

Screening-Instrumente in der Psychoonkologie

Frühzeitige Identifizierung von psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen bei Krebspatientinnen und Krebspatienten



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen: Barbara Schleicher und Karin Eglau

Copyright Titelbild: © istockphoto.com/Nicky Lloyd

Druck: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und
Konsumentenschutz (BMSGPK)

Wien, 2021

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgehen.

Bestellinfos: Kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter der Telefonnummer 01 711 00-86 2525 oder per E-Mail unter broschuerenservice@sozialministerium.at.

Kurzfassung

Hintergrund

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass rund ein Drittel der Krebspatientinnen und Krebspatienten während des Krankheitsverlaufs schwere psychische Störungen und psychosoziale Krisen entwickeln, die in der onkologischen Versorgung nur vereinzelt erkannt und einer speziellen psychoonkologischen Intervention zugeführt werden. Die Gründe dafür sind vielfältig, beginnend bei ungenügenden Kenntnissen über psychoonkologische Belastungen und deren Identifizierung über fehlende personelle und finanzielle Ressourcen in den Settings bis zur hohen Arbeitsbelastung bei den medizinisch-pflegerischen Teams, woraus eine unzureichende patientenzentrierte Kommunikation resultiert.

Um diese Situation zu verbessern, haben die einschlägigen Fachgesellschaften evidenz- und konsensbasierte psychoonkologische Leitlinien für die psychosoziale Versorgung entwickelt. Die im Bericht herangezogene **S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten** zielt auf die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung von onkologischen Patientinnen und Patienten ab. Voraussetzung dafür ist die frühzeitige Identifizierung von psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen. Gemäß den Leitlinien sollten alle Krebspatientinnen und Krebspatienten mittels standardisierten, validen Fragebögen nach Belastungsfaktoren und ihrem Unterstützungsbedarf als Eingangsscreening, d.h. bei der stationären Aufnahme, bzw. kontinuierlich im weiteren Krankheitsverlauf (z.B. bei Metastasierung, Therapieziel-Änderung) befragt werden. Damit werden psychische Faktoren ebenso wie körperliche Messwerte (Puls, Blutdruck, Schmerzerfassung etc.) erfasst und dokumentiert.

Methoden

In der S3-Leitlinie sind aus der Vielzahl diagnostischer Screening-Instrumente diejenigen ausgewählt worden, welche die psychometrischen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) erfüllen sowie von schwer kranken Patientinnen und Patienten leicht ausfüllbar und nicht zuletzt auch ökonomisch vertretbar sind. Die sieben ausgewählten

Screeningverfahren, die die genannten Anforderungskriterien erfüllen, wurden einer detaillierten Evidenzprüfung unterzogen.

Der im vorliegenden Bericht dargestellten Analyse dienten diese Fragebögen als zentrale Grundlage.

Um den Stellenwert eines frühzeitigen diagnostischen Screenings im Krankheitsverlauf und in der Behandlungskette richtig einordnen zu können, wird zunächst ein Überblick über die psychosozialen Belastungen und die Epidemiologie psychischer Störungen bei Krebspatientinnen/-patienten gegeben. Dem schließen sich Informationen zur psychoonkologischen Versorgung an. Dazu wurde die wissenschaftliche Literatur herangezogen und entsprechend aufbereitet.

Ergebnisse

Die frühzeitige und valide Erfassung behandlungsbedürftiger psychosozialer Belastungen und/oder Störungen und die Zuweisung von Patientinnen und Patienten zu bestehenden Interventionen stellt eine zentrale Aufgabe der psychoonkologischen Versorgung dar. Nicht oder zu spät erkannte/behandelte psychische Störungen können sich u.a. negativ auf die Morbidität und Chronifizierung der Erkrankung sowie auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirken.

Aus genannten Gründen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die systematische Untersuchung aller Krebspatientinnen und Krebspatienten der einzig zuverlässige Weg ist, die betreuungsbedürftige Teilgruppe zu identifizieren. Besonders geeignet sind validierte kurze Screening-Fragebögen, die von Patientinnen und Patienten direkt an einem Tablet ausgefüllt werden. EDV-gestützte Screenings sind im Vergleich zu ausführlichen Assessmentverfahren leichter in die medizinische Routinebehandlung integrierbar und angesichts des vorherrschenden Personal- und Zeitmangels ressourcenschonend einsetzbar. Definierte Behandlungspfade ermöglichen eine elektronische Konsiliaranforderung und bieten damit die Chance auf ein zeitnahe psychoonkologisches Erstgespräch bzw. weitergehende Behandlungsschritte.

Die Auswahl des Screeningstests richtet sich nach den (zeitlichen und personellen) Ressourcen und dem jeweiligen Setting. Jedenfalls sind das gewählte Instrument und das Ergebnis des Tests in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Bei positivem Testergebnis sollte eine spezifische Diagnostik angeschlossen werden. Nur wenn positiv

gescreente Patientinnen und Patienten frühzeitig eine adäquate Betreuung erhalten, vermindert das Routine-Screening deren Leidensdruck.

Schlussfolgerungen

Diagnostische Screenings sollten als Teil der Routineuntersuchungen in allen Settings (Akutspital, onkologisches Rehabilitationszentrum, ambulanter Bereich) durchgeführt werden.

Schlüsselwörter

Krebs, Psychoonkologie, Screening, psychische Belastung, S3-Leitlinie

Inhalt

Kurzfassung	3
Tabellenverzeichnis.....	7
Abbildungsverzeichnis.....	8
Abkürzungen.....	9
1 Einleitung	10
2 Krebs und Psyche	12
2.1 Psychosoziale Belastungen	12
2.2 Psychische Störungen	14
3 Psychoonkologische Versorgung.....	17
3.1 Definition und Grundprinzipien.....	17
3.2 Interventionen und Wirksamkeiten	18
4 Identifikation psychischer Belastungen	20
4.1 Zielsetzungen	20
4.2 Besonderheiten.....	21
4.3 Methodenvielfalt	22
4.4 Computerbasiertes Screening	24
5 Validierte Screening-Instrumente	26
5.1 Psychometrische Gütekriterien	26
5.2 Vergleich von Screening-Instrumenten	28
6 Implementierung von Screeningverfahren	35
7 Empfehlungen	37
Literaturverzeichnis	38
Anhang.....	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeit psychischer Störungen bei Krebskranken	14
Tabelle 2: Screening-Instrumente für psychosoziale Belastungen	27
Tabelle 3: Standardisierte, validierte Screening-Instrumente	28
Tabelle 4: Screening-Verfahren zur Erfassung von allgemeinen psychosozialen Belastungen	31
Tabelle 5: Screening-Verfahren zur Erfassung von Ängsten und Depressivität.....	32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Risikofaktoren für Depressionen bei Krebskranken	13
Abbildung 2: Klinischer Versorgungsalgorithmus für Psychoonkologie	19
Abbildung 3: Einordnung und Erfassung psychischer Belastungen in der onkologischen Versorgung.....	21
Abbildung 4: Screening versus umfassendes psychosoziales Assessment	33

Abkürzungen

DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DT	Distress-Thermometer
FBK-R23	Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten
FBK-R10	Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten - Kurzversion
GAD-7	Gesundheitsfragebogen für Patienten – Modul Generalisierte Angststörungen
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale
HSI	Hornheider Screening-Instrument
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
CCC	Comprehensive Cancer Center
PHQ-9	Gesundheitsfragebogen für Patienten – Depressionsmodul
PO-BADO	Psychoonkologische Basisdokumentation
PO-BADO KF	Psychoonkologische Basisdokumentation – Kurzfassung
PO-BADO-Brustkrebs	Psychoonkologische Basisdokumentation – Brustkrebs
PPP-Status	psychotherapeutische, psychopharmakologische, psychiatrische Behandlung

1 Einleitung

Die Psychoonkologie befasst sich mit den komplexen psychosozialen Aspekten bei der Diagnose, Behandlung und im Verlauf einer Krebserkrankung. Längst ist das interdisziplinäre Fachgebiet etabliert und gilt als wichtiger Bestandteil der onkologischen Behandlung. Deshalb hält das nationale Krebsrahmenprogramm fest, dass für alle „Personen mit der Diagnose Krebs, deren Angehörige sowie für spezielle Personengruppen mit einem definiert erhöhten Krebsrisiko (familiär, genetisch) ein psychoonkologisches Betreuungsangebot sicherzustellen“ ist [2].

Die Diagnose „Krebs“ ist mit zahlreichen Ängsten verbunden: Angst vor dem Fortschreiten der Krankheit, vor den Nebenwirkungen der medizinischen Therapie, vor Schmerzen, vor beruflichen Einschränkungen, finanziellen Problemen, sozialen Einschränkungen und nicht zuletzt vor dem Tod. Wie hoch die psychosozialen Belastungen sind, hängt von verschiedenen Faktoren wie Tumorart, Krankheitsstadium, Prognose, persönlichen Ressourcen usw. ab.

