

Hintergrund und FAQ zur Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening"

Hintergrundinformation zur neuen Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“ Zertifizierungen ab 2023

Eine wichtige Grundlage für das routinemäßige Distress-Screening ist der Nationale Krebsplan, in dem es unter Handlungsfeld 2, Ziel 9 heißt: „Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychosoziale und psychoonkologische Unterstützung.“ Um dieses Ziel zu erreichen ist es notwendig, krankheitsassoziierte psychische Belastungen, behandlungsbedürftige psychische Störungen und das subjektive Bedürfnis nach Unterstützung bei Krebspatient:innen u. ihren Angehörigen zu identifizieren. Dies kann nur mit einem routinemäßigen systematischen Distress-Screening erreicht werden. Das systematische Screening in der klinischen Routine bietet allen Patient:innen die Möglichkeit, ihren Bedarf deutlich zu machen und trägt somit zur Versorgungsgerechtigkeit bei. Daher ist es notwendig, das systematische Distress-Screening in der klinischen Routine formal zu verankern, verbunden mit der Vorgabe einer realistischen Kennzahl, d.h. mit einer Mindestquote gescreenter Patient:innen.

Zu diesem Zweck wurde auf Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (AG PSO) die Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening" als neues Zertifizierungskriterium aufgenommen. Um dem Nationalen Krebsplan zu folgen und die Psychoonkologie im Rahmen der onkologischen Diagnostik und Therapie auf Dauer zu verstetigen, halten wir es für unabdingbar, dass bei allen onkologischen Patient:innen drei Merkmale erhoben und dokumentiert werden:

1. Wurde der Patient/die Patientin auf Distress gescreent? Ja/Nein
2. War er/sie überschwellig belastet? Ja/Nein
3. Hat ein Kontakt mit der Psychoonkologie stattgefunden? Ja/Nein

Somit wird auch die Grundlage für eine Regelfinanzierung der Psychoonkologie gelegt.

Eingabe durch den Vorstand der AG PSO:

Der Vorstand der AG PSO hat 2021 in der Sitzung der Vorsitzenden der Zertifizierungskommissionen der DKG eine Eingabe zur Änderung der bestehenden Kennzahl „Psychoonkologische Betreuung“ gemacht. Hintergrundinformationen zum Vorgehen finden Sie in unseren Newslettern [Nr. 9/Nr. 10](#). Die bestehende Kennzahl wurde entsprechend unserer Eingabe geändert:

Neue Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening".

Die Sollvorgabe beträgt "≥65 %".

Kennzahl- definition	Kennzahlziel	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Plausi- bilität unklar	Soll- vorgabe
Psychoonko- logisches Distress- Screening ^a	Adäquate Rate an psychoonkologischem Distress-Screening	Patienten des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden ^b	Primärfallpatienten + Patienten mit neu aufgetretenem (Lokal-) Rezidiv und/oder Fernmetastasen (orientiert an der Definition der Grundgesamtheit für die jeweiligen Organkrebszentren)		≥ 65%

^aScreeninginstrumente können der S3 Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten entnommen werden

^bDistress-Screening beinhaltet die Durchführung eines validen Distressinstruments (analog zur BestPractice [1] oder S3 Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten)

[1] Stengel A et al. Best Practice: Psychoonkologisches Screening an Comprehensive Cancer Centers. Forum 2021;36:278-283

Darüber hinaus wurden folgende Änderungen im **Erhebungsbogen** vorgenommen (Änderungen in rot, Streichungen gestrichen):

1.4.2	<p>Psychoonkologie - Angebot und Zugang</p> <p>Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen.</p> <p>Dokumentation und Evaluation</p> <p>Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs ist es erforderlich, ein Screening zu psychischen Belastungen durchzuführen (z.B. siehe S3 Leitlinie Psychoonkologie Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“) und das Ergebnis zu dokumentieren. Der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen.</p> <p>Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu dokumentieren und zu evaluieren.</p>		
	<p>Psychoonkologische Betreuung</p> <p>Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat., ist darzustellen.</p> <p>Die Anzahl der Pat., welche eine psycho-onkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, ist zu erfassen.</p>		

Die Anforderungen für Kinderonkologische Zentren (KIO) sowie die Kennzahl „Beratung durch den Psychosozialdienst (PSD)“ bleiben hiervon unberührt.

