der Intervention zu berücksichtigen (Eklund et al., 2020; Gabriel et al., 2020; Isaksson et al., 2019; Jin et al., 2021; Zheng et al., 2022).

Charakteristisch für die (Erst-)Beratung im onkologischen Versorgungssystem ist, dass diese bei Neu- und/oder Wiedererkrankung häufig in einer Phase stattfindet, in der die Adressat*innen mit der psychischen Verarbeitung der Krebsdiagnose beschäftigt sind, unter einem hohen Entscheidungsdruck hinsichtlich der medizinischen Behandlungsentscheidungen stehen und durch die bevorstehenden Therapien stark körperlich, psychisch und sozial belastet sein können. Im weiteren Verlauf beraten Fachkräfte der Sozialen Arbeit in ambulanten Krebsberatungsstellen Adressat*innen mit Tumordiagnosen. Auch in ambulanten Krebsberatungsstellen werden in den Beratungen sowohl psychische Belastungen als auch soziale und sozialrechtliche Aspekte adressiert und bearbeitet. Die Settings unterscheiden sich für Adressat*innen und Fachkräfte durch die Perspektive von einer stark biomedizinischen Behandlungsorientierung in der stationär klinischen Umgebung hin zu einer lebensweltorientierenden Versorgungslogik im ambulanten Setting. Neben der Akutversorgung und Nachsorge sind immer auch Rehabilitationsangebote zu berücksichtigen. Die partizipative Entwicklung bedarfsorientierter Interventionen ist mit einer lebensweltorientierten Perspektive Sozialer Arbeit unumgänglich und bedingt ein dialogisches Arbeitsprinzip mit aktiver Einbindung und Mitbestimmung der Adressat*innen. Eine weitere wichtige Kooperation besteht mit der Selbsthilfe (Dunbar et al., 2023; Grabe et al., 2021; Kuhnt et al., 2018; Randall et al., 2025a).

Insbesondere folgende Rahmenbedingungen nehmen Einfluss auf die (Erst-)Beratung:

- Es kann bei einem Teil der erkrankten Adressat*innen und ihrer An- und Zugehörigen von einem hochbelasteten aktuellen psychosozialen Status zum Zeitpunkt des Beratungsbeginns ausgegangen werden (Aviki et al., 2022; Kuang et al., 2025; Myers et al., 2024; Surmann et al., 2021). Adressat*innen mit schwerer Krankheitslast und Komorbiditäten nehmen psychosoziale Beratung häufiger in Anspruch (Breidenbach et al., 2021, 2022; Duggan et al., 2019; Hamilton & Kroska, 2019a).

- Es existiert ein hoher medizinischer Behandlungsdruck bei vorgegebenen stationären Behandlungszeiten im Zusammenhang mit dem Krankenhausfinanzierungssystem der Fallpauschalen (DRG). Daraus resultiert ein hoher Entscheidungsdruck auf die Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen hinsichtlich weiterer Behandlungsoptionen und poststationärer Versorgungen.
- Adressat*innen, An- und Zugehörige und die Expert*innen innerhalb des stationären Behandlungssystems fokussieren sich in der ersten Behandlungsphase einer Neu- und Wiedererkrankung oftmals auf die medizinischen Entscheidungs- und Behandlungserfordernisse. Dies birgt die Gefahr, dass erkrankungsbedingte Risiken und Beratungsbedarfe im Zusammenhang mit „Alltags- und Lebensbewältigung“ sowie „gesellschaftliche Integration und Teilhabe, die insbesondere durch Barrieren beim Verbleib bzw. bei der Rückkehr in die Arbeit sowie durch begrenzte soziale und finanzielle Ressourcen gefährdet sein kann“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023), nicht frühzeitig erkannt und weitergeleitet werden.
- Nicht alle Adressat*innen können erkrankungsbedingt das Beratungsangebot Sozialer Arbeit in ambulanten und stationären Settings eigenständig nutzen. Das unterstreicht die Bedeutung eines aufsuchenden (Erst-)Beratungsangebots der Sozialen Arbeit in Organzentren und onkologischen Zentren sowie die Notwendigkeit anschließender nachsorgender Angebote, etwa in Rehabilitationseinrichtungen und Krebsberatungsstellen.
- Aufgrund der kurzen Zeitfenster bei geringer Krankenhausverweildauer müssen in einer (Erst-) Beratung, die allen Adressat*innen angeboten wird, Interventionen Sozialer Arbeit inhaltlich und zeitlich priorisiert werden. In ambulanten Settings sind ebenfalls erste Priorisierungen für Interventionen zur sozialen Sicherung relevant.
- Die (Erst-)Beratung richtet sich an alle Adressat*innen und ihre An- und Zugehörigen. In allen Phasen der onkologischen Erkrankung ist eine bedarfsgerechte und möglichst frühzeitige Beratung durch Soziale Arbeit anzubieten (Leitlinienprogramm Onkologie, 2023).

Folgende Kontextfaktoren der Adressat*innen sind besonders zu berücksichtigen:

Adressat*innen, bei denen zusätzlich zu anderen gesundheitlichen Aspekten psychische oder suchtspezifische Komorbiditäten bestehen, sollen frühzeitig, unter Berücksichtigung möglicher weiterer Versorgungskomplexitäten, in die Versorgung einbezogen werden. Hierfür sollen kollaborative Versorgungsmodelle verfügbar sein, die eine fachgerechte Einbindung der Bedarfe aufgrund von psychischen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen ermöglichen.

Geschlechter- sowie kultur- und diversitätssensible Beratungskompetenzen sind in der onkologischen Versorgung zentral. Krebserkrankungen und ihre Therapien beeinflussen Körperwahrnehmung, Selbstbild und Identitätsaspekte und sind mit psychosozialen Belastungen in der Partnerschaft, Sexualität, Familienplanung sowie im sozialen und beruflichen Umfeld verbunden. Das Geschlecht wirkt zudem als soziale und strukturelle Kategorie, etwa im Hinblick auf Rollenanforderungen und finanzielle Belastungen.

Für Adressat*innen mit Migrationsgeschichte sowie für Personen mit kommunikativen oder kognitiven Einschränkungen bestehen erhebliche Versorgungsbarrieren (Aikins et al., 2023; DeZIM, 2023). Diese zeigen sich unter anderem auf struktureller Ebene (z. B. eingeschränkte Sprachmittlung, fehlende barrierefreie Informationen) (Borde, 2018; Zeeb, 2022).

Zusammenfassung wichtigster Faktoren, die Einfluss auf Behandlung und Versorgung nehmen können:

- Körperliche Beeinträchtigungen infolge der Krebserkrankung (Deshields et al., 2021a)
- Kognitive Einschränkungen durch Krankheit oder Therapie (Deshields et al., 2021a)
- Vorbestehende psychische Erkrankungen und/oder Substanzabusus (Deshields et al., 2021b; Isaksson et al., 2017)
- Hohes Alter (Deshields et al., 2021b; Singer et al., 2022)
- Geschlechtsspezifische Gruppen (Singer et al., 2022, 2024; Wünsch et al., 2023)
- Menschen mit vielfältigen sexuellen Orientierungen und geschlechtlichen Identitäten (Deshields et al., 2021a)
- Sprachbarrieren (Deshields et al., 2021b; Isaksson et al., 2017)
- Eingeschränkte Gesundheitskompetenz (Deshields et al., 2021a)
- Akzeptanzprobleme der An- und Zugehörigen bei ungünstiger Prognose (Kimura et al., 2020)
- Konflikte in der Familie über Behandlungsziele (Kimura et al., 2020)
- Minderjährige Kinder als An- und Zugehörige (Isaksson et al., 2017)
- Finanzielle Barrieren (Aviki et al., 2022; Breidenbach et al., 2022; Chan et al., 2022; Corrigan et al., 2022; De La Cruz & Delgado-Guay, 2021; Deshields et al., 2021b; Doherty et al., 2022; Kuang et al., 2025; Myers et al., 2024; Nwankwo et al., 2023; Panzone et al., 2022; Sibert et al., 2025; Signorelli et al., 2024; Singer et al., 2022; Surmann et al., 2021; Thom et al., 2024; Vasquez-Trespalacios et al., 2024; Zhu et al., 2020)
- Zugangskosten zur Versorgung (Signorelli et al., 2024)
- Unzureichende private Krankenversicherung, insbesondere bei beruflicher Selbstständigkeit (Breidenbach et al., 2022; Surmann et al., 2021)
- Begrenzte Erreichbarkeit von Leistungen (Deshields et al., 2021b; Signorelli et al., 2024)

3.2.2 Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Besondere Anforderungen an Soziale Arbeit sind durch konstitutive Rahmenbedingungen professionellen Handelns charakterisiert. Angesichts der Komplexität möglicher Themen- und Problemstellungen ist die multiprofessionelle Teamarbeit Grundlage methodischen Handelns in der (Erst-)Beratung.

Multiprofessionalität bedeutet die Anwendung unterschiedlichen Fachwissens im praktischen Feld im konkreten Fallbezug. Sie geht über ein unverbundenes Nebeneinander von Professionen hinaus und setzt deren Öffnung füreinander voraus. Ziel ist die Entwicklung eines interprofessionellen biopsychosozialen Selbstverständnisses, um Rollen und Zusammenarbeit klar zu definieren. Entscheidend ist die bewusste Verbindung verschiedener Wissensbestände (Weimann-Sandig, 2022). Das Ziel ist, Fachkenntnisse und Kompetenzen der jeweiligen Professionen sachgerecht zu gewährleisten (Schmocker & Staub-Bernasconi, 2006) und zu einem interprofessionellen Verständnis der Ressourcen und Probleme zu gelangen.

Multiprofessionelle Teams sollten durch gegenseitigen Respekt, klare Rollenverteilung, Vertrauen und gemeinsame Verantwortungsübernahme gekennzeichnet sein, um eine adressat*innen-zentrierte und wirksame Versorgung zu gewährleisten (Middleton et al., 2018). Dazu ist es notwendig, Aufgaben und Zuständigkeiten Sozialer Arbeit in den Teams zu benennen.

Um bedarfsorientiert zu beraten, braucht es die kooperative Zusammenarbeit mit allen beteiligten Leistungserbringer*innen und Leistungsträger*innen im multiperspektivischen Fallverständnis. Soziale Arbeit ist in der onkologischen Versorgung konzeptionell zu verankern, indem Netzwerke geschaffen werden und Kooperationsvereinbarungen die Zusammenarbeit fördern (Grabe et al., 2021; Randall et al., 2025a). Für die ganzheitliche Versorgung ist die Soziale Arbeit als Bestandteil der multiprofessionellen Zusammenarbeit zu berücksichtigen.

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit sollte durch regelmäßige Intervisionen, Supervision und Schulungen gestärkt werden, um das Verständnis für die jeweiligen Rollen und Kompetenzen zu fördern (Berezowska et al., 2019; Kang et al., 2024; Kusch et al., 2022; Middleton et al., 2018).

3.3 Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der (Erst-)Beratung

Auftrag der (Erst-)Beratung ist die Bedarfsermittlung, die auf den spezifischen psychosozialen und physischen Herausforderungen der Adressat*innen basiert (Berezowska et al., 2019; Kang et al., 2024; Kusch et al., 2022; Osman et al., 2018; Ownsworth et al., 2022). Psychosoziale Unterstützungsangebote sollten entsprechend der Bedarfsermittlung an der individuellen Bereitschaft von onkologischen Adressat*innen zur Inanspruchnahme orientiert sein. Einfluss nehmen insbesondere die Erfahrungen und subjektiven Zukunftsperspektiven der Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen, durch die eine größtmögliche Autonomie und Selbstbestimmung erreicht werden soll (Hamilton & Kroska, 2019b; Matsui et al., 2020).

Mit ihrem fachlichen Zugang, der Adressat*innen in ständiger Interaktion zur jeweiligen sozialen und natürlichen Umwelt (Person-in-Environment) fokussiert, formuliert Soziale Arbeit folgende Ziele einer (Erst-)Beratung:

- Soziale Teilhabe bei Erkrankung und Behinderung unter Einschluss von An- und Zugehörigen
- Herstellung, bzw. Stärkung der Handlungsfähigkeit der Adressat*innen und An- und Zugehörigen im Behandlungsprozess und in der Nachsorge (Selbstwirksamkeit)
- Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu gesundheitlichen Störungen führen können
- Vermittlung von Wissen über das Gesundheits- und Sozialsystem und zu Zugängen und Leistungen zur sozialen Teilhabe, zur finanziellen Absicherung bei Erkrankung, zur Unterstützung der Lebensbewältigung sowie zur Reduzierung sozialer Problemlagen bei Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen

Eingeschlossen sind auch Lotsenfunktionen der Sozialen Arbeit basierend auf ihrer Navigationskompetenz:

- Erschließung von Leistungen der sozialen Sicherung und Unterstützung der notwendigen Zugänge und Leistungen zur gelingenden Lebensführung während einer stationären oder ambulanten Behandlung

- Sicherung des Zugangs zu ambulanten psychosozialen Beratungsangeboten, insbesondere bei nicht erschlossenen Beratungsstrukturen und/oder fehlenden personenbezogenen und/oder umweltbezogenen Ressourcen

- Frühzeitige Vermittlung oder Einbezug anderer Fachberatungsstellen, Psychotherapeut*innen, insbesondere bei Adressat*innen mit depressiver Symptomatik oder Suchtproblematik durch störungsspezifische Navigationszugänge

- Frühzeitiges Informieren zu Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und Sicherung psychosozialer Beratungsangebote durch Soziale Arbeit

- Bei psychischen Störungen, insbesondere affektiven Störungen, empfehlen sich weitere ambulante Beratungen im zertifizierten Zentrum und/oder in Krebsberatungsstellen durch Soziale Arbeit (Fugmann et al., 2024)

Des weiteren gehören Vernetzung, Konzeptentwicklung und Forschungsanwendung zu den nicht-fallbezogenen Tätigkeiten der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (Bamidele et al., 2022; Billaudelle et al., 2022; Götz et al., 2019; McCarter et al., 2018).