Mehrheitlich schaffen es Krebskranke allein und mit Unterstützung ihres sozialen Netzwerks (Familie, Freunde, Bekannte), diese Probleme zu bewältigen. Allerdings leiden rund 32% aller Krebskranken im Krankheitsverlauf an verschiedenen psychosozialen Belastungsstörungen wie Distress, Ängsten, Depressionen etc., aus denen ein spezifischer Unterstützungsbedarf erwächst [11]. Die Gründe, weshalb psychisch belastete Krebspatientinnen/-patienten und ihre Angehörigen oftmals kein psychoonkologisches Unterstützungsangebot erhalten, sind vielfältig: „Vorurteile und Unsicherheit bei medizinischen Behandlern äußern sich dahingehend, dass psychosozialen Belastungen gegenüber der körperlichen Grunderkrankung und deren Folgen ein sehr viel geringerer Stellenwert eingeräumt wird, dass ein Mangel an kommunikativen Fertigkeiten und dementsprechend Unsicherheiten im Umgang mit den emotionalen Reaktionen der Patienten bestehen und dass ein Ansprechen psychosozialer Probleme überwiegend mit einem enormen Zeitaufwand verbunden wird.“ [11]

Zur Verbesserung der skizzierten Betreuungssituation haben internationale Fachgesellschaften die evidenz- und konsensbasierte S3–Leitlinie **Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten** entwickelt [6]. Diese stellt die Behandlungen psychosozialer Belastungen auf ein ebenso hohes Niveau

wie die Therapie körperlicher Symptome. „Zentrale Aufgaben der psychoonkologischen Versorgung sind patientenorientierte und bedarfsgerechte Informationen, psychosoziale Beratung, psychoonkologische Diagnostik und psychoonkologische Behandlung zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung sowie Verbesserung und gezielten Behandlung psychischer, sozialer sowie funktionaler Folgeprobleme.“ [6]

Doch woran sind die 32 Prozent hochbelasteter Patientinnen und Patienten zu erkennen, die eine psychoonkologische Unterstützung benötigen? Für die Vorauswahl stehen evidenzbasierte Screening-Instrumente bereit, die es dem onkologischen Behandlungsteam im Akutkrankenhaus und onkologischen Rehabilitationszentrum erleichtern, die Indikation zu stellen bzw. die betroffene Teilgruppe herauszufiltern [4]. Die in der S3-Leitlinie empfohlenen evidenzbasierten Screeningverfahren weisen Fragen zur aktuellen Problemlage, zu den vorhandenen Ressourcen und zum individuellen psychoonkologischen Unterstützungsbedarf aus. Kriterien für deren Auswahl waren Praxisbewährung, die Kürze der Verfahren (Ökonomie), die psychometrische Absicherung (u.a. Validität, Reliabilität), das Vorliegen von Vergleichs- und Schwellenwerten sowie die Auswertbarkeit und Akzeptanz bei der Patientin / beim Patienten. „Alle Verfahren lassen sich in kurzer Zeit in die Alltagsroutine einbauen, liefern klare Entscheidungshilfen und werden von den Patienten aller Erfahrung nach gut akzeptiert (vorausgesetzt der Zweck wird verständlich kommuniziert).“ [4] Dabei liegen manche Screening-Instrumente ressourcenschonend auch in elektronischer Form vor. Hervorzuheben ist, dass die Implementierung von standardisierten Screening-Instrumenten zur Identifizierung der Patientengruppe und zur Sicherstellung des speziellen psychoonkologischen Betreuungsangebots im Krebsrahmenprogramm Österreich definiert ist [2].

2 Krebs und Psyche

Eine Krebsdiagnose löst bei vielen Betroffenen eine existenzielle Lebenskrise aus. Neben der Krankheit sind auch die medizinischen Behandlungen zu verarbeiten, die häufig mit physischen und psychischen Belastungen einhergehen. Überdies sind Krebserkrankte häufig mit sozialen, finanziellen und beruflichen Belastungen konfrontiert.

2.1 Psychosoziale Belastungen

In Österreich werden jährlich rund 41.000 onkologische Neuerkrankungen verzeichnet. Da das Erkrankungsrisiko mit fortschreitendem Alter zunimmt und die Bevölkerung immer älter wird, ist mittelfristig mit steigenden Erkrankungszahlen zu rechnen. Obwohl Krebs nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen immer noch die zweithäufigste Todesursache ist, führt nicht jede Krebserkrankung zum Tod. Bei allen Krebsarten stieg die durchschnittliche relative Überlebensrate deutlich. Zum Jahresbeginn 2018 registrierte die Statistik Austria immerhin 360.000 Personen mit einer Krebsdiagnose, d.h., immer mehr Menschen überleben eine Krebserkrankung dank medizinischem Fortschritt [20].

Nun sagen statistische Eckdaten wenig über die persönliche Krankheitserfahrung und die Bewältigung einer Krebserkrankung aus. Was bewegt an Krebs erkrankte Menschen? Welche psychischen Folgen haben Diagnose und Behandlung? Bereits die Diagnose einer Krebserkrankung kann einen Schock, Ängste, Ohnmachtsgefühle und Entsetzen bei Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen auslösen. In weiterer Folge müssen die Therapie und deren Folgewirkungen bewältigt werden, die sich auf alle Lebensbereiche auswirken [24]:

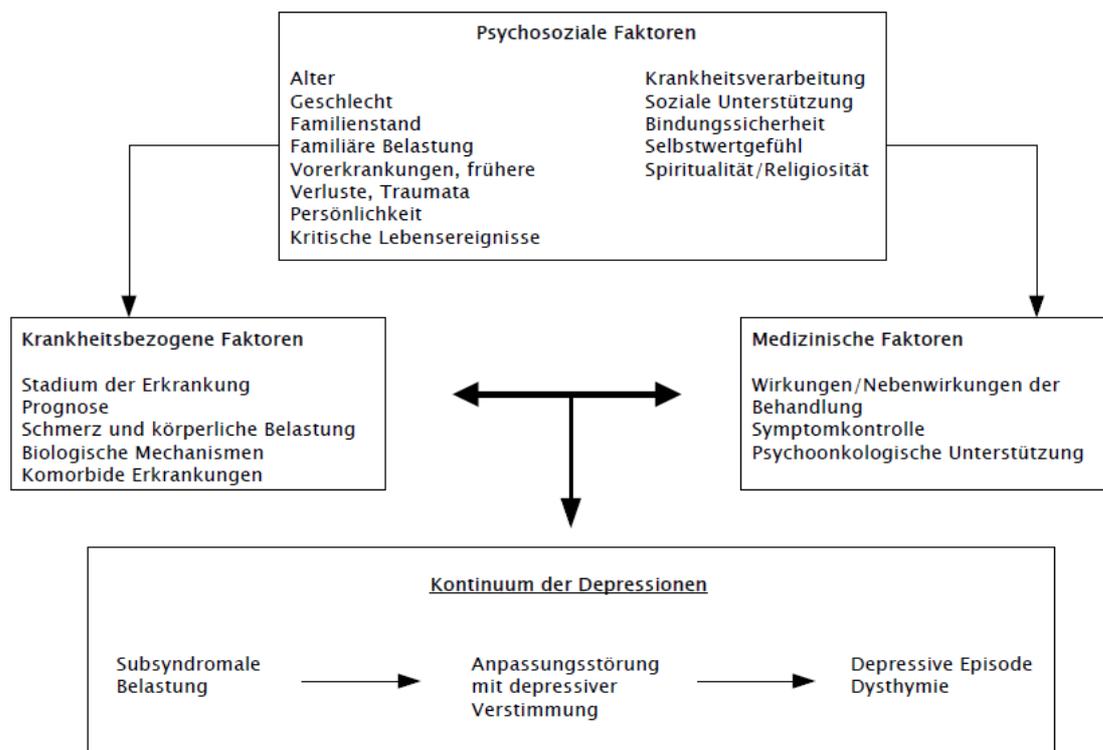
- Einbußen der Lebensqualität, Erleben von Einsamkeit, Isolation, sozialer Ausgrenzung oder Diskriminierung
- multiple Körperbeschwerden (Schmerz, Fatigue, Appetitmangel, Übelkeit, Schlafprobleme, Hautveränderungen, Blutungen, körperliche Entstellung etc.)
- Bedrohung des Körperbildes und der Sexualität
- Depressivität, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Trauer, Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug, Rezidiv- oder Todesängste
- Suizidalität, Hilfs- und Hoffnungslosigkeit, Verlust des Würdegefühls

- Sinnkrise mit dem Verlust des Glaubens
- Probleme im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung mit medizinischem und pflegerischem Personal (Compliance)
- finanzielle Belastungen, Probleme am Arbeitsplatz und im Rahmen der Rückkehr ins Berufsleben [17]

Da Krebserkrankungen zumeist mit Einbußen bestimmter Fähigkeiten, mit Hilflosigkeit, mit körperlichen, psychischen und sozialen Verlusten einhergehen und die Ungewissheit des Krankheitsverlaufs eine frühere Zukunftsplanung fraglich erscheinen lässt, führt das zur Notwendigkeit, bisherige Lebensziele aufzugeben und neue zu definieren.