FAQs

Warum wurde die Kennzahl „Psychoonkologische Betreuung“ geändert?

1. Die bisherige Kennzahl "Psychoonkologische Betreuung" definierte als Grundgesamtheit alle Patient:innen, die als Primärfälle, mit Rezidiven oder sekundären Fernmetastasen im Zentrum behandelt werden. Psychoonkologische Versorgung soll jedoch *bedarfsorientiert* erfolgen. Die Grundgesamtheit ist somit korrekterweise die Anzahl der versorgungsbedürftigen (psychisch belasteten) Patient:innen, die es mittels Distress-Screening zu identifizieren gilt. Das Distress-Screening erfasst routinemäßig das Ausmaß der psychischen Belastung der Patient:innen und sollte zusätzlich den Wunsch nach einem psychoonkologischen Kontakt (subjektives Bedürfnis) erheben (Empfehlung der S3-Leitlinie Psychoonkologie). Darüber hinaus ist auch die Zuweisung durch ärztliche Behandler eine Möglichkeit der Indikationsstellung; diese konsiliarischen Anmeldungen gelten allerdings nicht als Distress-Screening. Auch die Anzahl der mit einer Gesprächsdauer von ≥ 25 min psychoonkologisch betreuten Patient:innen bildet keine bedarfsgerechte Versorgung ab.
2. Da die Grundgesamtheit in der bisherigen Kennzahl nicht adäquat definiert war, konnte auch *kein plausibler Soll-Wert* an psychoonkologisch versorgten Patient:innen eines Zentrums bestimmt werden. Die Anzahl der psychoonkologisch versorgungsbedürftigen Patient:innen kann zwischen Zentren variieren, so dass in dem einen Fall eine Versorgungsquote von 25 % eine bedarfsgerechte Versorgung darstellen kann, in einem anderen Fall aber eine Versorgungsquote von 55 % nötig ist.
3. Aufgrund dieser Probleme schwankte bisher die im Kennzahlbogen definierte Plausibilitätsgrenze zwischen <15 % und >85 %. Diese Spannbreite ist so weit, dass die Umsetzung einer bedarfsgerechten psychoonkologischen Versorgung im Zentrum nicht adäquat beurteilt werden kann.

Welche Vorteile hat die neue Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“?

Die neue Kennzahl ermöglicht eine zuverlässige Ermittlung psychisch belasteter Krebserkrankter und daraus folgend eine bedarfsgerechte und zielorientierte Versorgung dieser belasteten Patient:innen. Somit können psychoonkologische Ressourcen bedarfsorientiert eingesetzt werden, um belastete Patient:innen und ihre Angehörigen zu versorgen. Die Berücksichtigung des Patient:innenwunsches (subjektives Bedürfnis nach psychologischer Unterstützung) sollte ebenfalls routinemäßig erfolgen, dieser Aspekt konnte im **Erhebungsbogen aber bislang nicht implementiert werden**.

Ab wann gilt die neue Kennzahl?

Neue Kennzahlen werden in den Sitzungen der entitätsspezifischen Zertifizierungskommissionen der DKG eingebracht und verabschiedet. Die Neuerungen bzw. Änderungen werden im Folgejahr in den Erhebungsbogen aufgenommen und wirksam. Das erste Jahr gilt als Übergangszeitraum, da bei Auditierungen jeweils das Vorjahr geprüft wird und geänderte Anforderungen nicht rückwirkend erfüllt werden können. Dies bedeutet, dass im ersten Jahr nach der formalen Einführung der Kennzahl die entsprechenden Angaben optional sind; zwei Jahre nach Einführung sind die Angaben verpflichtend. Wenn also beispielsweise die Änderung in der Sitzung der Zertifizierungskommission 2023 erfolgte, so können im Auditjahr 2024 optional Angaben für 2023 gemacht werden. Im Auditjahr 2025 hingegen müssen Aussagen zur Kennzahl für 2024 getroffen werden.

Wer soll das psychoonkologische Distress-Screening durchführen?