Daraus ergeben sich folgende Aufgaben der Sozialen Arbeit in einer (Erst-)Beratung:

- Eine niedrigschwellige, bevorzugt mündliche und persönliche Aufklärung zu den Beratungsinhalten der Sozialen Arbeit während des Behandlungsprozesses für alle Adressat*innen zu gewährleisten, wobei insbesondere geschlechts-, alters-, diversitäts- und kultursensible Aspekte berücksichtigt werden sollen, um den Zugang auch für bislang weniger erreichbare Gruppen zu verbessern. Auch der Krankenversicherungsstatus ist zu berücksichtigen (Breidenbach et al., 2021, 2022; Ernst et al., 2018; Harrison et al., 2020; Köditz et al., 2024; Singer et al., 2022)
- Eine erste psychosoziale Ressourcen- und Risikoeinschätzung bezüglich drohender sozialer Probleme als Folge krankheitsbedingter Beeinträchtigungen durchzuführen, um begründet und bedarfsgerecht über Art und Umfang der Interventionen Sozialer Arbeit zu entscheiden
- Nach Abklärung des akuten psychosozialen Interventionsbedarfs mit Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen, die kurzfristigen Interventionen zur sozialen Sicherung, sozialen Unterstützung und persönlichen Förderung zu priorisieren und zu systematisieren
- Frühzeitig zu ambulanten psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und relevante Informationen zu vermitteln
- Im multiprofessionellen Beratungs- und Behandlungsverständnis fallbezogen Informationen zur Einbindung weiterer Professionen zu gewinnen und Adressat*innen und An- und Zugehörige bei der Vermittlung und Anbindung an diese Professionen sowie an Selbsthilfeorganisationen zu unterstützen

- In der psychosozialen (Erst-)Beratung die fallbezogenen Aufgaben der Sozialen Arbeit im Kontext der multiprofessionellen Zusammenarbeit eigenständig zu definieren

3.4 Zugänge zur (Erst-)Beratung

Der Zugang zu Beratungsangeboten Sozialer Arbeit sollte allen Adressat*innen mit einer onkologischen Neu- und/oder Wiedererkrankung (Lion et al., 2023; Randall et al., 2025a) unter Berücksichtigung von Sprachbarrieren bedarfsorientiert in den verschiedenen Stadien der Krebserkrankung angeboten werden und zugänglich sein. Dabei sollte kommuniziert werden, dass Adressat*innen einen Anspruch auf Beratung durch Soziale Arbeit haben. Auf unterschiedliche geschlechtsspezifische Inanspruchnahme ist Rücksicht zu nehmen (Bayer et al., 2020; Berezowska et al., 2019; Kang et al., 2024; Lingens et al., 2023; Lion et al., 2023; Schranz et al., 2022; Tiirola et al., 2025).

Die Vermittlung an Soziale Arbeit kann durch verschiedene Professionen, insbesondere behandelnde Ärzt*innen, Pflegekräfte und weitere beteiligte Professionen, erfolgen. Das erhöht die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen (Schranz et al., 2022).

Zum Einsatz von Screeningverfahren konnten im Rahmen der Recherche keine ausreichend re-validierten und etablierten Screeningverfahren Sozialer Arbeit, die zur frühzeitigen Erkennung psychosozialer Bedürfnisse und der Sensibilisierung in multiprofessionellen Teams beitragen, ermittelt werden. Folglich müssen diese für die Soziale Arbeit künftig noch entwickelt und evaluiert werden (Hui et al., 2017; Reiser et al., 2019). Als zuverlässiges und valides Screening Instrument in der psychoonkologischen Versorgung wurde das Financial Distress of Cancer Assessment Tool Sr (FIAT) zur Erfassung finanzieller Belastungen bei onkologischen Adressat*innen in Deutschland entwickelt (Richter et al., 2024). Auch die Scale of psychosocial risks (PSR) wurde für den Einsatz in der Psychoonkologie erstellt und soll den psychosozialen Unterstützungsbedarf von Adressat*innen bewerten (Bussmann et al., 2023). Für den Einsatz im Versorgungskontext bedarf es weiterer empirischen Überprüfungen, um den sicheren Einsatz der Screening Instrumente in der Praxis Sozialer Arbeit zu gewährleisten.

Notwendig ist die Sensibilisierung aller mitbeteiligten Professionen für psychosoziale Aspekte in der Gesamtbehandlung durch Austausch und Darstellung der Aufgaben Sozialer Arbeit.

Relevante Informationen über Unterstützungsangebote und Dienstleitungen für Adressat*innen sollen leicht zugänglich sein. Eine zielgruppendifferenzierte Kommunikation und Bereitstellung von Informationsmaterialien (z. B. barrierefreies Infomaterial, siehe Kapitel 5.2. Prozesskriterien, Beratungsangebot) durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit kann helfen, Unsicherheiten zu verringern und eine Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen zu fördern (Berezowska et al., 2019; Kang et al., 2024; Lingens et al., 2023).

Der Zugang zu einer Beratung Sozialer Arbeit soll flächendeckend und unabhängig von dem Wohn- und Aufenthaltsort mit Einbindung in die jeweiligen onkologischen Behandlungsstrukturen ermöglicht werden (Lion et al., 2023; Zimmermann-Schlegel et al., 2017). Klare Prozesse und Koordinationsstrukturen sollen festgelegt werden, um den Zugang zu psychosozialer Beratung zu verbessern (Breidenbach et al., 2022; Signorelli et al., 2024).

Innerhalb von Organzentren und onkologischen Zentren sollen schriftlich fixierte Regelungen der Zugangswege zur (Erst-)Beratung durch die Soziale Arbeit vorliegen, die die Beratung aller Adressat*innen ermöglichen und sicherstellen. In der Praxis erfolgt die Zuweisung auf verschiedenen Wegen. Beispiele dafür sind:

- Multiprofessionelle Teams in der stationären Versorgung, insbesondere das ärztliche und pflegerische Personal, Physiotherapeut*innen, Psychoonkolog*innen sowie Seelsorger*innen, initiieren eine Anfrage auf elektronischem Weg mittels oder innerhalb des jeweiligen Informations- und Dokumentationssystems im stationären und poststationären Setting (Götz et al., 2019; Jiang et al., 2021; Skurla et al., 2022a)
- Das multiprofessionelle Team veranlasst eine Anfrage über weitere standardisierte Verfahrenswege des Zentrums, z. B. über regelhaft stattfindende Teambesprechungen, multidisziplinäre Fallkonferenzen oder den persönlichen Kontakt (Raghavan et al., 2021)
- Ergänzend dazu können Adressat*innen und An- und Zugehörige die Fachkräfte der Sozialen Arbeit direkt oder im Rahmen von regelhaften Sprechzeiten kontaktieren

Eine elektronische Anmeldung bietet insbesondere Vorteile für eine weitere und standardisierte Dokumentation und Evaluation.

4 Ablauf der (Erst-)Beratung

Der im Folgenden dargestellte Beratungsprozess stellt einen idealtypischen Verlauf dar, der in der Umsetzung zu jedem Zeitpunkt der Aufnahmefähigkeit und der Belastbarkeit der Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen angepasst werden muss (Adolph & Weis, 2015) und professionelle Beratungskompetenz voraussetzt (Kusch et al., 2022).

***Abbildung 1**: Ablauf einer (Erst-)Beratung, Eigendarstellung DVSG, 2018*

4.1 Vorbereitung der (Erst-)Beratung

Eine strukturierte Vorbereitung ermöglicht zeit- und indikationsgerecht sowie ressourcenorientiert und professionell zu arbeiten.

Onkologischen Adressat*innen soll neben dem Angebot der persönlichen Beratung die Möglichkeit gegeben werden, onlinegestützte, digitale oder telefonische Beratungen in Anspruch zu nehmen. Diese Angebote können Barrieren der Zugänglichkeit minimieren, wie unter anderem mangelnde Mobilität, knappe zeitliche Ressourcen, gesundheitliche Risiken oder Belastungen. Bei Bedarf sind Dolmetscher*innen einzubinden.

Im stationären Setting sollte die Vorbereitung der (Erst-)Beratung die Sammlung von Basisinformationen im Krankenhausinformationssystem der Organzentren und onkologischen Zentren beinhalten, ebenso wie die Kontaktaufnahme zu den beteiligten Professionen, mit Klärung der medizinischen Diagnosen, des Behandlungsstatus und der zeitlichen Planung für die aktuelle Behandlung. Komorbiditäten einschließlich psychischer Erkrankungen und/oder Substanzabusus können die Versorgung erschweren und sollten erfragt werden (Deshields et al., 2021b; Isaksson et al., 2017).

Weiterhin beinhaltet die Vorbereitung der (Erst-)Beratung auch die Erstprüfung des sozialrechtlichen Status und der Lebenssituation anhand der verfügbaren Informationen in Patient*innenakten und/ oder digitalen Systemen (Neupert, 2024).

In der ambulanten psychosozialen Beratung können Anliegen bei der Anmeldung der Adressat*innen erhoben werden. Nach den Förderkriterien des GKV-Spitzenverbandes „muss [beim ersten persönlichen Beratungskontakt] die Krebsberatungsstelle dem Ratsuchenden ein Screening auf psychosoziale Belastung mit dem NCCN Distress Thermometer anbieten. Die Teilnahme bzw. das Ausfüllen sind für den Ratsuchenden nicht verpflichtend, sondern erfolgt auf freiwilliger Basis“ (GKV-Spitzenverband, 2025). Adressat*innen oder An- und Zugehörige können mittels Fragebögen gebeten werden, Auskunft zu ihrer Lebenssituation, Erkrankung, Behandlung und psychosozialen Belastung zu geben. Diese dienen der Vorbereitung auf das Erstgespräch und haben den Vorteil, dass Themen unter Umständen frühzeitiger angesprochen werden. Der Fragebogen zu psychosozialen Belastungen (FPSB) kann in Krebsberatungsstellen statt des NCCN Distress-Thermometers eingesetzt werden (Ihrig et al., 2025).

Bei Erstkontakt ohne Zeit zur Vorbereitung empfiehlt sich, nach erster fachlicher Einschätzung entsprechend der Dringlichkeit des Handlungsbedarfs und nachdem die Notwendigkeit von Kriseninterventionen ausgeschlossen werden konnte, einen (Erst-)Beratungstermin zu vereinbaren. Dadurch entsteht für die Fachkraft der Sozialen Arbeit die Möglichkeit zur professionellen Vorbereitung mit der entsprechenden Informationsbündelung.

4.2 Kontaktaufnahme

Für die Soziale Arbeit, die insbesondere die professionelle Beziehungsgestaltung zu ihren Adressat*innen in einer Person-Umwelt-Perspektive mit Einbindung des jeweiligen sozialen Netzwerks fokussiert, ist der Erstkontakt besonders bedeutsam zur Entwicklung eines notwendigen Vertrauensverhältnisses für spätere Behandlungszyklen (Bischkopf et al., 2017; Kähler & Gregusch, 2015). Dabei ist zu beachten, dass dieser Kontakt bei einem Teil der Adressat*innen von einer hochbelasteten psychosozialen Situation geprägt sein kann.

Zwischen Adressat*innen, An- und Zugehörigen sowie Fachkräften Sozialer Arbeit soll ein offenes Kommunikationsumfeld mit primärer Akzeptanz der Adressat*innenperspektive geschaffen werden, mit einem offenen Ergebnis und einem personenorientierten Ansatz in der Beratung (Breidenbach et al., 2025).

In diesem Kontext sind vor allem folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Schaffung einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre für die (Erst-)Beratung
- Hilfreich kann der Gebrauch unterschiedlicher Kommunikationsarten sein (Visualisierung, Piktogramme, Audition, Verschriftlichung) (Deshields et al., 2021b; Isaksson et al., 2017)
- Initiale Exploration der Beratungssituation (der Gefühlslage, der verbalen und nonverbalen Äußerungen, des Allgemein- und Gesundheitszustands, der gesamten Gesprächssituation wie Raum, Mitpatient*innen, parallele Behandlungen, etc.) (Kähler & Gregusch, 2015)
- Persönliche Vorstellung mit Übergabe eines Flyers mit Informationen zu den zentralen Aufgaben und zur niedrigschwelligen Erreichbarkeit der Sozialen Arbeit sowie Erörterungen zum kostenfreien integrierten psychosozialen Beratungsangebot der Sozialen Arbeit und deren Mitwirkung im multiprofessionellen Team

- Kurze einführende Erörterung der wesentlichen Rechte von Adressat*innen (Patient*innenrechte, Schweigepflicht, Datenschutz, Freiwilligkeit, Beratungsrechts- und Versorgungsmanagementanspruch)
- Klärung der Bereitschaft der Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen zur Mitwirkung und Gestaltung eines Arbeitsbündnisses sowie zur Teilnahme der An- und Zugehörigen am Beratungsgespräch
- Aufklärung über potenzielle Unterstützungsangebote für An- und Zugehörige

4.3 Psychosoziale Diagnostik

Soziale Diagnostik ist ein prozesshafter, theoriegeleiteter und dialogischer Vorgang, in dem soziale Problemlagen und Ressourcen durch systematische Datenerhebung, Analyse und Deutung erschlossen werden, um darauf aufbauend Interventionen zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Sie dient dabei der begründeten Entscheidungsfindung im Hilfeprozess und geht über reine Informationssammlung des Assessments hinaus. Die Person-in-Environment Perspektive ist zu berücksichtigen (Buttner et al., 2018; Pauls, 2013; Wendt, 2021).

Im integrierten Assessment einer onkologischen (Erst-)Beratung findet eine Klärung der psychosozialen Ressourcen und Belastungen und des sozialrechtlichen Versorgungsbedarfs der Adressat*innen statt. Ein Screening zu finanziellen Belastungen und Risiken kann frühzeitig weiteren Unterstützungsbedarf erkennen lassen (Breidenbach et al., 2022; Deshields et al., 2021b; Haverfield et al., 2020; Longo et al., 2022; McLoone et al., 2023; Signorelli et al., 2024; Singer et al., 2022; Zhu et al., 2020). PEOPSA 2.0 unterscheidet zwischen Screening zur „Priorisierung von Beratungsleistungen“ (Zugänge zur (Erst-)Beratung) und Assessments zur „Klärung der Belastungen und Ressourcen“ durch Soziale Diagnostik (Ablauf (Erst-)Beratung).

Trotz eines hohen medizinischen Behandlungs- und Entscheidungsdrucks im stationären Setting, muss Ziel der initialen Bedarfserhebung sein, zentrale Probleme und Bedarfe verlässlich zu identifizieren. In der ambulanten Beratung sollte ein ausführliches Assessment zur Erhebung subjektiv relevanter Versorgungsbedarfe, psychosozialer Belastungen und Ressourcen ebenso durchgeführt werden.