Wie Abbildung 1 zeigt, zeichnen sich depressive Störungen bei Krebskranken durch einen multifaktoriellen Hintergrund aus. So wirken psychosoziale, krankheitsbezogene und medizinische Faktoren eng zusammen und können ein Kontinuum von Depressionen hervorrufen, das von psychosozialen Distress über Anpassungsstörungen bis hin zu schweren depressiven Episoden oder auch chronisch verlaufenden depressiven Verstimmungen im Sinne der Dysthymie reicht.

Abbildung 1: Risikofaktoren für Depressionen bei Krebskranken



Quelle: Beutel et al. (2015)

Die im Krankheitsverlauf auftretenden Belastungen können sich auf alle Lebensbereiche auswirken und die Lebensqualität sehr einschränken. Neben den körperlichen Problemen sind es vor allem subsyndromale Belastungen wie Distress, Ängste und Depressivität. Eine deutsche Studie weist nach, dass die Vier-Wochen-Prävalenz für eine psychische Störung bei 31,8 % liegt. Seitens der belasteten Patientengruppe wird Unterstützungsbedarf im Umgang mit der Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung, bei Sorgen der Angehörigen und Freunde sowie im Umgang mit Depressivität und Traurigkeit geäußert [10].

2.2 Psychische Störungen

In einer internationalen Metastudie, die die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Tumorpatientinnen und -patienten untersucht, zeigt sich die Bandbreite von Belastungen zwischen „normalen Belastungsreaktionen“ und psychischer Komorbidität gemäß ICD-10-Klassifikation. Nach dieser Studie zählen Anpassungsstörungen zu den häufigsten psychischen Störungen bei Krebspatientinnen und -patienten, sie werden allerdings in den Behandlungsmanuals nur ungenau definiert und häufig unterschätzt. Insbesondere affektive Störungen und Angststörungen treten durch die Krebserkrankung gehäuft auf. Hervorzuheben ist auch das erhöhte Suizidrisiko [19].

In Österreich können aufgrund der fehlenden Datenlage über die Häufigkeiten psychischer Erkrankungen bei Krebspatientinnen/-patienten keine Aussagen getroffen werden. Dennoch erscheint es plausibel, dass die Tendenzen der internationalen Metaanalyse auf Österreich übertragbar sind. Demnach liegt die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Tumorpatientinnen und -patienten deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung [7].

Tabelle 1: Häufigkeit psychischer Störungen bei Krebskranken

Psychische Störungen	Punktprävalenz (international)	Range
1. Affektive Störungen (F30-39)	11,1 %	0-49 %
a. Depressionen (F32.0-32.2)	8,2 %	0-49 %
b. Dysthymia (F34.1)	3,3 %	0-15 %
c. Bipolare affektive Störung (F31.0-31.9)	1,7 %	0-4 %

Psychische Störungen	Punktprävalenz (international)	Range
2. Angststörungen (F40-42.9)	10,2 %	0-50 %
a. Generalisierte Angststörung (F41.1)	3,2 %	0-15 %
b. Panikstörung (F41.0)	2,5 %	0-11 %
c. Zwangsstörung (F42.0-42.9)	3,1 %	1-5 %
d. Soziale Phobien (F40.1)	1,2 %	0-7 %
e. Agoraphobie (F40.0)	0,9 %	0-3 %
3. Akute Belastungsreaktion (F43.0)	4,8 %	0-28 %
4. Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	2,6 %	0-22 %
5. Anpassungsstörung (F43.2)	12,5 %	0-49 %
6. Somatoforme Störung (F45.0-45.9)	1,7 %	0,5-11 %
7. Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F60-69)	1,3 %	1-1 %
8. Essstörungen (F50)	1,0 %	0-1 %
9. Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)	13,1 %	2-51 %
10. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	4,0 %	0-40 %

Quelle: Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft (2014))

Wie bereits eingangs angeführt, gelingt es Krebskranken mehrheitlich allein bzw. mit Unterstützung ihres sozialen Netzes (Familie, Freunde, Bekannte), die Probleme zu bewältigen. Doch etwa ein Drittel aller Krebspatientinnen und -patienten im Akutkrankenhaus weist eine oder mehrere psychische Diagnosen auf, mit einer großen Schwankungsbreite der Prävalenzen für die einzelnen Tumorarten. Die dadurch ersichtliche Notwendigkeit, eine psychoonkologische Versorgung anzubieten, sollte auf die Zielgruppen (Alter, Bildungsstand, Rehabilitanden) und die jeweiligen Tumorentitäten angepasst werden [10].

Abhängig von der jeweiligen Erkrankungsphase sind adäquate Interventionsschritte den individuellen Bedürfnissen entsprechend anzubieten. Konkret heißt das, dass auch weniger belastete Patientinnen und Patienten das Angebot von Information und

psychosozialer Beratung, Psychoedukation oder künstlerischen und Entspannungstherapien erhalten sollten [1].

3 Psychoonkologische Versorgung

Ziel der psychoonkologischen Interventionen sind die Krankheitsbewältigung durch Entwicklung adäquater Bewältigungsstrategien, die Stärkung von Ressourcen, der Erhalt bzw. die Verbesserung der Lebensqualität sowie das Erkennen und Behandeln psychischer Belastungsreaktionen der Patientinnen und Patienten wie auch deren Angehörigen. In der Praxis werden abhängig von Bedarf und bereitstehenden Ressourcen Elemente aus verschiedenen Therapieverfahren kombiniert.

3.1 Definition und Grundprinzipien

Die abgestufte Psychoonkologie umfasst sowohl psychosoziale als auch klinisch-psychologische/psychotherapeutische Interventionen. Allerdings gibt es in der wissenschaftlichen Literatur keine eindeutige Abgrenzung der Begriffe **Psychoonkologie**, **psychosoziale Onkologie** und **psychosoziale Unterstützung**, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass es sich um ein relativ junges und integratives Versorgungsangebot handelt. Häufig werden diese Termini synonym verwendet, wobei eine Abgrenzung notwendig erscheint, um die unterschiedlichen Leistungsangebote der Versorgungssettings, die Berufsgruppen usw. präzise darzustellen.

Die psychoonkologischen Fachgesellschaften haben sich auf eine Definition verständigt, die in der S3-Leitlinie **Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten** dokumentiert ist: „Psychoonkologie ist ein eigener Behandlungsansatz, der primär patientenzentriert, ressourcen- sowie problemorientiert ist und eine supportive Ausrichtung hat. Die Psychoonkologie umfasst psychosoziale, klinisch-psychologische und psychotherapeutische Maßnahmen im engeren Sinne, die je nach Bedarf in allen Phasen einer Krebserkrankung den Patientinnen/Patienten und Zugehörigen angeboten werden können: Früherkennung und Diagnostik, stationäre bzw. ambulante medizinische Therapie, stationäre bzw. ambulante Rehabilitation, Nachsorge, palliative bzw. terminale Phase. Darüber hinaus fokussiert sie auch die spezifischen Probleme und Langzeitfolgen bei Überlebenden einer Krebserkrankung. Die Psychoonkologie zeichnet sich durch interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen der Fachbereiche Medizin, Psychologie, Soziologie, Ethik, Theologie etc. aus.“ [6]

Die Psychoonkologie hält also eine Bandbreite möglicher Interventionen bereit, die von der Indikation, dem Versorgungssetting und dem berufsspezifischen Leistungsangebot abhängig sind.