Analog zur Best-Practice-Empfehlung¹ obliegt die Ermittlung der psychosozialen Belastung (Distress-Screening) und des Wunsches nach psychoonkologischer Unterstützung der primär versorgenden Einheit, d.h. der Fachklinik (z.B. Ambulanz, Station). Jede versorgende Einheit (z.B. Ambulanz, Station)

¹ Stengel A et al. Best Practice: Psychoonkologisches Screening an Comprehensive Cancer Centers. Forum 2021;36:278-283

benennt hierzu eine für die Organisation des Screenings verantwortliche Person und eine Vertretung (z.B. onkologische Fachpflegekraft, Case Manager:innen). Diese Person trägt dafür Sorge, dass bei allen onkologischen Patient:innen bei Ersterkrankung, Rezidiv, Metastasen oder anderen relevanten Krankheitsereignissen ein Distress-Screening (Instrumente entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie Psychoonkologie²) durchgeführt und der ermittelte Wert dokumentiert wird. Sie trägt ebenfalls Sorge dafür, dass bei einem überschwelligen Wert oder bei einem Unterstützungswunsch der psychoonkologische Dienst informiert wird (bspw. durch eine automatisierte elektronische oder eine händische Konsilanforderung). In der Konsilanforderung wird der Wert der im Screening ermittelten Belastung bzw. der Unterstützungswunsch ebenfalls mitgeteilt.

Dies bedeutet: Zentren/Kliniken führen das Screening durch und fordern auf dieser Basis die psychoonkologische Versorgung an. Die Verantwortung für die Erhebung des Bedarfs (die Durchführung des Screenings) liegt aus zwei Gründen bei den Primärversorgern, den primär somatisch behandelnden Teams:

1. Die durch Diagnose und Therapie der onkologischen Erkrankung bestehende Belastung bei Patient:innen und Angehörigen sollte integraler Bestandteil einer ganzheitlich orientierten Medizin bleiben und nicht an ein anderes Versorgungsteam delegiert werden. Die Erhebung der Belastung und die Anforderung des psychoonkologischen Dienstes ist die Grundlage für die nach dem erfolgten Konsil/der erfolgten Versorgung anzustrebenden Rückmeldung an das primäre Behandlungsteam.
2. Es soll vermieden werden, dass verschiedene supportive Dienste (Ernährungsberatung, Physiotherapie, palliativer Dienst, Schmerztherapie, Sozialberatung, Seelsorge) eigenständig und ohne Absprache Patient:innen aufsuchen und es so zu Über-, Unter- und Fehlallokation supportiver Dienste kommt.

Bei der Durchführung eines Screenings empfiehlt sich die Abstimmung mit anderen klinischen Bereichen, die ebenfalls zu einer standardisierten Erhebung (z.B. Pflegestatus, Ernährungszustand, genetische Belastung) im Rahmen des Zentrums verpflichtet sind, mit dem Ziel, klinische Abläufe zu vereinfachen.

Was passiert, wenn ein Patient/ eine Patientin das Screening ablehnt?

Das psychoonkologische Screening erfolgt selbstverständlich auf freiwilliger Basis. Patient:innen dürfen das Ausfüllen eines Screeningbogens oder die Beantwortung von Screeningfragen ablehnen. Allerdings wird ein abgelehntes Screening nicht als durchgeführtes Screening gewertet. Dies bedeutet, dass nur Screeningbögen, die von Patient:innen selbst beantwortet wurden, für den Zähler der Kennzahl herangezogen werden. Abgelehnte Screenings sollen als solche erfasst werden. Daten zur Häufigkeit abgelehnter Distress-Screenings können hilfreich sein, um beispielsweise Abweichungen von der im Erhebungsbogen geforderten Screeningquote zu begründen.

Was passiert, wenn ein Patient/ eine Patientin nicht in der Lage ist, das Screening auszufüllen (z.B. aus körperlichen, kognitiven oder sprachlichen Gründen)?

Patient:innen, die nicht in der Lage sind, das Screening auszufüllen, sollen erfasst werden. Ggf. kann hier eine Fremdbeurteilung der psychischen Belastung erfolgen und dokumentiert werden.

² S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen, 2023; https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-051OLI_S3_Psychoonkologische-Diagnostik-Beratung-Behandlung-von-erwachsenen-KrebspatientInnen_2023-06.pdf

Gibt es eine Verpflichtung zum Screening?