Unter Assessment wird in diesem Zusammenhang der strukturierte Prozess der Informationssammlung zu der Ausgangssituation der Adressat*innen verstanden. Die psychosoziale Diagnostik bezeichnet die übergeordnete systematische Erhebung und Bewertung relevanter psychosozialer Ressourcen und Probleme, um darauf aufbauend passgenaue Interventionen planen und einleiten zu können (Buttner et al., 2018; Gahleitner & Pauls, 2020; Pauls, 2013). Dabei ist eine situationsangemessene Balance zwischen Offenheit im Gespräch und methodischer Strukturierung anzustreben. Die Fachkräfte entscheiden jeweils situativ, wie viel Raum der individuellen Exploration der jeweiligen Lebenssituation durch die Adressat*innen selbst eingeräumt werden kann (Offenheit) bzw. wie fokussiert die Analyse ausgewählter Problembereiche durch die Professionellen stattfinden soll. Dabei lassen sich verschiedene Vorgehensweisen unterscheiden, die einzeln oder kombiniert eingesetzt werden können:

1. Situationseinschätzungen auf der Basis subjektiver Explorationen durch die Adressat*innen bzw. An- und Zugehörigen z. B. im Rahmen lebensweltorientierter Rekonstruktionen (Schneider, 2011) oder rekonstruktiver Fallarbeit

Die rekonstruktive Fallarbeit beschreibt einen Ansatz des Fallverstehens, der auf einer „flexible[n], situations- und interaktionsabhängige[n] Informationssammlung auf der Grundlage einer Meinungsbildung im Dialog“ basiert (Heiner, 2011, S. 237). Ziel ist es, den subjektiven und häufig biografisch geprägten Hintergrund aktueller Verhaltensmuster nachvollziehen zu können. Gleichzeitig hilft dieser Ansatz dabei, die „institutionelle Rahmung“ (Loch & Schulze, 2012, S. 689) des Falls zu berücksichtigen und die von Adressat*innen selbst thematisierten Beratungsbedarfe zu erfassen.

2. Verfahren psychosozialer Diagnostik basierend auf rekonstruktiven Verfahren und auf standardisierten Erhebungsinstrumenten aus dem Kontext klassifikatorischer Ansätze wie beispielsweise das „Psychosoziale Koordinatensystem“ (Pauls, 2013), Netzwerkanalysen wie das „Inklusionschart“ (Pantuček-Eisenbacher, 2025) oder Eco-Maps zur Netzwerkanalyse (s. Anhang) sowie die gezielte Fokussierung möglicher sozialer Probleme (Staub-Bernasconi, 2007). Eine Einbindung des biopsychosozialen Verständnisses der ICF ist insbesondere in der medizinischen Rehabilitation relevant und ratsam in ambulanten und stationären Versorgungssettings.

Der klassifikatorische Ansatz zielt darauf ab, Einzelsachverhalte „unter vorgegebene Kategorien ein[zu]ordnen“(Gahleitner, 2010, S. 30). Mithilfe eines klar strukturierenden und ordnenden Orientierungsmodells (Pauls, 2013) können Interventionen systematisch geplant und begründet werden.

Die komplexen Erhebungszugänge begründen sich in den Theoriekonzepten der subjektiven Lebensführung, der objektiven Lebenslage, der Alltagsbewältigung sowie in den individuellen sozialrechtlichen Ansprüchen.

Problembereiche, die nicht relevant sind für die (Erst-)Beratung, werden in Absprache und mit Einwilligung der Adressat*innen an die fachlich verantwortlichen Professionen verwiesen. Soziale Arbeit im Krankenhaus muss sich auf die prioritär für die (Erst-)Beratung erforderlichen Aufgaben begrenzen. Damit obliegt ihr auch die bedeutsame Brückenfunktion zu weiterführenden Beratungsangeboten der Sozialen Arbeit, beispielsweise in Einrichtungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation oder ambulanten Beratungsstellen. Abgegrenzt werden müssen Aufgaben, die in einer ausführlichen zweiten Beratungssequenz aufgegriffen werden oder in der Beratung durch Sozialdienste der Rehabilitationskliniken oder in ambulanten Beratungsstellen bearbeitet werden können.

Wesentlich für die (Erst-)Beratung ist, die jeweiligen Probleme und Ressourcen zu gewichten und mit den Adressat*innen gemeinsam zu entscheiden, welche Maßnahmen im Kontext der (Erst-)Beratung ergriffen oder eingeleitet werden. Zur Gestaltung des Arbeitsbündnisses erfolgt dazu ein erstes Assessment zu subjektiven und bedürfnisorientierten Sicherungs- und Unterstützungsbedarfen aus Sicht der Adressat*innen zur Priorisierung psychosozialer Beratungsleistungen.

Soziale Arbeit erkennt über dieses Assessment Komplexitäten, die die weitere Versorgung erschweren könnten. Über die personenbezogenen Faktoren hinaus werden dazu relevante Ressourcen und Versorgungsrisiken innerhalb des sozialen Netzwerks ermittelt.

Anschließend definiert Soziale Arbeit die Ziele der Erstinterventionen mit dem Fokus auf sozialer Sicherung und erhebt dafür Daten zu möglichen sozialrechtlichen Ansprüchen (Neupert, 2024) der Adressat*innen und ggf. nächster An- und Zugehöriger, insbesondere Partner*innen und minderjähriger Kinder, mit dem Wissen um folgende gesetzliche Grundlagen und exemplarische Themen:

***Tabelle 1**: Gesetzliche Grundlagen und exemplarische Themen*

SGB I	▪ allgemeine Leistungsberechtigung, Auskunfts-, Beratungs- und Informationsanspruch einschließlich Aufklärung für die Leistungsberechtigten und Mitwirkungspflicht
SGB II und SGB III	▪ Existenzsicherung bei Arbeitslosigkeit
SGB V	▪ Versorgungs- und Entlassungsmanagement ▪ stationäre und ambulante medizinische Behandlung ▪ stationäre und ambulante Rehabilitationsleistungen ▪ Existenzsicherung über Krankengeld ▪ Zuzahlungsregelungen und -befreiungen bei chronischen Erkrankungen ▪ Versorgung mit Hilfsmitteln ▪ Unterstützung durch Haushaltshilfe, Häusliche Krankenpflege oder Kurzzeitpflege ▪ Hilfen bei ambulantem oder stationärem Palliativpflegebedarf ▪ Wiedereingliederung in das Berufsleben
SGB VI	▪ stationäre und ambulante onkologische Rehabilitation ▪ berufliche Rehabilitation und Wiedereingliederung ins Berufsleben ▪ Existenzsicherung durch Übergangsgeld bei Rehabilitation ▪ Haushaltshilfen während einer Rehabilitationsmaßnahme ▪ Existenzsicherung durch Rente
SGB VIII	▪ Angebote zur Förderung von Kindern und Familien, Sicherung des Kindeswohles
SGB IX	▪ Individuelle und berufliche Hilfen zur Teilhabe am Leben / Arbeitsleben zum Themenkreis der Schwerbehinderung
SGB X und SGG	▪ Verwaltungs- und Rechtsbehelfsverfahren z. B. bei Sozialgerichtsverfahren
SGB XI	▪ ambulante und stationäre Hilfen bei pflegerischem Versorgungsbedarf, Verhinderungspflege
SGB XII	▪ Existenzsicherung über Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsunfähigkeit

	▪ Im Bedarfsfall finanzielle Unterstützung bei Haushaltshilfe oder Heimaufnahme (oder: bei ambulanter oder stationärer pflegerischer Versorgung)
Arbeitsrecht	▪ Hilfen bei der Sicherung des Erwerbsstatus, Maßnahmen zum Kündigungsschutz
BGB	▪ Erhalt von Selbstbestimmung bei Krankheit über Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
Wohngeldgesetz	▪ Sicherung von Wohnraum
Weitere Zuwendungen	▪ individuelle spendenfinanzierte Hilfen aus Unterstützungsfonds

4.4 Interventionen

Zu den im Assessment mit den Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen ermittelten und priorisierten Beratungs- und Unterstützungsbedarfen erschließt Soziale Arbeit personbezogene und umweltbezogene Ressourcen zur sozialen Sicherung (Einkommen, Wohnen, Arbeit und Beruf), zur sozialen Unterstützung (formelle und informelle Netzwerke) und zur persönlichen Förderung (Krankheitsbewältigungskompetenzen). Eine Einbindung der ICF mit den relevanten Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren bietet sich zur späteren Dokumentation an. Personbezogene Faktoren werden laut ICF nicht klassifiziert, können aber beschreibend eingebunden werden. Zur adressat*innengerechten Kommunikation gehört die Verwendung wertschätzender, geschlechtsaffirmativer und personenzentrierter Sprache bezogen auf die in Kapitel 3.2.1 genannten Zielgruppen.

Je nach Bedarf und Kontext kann – aufbauend auf der gezielten und entlastenden Beratung und Informationsvermittlung und durch Vermittlung an der Schnittstelle zwischen den aufeinander abzustimmenden Dienstleistungsarrangements (Hansen, 2010) – das aktive Erschließen von Ressourcen oder der Verweis auf weitere Hilfs- und Beratungsangebote erfolgen. Wenn Adressat*innen dem zustimmen, kann eine Information an die beteiligten Professionen der weiteren Hilfs- und Beratungsangebote gegeben werden.

Auch eine Kurzberatung Sozialer Arbeit (1 bis 2 Beratungen mit der Dauer von 30 bis 90 Minuten) nimmt signifikant positiven Einfluss auf die Reduzierung psychischer Belastungen (Lingens et al., 2023), ersetzt aber langfristig keine qualifizierte (Erst-)Beratung aufgrund komplexer Versorgungsbedarfe.

Gelingende professionelle Beziehungsarbeit korreliert mit der Patient*innenzufriedenheit bezüglich der Beratung. Fachkompetenz Sozialer Arbeit nimmt positiven Einfluss auf höhere soziale Sicherheit und Handlungsautonomie von Adressat*innen (Breidenbach et al., 2025).

Soziale Arbeit nutzt in der psychosozialen (Erst-)Beratung onkologischer Adressat*innen ihre Navigationskompetenz in der Fallarbeit primär im Rahmen einzelfallorientierter Methoden (s. Tabelle 2). Um Adressat*innen und An- und Zugehörige psychosozial, sozialrechtlich und organisatorisch zu unterstützen, können neben einzelfallorientierten Zugängen auch gruppenorientierte Methoden durch

Austausch-, Informations- und Empowermentangebote sowie das Wirken im Sozialraum durch Vernetzung, Gemeinwesen- und politische Arbeit zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen relevant sein. Ziel ist eine ganzheitliche methodische Unterstützung, die persönliche Bewältigung stärkt, sozialen Zusammenhalt fördert und soziale Rahmenbedingungen mit einbezieht (IFSW, 2014).

***Tabelle 2**: Relevante etablierte Methoden Sozialer Arbeit (DGSA, 2026; Fachbereichstag Soziale Arbeit, 2016; Galuske, 2013; Wendt, 2021)*

Methode / Verfahren / Techniken	**Ziel / Anwendung**
Einzelfallarbeit (Case Work)	Assessment, Beziehungsarbeit mit Adressat*innen, Individuelle und soziale Unterstützung
Gruppenarbeit (Group Work)	Förderung sozialer Kompetenzen, Stärkung Selbsthilfe durch Verbesserung der Informiertheit
Gemeinwesenarbeit (Community Work)	Aktivierung, Partizipation, strukturelle Verbesserung onkologischer Versorgung
Sozialraum / Politische Arbeit	Orientierung an Lebenslagen, regionale Vernetzung von Ressourcen
Empowerment-Ansätze	Selbstermächtigung, Partizipation, Antidiskriminierung bei onkologischen Erkrankungen
Soziale Diagnostik	Systematische Erfassung und Bewertung von Ressourcen und Problemlagen
Case Management	Navigation und Koordination von Hilfen über Systeme und Sektoren hinweg
Psychosoziale Beratung / Gesprächsführung	Förderung von Reflexion und neuen Kompetenzen
Beratung zu Sozialleistungen	Zugang zu sozialrechtlich kodifizierten Leistungen
Edukative Methoden	Kompetenzförderung, Bewältigungsoptionen
Systemische Ansätze	Arbeit mit Beziehungs- und Interaktionssystemen
Mediation / Konfliktlösung	Vermittlung in Konflikten, Konsensfindung
Krisenintervention	Unterstützung beim Umgang mit (subjektiven) Ausnahmezuständen
Organisationsentwicklung / Supervision / Coaching	Reflexion beruflichen Handelns, Teamentwicklung
Projekt- und Konzeptionsarbeit	Entwicklung struktureller zielgruppenspezifischer Angebote
Forschungsmethoden (qualitativ / quantitativ)	Evaluation, Praxisforschung, Wirkungsanalyse
Sozialtherapeutische Verfahren	Im Rahmen Klinischer Sozialarbeit bei längerfristiger Zusammenarbeit

Die genannten Sozialtherapeutischen Verfahren kommen überwiegend in längerfristig angelegten (Erst-)Beratungen zur Geltung und bedürfen einer situationsbezogenen Anpassung. Konkrete Ausformulierungen hierzu stehen bislang noch aus. Die Methoden verweisen allerdings auf zentrale Prozesse der Informationsvermittlung, der Navigation bzw. der Vermittlung notwendiger Hilfen, der Stabilisierung sowie der kommunikativen Klärungen und Neubewertungen von Belastungen, die bereits in (Erst-)Beratungen von Bedeutung sein können. Dabei können An- und Zugehörige und weitere soziale Netzwerke einbezogen werden.

Mögliche Beratungs- und Interventionsthemen zur sozialen Sicherung und sozialen Unterstützung in der (Erst-)Beratung können sein:

- Psychosoziale Belastungen
- Soziale Probleme
- Wirtschaftliche Probleme
- Fragen zur ambulanten und stationären Nachsorge
- Fragen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterstützungsmöglichkeiten über Selbsthilfeorganisationen oder -gruppen
- Unterstützungsmöglichkeiten über ambulante Beratungsstellen
- Vermittlung zu Beratungsmöglichkeiten durch andere Professionen und stationäre Fachdienste (Psychoonkologie, Seelsorge, u. a.)

Im Übergang in die Nachsorge (Andreu et al., 2022; Man et al., 2023; Selove et al., 2017) nach Abschluss der stationären medizinischen Behandlung von Adressat*innen können aufgrund einer fragmentierten und sektoralen Gesundheitsversorgung Versorgungslücken und Orientierungsprobleme auftreten. Um den Übergang in die Nachsorge und in den Alltag bestmöglich zu unterstützen, ist die Bereitstellung adressat*innenorientierter Informations- und Orientierungsangebote essenziell. Dazu zählen insbesondere folgende Maßnahmen:

- Barrierefreie Beratung und Informationsweitergabe zu passgenauen Nachsorgeangeboten, Rehabilitationsmaßnahmen, psychoonkologischer Unterstützung und sozialrechtlichen Ansprüchen
- Individuelle Orientierung im komplexen Gesundheitssystem bieten und als Bindeglied zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen fungieren
- Die Adressat*innen zur Selbstbefähigung anleiten, damit sie informierte Entscheidungen über ihre weitere Versorgung treffen können
- Informationen zu ambulanten psychosozialen Angeboten (z. B. Krebsberatungsstellen, Selbsthilfe)

Wenn kein weiterer Beratungsbedarf durch die Soziale Arbeit besteht, ist die (Erst-)Beratung beendet.