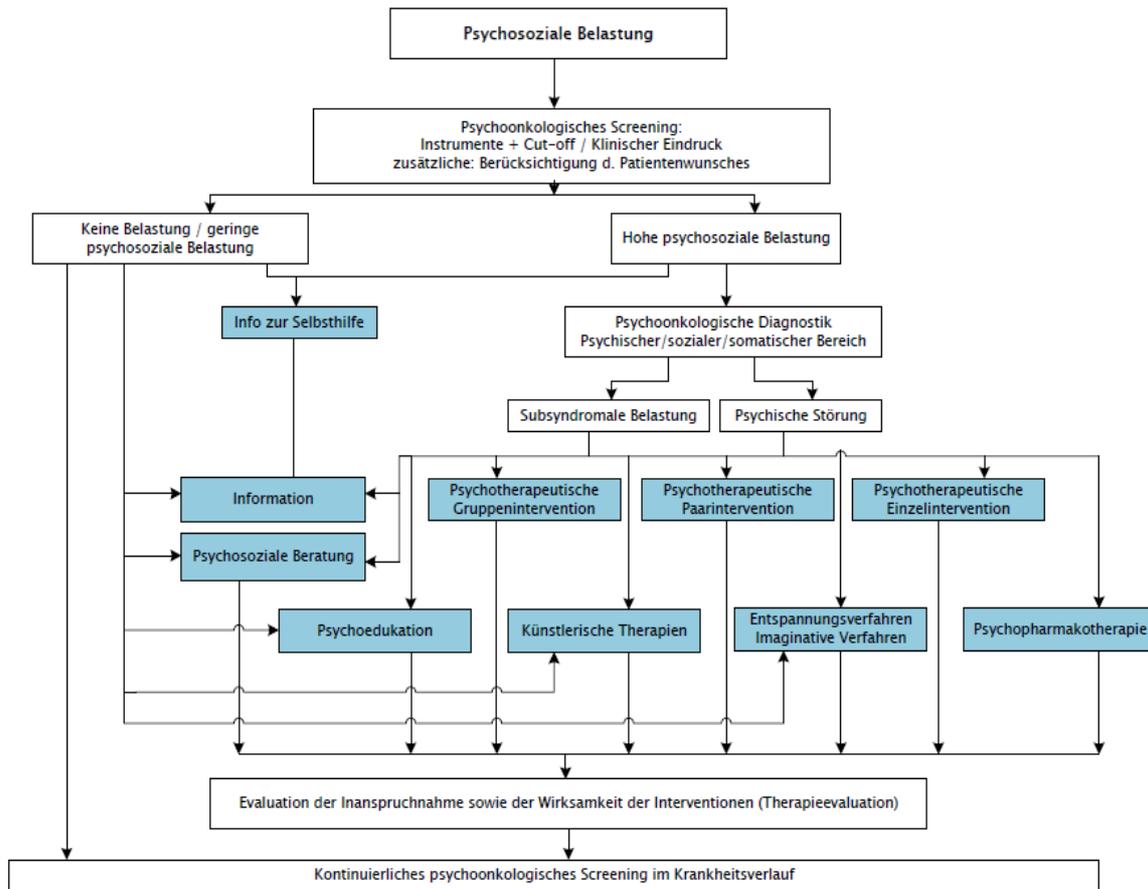
3.2 Interventionen und Wirksamkeiten

Psychoonkologische Interventionen richten sich nach dem individuellen Bedarf der Betroffenen und nach dem Grad der Belastung, der jeweiligen Krankheitsphase, dem Patientenwunsch und nicht zuletzt nach dem jeweiligen Behandlungssetting und den dortigen Ressourcen.

Die Art der psychoonkologischen Intervention ist stark auf die jeweilige Krankheitsphase (Erstdiagnose, Operation, adjuvante Therapie, rezidivfreie Phase, Rezidiv-Phase, palliative Phase) ausgerichtet. Dadurch ergibt sich auch das zuständige Behandlungssetting (Krankenhaus, Rehabilitationsphase, ambulantes Setting), das wiederum spezifische Angebote bereithält. Trotz dieser Differenzierung nach Krankheitsphase und Behandlungssetting sind die Unterstützungsbedarfe sehr vielfältig und erfordern die interdisziplinäre Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen.

Die Interventionen können die Beschwerden und Belastungen nachweislich vermindern. Bei einigen Patientinnen und Patienten erweisen sich Entspannung, Energie- und Aktivitätsmanagement, Psychoedukation, themenbezogene Beratung und Psychotherapie als besonders wirksam [18]. Je nach patientenbezogener Bedürfnislage und Versorgungssituation können mehrere Interventionen miteinander kombiniert werden. Auf der Basis des ermittelten Interventionsbedarfs, der diagnostischen Abklärung, der klinischen Evidenz, der Patientenpräferenz, des Settings und der Krankheitsphase ergibt sich ein idealtypischer klinischer Versorgungsalgorithmus [6], wie aus Abbildung 2 ersichtlich.

Abbildung 2: Klinischer Versorgungsalgorithmus für Psychoonkologie



Quelle: Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft (2014)

In einer deutschen Metaanalyse konnte die Wirksamkeit von psychoonkologischen Interventionen nachgewiesen werden. Das Ergebnis der Studie zeigt positive Effekte für einige psychoonkologische Interventionen (Einzel-, Gruppen- und Paartherapie, Psychoedukation, Entspannungsverfahren). Sie können Distress, Angst und Depressionen lindern und die Lebensqualität (jedenfalls kurzfristig) verbessern. Die Effektgrößen liegen zwischen gering und mittelgradig, sind aber deutlich. Bei einer Vorauswahl der Patientinnen/Patienten mit erhöhtem Distress sind die Effektgrößen zwischen mittelgradig (≤ 6 Monate) und hoch (≥ 6 Monate) [3].

4 Identifikation psychischer Belastungen

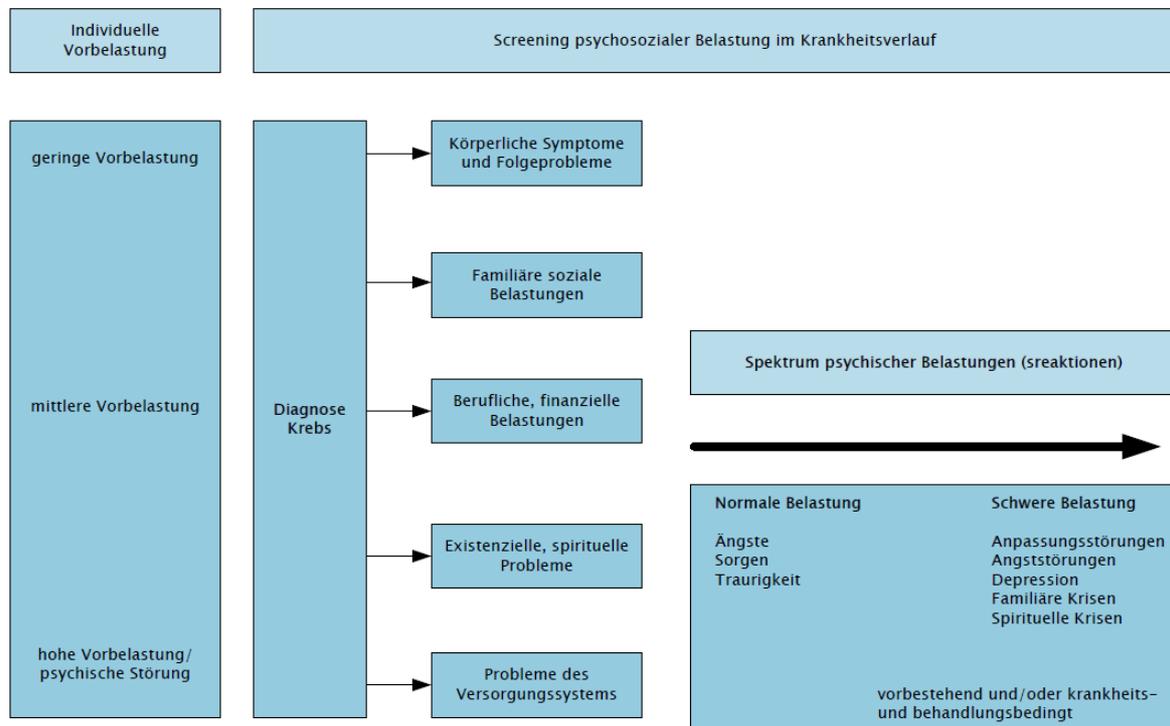
Die frühzeitige Identifizierung hochbelasteter Patientinnen/Patienten mittels Fragebogen ist Voraussetzung für die Einleitung psychoonkologischer Interventionen und dient der Vorbeugung einer Chronifizierung psychischer Störungen.

4.1 Zielsetzungen

Der Krankheitsverlauf führt zu verschiedenen Symptomen, die durch eine Vielzahl individueller, krebs- und behandlungsspezifischer sowie umweltbezogener Faktoren bedingt sind. „Primäre Zielsetzung der psychoonkologischen Diagnostik ist das frühzeitige Erkennen und Erfassen von psychischen, familiären und sozialen Belastungen, psychischer und psychosomatischer Symptome und der Krankheitsverarbeitung insbesondere im Hinblick auf die Folgen der Krebserkrankung und der Behandlungsmaßnahmen“ [6].

Wenngleich einige Patientinnen und Patienten bereits vor der Krebsdiagnose unter psychischen Belastungen und Störungen leiden, treten bei der Mehrheit psychische Belastungen erst mit der lebensbedrohlichen Erkrankung auf. Das psychische Befinden ist eng mit der Diagnose, dem Krankheitsverlauf und der Therapie verbunden, wobei Krebserkrankungen häufig mit zusätzlichen familiären, sozialen und beruflichen Belastungen einhergehen bzw. diese auch bedingen. Dies gilt in besonderem Maße für Ängste, aber auch für andere psychische Störungen. Die Schwierigkeiten der präzisen Einordnung und Erfassung psychischer Belastungen in der onkologischen Versorgung werden in Abbildung 3 deutlich.

Abbildung 3: Einordnung und Erfassung psychischer Belastungen in der onkologischen Versorgung



Quelle: Mehnert et al. (2006)

Die psychoonkologische Diagnostik stellt die Grundlage für weitere Behandlungsmaßnahmen dar und sollte im Krankheitsverlauf frühzeitig durchgeführt werden, um Belastungen zeitnah zu identifizieren und einer Verschlechterung entgegenzuwirken.