Ja. Gemäß S3-Leitlinie Psychoonkologie sollen **alle** Patient:innen auf Belastung gescreent werden. Für die Zertifizierung ist ein Distress-Screening bereits seit vielen Jahren eine Vorgabe. Neu ist, dass es eine Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“ gibt, anhand derer die Quote der gescreenten Patient:innen überprüft wird. Diese Kennzahl trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass es in der klinischen Routine immer wieder Umstände geben kann, die es erschweren, dass alle Patient:innen gescreent werden. Daher definiert die Kennzahl eine Mindestquote – erstrebenswert ist aber tatsächlich, dass alle Patient:innen ein Screening erhalten.

Welche Screeninginstrumente sind zur Ermittlung der Belastung geeignet?

Das Distress-Screening erfolgt mittels eines validen Screeninginstruments (analog zur BestPractice¹ oder S3 Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten²). Dies sind z.B. das Distress-Thermometer (DT), die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), der Fragebogen zur Belastung von Krebspatient:innen (FBK) oder die Generalized Anxiety Disorder-Scale-7 (GAD-7) sowie der Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

Laut S3-Leitlinie können als Verfahren entweder ein Selbstbeurteilungsfragebogen oder klinische Screeningfragen eingesetzt werden. Falls das Screening über klinische Screeningfragen erfolgt, muss eine belastbare Dokumentation sichergestellt sein.

Ist als Screening auch eine Fremdbeurteilung möglich?

Laut BestPractice¹ kann abhängig vom klinischen Kontext auch eine Fremdbeurteilung im Sinne eines Expertenratings mittels psychoonkologischer Basisdokumentation (PO-Bado) sinnvoll sein.

Wie genau soll die „psychoonkologische Versorgung der im Screening überschwellig belasteten Patient:innen dargestellt“ werden ?

Es gibt keine Kennzahl mehr zur Erfassung der Anzahl von psychoonkologischen Gesprächen insgesamt. Neu ist, dass im Erhebungsbogen unter „Dokumentation und Evaluation“ der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Patient:innen und unter „Psychoonkologische Betreuung“ die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Patient:innen, darzustellen ist.

Die Prozesse der bedarfsgerechten psychoonkologischen Versorgung sind zu beschreiben, und die Anzahl an durchgeführten psychoonkologischen Gesprächen sollte vorgehalten werden.

Es empfiehlt sich in Zusammenarbeit mit dem/der jeweiligen Qualitätsmanagementbeauftragte:n des Zentrums eine SOP (Standard Operating Procedure) zu erstellen und im Audit zu präsentieren.

Können nur Gespräche ab einer festgelegten Dauer als psychoonkologische Gespräche gewertet werden?

Es werden alle psychoonkologischen Gespräche gezählt. Die Zeitdauer der Gespräche ist nicht mehr relevant. Allerdings sollte die Anzahl und Dauer der Gespräche erfasst werden (siehe Erhebungsbogen „Onkologische Zentren“ 1.4.4).

Welche personellen Ressourcen müssen für die Psychoonkologie nachgewiesen werden?

Quantitative Vorgaben für die personelle Ausstattung der psychoonkologischen Dienste sind im Erhebungsbogen nicht mehr vorgesehen und damit auch nicht zertifizierungsrelevant. In der S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten ist dargelegt, dass für 300 Fälle (s. Kennzahl) jährlich eine Vollzeitkraft (VK) im Psychoonkologischen

Dienst zur Verfügung stehen sollte. Ausgenommen sind Melanom- und Prostatakrebspatient:innen. In diesen Organkrebszentren ist für 500 Fälle eine VK vorgesehen^{3,4}.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die PSO Geschäftsstelle: Fr. Günther, E-Mail: pso@krebsgesellschaft.de

³S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen, 2023 https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-051OLI_S3_Psychoonkologische-Diagnostik-Beratung-Behandlung-von-erwachsenen-KrebspatientInnen_2023-06.pdf

⁴ Mehnert, A., Faller, H., Herschbach, P., Hönig, K., Hornemann, B., Petermann-Meyer, A. & Zimmermann, T. (2020). Psychoonkologischer Versorgungsbedarf in Krebszentren. *Der Onkologe*. doi:10.1007/d00761-019-00689-2.