Bei weiterem Informations- oder Beratungsbedarf kann auf Wunsch der Adressat*innen und/oder der An- und Zugehörigen ein neuer Termin vereinbart werden. Es empfiehlt sich wie unter Punkt 4.5 weiter zu verfahren.

*4.5 Aufgaben für Adressat*innen und Fachkräfte der Sozialen Arbeit bis zum folgenden Beratungstermin*

Soziale Arbeit führt ein weiteres Assessment durch, um Bedarfe im Zusammenhang mit Themen der sozialen Sicherung, sozialen Unterstützung, persönlichen Förderung zu erkennen und zu berücksichtigen (z. B. mittels der Lebensweltdiagnostik und klassifikatorischer Diagnostik). Die prioritären Aufgaben zur Erreichung der definierten Interventionsziele werden umgesetzt:

- Fachkräfte Sozialer Arbeit klären mit Adressat*innen ihre vereinbarten Aufgaben
- Mögliche Einbindung von An- und Zugehörigen wird geklärt
- Weitere Professionen und/oder Institutionen werden gegebenenfalls eingebunden

Zu den Vorbereitungen weiterer möglicher Interventionen der sozialen Sicherung gehören:

- Ermitteln von Risiken, der drohenden Leistungseinschränkungen und des Verlustes von Möglichkeiten der autonomen Lebensgestaltung mit Blick auf die Auswirkungen der Erkrankung auf den Alltag und die berufliche Situation

Zu den Vorbereitungen weiterer möglicher Interventionen zur sozialen Unterstützung gehören:

- Erhebung von Problemen in der Kooperation mit den beteiligten Professionen und in der Anpassung an die Behandlungsbedingungen
- Vermittlung zwischen medizinischem Team und Adressat*innen und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung im Kontext der medizinischen Behandlung
- Eruieren weiterer Beratungsangebote in Wohnortnähe (z. B. ambulante Beratung, Fachberatungsstellen, Selbsthilfegruppen), und die Berücksichtigung regionaler Unterschiede, zum Beispiel bei der Erreichbarkeit von (zertifizierten) Versorgungsangeboten
- Zusammenarbeit mit bzw. Weiterversorgung in der ambulanten Behandlung
- Erhebung von Problemen bei der familiären und sozialen Integration
- Kommunikation mit den sozialen Netzwerken der Adressat*innen

Zu den Vorbereitungen weiterer möglicher Interventionen zur persönlichen Förderung gehören:

- Unterstützung bei der Neuorientierung aufgrund der Erkrankung und das Angebot von Hilfen zur Verarbeitung von Informationen
- Planung von Hilfen bei Orientierungs-, Informations- und Kommunikationsproblemen aufgrund der aktuellen Einschränkungen
- Hilfen zum Erhalt von Handlungsfähigkeit durch Kriseninterventionen
- Hilfen zur Bewältigung von sozialen Stressoren
- Angebot supportiver Einzelgespräche und emotionaler Begleitung als Teil der sozialen Unterstützung (Dettmers, 2021; Pauls, 2013)
- Paar- und Familiengespräche und/oder Gespräche mit Kindern der Adressat*innen
- Sicherung der Versorgung nach der Entlassung

- Beratungen zur Sicherung der Selbstbestimmung durch Vorsorgevollmacht und Patient*innenverfügung im Umgang mit Themen wie Sterben und Tod, insbesondere in palliativen Behandlungssituationen

4.6 Dokumentation und Evaluation

Eine nachvollziehbare schriftliche Dokumentation des gesamten Beratungsverlaufs unter Einbeziehung aller Beteiligten ist ein zentraler Qualitätsindikator professioneller Sozialer Arbeit. Relevante Informationen werden systematisch in die EDV-Dokumentationssysteme übertragen (Merchel, 2019). Eine Dokumentationskultur dient nicht nur der Qualitätssicherung, sondern gewährleistet auch Kontinuität im Beratungsprozess – insbesondere bei Berater*innenwechseln – und verhindert Prozessabbrüche. Insbesondere sind bei der Entwicklung von Dokumentations- und Evaluationssystemen das Handbuch der Sozialen Arbeit zu Zertifizierungen im Gesundheitswesen (DVSG, 2019a) und der Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Klinische Sozialarbeit (DVSG, 2011) einzubinden.

Dokumentation erfolgt im Interesse der Adressat*innen und basiert auf organisationsinternen Regelungen, die eine fachliche Routine unterstützen. Sie sichert professionelle Begleitung, ermöglicht Reflexion und Evaluation und fungiert als wesentliches Kommunikationsmittel sowohl innerhalb der Profession als auch multiprofessionell. Dabei sind Zweck, Anforderungen, Stil, Zielsetzung sowie Rechenschaftspflichten gegenüber Organisationen und Kostenträgern zu berücksichtigen. Eine qualitätsvolle Dokumentationspraxis macht professionelle Soziale Arbeit professionsübergreifend sichtbar.

Anhand der Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen der DVSG (DVSG, 2019b) kann die Dokumentation im ambulanten und stationären Setting erfolgen. Eine einheitliche deskriptive Nutzung von maßgeblichen Items der ICF zur Verschriftlichung von Ressourcen und Barrieren im Rahmen der (Erst-)Beratung bietet sich bei der Nutzung von Dokumentationssystemen an, um in multiprofessionellen Settings verständlich zu sein. Dazu ist es möglich, bestimmte Core Sets der ICF, z. B. bei Brustkrebs (ICF Research Branch, 2024), zu nutzen.

In Krebsberatungsstellen werden Leistungen EDV-gestützt nach den Vorgaben des Nationalen Krebsplans, der GKV sowie den Empfehlungen der BAK e. V. (BAK, 2021) dokumentiert. Hierbei werden Beratungsverläufe und Angebote systematisch erfasst, um den gesamten Beratungsprozess inklusive Folgeberatungen und Vertretungen abzubilden. Eine anonymisierte Auswertung der Beratungsleistungen ermöglicht es gegenüber Förderern, das Leistungsspektrum, Inhalte und die Quantität der Leistungen darzustellen.

5 Qualitätsdimensionen

Die Einbindung von PEOPSA in die onkologischen Zentren wird über Zertifizierungsverfahren geregelt. Für die Krebsberatungsstellen gelten die Fördergrundsätze des GKV-Spitzenverbandes und die im jeweiligen Bundesland geltenden Fördergrundsätze (GKV-Spitzenverband, 2025). Grundsätzlich ist der Expertenstandard PEOPSA in allen Dimensionen in der Umsetzung der (Erst-)Beratung zu berücksichtigen.

Den Qualitätsdimensionen lassen sich für die (Erst-)Beratung auf den drei Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität exemplarisch folgende Kriterien zuordnen. Die Zuordnung erfolgte in Anlehnung an das Lörracher Qualitätskonzept (Trost et al., 1999).

5.1 Strukturkriterien

Qualitätsstandards sollten die Anzahl von Fällen, die Arbeitszufriedenheit, die Vergütung, Weiterbildungsangebote und die Reduzierung von Fluktuationen berücksichtigen (Dunbar et al., 2023).

- **Personalausstattung**

Es bedarf einer passenden personellen Ausstattung entsprechend der Zertifizierungsrichtlinien der DKG und einer klaren Rollendefinition der Sozialen Arbeit im jeweiligen Kontext. Die personellen Ressourcen entsprechen dabei in Qualifikation, Relationen und Schlüssel den Vorgaben gemäß den Zertifizierungsanforderungen für Organzentren und onkologische Zentren und Qualitätskriterien für Krebsberatungsstellen (Dunbar et al., 2023; Grabe et al., 2021; Isaksson et al., 2017; Kayser et al., 2020; Kuhnt et al., 2018; Randall et al., 2025a; Zhu et al., 2020; Ziegler et al., 2024).

- **Personaleinsatz**

Erforderliches Qualifikationsmerkmal der Sozialen Arbeit in der onkologischen (Erst-)Beratung ist akademisch ausgebildetes Personal als Fachkraft der Sozialen Arbeit gemäß des Qualifikationsrahmens des Fachbereichstags Soziale Arbeit (Fachbereichstag Soziale Arbeit, 2016) (mit dem Abschluss Bachelor Soziale Arbeit, Diplom-Sozialarbeit bzw. Diplom-Sozialpädagogik oder Master Soziale Arbeit). Erforderliche Kompetenzen der Sozialen Arbeit in onkologischen (Erst-)Beratungen sind im „Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb)“ in der jeweils gültigen Fassung sowie im „Qualitätskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit“ der DVSG verankert (DVSG, 2015; Fachbereichstag Soziale Arbeit, 2016).

Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der (Erst-)Beratung nutzen jährlich mindestens eine spezifische eintägige Fort-/Weiterbildung (ASO & DVSG, 2024; Neupert et al., 2024). Die externe Supervision wird empfohlen.

- **Arbeitsbedingungen/Umgebung**

Zur Umsetzung der Empfehlungen im Abschnitt 4.2 Kontaktaufnahme und entsprechend dem Grundraster zur Beurteilung der Qualität in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit (DBSH, 2000) stehen der Sozialen Arbeit abgeschlossene Beratungsräume, die störungsfreie und vertrauliche Gespräche mit Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen ermöglichen, zur Verfügung.

- Die Beratungsräume sollten barrierefrei und gut erreichbar sein.
- Die Verfügbarkeit von geeigneten Räumen für Gruppenangebote wird empfohlen.
- Notwendige Sachmittel (z. B. Informationsmaterialien), Materialien (z. B. Fachliteratur) und Geräte (Telefon, Fax, PC) sowie Infrastruktur (Internet) stehen zur Verfügung.

- **Personalkompetenz**
  - Regelmäßige Fortbildungsangebote für Fachkräfte der Sozialen Arbeit erhöhen die Qualität der Beratung.
  - Der reflektierte und fachlich fundierte Umgang mit psychischer Gesundheit und Substanzgebrauch soll fester Bestandteil von Ausbildung, Fortbildung und Supervision sein.
  - Kompetenzanforderungen sind insbesondere Kommunikations- und Interventionskompetenzen (auch zwischen Team und Adressat*innen), stärkenbasierte Arbeitsweise, vertiefte Kenntnisse um Problemlöse-Skills, die Fähigkeit zur Kultur- und Geschlechtersensibilität und zur Selbstreflektion. Darüber hinaus sind weitere allgemeine Kompetenzanforderungen für die Soziale Arbeit im „Qualitätskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit“ (DVSG, 2015) und in der aktuellen Fassung des Qualifikationsrahmens Soziale Arbeit aufgeführt (Fachbereichstag Soziale Arbeit, 2016).
  - Empfohlen werden auf der Basis der multiprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation die ressourcenorientierte und personenzentrierte Arbeitsweise.
  - Des Weiteren ist eine Fachweiterbildung Soziale Arbeit in der Onkologie (Neupert et al., 2024) empfehlenswert, um spezifische Kenntnisse in der onkologischen Versorgung zu vertiefen.

- **Kommunikations- und Kooperationsstrukturen**

Der Sozialen Arbeit stehen die im Abschnitt 3.4 Zugänge zur (Erst-)Beratung genannten Informationszugänge (insbesondere Zugang zum Internet) und Kommunikationswege zur Verfügung.

Als Voraussetzung für die multiprofessionelle Zusammenarbeit und enge Verzahnung mit anderen Professionen und zur konzeptionellen Verankerung der Sozialen Arbeit in Organzentren und onkologischen Zentren empfehlen sich regelhaft multiprofessionelle Fortbildungen und/oder multiprofessionelle Fallbesprechungen im ambulanten und stationären Setting unter Einschluss von Krebsberatungsstellen und Rehabilitationskliniken. Krebsberatungsstellen sind mit ambulanten und stationären Akteuren vernetzt und machen ihre Angebote durch geeignete Öffentlichkeitsarbeit bekannt.

Ziel ist es, PEOPSA unter den jeweiligen Bedingungen konzeptionell zu implementieren. Dieser Expertenstandard umfasst Ausführungen zu Inhalten, Zielen und Arbeitsweisen und orientiert sich am Stand der Wissenschaft. Er wird regelmäßig alle fünf Jahre aktualisiert.

Allen Adressat*innen sowie deren An- und Zugehörigen wird der Zugang zur (Erst-)Beratung orts- und zeitnah und niedrigschwellig angeboten.

5.2 Prozesskriterien

Der Zugang zur Beratung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit soll für alle Adressat*innen sowie An- und Zugehörige orts- und zeitnah sowie niedrigschwellig ermöglicht werden (Bayer et al., 2020; Lion et al., 2023; Randall et al., 2025b; Schranz et al., 2022). Adressat*innen werden regelhaft und frühzeitig über das Beratungsangebot informiert (Randall et al., 2025b). Die Kontaktaufnahme kann durch das Behandlungsteam, durch standardisierte Zuweisungswege oder auf Eigeninitiative der Adressat*innen erfolgen (Jiang et al., 2021; Lion et al., 2023; Skurla et al., 2022b). Als ergänzendes Selbsteinschätzungsinstrument wurde im Jahr 2026 von der ASO und der DVSG das Kurz-Screening für psychosoziale und sozialrechtliche Beratungsbedarfe (PSKS26) entwickelt; dieses kann als Teil für das verpflichtende „Onkologische Basisscreening“ genutzt werden (ASO & DVSG, 2026). Seit 2026 ist das „Onkologische Basisscreening“ verpflichtend in den Erhebungsbögen zur Zertifizierung onkologischer Zentren enthalten.

Die Beratungsprozesse orientieren sich an einem adressat*innenzentrierten und partizipativen Ansatz. Zwischen Berater*in und Adressat*in soll ein offenes Kommunikationsumfeld geschaffen werden, das die Perspektiven und Entscheidungsprozesse der Adressat*innen berücksichtigt (Breidenbach et al., 2025). Beratungen für Adressat*innen und An- und Zugehörige zu krankheitsverarbeitenden Themen, zum Umgang mit Krisen und/oder zu beruflichen, familiären, finanziellen Problemen können als Einzel-, Paar- und/oder Mehrpersonengespräche wie Familiengespräche angeboten werden.