4.2 Besonderheiten

Schon die Diagnosestellung *Krebs* löst zahlreiche Ängste aus, wie die Furcht vor dem Fortschreiten der Erkrankung, vor den Nebenwirkungen medizinischer Therapie, vor Schmerzen, finanziellen Problemen und dem Tod. Überdies gibt es spezifische Ängste, die das eigene Körperbild, die Sexualität, den möglichen Kinderwunsch usw. betreffen.

Auf die gleiche Diagnose reagieren Krebskranke sehr unterschiedlich, was auf Faktoren wie eigene Ressourcen, das Alter, Vorerkrankungen, Krankheitserfahrungen etc. zurückzuführen ist. Dadurch unterscheidet sich auch der psychoonkologische Unterstützungsbedarf. Auch sind nicht alle screening-positiven Patientinnen und

Patienten bereit, ihre Ängste und Sorgen in psychoonkologischen Gesprächen auszubreiten, was u.U. mit Ängsten vor gesellschaftlicher Stigmatisierung zu tun hat.

Herausfordernd ist die psychoonkologische Diagnostik auch bei multimorbiden Patientengruppen sowie bei Menschen mit weit fortgeschrittenen Krebserkrankungen. Gerade in dieser Patientengruppe werden der Schweregrad psychischer Symptome und deren Behandlungsbedürftigkeit häufig unterschätzt. Als Gründe dafür nennt Anja Mehnert „die Dominanz körperlicher Symptome, mangelnde Kenntnisse der Symptomatik psychischer Symptome und deren Behandlungsmöglichkeiten, sowie sog. „versteckte“ Symptome wie sozialer Rückzug, die im klinischen Alltag häufig unerkannt bleiben.“ [13] Expertinnen und Experten empfehlen bereits bei der Diagnosestellung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit [12].

4.3 Methodenvielfalt

Im klinischen Alltag erfolgt die Identifikation belasteter Patientinnen und Patienten häufig über **Yellow Flags** für besondere Risikogruppen¹, auf Patientenwunsch und durch klinische Beobachtung. Dabei handelt es sich meist um Einzelfälle, die dem medizinisch-pflegerischen Behandlungsteam durch ihre Reaktionen (z.B. Weinen) aufgefallen sind.

Da bei der Mehrzahl der Krebskranken die psychosozialen und psychischen Belastungen vom ärztlich-pflegerischen Team nicht identifiziert werden, kommt es auch zu keinen unterstützenden Maßnahmen seitens der Psychoonkologinnen/-onkologen, die zumeist im Konsiliardienst tätig sind und deshalb informiert und angefordert werden müssten.

Für ein systematisches Vorgehen bei der Indikationsstellung für professionelle psychoonkologische Betreuung spricht sich die S3-Leitliniengruppe aus: „Alle Patienten sollen ein Screening auf psychosoziale Belastungen erhalten. Ein psychoonkologisches Screening sollte frühestmöglich in angemessenen Abständen, wenn klinisch indiziert oder bei Veränderungen des Erkrankungsstatus eines Patienten (z.B. Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung) wiederholt im Krankheitsverlauf durchgeführt werden.“ [6] Diese Empfehlung beinhaltet, dass auf onkologischen Stationen alle Patientinnen und

¹ *Yellow Flags* sind Risikofaktoren für eine verstärkte psychische Belastungsreaktion (z. B. jüngere Patientinnen mit jüngeren Kindern, niedriger sozialer Status, komorbide psychische Störungen, Nebenwirkungen der Therapie, chronische Schmerzen etc.)

Patienten möglichst schon bei der Aufnahme einen Screening-Fragebogen erhalten, um das Ausmaß der psychischen Belastung frühzeitig zu erfassen und entsprechende Interventionen einzuleiten. Zu unterscheiden sind zwei diagnostische Verfahren:

- Selbstbeschreibungsfragebögen, die in einer für medizinische Laien verständlichen Sprache psychische Symptome wie z. B. Distress (allgemeine psychische Belastung), Ängste und Depressivität sowie weitere Belastungsmerkmale erfassen [12]. Die Auswertung eines solchen Fragebogens erfolgt über einen bestimmten Grenz- oder Schwellenwert (Cut-Off-Wert), dessen Summe an positiven Antworten das Vorliegen einer psychischen Störung oder psychosozialer Belastungen wahrscheinlich macht [6].
- Beim strukturierten Interviewverfahren handelt es sich um klinisch-psychiatrische Interviews, die auf spezifische Fragestellungen abgestimmt sind und im onkologischen Alltag nicht bei jedem Patienten / bei jeder Patientin durchgeführt werden [13].

Systematisch durchgeführte Screenings gehen mit zahlreichen Vorteilen einher:

- Sie sind im klinischen Alltag leicht durchführbar.
- Sie stoßen auf breite Akzeptanz bei Patientinnen und Patienten.
- Sie ermöglichen eine frühzeitige Identifizierung und zeitnahe Unterstützung belasteter Patientinnen/Patienten. [13]

Bei der Planung, welches diagnostische Verfahren im klinischen Alltag zum Einsatz kommen soll, gilt es verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Primär wird der Entscheidungsspielraum von den vorhandenen Versorgungsstrukturen und geplanten Angeboten im Setting bestimmt. Folgende Kernfragen und Überlegungen können zur Entscheidungsfindung beitragen:

- „Bei wem (Patienten, Angehörige) sollen psychosoziale Belastungen und der Unterstützungsbedarf wann und in welchem Umfang erfasst werden?
- Welche psychosozialen Belastungen sollen von wem (Selbst- oder Fremdbeurteilung) in welchem Umfang erfasst werden?
- Welche personellen und zeitlichen Ressourcen stehen zur Auswertung der erhobenen diagnostischen Daten zur Verfügung?
- Wie kann die Zuweisung von als belastet identifizierten Patienten zu (welchen) Unterstützungsangeboten zeitnahe realisiert werden?

- Welche psychosoziale und psychoonkologische Unterstützung kann (oder soll) Patienten und Angehörigen lokal in einer klinischen Einrichtung angeboten werden?“ [12]

Es gibt eine Reihe von Fragebögen für die psychoonkologische Diagnostik, die als niederschwellige Screeningverfahren in allen Versorgungssettings (stationär und ambulant) einsetzbar sind. Diese psychoonkologischen Fragebogenscreenings können neben der psychosozialen Anamnese auch in die ärztliche und/oder pflegerische Anamnese einfließen [6].

4.4 Computerbasiertes Screening

Mehrheitlich werden psychoonkologische Screenings als Papierversion ausgefüllt und die Ergebnisse anschließend in eine Datenbank eingegeben. Dieses Vorgehen ist zeitintensiv und fehleranfällig und verzögert die Folgeprozesse. „Die größten Barrieren für eine erfolgreiche Implementation stellen eine geringe Akzeptanz bei Mitarbeitern und Patienten, das Fehlen einer zuverlässigen Verbindung zwischen Screening-Ergebnis und Behandlungsangebot sowie das Fehlen adäquater Trainings- und Unterstützungsangebote für die Mitarbeiter dar.“[15]

Im digitalen Zeitalter bietet sich „die Verwendung von computerbasierten Screenings an, die eine objektive, fehlerfreie und schnelle Auswertung von Patientendaten ermöglichen. Die direkte Überführung der Ergebnisse in das klinische Datennetz bietet die Möglichkeit, anhand von definierten Behandlungspfaden, automatisiert weitergehende therapeutische Maßnahmen zu initiieren.“ [22] Ausdrücklich wird in Studien darauf hingewiesen, dass der Einsatz von Screenings die Arzt-Patienten-Kommunikation insgesamt verbessert [15].

Dazu muss der computerbasierte Screening-Fragebogen für die Patientengruppe gut verständlich und leicht bedienbar sein. Gute Erfahrungen liegen aus dem Comprehensive Cancer Center (CCC) in Tübingen vor, wo Tumorpatientinnen und -patienten bei der Aufnahme über das Ziel des diagnostischen Screenings und über psychoonkologische Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Bereits am Aufnahmetag wird der Screening-Fragebogen auf einem Tablet vorgelegt, wobei die patienten- und erkrankungsbezogenen Daten bereits dokumentiert sind. Befragt werden die Patientinnen und Patienten zu aktuellen Belastungen (körperlich, seelisch), vorhandenen Ressourcen (z.B. Bezugspersonen) sowie zu ihrem Unterstützungsbedarf. Das Ausfüllen des

Fragebogens nimmt etwa 10 Minuten in Anspruch [22]. Bei bestehender Indikation erfolgt über definierte Behandlungspfade eine automatisierte Informationsweiterleitung an Psychoonkologinnen/-onkologen, sodass durch diese Konsiliaranforderung das psychoonkologische Erstgespräch zeitnah geplant und weitere psychoonkologische Behandlungsschritte gesetzt werden können.

