

FAQ zur Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening"

Wer soll gescreent werden?

In allen Zertifizierungssystemen ist die zu screenende Grundgesamtheit (Nenner) definiert. In allen Zertifizierungssystemen ist dafür eine Sollvorgabe von $\geq 65\%$ vorgegeben. **Gemäß S3-Leitlinie Psychoonkologie sollen alle Patient*innen auf Belastung gescreent werden.** Die Sollvorgabe der 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. Erstrebenswert ist aber tatsächlich, dass alle Patient*innen ein Screening erhalten.

Wer soll das psychoonkologische Distress-Screening durchführen?

Analog zur Best-Practice-Empfehlung (1) 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) benennt hierzu eine für die Organisation des Screenings verantwortliche Person und eine Vertretung (z.B. onkologische Fachpflegeperson, Case Manager*innen). Diese 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 Psychoonkologie (2)) 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.

Was passiert, wenn Patient*innen das Screening ablehnen?

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 als nicht 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 Patient*innen nicht in der Lage sind, 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.

Gibt es eine Verpflichtung zum Screening?

Das Distress-Screening stellt eine der fachlichen Anforderungen im Zertifizierungssystem dar und ist für die Zertifizierung verpflichtend.

Welche Screeninginstrumente sind zur Ermittlung der Belastung geeignet?

Das Distress-Screening erfolgt mittels eines validen Screeninginstruments (analog zur Best Practice (1) oder S3 Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten (2)). 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-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?

Es kann durch eine Fremdbeurteilung der Belastung eine Versorgung ausgelöst werden (Konsil-/Versorgungsanforderung). Dies gilt jedoch **nicht** als Screening. Dieses würde eine Selbstauskunft mittels eines standardisierten Verfahrens/Instrumentes voraussetzen.

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

In Onkologischen Zentren bzw. Organkrebszentren, die Teil eines Onkologischen Zentrums sind, ist entsprechend den Vorgaben der Kapitel 1.4.5 und 1.4.6 des Erhebungsbogens für Onkologische Zentren die psychoonkologische Versorgung der Patient*innen, die im Screening überschwellig belastet waren und die der Patient*innen mit subjektivem Unterstützungsbedürfnis fortlaufend zu dokumentieren und darzustellen. Des Weiteren ist die Anzahl der Patient*innen, welche psychoonkologisch versorgt worden sind, zu erfassen (Häufigkeit und Dauer der Kontakte). Das bedeutet, dass bei onkologischen Patient*innen Folgendes erhoben und dokumentiert werden soll:

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

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 relevant. Allerdings sollte die Häufigkeit und Dauer der Kontakte erfasst werden (siehe Erhebungsbogen „Onkologische Zentren“ 1.4.5).

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 Krebspatient*innen ist dargelegt, dass „für alle onkologischen Diagnosen mit Ausnahme von Prostata- oder Melanompatient*innen für 300 Fälle pro Jahr eine psychoonkologische Vollzeitkraft zur Verfügung gestellt werden“ sollte. Für „Patient*innen mit Prostatakarzinom sowie schwarzem Melanom [sollte] für 500 Fälle pro Jahr eine psychoonkologische Vollzeitkraft zur Verfügung gestellt werden“ (2).

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

Literaturverzeichnis:

1. Stengel A et al. Best Practice: Psychoonkologisches Screening an Comprehensive Cancer Centers. Forum 2021;36:278-283.
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_2023-09.pdf.