Im Rahmen der Beratung erfolgt eine bedarfsorientierte Information, Vermittlung und Koordination weiterführender Hilfen. Dazu zählen sozialrechtliche Beratungen zu Sozialleistungen, Informationen zu rehabilitativen, pflegerischen und ambulanten Unterstützungsangeboten sowie die sektorenübergreifende Weitervermittlung in nachsorgende Hilfesysteme wie die ambulanten Beratungsangebote.

Für besondere Versorgungssituationen und komplexe psychosoziale Problemlagen sollen standardisierte Vorgehensweisen definiert werden. Dazu gehören beispielsweise Verfahren bei Adressat*innen mit erhöhtem psychosozialem Unterstützungsbedarf, bei Krisensituationen oder bei erschwerter Erreichbarkeit von Adressat*innen.

Es werden für die onkologische (Erst-)Beratung durch Soziale Arbeit standardisierte Assessments und für das jeweilige Setting geeignete Dokumentationsbögen genutzt. Die standardisierte Dokumentation kann die Basisdokumentation von administrativen und soziodemografischen Daten, Angaben zur Anamnese und psychosozialem Befund, Diagnose, Leistungsprofil und Leistungsaufwand beinhalten. Ziel ist die Entwicklung von Kennzahlen unter anderem zur sachgerechten Einbindung von Ressourcen.

5.3 Ergebniskriterien

Die Ergebniskriterien richten sich nach den Zertifizierungsrichtlinien (DVSG, 2019a). Adressat*innen und An- und Zugehörige wissen zur Entlassung aus dem Organzentrum und onkologischen Zentrum um die Möglichkeit der psychosozialen (Erst-)Beratung, haben diese Beratung bereits genutzt und fühlen sich zu psychosozialen Beratungsangeboten informiert.

Die indikations- und bedarfsgerechte Ein- und Anbindung weiterer am Versorgungsprozess Beteiligter und ergänzender Professionen in der weiteren psychosozialen Versorgung ist erfolgt. Die dafür erforderliche interne und externe Vernetzung ist eine Aufgabe der Fachkräfte der Sozialen Arbeit.

Bei Bedarf an weiteren psychosozialen Beratungen in allen Phasen der Erkrankung wurden Beratungsziele und Folgetermine mit Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen konkret vereinbart.

Adressat*innen und An- und Zugehörige wissen um Zugänge und Leistungen zur Förderung sozialer Teilhabe, zur Unterstützung in der Lebensbewältigung und bezüglich der Reduzierung sozialer Probleme.

Dem Einzelfall übergeordnetes Beratungsziel ist, dass sich Adressat*innen trotz drohender Leistungseinschränkung und Verlust von Möglichkeiten der Lebensgestaltung in ihrem Alltag möglichst handlungsfähig und informiert fühlen.

Zur Kontrolle der Zielerreichung und Zufriedenheit der Adressat*innen werden regelhafte systematische Evaluationen und Befragungen zu und Erhebungen von Erlebnisberichten empfohlen.

Im onkologischen Versorgungssystem können zusätzlich regelhaft als Ergebnisevaluation Befragungen zur Zufriedenheit der Adressat*innen, An- und Zugehörigen stattfinden.

6 Literaturverzeichnis

Adolph, H., & Weis, I. (2015). Orientierung für Krebspatienten. *Forum sozialarbeit + gesundheit*, 36–39.

Aikins, J. K., Aikins, M. A., Bremberger, T., Gyamerah, D., & Deniz, Y.-C. (2023). *Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassis- muserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*. Each One Teach One (EOTO) e. V. https://afrozensus.de/reports/2020/Afrozensus-2020-Factsheets-Deutsch.pdf

Andreu, Y., Martinez, P., Soto-Rubio, A., Fernández, S., Bosch, C., & Cervantes, A. (2022). Colorectal cancer survival: Prevalence of psychosocial distress and unmet supportive care needs. *Supportive Care in Cancer*, *30*(2), 1483–1491. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06513-1

Ansen, H. (2010). Krankenhaus-Sozialarbeit. In Hoefert, Hans-Wolfgang, Flick, Uwe, & Härter, Martin (Hrsg.), *Patientenorientierung im Krankenhaus* (S. 81–96). Hogrefe Verlag. (Ursprünglich erschienen Hoefert, H.W.)

ASO & DVSG. (2026). *Psychosoziales und sozialrechtliches Kurz-Screening (PSKS26)*. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Themen/Onkologie/ASO-DVSG_Psychosoziales-sozialrechtliches_Kurz-Sreening-PSKS26.pdf

ASO & DVSG. (2024). *Curriculum zur Fachweiterbildung. Soziale Arbeit in der Onkologie*. Eigenverlag. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veranstaltungen/Weiterbildungen/DVSG_ASO_Weiterbildungscurriculum_Soziale_Arbeit_Onkologie.pdf

Aviki, E. M., Manning-Geist, B. L., Sokolowski, S. S., Newman, T., Blinder, V. S., Chino, F., Doyle, S. M., Liebhaber, A., Gordhandas, S. B., Brown, C. L., Broach, V., Chi, D. S., Jewell, E. L., Leitao, M. M., Long Roche, K., Mueller, J. J., Sonoda, Y., Zivanovic, O., Gardner, G. J., & Abu-Rustum, N. R. (2022). Risk factors for financial toxicity in patients with gynecologic cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *226*(6), 817.e1-817.e9. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.12.012

BAK. (2021). *Dokumentation psychosoziale Krebsberatung: Kategorien eines Standard-Basisdatensatzes der BAK e. V. und der Landeskrebsgesellschaften*. https://bak-ev.org/downloads/Standardbasis_Datensatz_KBS_BAK_LKGs.pdf

Bamidele, O. O., Alexis, O., Ogunsanya, M., Greenley, S., Worsley, A., & Mitchell, E. D. (2022). Barriers and facilitators to accessing and utilising post-treatment psychosocial support by Black men treated for prostate cancer—A systematic review and qualitative synthesis. *Supportive Care in Cancer*, *30*(5), 3665–3690. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06716-6

Bayer, O., Billaudelle, F., Alt, J., Heß, G., Specht, M., Höfinghoff, B., Riedel, P., Wickert, M., Hechtner, M., & Singer, S. (2020). Was Männer davon abhält, ambulante Krebsberatungsstellen aufzusuchen. Eine qualitative Studie. *Der Onkologe*, *26*(11), 1047–1055. https://doi.org/10.1007/s00761-020-00840-4

Berezowska, A., Passchier, E., & Bleiker, E. (2019). Evaluating a professional patient navigation intervention in a supportive care setting. *Supportive Care in Cancer*, *27*(9), 3281–3290. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4622-2

Beushausen, J. (2023). Genogramm. In *Socialnet Lexikon*. https://www.socialnet.de/lexikon/14867

Beushausen, J. (2024). Biopsychosoziales Modell. In *Socialnet Lexikon*. https://www.socialnet.de/lexikon/29091

Billaudelle, F., Bayer, O., Hechtner, M., Taylor, K., Lang, J., Alt, J., Fried, M., & Singer, S. (2022). "That was a tip from my physician"—Gender-specific pathways of patients and relatives to outpatient psychosocial cancer counselling centres—A qualitative study. *Psycho-Oncology*, *31*(6), 1022–1030. https://doi.org/10.1002/pon.5893

Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C., & Zimmermann, R.-B. (Hrsg.). (2017). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (Neuausgabe, 1. Auflage). Psychiatrie Verlag.

Böhnisch, L. (2023). *Lebensbewältigung: Ein Konzept für die Soziale Arbeit* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Beltz Juventa.

Borde, T. (2018). Kommunikation und Sprache: Herausforderungen und Chancen einer diversitätsgerechten Gesundheitsversorgung. *Gynäkologische Endokrinologie*, *16*(1), 3–9. https://doi.org/10.1007/s10304-017-0167-6

Breidenbach, C., Ansmann, L., Sibert, N. T., Wesselmann, S., Dieng, S., Carl, E.-G., Feick, G., Stoklossa, C., Taubert, A., Pomery, A., Beyer, B., Blana, A., Brock, M., Distler, F., Enge, M., Gaber, A. A., Gilfrich, C., Hinkel, A., Kaftan, B., … Kowalski, C. (2022). Predictors for the utilization of social service counseling by prostate cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, *30*(3), 2327–2339. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06620-z

Breidenbach, C., Hiltrop, K., Ernstmann, N., Heidkamp, P., Bruns, G., Degenhardt, M., Heier, L., Schellack, S., Soff, J., & Kowalski, C. (2025). Psychosocial burden and sociodemographic characteristics of cancer survivors seeking support for work-related issues in outpatient cancer counseling centers. *Social Work in Health Care*, *64*(1–3), 1–17. https://doi.org/10.1080/00981389.2025.2451831

Breidenbach, C., Wesselmann, S., Sibert, N. T., Ortmann, O., Blankenburg, K., Stoklossa, C., Gebauer, G., Dos Santos Guilherme, M., Lindner, C., Peschel, S., Schad, F., Strecker, P., Rieger, L., Ferencz, J., Dieng, S., & Kowalski, C. (2021). Use of social service counseling by cancer patients: An analysis of quality assurance data of 6339 breast cancer patients from 13 certified centers in Germany treated between 2015 and 2017. *BMC Cancer*, *21*(1), 671. https://doi.org/10.1186/s12885-021-08396-1

Bussmann, S., Vaganian, L., Gerlach, A. L., Kusch, M., Labouvie, H., & Cwik, J. C. (2023). Screening and assessment for cancer patients' psychosocial support needs: Development and validation of the psychosocial risk questionnaire. *European Journal of Oncology Nursing*, *63*, 102240. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102240

Buttner, P. (2025). *Soziale Diagnostik in der Psychiatrie* (1. Auflage). UTB.

Buttner, P., Gahleitner, S. B., Hochuli-Freund, U., & Röh, D. (Hrsg.). (2018). *Handbuch Soziale Diagnostik: Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. Lambertus-Verlag.

Chan, R. J., Cooper, B., Koczwara, B., Chan, A., Tan, C. J., Gordon, L., Paul, S. M., Dunn, L. B., Conley, Y. P., Kober, K. M., Abrams, G., Levine, J. D., & Miaskowski, C. (2022). Characteristics associated with inter-individual variability in financial distress in patients with breast cancer prior to and for 12 months following surgery. *Supportive Care in Cancer*, *30*(2), 1293–1302. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06524-y

Corrigan, K. L., Fu, S., Chen, Y., Kaiser, K., Roth, M., Peterson, S. K., Shih, Y. T., Jagsi, R., Giordano, S. H., Volk, R. J., Yabroff, K. R., Banegas, M. P., Acquati, C., Conti, R. M., Ma, H. Y., Ku, K., You, Y. N., & Smith, G. L. (2022). Financial toxicity impact on younger versus older adults with cancer in the setting of care delivery. *Cancer*, *128*(13), 2455–2462. https://doi.org/10.1002/cncr.34220

Culley, S. (2015). *Beratung als Prozeß: Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten* (C. W. Müller, Übers.; 6. Auflage). Beltz.

DBSH. (2000). *Grundraster zur Beurteilung der Qualität in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit. Eine Hinführung*.

DBSH. (2024). *Ethik und Werte in der Sozialen Arbeit*. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. https://www.dbsh.de/profession/berufsethik.html

De La Cruz, M., & Delgado-Guay, M. O. (2021). Financial Toxicity in People Living with Advanced Cancer: A New, Deadly, and Poorly Addressed Effect of Cancer and Necessary Treatment. *Seminars in Oncology Nursing*, *37*(4), 151171. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151171

Deshields, T. L., Wells-Di Gregorio, S., Flowers, S. R., Irwin, K. E., Nipp, R., Padgett, L., & Zebrack, B. (2021a). Addressing distress management challenges: Recommendations from the consensus panel of the American Psychosocial Oncology Society and the Association of Oncology Social Work. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *71*(5), 407–436. https://doi.org/10.3322/caac.21672

Deshields, T. L., Wells-Di Gregorio, S., Flowers, S. R., Irwin, K. E., Nipp, R., Padgett, L., & Zebrack, B. (2021b). Addressing distress management challenges: Recommendations from the consensus panel of the American Psychosocial Oncology Society and the Association of Oncology Social Work. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *71*(5), 407–436. https://doi.org/10.3322/caac.21672

Dettmers, S. (2021). Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischkopf (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2., aktualisierte Auflage, S. 18–27). Ernst Reinhardt Verlag.

Dettmers, S. (2023). Analyse egozentrierter sozialer Netzwerke. In J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther, & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch* (1. Auflage). Psychiatrie Verlag. https://doi.org/10.36198/9783838558479

DeZIM (Hrsg.). (2023). *Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors*. Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung.

DGSA. (o. J.). *Klinische Sozialarbeit*. Sektionen. Abgerufen https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/

DGSA. (2026). *Kerncurriculum Soziale Arbeit (Fassung 2026)*. https://www.dgsa.de/veroeffentlichungen/kerncurriculum-soziale-arbeit

Doherty, M., Finik, J., & Blinder, V. (2022). Work Status Reduction and Cost-Related Nonadherence during Cancer Treatment. *Health & Social Work*, *47*(2), 123–130. https://doi.org/10.1093/hsw/hlac004

Duggan, K. J., Wiltshire, J., Strutt, R., Boxer, M. M., Berthelsen, A., Descallar, J., & Vinod, S. K. (2019). Palliative care and psychosocial care in metastatic non-small cell lung cancer: Factors affecting utilisation of services and impact on patient survival. *Supportive Care in Cancer*, *27*(3), 911–919. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4379-7

Dunbar, P., Keyes, L. M., & Browne, J. P. (2023). Determinants of regulatory compliance in health and social care services: A systematic review using the Consolidated Framework for Implementation Research. *PLOS ONE*, *18*(4), e0278007. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278007

DVSG. (2011). *DVSG-Qualitätsmanagement. Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Klinische Sozialarbeit*.

DVSG. (2015). Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit—QGSA. *Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.* https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfen/QGSA/Qualifikationsprofil-2015.pdf

DVSG. (2019a). *DVSG Qualitätsmanagement. Handbuch der Sozialen Arbeit zu Zertifizierungen im Gesundheitswesen*.

DVSG. (2019b). *Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen* (4. Aufl.).