Die praktischen Erfahrungen aus Tübingen weisen auf Herausforderungen hin, die vor dem Einsatz computerbasierter Screenings geklärt sein müssen:

- Einsatz nur von validierten psychoonkologischen Screening-Fragebögen
- Erfassung relevanter personen- und erkrankungsbezogener Daten sowie PPP-Status (aktuelle und frühere psychotherapeutische, psychopharmakologische, psychiatrische Behandlung) über die psychoonkologische Indikationsdiagnostik hinaus
- zeitökonomische Verfahren für Patient/-in und Behandler/-in in Vorbereitung und Durchführung
- digitale Dokumentation der Ergebnisse und Verfügbarkeit in klinischen Arbeitsplatzsystemen
- Nutzung und Steuerung von Behandlungspfaden [22]

In der Universitätsklinik Tübingen wird resümiert, dass „ein solches System (...) von Patienten und auch Mitarbeitern akzeptiert (wird) und (...) in der klinischen Routine belastete Patienten zuverlässig (identifiziert). Damit ist es herkömmlichen Papierfragebögen überlegen. Das psychoonkologische Screening sollte neben einer reinen Belastungsmessung den subjektiven Behandlungsbedarf der Patienten erheben. Für eine gelungene psychoonkologische Versorgung stellt es eine notwendige Basisdiagnostik dar, die künftig eine ähnliche Rolle spielen könnte, wie das Blutbild oder Röntgenuntersuchungen in der somatischen Medizin.“ [22]

5 Validierte Screening-Instrumente

Die systematische Messung psychosozialer Belastungsfaktoren bzw. der Lebensqualität in Kombination mit dem subjektiven Wunsch nach psychoonkologischer Behandlung ist der zuverlässigste Weg zur Identifikation betreuungsbedürftiger Patientinnen und Patienten. Dazu geeignet sind valide Kurz-Screening-Instrumente.

5.1 Psychometrische Gütekriterien

Bei Screening-Instrumenten handelt es sich um kurze psychologische Tests oder Interviews, die es Ärztinnen/Ärzten, Psychoonkologinnen/-onkologen u. a. erleichtern, die betreuungsbedürftige Patientengruppe frühzeitig zu identifizieren, um sie dann einer ausführlichen Diagnostik zu unterziehen. Gemäß S3-Leitlinie sollen alle Patientinnen und Patienten ein Screening auf psychosoziale Belastungen frühestmöglich und in angemessenen Abständen erhalten, wenn dies klinisch indiziert ist bzw. wenn es Veränderungen beim Erkrankungsstatus (z.B. bei Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung) gibt [6].

„Für die psychoonkologische Diagnostik liegt eine Reihe von Fragebögen vor, die als Screening-Verfahren niederschwellig Patienten mit spezifischen Störungen oder Problemlagen identifizieren.“ [6] Diese weisen mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen oder Fehlen von psychosozialen Belastungen und/oder psychischen Störungen hin. Während einige Fragebögen speziell auf die Probleme und Belastungen von Krebskranken ausgerichtet sind, gibt es andere Fragebögen, die krankheitsübergreifend einzusetzen sind.

Aus der Vielzahl gängiger Verfahren hat die Leitliniengruppe sieben validierte Screening-Instrumente nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- Kürze des Verfahrens und Praxistauglichkeit
- psychometrische Absicherung (u.a. Validität, Reliabilität)
- definierte Vergleichs- und Schwellenwerte (sog. Cut-Off-Werte)
- Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten [4]

Die Instrumente unterscheiden sich durch Fragestellungen, Antwortkategorien, Anzahl der Items, Einsatz visueller Analogskalen usw.

Tabelle 2: Screening-Instrumente für psychosoziale Belastungen

Kategorien / Zuordnung / Begriffsgruppe	Anzahl der Items	Bearbeitungszeit (in Minuten)	Beispiel
Ultra-Kurz-Screening	1-4	≤ 2 Min.	Distress-Thermometer
Kurz-Screening	5-14	2-5 Min.	Hospital Anxiety and Depression Scale
Standard-Screening	≥ 15	≥ 5 Min.	Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten

Quelle: Mehnert (2016)

Obwohl die Ultra-Kurz-Screenings und Kurz-Screenings eine hohe Praktikabilität im klinischen Alltag ausweisen und bei Patientinnen und Patienten auf eine breite Akzeptanz stoßen, darf nicht verschwiegen werden, dass sie mit einer eingeschränkten diagnostischen Validität einhergehen.

Wie bereits erwähnt, erfolgt die Auswertung der Screenings über empirisch ermittelte Grenz- oder Schwellenwerte (sog. Cut-Off-Werte). Anhand derer kann das Vorliegen einer psychischen Störung bzw. psychosozialen Belastung belegt werden, die gleichzeitig eine zufriedenstellende Sensitivität² und Spezifität³ garantiert.

Auf Basis dieser Auswahlkriterien sind die psychometrischen Kennwerte für nachfolgende Screening-Verfahren von der Leitliniengruppe geprüft worden.

² *Sensitivität* ist der Anteil der kranken Personen von allen Kranken, die durch das Screening korrekt als krank identifiziert werden, d.h., es gibt wenige falsch Negative.

³ *Spezifität* bezeichnet den Anteil der gesunden Personen von allen Gesunden, die durch das Screening korrekt als gesund identifiziert werden, d.h., es gibt wenige falsch Positive [8].

Tabelle 3: Standardisierte, validierte Screening-Instrumente

Abkürzung	Instrument	Literatur
HSI	Hornheider Screening-Instrument	Tilkorn et al. (1990); Strittmatter et al. (2000); Teufel et al. (2014)
DT	Distress-Thermometer	Mehnert et al. (2006)
FBK-R23 FBK-R10	Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten	Herschbach et al. (2004)
PO-BADO PO-BADO KF PO-BADO-Brustkrebs	Psychoonkologische Basisdokumentation	Herschbach et al. (2004); Herschbach, Weis (2010)
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale	Schäffeler et al. (2010)
PHQ-9	Gesundheitsfragebogen für Patienten – Depressionsmodul	Löwe et al. (2004)
GAD-7	Gesundheitsfragebogen für Patienten – Modul Generalisierte Angststörungen	Löwe et al. (2008)

Quelle: Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft (2014))

Diese Instrumente erfassen in unterschiedlichem Maße psychische Belastungen wie Distress, bestimmte Symptome (z.B. Angststörungen, Depressionen) und liefern klare Entscheidungshilfen, was den individuellen Unterstützungsbedarf betrifft.

5.2 Vergleich von Screening-Instrumenten

Gegenwärtig gibt es kein diagnostisches Screening-Verfahren zur Identifizierung des psychoonkologischen Unterstützungsbedarfs, welches alle notwendigen Kriterien umfasst. Aufgrund eines fehlenden Goldstandards hat die Leitliniengruppe - basierend auf einer systematischen Literaturrecherche - die psychometrischen Kennwerte für die aufgelisteten Screening-Fragebögen geprüft.

Die beste Evidenz liegt international für die **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)** vor. Sie wird von der S3-Leitliniengruppe als bestes Screening-Tool für Krebspatientinnen und -patienten empfohlen. Als nachteilig erweist sich, dass der Cut-Off-

Wert zu berechnen ist, was mit einer eingeschränkten Praktikabilität im klinischen Alltag einhergeht [6].

Empfehlenswert ist auch das **Distress-Thermometer (DT)**, dessen psychometrische Gütequalität durch international qualitativ hochwertige Metaanalysen nachgewiesen ist. Das DT besteht aus einem Thermometer mit visueller Analogskala und aus 34 Items mit sozialen, emotionalen, familiären, körperlichen und spirituellen Aspekten. Das Distress-Thermometer ist mehrfach validiert und weist eine sehr hohe Sensitivität auf [11].

Ebenfalls eine gute Evidenz erbringt der **Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23)**, der mit seinen 23 Items die Relevanz und Stärke persönlicher Belastung (z.B. psychosomatische Beschwerden, Angst, Informationsdefizite, alltägliche und soziale Einschränkungen) umfasst. Der FBK-R23 ist validiert und weist sehr gute psychometrische Kennwerte auf. Die Kurzform (FBK-R10) weist 10 Items aus [11].

Die **Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-BADO)** hat aufgrund ihrer sehr guten Reliabilität und Validität in den letzten Jahren zunehmend an Relevanz gewonnen. Die 15 Items klären somatische und psychosoziale Belastungen sowie den psychosozialen Unterstützungsbedarf der Patientinnen/Patienten. Insgesamt eignet er sich zur Vereinheitlichung der psychoonkologischen Dokumentation und Verbesserung von Versorgungsplanung und -qualität. Mittlerweile gibt es das Instrument in Kurzform (PO-BADO KF) sowie in einer Version speziell für Brustkrebs (PO-BADO Brustkrebs). [6] [11]

Der **Hornheider Fragebogen (HF)**, ursprünglich für Patientinnen/Patienten mit Tumoren der Haut und des Gesichts entwickelt, umfasst 27 Items zu Problemen und deren Belastungsausprägungen (körperliches und psychisches Befinden, Tumorangst, Anspannung und innere Unruhe, Selbstunsicherheit, mangelnde soziale Unterstützung, berufliche und finanzielle Probleme). Aufgrund des Erfolgs wird mittlerweile auch die Kurzform (HFK) mit 9 Items und das Screening-Instrument (HSI) mit 7 Interviewfragen im klinischen Routinebetrieb eingesetzt. Wissenschaftliche Studien bewerten die interne Konsistenz der Langform als moderat bis hoch und stufen die Sensitivität bei der Kurzform als deutlich besser als bei der Langversion ein [11].

Der krankheitsübergreifende **Gesundheitsfragebogen für Patienten - Depressionsmodul (PHQ-9)** wird ebenfalls als Screening-Instrument bei Krebspatientinnen/-patienten eingesetzt. Zur Erfassung von Angst und Depressivität weist er gute psychometrische Kennwerte aus. Neben einer hohen Reliabilität und Validität sind gemäß

wissenschaftlicher Überprüfung auch Sensitivität (95 %) und Spezifität (86 %) beachtenswert hoch [11].

Mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (GAD-7) liegt ein weiteres Screening-Instrument zur Erfassung psychischer Störungen in unterschiedlichen Versionen, d.h. mit 60, 30, 28 und 12 Items, vor. Er zeichnet sich durch gute psychometrische Kennwerte und eine hohe Sensitivität bei gleichzeitig niedriger Spezifität aus [11].

Tabelle 4: Screening-Verfahren zur Erfassung von allgemeinen psychosozialen Belastungen

Abkürzung	Bezeichnung	Zielmerkmale Skalen	Länge (Items)	Selbst- oder Fremdbeurteilungs- instrument (SBI / FBI)	Reliabilität	Validität	Sensitivität/ Spezifität	Evidenzlevel
HSI	Hornheider Screening- Instrument	Betreuungsbedürftigkeit, krebsspezifische Probleme und Belastungsausprägungen	27, 9, 7	SBI	+	+	+	-
DI	Distress- Thermometer (Problemliste)	Ausmaß und Art sozialer, familiärer, emotionaler, körperlicher, spiritueller Belastungen (visuelle Analogskala, Problemliste)	1 (34)	SBI	+	+	+	+
FBK-R23 FBK-R10	Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten	psychosomatische Beschwerden, Angst, Informationsdefizite, Alltagseinschränkungen, soziale Belastungen (Relevanz und Stärke der Belastung)	23, 10	SBI	+	+	+	+
PO-BADO	Psychoonkologische Basisdokumentation		15	SBI + FBI	+	+	+	+
PO-BADO-KF	KF Kurzform	somatische und psychologische Belastungsfaktoren Indikatoren für psychosoziale Unterstützung						
PO-BADO- Brustkrebs	Psychoonkologische Basisdokumentation Brustkrebs							

Tabelle 5: Screening-Verfahren zur Erfassung von Ängsten und Depressivität

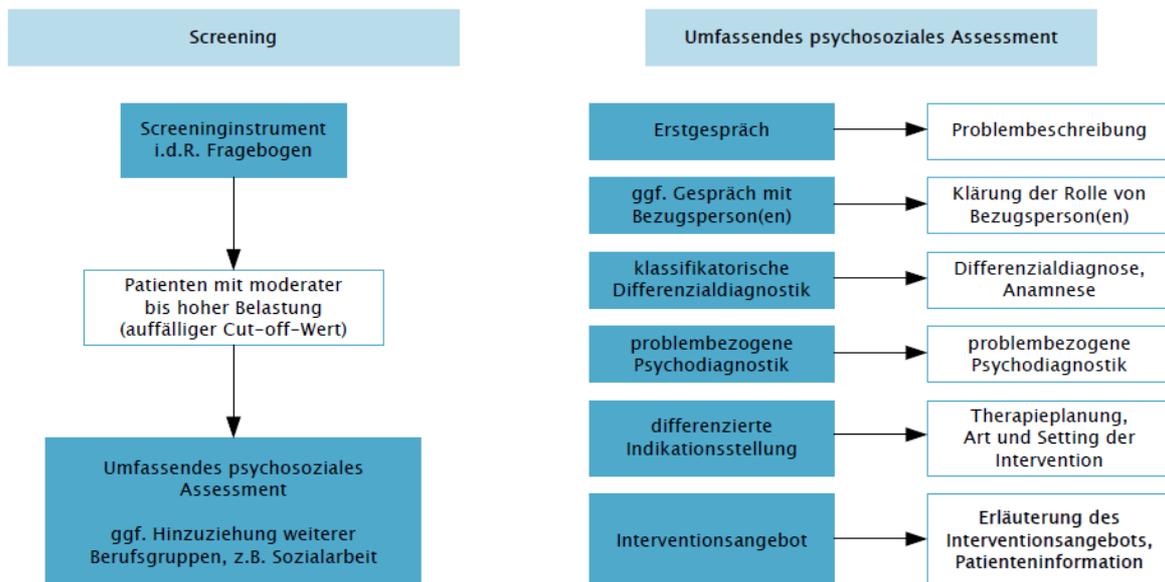
Abkürzung	Bezeichnung	Zielmerkmale Skalen	Länge (Items)	Selbst- oder Fremdbeurteilungsinstrument (SBI / FBI)	Reliabilität	Validität	Sensitivität/ Spezifität	Evidenzlevel
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale	Subskala Angst Subskala Depression	7	SBI	+	+	+	+
PHQ-9	Gesundheitsfragebogen für Patienten - Depressionsmodul	Subskala Depression	9, 2	SBI	+	+	+	+
GAD-7	Gesundheitsfragebogen für Patienten – Modul Generalisierte Angststörungen	Erfassung von psychischen Störungen und Angststörungen	60, 28, 30, 12	SBI	-	-	-	-

Quelle zu Tabelle 4 und Tabelle 5: Mehnert et al. (2006); Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft (2014))

Weitergehende praxisbezogene Informationen zu den Screening-Tools weist die Broschüre **Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten: Eine Empfehlung der PSO für die psychoonkologische Behandlungspraxis** aus, die von der Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO) erarbeitet und von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) herausgegeben wurde [4].

De facto ist auf der onkologischen Station die Aufenthaltsdauer von Krebspatientinnen und Krebspatienten eher kurz, weshalb der Einsatz von psychosozialen Assessments im Sinne eines Screenings geeignet ist. Patientinnen und Patienten mit auffallenden Cut-off-Werten sollten zeitnahe einer umfassenden psychosozialen Diagnostik unterzogen werden. Als gebräuchliche und sehr gut validierte klinische Methode zur Erfassung einer psychischen Störung gelten umfassende psychosoziale Assessments z. B. nach dem psychiatrischen Klassifikationssystem ICD-10 [12]. Im Vergleich dazu werden bei empirischen Untersuchungen (z. B. in Evaluationsstudien) umfassende psychosoziale Assessments für eine differenzierte Diagnostik eingesetzt. In Abbildung 4 sind die Unterschiede im diagnostischen Vorgehen der beiden Erhebungsverfahren grafisch dargestellt.

Abbildung 4: Screening versus umfassendes psychosoziales Assessment



Quelle: Mehnert et al. (2006)

Die Notwendigkeit für ein abgestuftes diagnostisches Vorgehen ergibt sich allein durch die personelle Ressourcenknappheit, da in Akutkrankenhäusern, onkologischen

Rehabilitationszentren und in Praxen fachlich qualifizierte Psychoonkologinnen /Psychoonkologen fehlen, um alle Krebspatientinnen und Krebspatienten ausführlich untersuchen zu können [17].

Mittels Screeningverfahren kann aus dem Patientenkollektiv die betreuungsbedürftige Teilgruppe identifizieren und der weiteren Differenzialdiagnostik zugeführt werden.

6 Implementierung von Screeningverfahren

Bei allen Krebspatientinnen und Krebspatienten in Österreich sollte ein psychosoziales Screening zur Identifizierung und systematischen Erfassung psychosozialer Belastungen und psychischer Störungen durchgeführt werden. Dazu liegen standardisierte validierte Fragebögen vor.

In Österreich sind psychoonkologische Screeningverfahren im klinischen Routinebetrieb eher die Ausnahme als die Regel. Folgerichtig wird nur ein geringer Anteil der Krebskranken mit psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen erkannt und dem psychoonkologischen Interventionsangebot zugeführt [17].

Ausgehend davon definiert das nationale Krebsrahmenprogramm die Implementierung einheitlicher valider Screening-Tools zur frühzeitigen Indikationsstellung für professionelle psychoonkologische Behandlung als umsetzungsrelevante Maßnahme.

Die Auswahl der standardisierten, validierten Screening-Instrumente orientiert sich an der S3-Leitlinie, in der nach systematischer Literaturrecherche die psychometrischen Gütekriterien und Evidenzlevel für sieben Screening-Fragebögen bestimmt worden sind [6].