DVSG. (2026). *Evidenzbericht & Report*. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

ECCSW. (o. J.). *Selbstverständnis*. European Centre for Clinical Social Work e. V. Abgerufen https://eccsw.eu/european-centre-for-clinical-social-work/selbstverstaendnis/

Ehlert, G. (2024). Biografiearbeit. In *Socialnet Lexikon*. https://www.socialnet.de/lexikon/339

Eklund, R., Alvariza, A., Kreicbergs, U., Jalmsell, L., & Lövgren, M. (2020). The family talk intervention for families when a parent is cared for in palliative care – potential effects from minor children's perspectives. *BMC Palliative Care*, *19*(1), 50. https://doi.org/10.1186/s12904-020-00551-y

Ernst, J., Faller, H., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Schulz, H., Weis, J., Köhler, N., Hinz, A., & Mehnert, A. (2018). Doctor's recommendations for psychosocial care: Frequency and predictors of recommendations and referrals. *PLOS ONE*, *13*(10), e0205160. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205160

Fachbereichstag Soziale Arbeit (Hrsg.). (2016). *Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb)*. Fachbereichstag Soziale Arbeit. https://www.fbts-ev.de/qualifikationsrahmen-soziale-arbeit

Fugmann, D., Holsteg, S., Schäfer, R., Kreuznacht, L., Speer, D., Niegisch, G., Dinger, U., & Karger, A. (2024). Use of Follow-Up Psycho-Oncology Consultations in Urological Cancer after Transition from Inpatient to Outpatient Care. *Oncology Research and Treatment*, 1–9. https://doi.org/10.1159/000542458

Gabriel, I., Creedy, D., & Coyne, E. (2020). A systematic review of psychosocial interventions to improve quality of life of people with cancer and their family caregivers. *Nursing Open*, *7*(5), 1299–1312. https://doi.org/10.1002/nop2.543

Gahleitner, S. B. (2010). Klassifikation versus Fallverstehen: Versuch einer Integration und Implementation. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, (41 (4)), 30–42.

Gahleitner, S. B., Hintenberger, G., Jobst, A., & Kreiner, B. (2014). Biopsychosoziale Diagnostik: Wie geht denn das konkret? Plädoyer für ein „integratives diagnostisches Verstehen". *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, (2), 134–152.

Gahleitner, S. B., & Pauls, H. (2020). Psychosoziale Diagnostik. In *Socialnet Lexikon*. https://www.socialnet.de/lexikon/Psychosoziale-Diagnostik

Galuske, M. (mit Bock, K., & Fernandez Martinez, J.). (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (10. Auflage). Beltz Juventa.

GKV-Spitzenverband. (2025). *Fördergrundsätze des GKV-Spitzenverbandes für ambulante Krebsberatungsstellen gemäß § 65e SGB V*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/kbs/20250601_KBS_Foerdergrundsaetze_2025_fin.pdf

Götz, A., Kröner, A., Jenewein, J., & Spirig, R. (2019). Evaluation of the adherence of distress screening with the distress thermometer in cancer patients 4 years after implementation. *Supportive Care in Cancer*, *27*(8), 2799–2807. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4579-1

Grabe, K., Besseler, M., & Bruns, G. (2021). Qualitätssicherung in psychosozialen Krebsberatungsstellen am Beispiel der Bayerischen Krebsgesellschaft. *Der Onkologe*, *27*(10), 1016–1021. https://doi.org/10.1007/s00761-021-00977-w

Grunwald, K., & Thiersch, H. (2011). *Lebensweltorientierung Ein Artikel aus dem Handbuch Soziale Arbeit, 4./5. Aufl* (K. Grunwald & H. Thiersch, Hrsg.). Ernst Reinhardt Verlag.

Hamilton, J., & Kroska, E. B. (2019a). Distress predicts utilization of psychosocial health services in oncology patients. *Psycho-Oncology*, *28*(1), 61–67. https://doi.org/10.1002/pon.4910

Hamilton, J., & Kroska, E. B. (2019b). Distress predicts utilization of psychosocial health services in oncology patients. *Psycho-Oncology*, *28*(1), 61–67. https://doi.org/10.1002/pon.4910

Hansen, F. (2010). *Standards in der Sozialen Arbeit*. Eigenverl. des Dt. Verein für Öffentliche und Private Fürsorge.

Harrison, N. J., Gunn, K. M., & Wilson, C. J. (2020). Can targeting information on cancer-related psychosocial services by male gender and rurality improve attitude to service use in this difficult-to-engage population? *Psycho-Oncology*, *29*(12), 2075–2083. https://doi.org/10.1002/pon.5566

Haverfield, M. C., Singer, A. E., Gray, C., Shelley, A., Nash, A., & Lorenz, K. A. (2020). Implementing routine communication about costs of cancer treatment: Perspectives of providers, patients, and caregivers. *Supportive Care in Cancer*, *28*(9), 4255–4262. https://doi.org/10.1007/s00520-019-05274-2

Heiner, M. (2011). Diagnostik in der Sozialen Arbeit: Ein Artikel aus dem Handbuch Soziale Arbeit, 4. Aufl. In *Handbuch Soziale Arbeit, 4. Auflage*. Ernst Reinhardt Verlag. https://doi.org/10.2378/ot4a.art025

Herwig-Lempp, J. (2002). Beziehungsarbeit ist lernbar. Systemische Ansätze in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. In P.-S. Ulrich (Hrsg.), *Systemische Praxis. Modelle—Konzepte—Perspektiven* (S. 48ff.). Lambertus Verlag.

Hölzle, C. (2011). Gegenstand und Funktion von Biografiearbeit im Kontext Sozialer Arbeit. In C. Hölzle & I. Jansen (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Biografiearbeit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92623-0_3

Hui, D., Titus, A., Curtis, T., Ho-Nguyen, V. T., Frederickson, D., Wray, C., Granville, T., Bruera, E., McKee, D. K., & Rieber, A. (2017). Implementation of the Edmonton Symptom Assessment System for Symptom Distress Screening at a Community Cancer Center: A Pilot Program. *The Oncologist*, *22*(8), 995–1001. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0500

ICF Research Branch. (2024). *Erzeugung eines ICF-basierten Dokumentationsbogens*. https://www.icf-core-sets.org/de/page2.php

IFSW. (2014). *Global Social Work Statement of Ethical Principles – International Federation of Social Workers*. International Federation of Social Workers. https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/

Ihrig, A., Bruns, G., Besseler, M., Schmid, S., Petridis, F., Friederich, H.-C., Grapp, M., & Bugaj, T. J. (2025). Lebenssituation von Ratsuchenden in Krebsberatungsstellen: Ein Fragebogen zu psychosozialen Belastungen (FPSB). *Die Onkologie*, *31*(11), 1174–1179. https://doi.org/10.1007/s00761-025-01833-x

Isaksson, J., Lilliehorn, S., & Salander, P. (2017). A nationwide study of Swedish oncology social workers: Characteristics, clinical functions, and perceived barriers to optimal functioning. *Social Work in Health Care*, *56*(7), 600–614. https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1316340

Isaksson, J., Lilliehorn, S., & Salander, P. (2019). Next of kin's motives for psychosocial consultation—O ncology social workers' perceptions of 54 next of kin cases. *Psycho-Oncology*, *28*(1), 154–159. https://doi.org/10.1002/pon.4925

Jakob, G. (2018). Biografie. In H.-U. Otto, H. Thiersch, H. Treptow, & H. Ziegler (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (S. 203–211). Rheinhardt Verlag.

Jiang, C., Larbi, O., Feyes, D., Wang, G.-M., Momotaz, H., Li, M., Daunov, K., Daly, B., Mazanec, S., Rodgers-Melnick, S., Rolfe, S., Tamburro, N., Hooper, M. W., Hobson, S., & Lee, R. T. (2021). A survey of cancer patients, caregivers, and providers regarding familiarity, importance, and utilization of supportive and integrative oncology services. *Supportive Care in Cancer*, *29*(10), 5777–5785. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06081-4

Jin, Z., Griffith, M. A., & Rosenthal, A. C. (2021). Identifying and Meeting the Needs of Adolescents and Young Adults with Cancer. *Current Oncology Reports*, *23*(2), 17. https://doi.org/10.1007/s11912-020-01011-9

Kähler, H. D., & Gregusch, P. (2015). *Erstgespräche in der fallbezogenen Sozialen Arbeit* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage). Lambertus.

Kang, D., Kim, N., Kim, H., Lee, A. Y., Park, J., Kim, S., Ahn, J. S., Shim, Y. M., & Cho, J. (2024). Emulating trial to evaluate the effectiveness of routine supportive care on mortality among cancer patients experiencing distress at the time of diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, *354*, 519–525. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.024

Kayser, K., Brydon, D. M., Moon, H., & Zebrack, B. (2020). Institutional capacity to provide psychosocial care in cancer programs: Addressing barriers to delivering quality cancer care. *Psycho-Oncology*, *29*(12), 1995–2002. https://doi.org/10.1002/pon.5488

Kimura, Y., Hosoya, M., Toju, K., Shimizu, C., & Morita, T. (2020). Barriers to end-of-life discussion with advanced cancer patient as perceived by oncologists, certified/specialized nurses in cancer nursing and medical social workers. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, *50*(12), 1426–1433. https://doi.org/10.1093/jjco/hyaa146

Köditz, A.-K., Mehnert-Theuerkauf, A., Goerling, U., Hornemann, B., Springer, F., Zimmermann, T., & Ernst, J. (2024). Emotionale Belastung und psychosoziale Unterstützung bei Patient*innen mit Magenkarzinom: Bedarf und Inanspruchnahme. *Die Onkologie*, *30*(12), 1137–1144. https://doi.org/10.1007/s00761-024-01602-2

Kowalski, C., Ferencz, J., Weis, I., Adolph, H., & Wesselmann, S. (2015). Social Service Counseling in Cancer Centers Certified by the German Cancer Society. *Social Work in Health Care*, *54*(4), 307–319. https://doi.org/10.1080/00981389.2014.999980

Kuang, Y., Yuan, X., Zhu, Z., & Xing, W. (2025). Financial Toxicity Among Breast Cancer Patients: A Scoping Review of Risk Factors and Outcomes. *Cancer Nursing*, *48*(3), e166–e173. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001262

Kuhnt, S., Mehnert, A., Giesler, J., Faust, T., Weis, J., & Ernst, J. (2018). Die Entwicklung von Qualitätsstandards für die ambulante psychosoziale Krebsberatung – Ergebnisse einer Delphibefragung. *Das Gesundheitswesen*, *80*(02), 113–121. https://doi.org/10.1055/s-0042-100732

Kusch, M., Labouvie, H., Schiewer, V., Talalaev, N., Cwik, J. C., Bussmann, S., Vaganian, L., Gerlach, A. L., Dresen, A., Cecon, N., Salm, S., Krieger, T., Pfaff, H., Lemmen, C., Derendorf, L., Stock, S., Samel, C., Hagemeier, A., Hellmich, M., … Hallek, M. (2022). Integrated, cross-sectoral psycho-oncology (isPO): A new form of care for newly diagnosed cancer patients in Germany. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 543. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07782-0

Lambers, H. (2023). *Theorien der Sozialen Arbeit: Ein Kompendium und Vergleich* (6., überarbeitete Auflage). Verlag Barbara Budrich. https://doi.org/10.36198/9783838561592

Leitlinienprogramm Onkologie. (2023). *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen* (Langversion 2.1, 2023, AWMF-Registernummer: 032-051OL). https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/

Leuschner, N., & Neupert, I. (2024). Zwischen den Stühlen: Navigieren durch den Bürokratiedschungel aus Patientensicht und die Anforderungen an professionelle Beratung. *Forum*, *39*(2), 133–135. https://doi.org/10.1007/s12312-023-01290-w

Lilliehorn, S., Isaksson, J., & Salander, P. (2019). What does an oncology social worker deal with in patient consultations? - An empirical study. *Social Work in Health Care*, *58*(5), 494–508. https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1587661

Lingens, S. P., Schilling, G., Schulz, H., & Bleich, C. (2023). Effectiveness of brief psychosocial support for patients with cancer and their relatives: A quasi-experimental evaluation of cancer counselling centres. *BMJ Open*, *13*(3), e068963. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068963

Lion, K. M., Pike, K. E., Dhillon, H. M., Koh, E., Pinkham, M. B., Shaw, J., Halkett, G. K. B., & Ownsworth, T. (2023). Access to psychosocial support for people with brain tumor and family members: Healthcare professional perspectives. *Psycho-Oncology*, *32*(6), 980–988. https://doi.org/10.1002/pon.6142

Loch, U., & Schulze, H. (2012). Biografische Fallrekonstruktion im handlungstheoretischen Kontext der Sozialen Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 687–705). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4_44

Longo, C. J., Gordon, L. G., Nund, R. L., Hart, N. H., Teleni, L., Thamm, C., Hollingdrake, O., Crawford-Williams, F., Koczwara, B., Ownsworth, T., Born, S., Schoonbeek, S., Stone, L., Barrett, C., & Chan, R. J. (2022). Clinical Management of Financial Toxicity–Identifying Opportunities through Experiential Insights of Cancer Survivors, Caregivers, and Social Workers. *Current Oncology*, *29*(10), 7705–7717. https://doi.org/10.3390/curroncol29100609

Man, K. H., Law, H. K.-W., & Tam, S. Y. (2023). Psychosocial needs of post-radiotherapy cancer survivors and their direct caregivers – a systematic review. *Frontiers in Oncology*, *13*, 1246844. https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1246844

Matsui, T., Hirai, K., Gondo, Y., & Sato, S. (2020). Examination of factors contributing to help-seeking behavior in accessing psychosocial support services among Japanese cancer patients: An application of the segmentation approach. *Psycho-Oncology*, *29*(11), 1905–1916. https://doi.org/10.1002/pon.5523

McCarter, K., Britton, B., Baker, A. L., Halpin, S. A., Beck, A. K., Carter, G., Wratten, C., Bauer, J., Forbes, E., Booth, D., & Wolfenden, L. (2018). Interventions to improve screening and appropriate referral of patients with cancer for psychosocial distress: Systematic review. *BMJ Open*, *8*(1), e017959. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017959

McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2022). *Genogramme in der Familienberatung* (5. Aufl.). Hogrefe.

McLoone, J., Chan, R. J., Varlow, M., Whittaker, K., Lindsay, D., Thamm, C., Leigh, L., Muir, L., Mackay, G., Karikios, D. J., Hunt, L., Hobbs, K., Goldsbury, D. E., Nabukalu, D., & Gordon, L. G. (2023). Challenges and solutions to cancer-related financial toxicity according to Australian health professionals: Qualitative results from a national survey. *Supportive Care in Cancer*, *31*(7), 441. https://doi.org/10.1007/s00520-023-07875-4

Merchel, J. (2013). *Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (4., aktualisierte Aufl). Beltz.