Diese wissenschaftlich bewerteten Tools eignen sich für die Implementierung in österreichischen Akutkrankenanstalten und onkologischen Rehabilitationszentren. Wegen ihrer hohen Praktikabilität im klinischen Alltag sowie der allgemeinen Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten erweisen sich speziell Kurz-Screenings und Ultra-Kurz-Screenings als vorteilhaft. Da die ermittelten Grenzwerte eines Fragebogens keine adäquate Diagnostik darstellen, sind screening-positive Patientinnen und Patienten zeitnah einer diagnostischen Abklärung im Assessmentverfahren zu unterziehen.

Wie bereits angeführt zeigt sich im digitalen Zeitalter das computerbasierte Screening-Verfahren herkömmlichen Papierfragebögen überlegen: Die Dateneingabe erfolgt direkt am Computer mit sofortiger Auswertung der Belastungsergebnisse. Im nächsten Schritt werden die Daten der psychosozialen Risikogruppen mittels definierter Behandlungspfade

automatisch an die Psychoonkologinnen/Psychoonkologen vermittelt, die sich zeitnah mit den Betroffenen zum Erstgespräch treffen können.

Hervorzuheben ist, dass die Implementierung von Screening-Verfahren eng an die bestehenden Versorgungsstrukturen und psychosozialen Angebote des jeweiligen Settings gebunden ist. Nach den Screenings sind die Differenzialdiagnostik, Beratung und Behandlung für belastete Patientengruppen seitens der Psychoonkologie zu gewährleisten. Nur wenn psychosozial Hochbelastete eine persönliche Betreuung bzw. eine zeitnahe Überweisung erhalten, „vermindert ein flächendeckendes Screening den Leidensdruck der Patienten.“ [11]

7 Empfehlungen

Krebserkrankungen gehen oftmals neben den körperlichen auch mit psychischen und sozialen Belastungen einher. Die Psychoonkologie ist daher ein integraler Bestandteil von Krebsbehandlungen. Um den spezifischen Bedarf an zusätzlicher psychoonkologischer Diagnostik und Therapie herauszufinden, wird empfohlen, schon so früh wie möglich (z. B. bei der stationären Erstaufnahme nach Diagnosestellung) einen der oben genannten, in der S3-Leitlinie empfohlenen Screening-Tests durchzuführen. Da sich die Situation von Krebskranken im Krankheitsverlauf ändern kann, sollte, wann immer der Verdacht besteht, dass sich der psychische Zustand oder soziale Umstände geändert haben, ein entsprechender Test durchgeführt werden. Als Setting würde sich hier die Aufnahme in die Rehabilitation eignen.

Die Auswahl des Tests richtet sich nach den (zeitlichen und personellen) Ressourcen und dem jeweiligen Setting. Jedenfalls ist die Durchführung des Tests, die Art des Tests und das Ergebnis in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Bei positivem Testergebnis sollte eine spezifische Diagnostik angeschlossen werden.

Literaturverzeichnis

- [1] Beutel, Manfred E.; Barthel, Yvette; Haselbacher, Antje; Leuteritz, Katja; Zwernez, Rüdiger; Imruck, Barbara H.; Kuhnt, Susanne; Weißflog, Gregor; Brähler, Elmar (2015): Depressive Störungen bei Krebserkrankungen
- [2] Bundesministerium für Gesundheit (2014): Krebsrahmenprogramm Österreich. Wien
- [3] Faller, Hermann; Schuler, Michael; Richard, Matthias; Heckl, Ulrike; Weis, Joachim; Küffner, Roland (2013): Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. In: Journal of Clinical Oncology 31
- [4] Herschbach, P.; Weis, J. (2010): Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Berlin
- [5] Herschbach, Peter; Brandl, Tobias; Knight, Lucie; Keller, Monika (2004): Einheitliche Beschreibung des subjektiven Befindens von Krebspatienten. In: Deutsches Ärzteblatt 101/12
- [6] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von Erwachsenen. Leitlinie (Langversion), Berlin
- [7] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von Erwachsenen. Leitlinienreport, Berlin
- [8] Löwe, B.; Decker, O.; Müller, S.; Brähler, E.; Schellberg, D.; Herzog, W.; Herzberg, P. Y. (2008): Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. In: Medical Care 46, 266
- [9] Löwe, Bernd; Kroenke, Kurt; Herzog, Wolfgang; Gräfe, Kerstin (2004): Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). In: Journal of Affective Disorders -61 - 66
- [10] Mehnert, A.; Brähler, E.; Faller, H.; Harter, M.; Keller, M.; Schulz, H.; Wegscheider, K.; Weis, J.; Boehncke, A.; Hund, B.; Reuter, K.; Richard, M.; Sehner, S.; Sommerfeldt, S.; Szalai, C.; Wittchen, H. U.; Koch, U. (2014): Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. In: Journal of Clinical Oncology 32/31-3540-3546
- [11] Mehnert, A.; Lehmann, C.; Cao, P.; Koch, U. (2006): Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie - Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. In: Psychother Psych Med 56, 462 - 479
- [12] Mehnert, Anja (2013): Psychoonkologische Diagnostik. In: Psychoonkologie - Grundlagen und psychotherapeutische Praxis. Hamburg, 175-187
- [13] Mehnert, Anja (2016): Psychoonkologische Diagnostik in der Onkologie. In: Handbuch Psychoonkologie. Göttingen, 216-223
- [14] Mehnert, Anja; Müller, Diana; Lehmann, Claudia; Koch, Uwe (2006): Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers: Empirische Prüfung eines Screening-

- Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie
- [15] Mitchell, Alex J. (2013): Screening for cancer-related distress: When is implementation successful and when is it unsuccessful? In: Acta Oncologica 52, 216
- [16] Schäffeler, N.; Enck, P.; Riessen, I.; Seitz, D.; Marmé, A; Wallwiener, D.; u.a. (2010): Screening psychischer Belastungen und Erhebung des Wunsches nach psychosozialen Unterstützungsangeboten bei Patientinnen mit Mammakarzinom. In: Psychosom Med Psychother 56 (2)
- [17] Schleicher, Barbara; Eglau, Karin; Strizek, Julian (2018): Psychoonkologie in Österreich, Band 1. Wien
- [18] Schulz, Karl-Heinz; Eckert, Sandra (2016): Handbuch Psychoonkologie. Körperliche Aktivität und Tumorerkrankungen, Göttingen
- [19] Singer, Susanne; Krauß, Oliver (2013): Psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen. In: Psychoonkologie in Forschung und Praxis
- [20] Statistik Austria (2020): Krebserkrankungen in Österreich: 357.781 Betroffene, 41.389 Neuerkrankungen.
- [21] Strittmatter, G.; Mawick, R.; Tilkorn, M. (2000): Development of the Hornheide Screening Instrument (HSI) for the identification of cancer patients in. In: Journal of cancer research and clinical oncology 126, 36
- [22] Teufel, Martin; Schäffeler, Norbert; Zipfel, Stephan (2014): Computerbasiertes Screening in der Psychoonkologie: Behandlungspfade besser steuern [Online]. aerzteblatt.de.
- [23] Tilkorn, M.; Sommerfeld, S.; Strittmatter, G (1990): Lebensqualität von Patienten mit bösartigen Gesichts- und Hauttumoren - Entwicklung eines Fragebogens und erste Ergebnisse einer Studie. In: Rehabilitation 29
- [24] Weis, Joachim (2010): Qualitätssicherung in der Psychoonkologie. Kongress der ÖGPO, Bad Erlach, 23.09.2010

Anhang

Entsprechend der Empfehlungen der S3-Leitlinie sind nachfolgend sieben evidenzbasierte Screening-Instrumente abgebildet [6]. Entscheidungskriterien für deren Auswahl sind die bisherige Praxisbewährung, die Ökonomie (Kürze der Verfahren), die psychometrische Absicherung (Validität, Reliabilität), das Vorliegen von Vergleichs- und Schwellenwerten, die Auswertbarkeit und die Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten [4].

Die hier aufgenommenen Screening-Instrumente sind entweder der Fachliteratur entnommen oder von den Psychoonkologischen Fachgesellschaften bereitgestellt worden. Vor einer eventuellen Anwendung dieser Erhebungsinstrumente bedarf es jedenfalls der Klärung urheberrechtlicher und konzeptioneller Fragen mit den jeweiligen Autorinnen/Autoren bzw. Fachgesellschaften. Aus urheberrechtlichen Gründen können die Verfahren hier auch nicht barrierefrei dargestellt werden. Der Anhang ist hier zu finden: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1700>

1. Hornheider Screening-Instrument (HSI)
2. Distress-Thermometer (DT)
3. Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R10)
4. Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-BADO, PO-BADO-KF, PO-BADO-Brustkrebs)
5. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)
6. Gesundheitsfragebogen für Patienten – Depressionsmodul (PHQ-9)
7. Gesundheitsfragebogen für Patienten – Modul Generalisierte Angststörungen (GAD-7)

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)