Merchel, J. (2019). *Evaluation in der Sozialen Arbeit* (3., aktualisierte Auflage). UTB. https://doi.org/10.36198/9783838552002

Messerle, R., Scheller-Kreinsen, D., & Mostert-Brenck, C. (2025). *Ambulantisierungspotenziale der Leistungsgruppen im Krankenhaus. Empirische Analysen auf Basis von Abrechnungsdaten*. https://doi.org/10.4126/FRL01-006526381

Middleton, A., Schapmire, T., & Head, B. (2018). "Sacred Work": Reflections on the Professional and Personal Impact of an Interdisciplinary Palliative Oncology Clinical Experience by Social Work Learners. *Geriatrics*, *3*(1), 6. https://doi.org/10.3390/geriatrics3010006

Myers, S. P., Aviki, E., Sevilimedu, V., Thom, B., & Gemignani, M. L. (2024). Financial Toxicity Among Women with Breast Cancer Varies by Age and Race. *Annals of Surgical Oncology*, *31*(12), 8040–8047. https://doi.org/10.1245/s10434-024-15895-5

Neupert, I. (2024). Sozialrechtliche Fragestellungen in der Onkologie: Eine Frage der sozialen Teilhabe. *Forum*, *39*(2), 91–92. https://doi.org/10.1007/s12312-024-01313-0

Neupert, I., Cosanne, E., & Preuss, L. (2024). Spezialisiertes Weiterbildungscurriculum für Soziale Arbeit in der Onkologie. *Forum*, *39*(4), 290–293. https://doi.org/10.1007/s12312-024-01347-4

Nwankwo, T., Ogunyemi, A., Maduafokwa, B., Isikekpei, B., Alabi, A., Adegboyega, B., & Otokpa, E. (2023). Psychosocial Support and Cost Burden of Cancer Among Patients Attending Tertiary Oncology Clinics in Lagos State, Nigeria. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *24*(7), 2313–2319. https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.7.2313

OECD & European Commission. (2026). *Delivering High Value Cancer Care: European Cancer Inequalities Registry Analytical Report*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/060869fe-en

Osman, H., Shrestha, S., Temin, S., Ali, Z. V., Corvera, R. A., Ddungu, H. D., De Lima, L., Del Pilar Estevez-Diz, M., Ferris, F. D., Gafer, N., Gupta, H. K., Horton, S., Jacob, G., Jia, R., Lu, F. L., Mosoiu, D., Puchalski, C., Seigel, C., Soyannwo, O., & Cleary, J. F. (2018). Palliative Care in the Global Setting: ASCO Resource-Stratified Practice Guideline. *Journal of Global Oncology*, (4), 1–24. https://doi.org/10.1200/JGO.18.00026

Ownsworth, T., Lion, K., Sansom-Daly, U. M., Pike, K., Koh, E., Halkett, G. K. B., Pinkham, M. B., Chan, R. J., Dhillon, H. M., & for the BRAINS Program Investigators. (2022). Scoping the psychological support practices of Australian health professionals working with people with primary brain tumor and their families. *Psycho-Oncology*, *31*(8), 1313–1321. https://doi.org/10.1002/pon.5929

Pantuček-Eisenbacher, P. (2025, November 20). *pantucek.com—Inklusions-Chart (IC4)*. pantucek.com. https://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren/289-inklusions-chart-3-ic3

Pantuček-Eisenbacher, P., & Grigori, E. (2016). *Inklusions-Chart Version 4 (IC4). Manual*.

Panzone, J., Welch, C., Morgans, A., Bhanvadia, S. K., Mossanen, M., Shenhav-Goldberg, R., Chandrasekar, T., Pinkhasov, R., Shapiro, O., Jacob, J. M., Basnet, A., Bratslavsky, G., & Goldberg, H. (2022). Association of Race With Cancer-Related Financial Toxicity. *JCO Oncology Practice*, *18*(2), e271–e283. https://doi.org/10.1200/OP.21.00440

Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Auflage). Beltz.

Raghavan, D., Keith, N. A., Warden, H. R., Chai, S., Turan, W. J., Moroe, J., Feild, D., & Knight, T. G. (2021). Levine Cancer Institute Financial Toxicity Tumor Board: A Potential Solution to an

Emerging Problem. *JCO Oncology Practice*, *17*(10), e1433–e1439. https://doi.org/10.1200/OP.21.00124

Randall, J., Gordon, A., Boyle, C., Curran, D. W., Hassel, H., Russell, J., Tweeten, B., Walker, K., & Zoll, K. (2025a). Integrating Social Work Throughout the Hematopoietic Cell Transplantation Trajectory to Improve Patient and Caregiver Outcomes. *Transplantation and Cellular Therapy*, *31*(6), 353.e1-353.e12. https://doi.org/10.1016/j.jtct.2025.03.013

Randall, J., Gordon, A., Boyle, C., Curran, D. W., Hassel, H., Russell, J., Tweeten, B., Walker, K., & Zoll, K. (2025b). Integrating Social Work Throughout the Hematopoietic Cell Transplantation Trajectory to Improve Patient and Caregiver Outcomes. *Transplantation and Cellular Therapy*, S2666636725011030. https://doi.org/10.1016/j.jtct.2025.03.013

Reiser, V., Rosenzweig, M., Welsh, A., Ren, D., & Usher, B. (2019). The Support, Education, and Advocacy (SEA) Program of Care for Women With Metastatic Breast Cancer: A Nurse-Led Palliative Care Demonstration Program. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, *36*(10), 864–870. https://doi.org/10.1177/1049909119839696

Richter, L., Pauge, S., Mehlis, K., Zueger, A., Surmann, B., Mathies, V., Greiner, W., Ernst, T., Winkler, E. C., & Menold, N. (2024). Measuring financial distress in German cancer patients: Development and validation of the Financial Distress of Cancer Assessment Tool (FIAT). *ESMO Open*, *9*(12), 103992. https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.103992

Röh, D. (2013). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben: Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung*. Springer VS.

SAGES & AvenirSocial. (2026). *Charta Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2026/06/Leitbild-SAGES-DE.pdf

Samson, T., Peleg, R., Biderman, A., & Press, Y. (2019). Developing a Comprehensive Geriatric Genogram Assessment Tool. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, *21*(12), 796–800.

Schmocker, B., & Staub-Bernasconi, S. (Hrsg.). (2006). *Liebe, Macht und Erkenntnis: Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Soziale Arbeit*. Interact, Verlag für Soziales und Kulturelles.

Schneider, S. (2011). Psychosoziale Beratungsangebote: Unterstützungsmöglichkeiten für Tumorpatienten/-innen. *Forum*. https://doi.org/10.1007/s12312-010-0580-4

Schörmann, C. (2023). Biografisches Interview. In *Socialnet Lexikon*. https://www.socialnet.de/lexikon/34

Schranz, M., Bayer, O., Xyländer, M., Besseler, M., Bohnenkamp, H., Bruns, G., Gelse, N., Ihrig, A., Meier, S., Petridis, F., Wünsch, A., Meyer, T., & Singer, S. (2022). Wege in Krebsberatungsstellen: Wie werden Menschen darauf aufmerksam?: Eine qualitative Studie mit Ratsuchenden und Zuweisenden. *Der Onkologe*, *28*(4), 326–333. https://doi.org/10.1007/s00761-021-01093-5

Schubert, F.-C., Rohr, D., & Zwicker-Pelzer, R. (2019). Was ist Beratung? In F.-C. Schubert, D. Rohr, & R. Zwicker-Pelzer, *Beratung* (S. 15–32). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20844-8_2

Selove, R., Foster, M., Wujcik, D., Sanderson, M., Hull, P. C., Shen-Miller, D., Wolff, S., & Friedman, D. (2017). Psychosocial concerns and needs of cancer survivors treated at a comprehensive cancer center and a community safety net hospital. *Supportive Care in Cancer*, *25*(3), 895–904. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3479-5

Sibert, N. T., Breidenbach, C., Benz, S. R., Post, S., Seufferlein, T., Ackermann, C., Blossey, R. D., Böhm, G., Brennfleck, F., Bunse, J., Dahlke, M.-H., Egetemeyer, J., Elhabash, S., Emmanouilidis, N., Flemming, S., Freitag, B., Goetzky, K., Von Haeften, E., Henschel, M., … Kowalski, C. (2025). Self-reported financial difficulties of colorectal cancer patients 1 year after start of treatment. *ESMO Open*, *10*(5), 105078. https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2025.105078

Sickendiek, U., Engel, F., & Nestmann, F. (2008). *Beratung: Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze* (3. Auflage). Juventa Verlag.

Signorelli, C., Høeg, B. L., Asuzu, C., Centeno, I., Estapé, T., Fisher, P., Lam, W., Levkovich, I., Manne, S., Miles, A., Mullen, L., Nekhlyudov, L., Sade, C., Shaw, J., Singleton, A., Travado, L., Tsuchiya, M., Lemmen, J., Li, J., … Zhang, A. (2024). International Survey of Psychosocial Care for Cancer Survivors in Low-/Middle- and High-Income Countries: Current Practices, Barriers, and Facilitators to Care. *JCO Global Oncology*, (10), e2300418. https://doi.org/10.1200/GO.23.00418

Singer, S., Janni, W., Kühn, T., Flock, F., Felberbaum, R., Schwentner, L., Leinert, E., Wöckel, A., Schlaiß, T., & for the BRENDA study group. (2022). Awareness, offer, and use of psychosocial services by breast cancer survivors in Germany: A prospective multi-centre study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *307*(3), 945–956. https://doi.org/10.1007/s00404-022-06665-3

Singer, S., Wünsch, A., Ihrig, A., Bruns, G., Holz, F., Jakob, J., Besseler, M., Engesser, D., Blettner, M., König, J., & Bayer, O. (2024). Men's access to outpatient psychosocial cancer counseling. *Deutsches Ärzteblatt international*. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0005

Skurla, S. E., Friedman, E. R., Park, E. R., Cannon, S., Kilbourne, G. A., Pirl, W. F., & Traeger, L. (2022a). Perceptions of somatic and affective symptoms and psychosocial care utilization in younger and older survivors of lung cancer. *Supportive Care in Cancer*, *30*(6), 5311–5318. https://doi.org/10.1007/s00520-022-06926-6

Skurla, S. E., Friedman, E. R., Park, E. R., Cannon, S., Kilbourne, G. A., Pirl, W. F., & Traeger, L. (2022b). Perceptions of somatic and affective symptoms and psychosocial care utilization in younger and older survivors of lung cancer. *Supportive Care in Cancer*, *30*(6), 5311–5318. https://doi.org/10.1007/s00520-022-06926-6

Sommerfeld, P. (2021). Integration und Lebensführung – Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischkopf (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – Lehrbuch für Studium und Praxis* (S. 28–38). Reinhardt Verlag.

Staub-Bernasconi, S. (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - ein Lehrbuch* (1. Auflage). Haupt Verlag.

Surmann, B., Lingnau, R., Witte, J., Walther, J., Mehlis, K., Winkler, E. C., & Greiner, W. (2021). Individuelle finanzielle Belastungen infolge einer Krebserkrankung aus der Perspektive von Sozialdiensten in Deutschland. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *162*, 16–23. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.02.006

Thom, B., Aviki, E. M., Lapen, K., Thompson, T., & Chino, F. (2024). Screening for Health-Related Social Needs and Financial Toxicity Among Patients With Cancer Treated With Radiation Therapy: Findings From a Quality Improvement Project. *Journal of the American College of Radiology*, *21*(9), 1352–1361. https://doi.org/10.1016/j.jacr.2024.07.001

Tiirola, H., Poutanen, V.-M., Auvinen, P., Tyynelä-Korhonen, K., Vornanen, R., & Pylkkänen, L. (2025). Unmet needs for information and support of cancer patients and carers: A structured questionnaire study. *International Journal of Care and Caring*, *9*(1), 163–182. https://doi.org/10.1332/23978821Y2024D000000035

Trost, M., Nußbaum, E., Marquart, P., Walz, I., & Jaenisch-Solibida, S. (1999). *Lörracher Qualitätskonzept für die Krankenhaus—Sozialarbeit – Akutkrankenhaus*. Lörrach, Eigenverlag.

Vasquez-Trespalacios, E. M., Rivera Rivera, J. N., McIntyre, M., Santiago-Datil, W., Wenham, R. M., Vadaparampil, S. T., Buras, A. L., & Conley, C. C. (2024). High Financial Hardship among Patients with Advanced Ovarian Cancer: Financial Toxicity in Advanced Ovarian Cancer Patients. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, *20*(2), 120–132. https://doi.org/10.1080/15524256.2024.2342285

Weimann-Sandig, N. (2022). *Multiprofessionelle Teamarbeit in Sozialen Dienstleistungsberufen: Interdisziplinäre Debatten Zum Konzept der Multiprofessionalität - Chancen, Risiken, Herausforderungen* (1st ed). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Wendt, P.-U. (2021). *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit* (3., überarbeitete Aufl). Beltz.

WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. World Health Organization. https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health

Wünsch, A., Bayer, O., Adlkofer, U., Besseler, M., Bruns, G., Bochmann, K., Bohrmann, M., Eckhardt, A., Engesser, D., Götz, S., Holz, F., Hegestweiler, A., Ihrig, A., Jakob, J., Jung, M., Lückert, F., Pereira Lita, L., Petridis, F., Perzlmaier, H., … Singer, S. (2023). Krebsberatung: „Gut gegen Kopfkino“: Maßnahmen, die Männern den Weg in Krebsberatungsstellen ebnen – Ideen und Empfehlungen aus der Praxis. *Die Onkologie*, *29*(12), 1078–1087. https://doi.org/10.1007/s00761-023-01353-6

Zeeb, H. (2022). Onkologische Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund: Die Situation in Deutschland. *Forum*, *37*(4), 274–279. https://doi.org/10.1007/s12312-022-01101-8

Zheng, J., Sampurno, F., George, D. J., Morgans, A. K., Nguyen, H., Abrahm, J. L., Bjartell, A., Davis, I. D., Fitch, M. I., Gillessen, S., Kanesvaran, R., Matthew, A., Millar, J. L., O'Sullivan, J. M., Payne, H., Pouliot, F., Yates, P., & Evans, S. M. (2022). Establishing metastatic prostate cancer quality indicators using a modified Delphi approach. *Clinical Genitourinary Cancer*, *20*(2), e151–e157. https://doi.org/10.1016/j.clgc.2021.11.018

Zhu, Z., Xing, W., Zhang, X., Hu, Y., & So, W. K. W. (2020). Cancer survivors' experiences with financial toxicity: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Psycho-Oncology*, *29*(6), 945–959. https://doi.org/10.1002/pon.5361

Ziegler, E., Klein, J., & Kofahl, C. (2024). Patient experiences and needs in cancer care– results from a nationwide cross-sectional study in Germany. *BMC Health Services Research*, *24*(1), 572. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10951-y

Zimmermann-Schlegel, V., Hartmann, M., Sklenarova, H., Herzog, W., & Haun, M. W. (2017). Accessibility, Availability, and Potential Benefits of Psycho-Oncology Services: The Perspective of Community-Based Physicians Providing Cancer Survivorship Care. *The Oncologist*, *22*(6), 719–727. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0245

Anhang Instrumente (Auszug)

Psychosoziales Koordinatensystem *(Gahleitner et al., 2014)*

Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit können im Rahmen einer initialen Bedarfserhebung Informationen unter Nutzung des psychosozialen Koordinatensystems systematisieren. Dabei werden in vier Quadranten Daten deskriptiv erhoben und abgebildet, die sich in Kombination miteinander verschieden auf das Handlungsfähigkeitserleben von Adressat*innen sowie An- und Zugehörigen auswirken können. Auf der horizontalen Ebene wird beschrieben, wie personenorientierte Faktoren (biologisch-medizinische, psychologische und psychosoziale Faktoren) umgebungsorientierte Faktoren (soziale Unterstützung und interpersonale Beziehungen, Wohnbedingungen und Infrastruktur, Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit) beeinflussen und umgekehrt. Auf der vertikalen Ebene wird vermerkt, wie sich diese Faktoren zu Stärken / Ressourcen (+) oder zu Defiziten / Belastungen (-) zuordnen lassen.

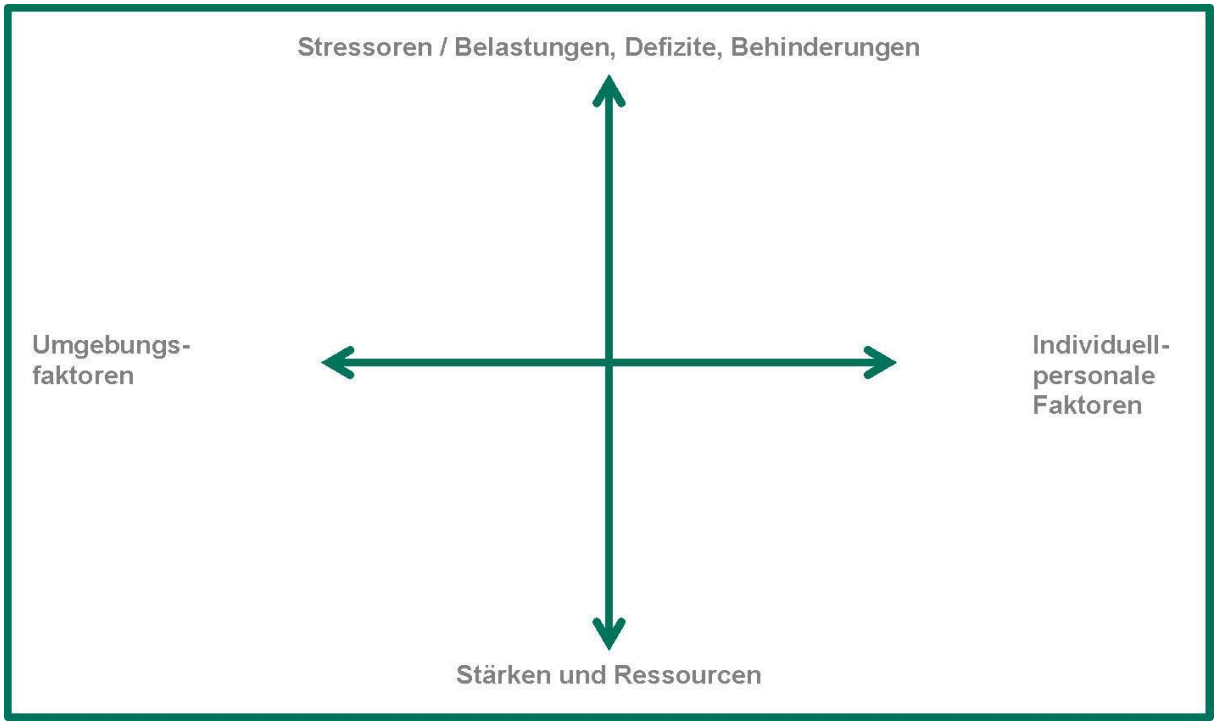

Abbildung 2*: vgl. Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik nach Pauls (2013), Eigendarstellung*

Inklusions-Chart *(aktuelle Fassung IC4) (Pantuček-Eisenbacher & Grigori, 2016)*

Zur Klärung des sozialrechtlichen Status sowie der psychosozialen Belastungen und Ressourcen der Adressat*innen können Informationen im Rahmen einer initialen Bedarfserhebung über die Lebenslagendiagnostik in Anlehnung an den Inklusions-Chart (IC4) systematisch gebündelt werden. Dabei wird das Ausmaß von Inklusion und Exklusion der Adressat*innen wie folgt erhoben und abgebildet.

Daten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Austausch (Inklusion/Exklusion) werden auf der Achse 1 „Funktionssysteme“ erhoben mit folgenden Kategorien:

- Rechtsstatus

- Arbeitsmarkt
- Sozialversicherung
- Geldverkehr
- Mobilität
- Bildungswesen
- Medizinische Versorgung
- Medien
- Adressierbarkeit

Daten über das Niveau der Existenzsicherung werden über folgende Kategorien der Achse 2 erhoben:

- Wohnen
- Güter des Alltages
- Sicherheit
- Lebensweltlicher Support

Daten zur Funktionsfähigkeit werden erhoben über Achse 3 mit den Rubriken:

- Gesundheit
- Kompetenzen
- Sorgepflichten
- Einschätzung des sozialen Funktionsniveaus anhand des „Global Assessment of Functioning" (GAF)

Ecomap *(Buttner et al., 2018)*

Ecomaps stellen Beziehungen zwischen einer Person und ihrem sozialen Umfeld grafisch dar; neben der Häufigkeit der Kontakte werden auch qualitative Aspekte der Beziehungen wie Beziehungsart, Unterstützung, Reziprozität und Belastung dargestellt. Dabei ist die subjektive Einschätzung der befragten Person relevant.

Für eine differenzierte Analyse kann es sinnvoll sein, mehrere Ecomaps aus verschiedenen Perspektiven (z. B. Patient*in und Angehörige) zu erstellen. Einheitliche Symbole und eine systematische Anleitung erleichtern die Anwendung und Vergleichbarkeit (Buttner, 2025; Dettmers, 2023). Es gibt mehrere Versionen von Ecomaps, je nach Strukturierungswunsch können sie computergestützt oder freihändig erstellt werden.

- Easy NWK (vgl. https://easynwk.fhstp.ac.at) wird zur Analyse von egozentrierten Netzwerken eingesetzt und eignet sich in der Softwareversion zur mathematischen Analyse bestimmter relevanter Kennzahlen wie Netzwerkgröße und -dichte für Praxis und Forschungsprojekte. Die Software steht unentgeltlich zur Verfügung und bietet eine strukturierte Übersicht; die Darstellung der Beziehungsqualitäten ist allerdings limitierter als bei der freieren Form.

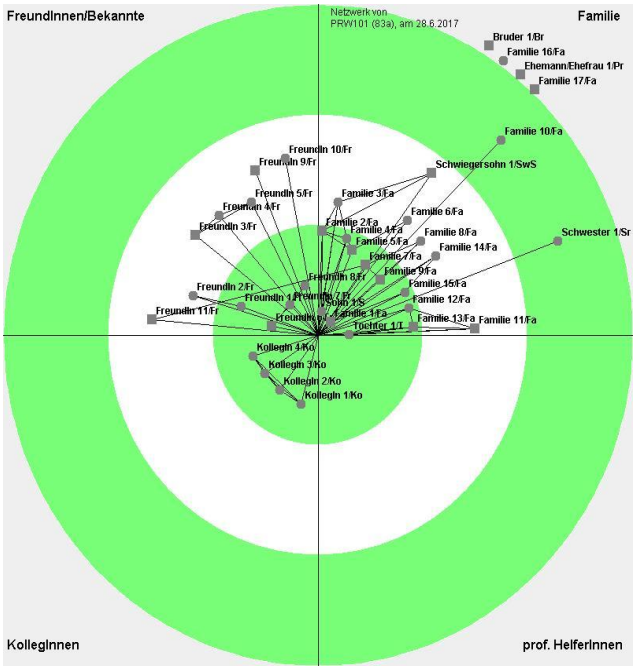

***Abbildung 3**: Beispiel Easy NWK*

- Ecomap in freierer Form. Die Analysen und Beschreibungen der Ecomaps dienen hier als Reflexionshintergrund für die weiteren Fragestellungen, die sich durch die Visualisierung ergeben. Die Erstellung erfolgte mit Filzstiften auf DIN A3 Bögen. Zur besseren Lesbarkeit und Analyse werden sie dann digital übertragen. Die erstellten Ecomaps der befragten Personen werden jeweils durch sie autorisiert und partizipierend konstruiert.

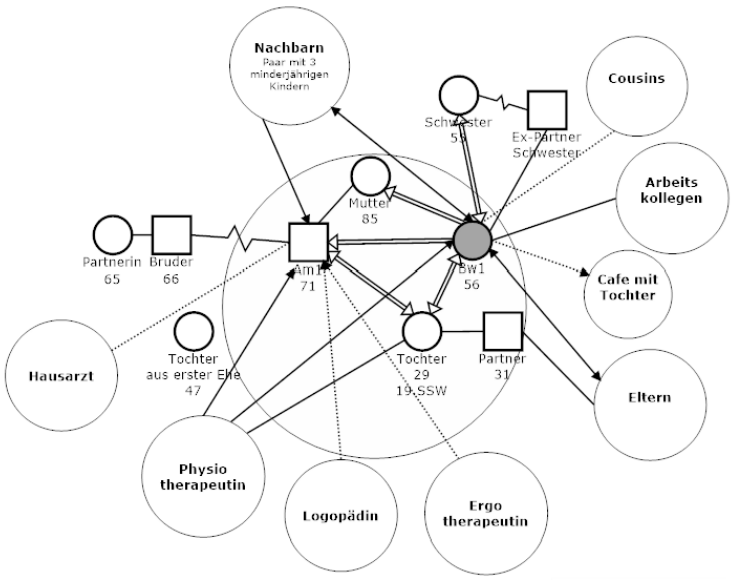

***Abbildung 4**: Beispiel Ecomap*

Biografiearbeit

Biografiearbeit ist ein zentrales Verfahren in der Sozialen Arbeit, da sie ein vertieftes Verständnis der individuellen Lebenssituation ermöglicht und aktuelle Problemlagen mit lebensgeschichtlichen Erfahrungen verknüpft. Sie unterstützt insbesondere bei der Bewältigung von Krisen und biografischen Brüchen, wie sie im Kontext von onkologischen Erkrankungen auftreten können.

Im professionellen Kontext Sozialer Arbeit wird Biografiearbeit als ein strukturierter, angeleiteter Prozess der biografischen Selbstreflexion verstanden, der darauf abzielt, Menschen bei der Lebensbewältigung, Identitätsentwicklung und zukünftigen Lebensgestaltung zu unterstützen. Dabei stehen die subjektiven Deutungen der eigenen Lebensgeschichte im Mittelpunkt; Adressat*innen werden aktiv darin begleitet, ihre Erfahrungen zu reflektieren und für ihre aktuelle Lebenssituation nutzbar zu machen (Ehlert, 2024; Hölzle, 2011; Jakob, 2018).

Für die praktische Umsetzung stehen verschiedene Verfahren der Biografiearbeit zur Verfügung. Relevant sind:

- Biografischer Zeitbalken
  Die Lebenslinie visualisiert den individuellen Lebensverlauf entlang einer Zeitachse, in die prägende Ereignisse, Krisen und Wendepunkte eingetragen werden. Ziel ist es, subjektiv prägende Erfahrungen sichtbar zu machen und deren Bedeutung für die aktuelle und künftige Lebenssituation zu reflektieren.
- Chronik der Lebens- und Familienereignisse im Lebenslauf
  Diese Methode ergänzt die individuelle Perspektive um familiäre und gesellschaftliche Kontexte, indem zentrale Ereignisse systematisch erfasst werden, die zur Erklärung der aktuellen Lebenssituation beitragen.
- Narrative Verfahren / biografisches Interview (Schörmann, 2023)
  Offene Erzählformen ermöglichen es, subjektive Bedeutungen von Erfahrungen zu erfassen und individuelle Bewältigungsstrategien sichtbar zu machen.
- Genogramm (Beushausen, 2023; McGoldrick et al., 2022)
  Die Genogrammarbeit dient der grafischen Darstellung familiärer Beziehungen und generationenübergreifender Muster. Sie wird häufig mit anderen biografischen Methoden kombiniert und unterstützt das systemische Fallverstehen sowie die Analyse von Ressourcen und Belastungen.

Genogramme bieten eine übersichtliche Reduktionsmöglichkeit zur besseren Übersicht in komplexen Familiensystemen. Onkologische Erkrankungen können thematisch über mehrere Generationen auftreten. Ein Genogramm kann in der Regel bis zu drei Generationen umfassen und kann in Familienbezügen oder patient*innenorientiert erstellt werden. Bei Ecomaps wird ein Zeitpunkt abgebildet und in der Genogrammarbeit werden wesentliche wiederkehrende Gegebenheiten der Familiensysteme durch definierte Symbole verwendet (Herwig-Lempp, 2002). International werden Genogramme vermehrt in Forschungsbezügen als Grundlage für indikationsspezifische Assessments eingebunden (Samson et al., 2019).

Diese Instrumente fördern die Selbstreflexion, machen biografische Zusammenhänge sichtbar und unterstützen die Entwicklung individueller Handlungsperspektiven. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag zur ressourcenorientierten, lebensweltbezogenen Beratung im Sinne von PEOPSA 2.0.

Nützliche Links

Formblatt Genogramm
www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Genogrammanleitung_DGP.pdf

Biografischer Zeitbalken
www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren/231-biographischer-zeitbalken

Korrespondenzadresse

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
Geschäftsstelle
Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin
Telefon 030 394064540 | Fax 030 394064545
info@dvsg.org | www.dvsg.org