

Handreichungen für die Erstellung von SOPs zum Onkologischen Basisscreening

Diese Handreichung dient als Grundlage zur Erstellung von SOPs zum Onkologischen Basisscreening. Die in den Handreichungen angegebenen Punkte sollen in den lokal aufgesetzten SOPs für die Onkologischen Zentren entsprechend konkretisiert werden.

1. Zweck/Ziel:

Das Onkologische Basisscreening dient der strukturierten Erfassung multidimensionaler Bedarfe bei Pat. mit einer onkologischen Erkrankung. Es trägt zur gezielten Behandlungssteuerung bei und ermöglicht die Bündelung bestehender Screeningaktivitäten innerhalb der Zentren.

Bei dem Onkologischen Basisscreening sind *mindestens* die folgenden vier Dimensionen zu erfassen:

- psychosoziale Belastungen
- körperliche Symptome
- Mangelernährungsrisiko
- sozialrechtlich relevante Fragestellungen

Darüber hinaus steht jedem Zentrum frei, weitere Screeningdimensionen zu erfassen, z.B.:

*Screening auf geriatrische Risiken für alle Patient*innen > 70 Jahre*

Bewegungstherapeutisches Screening bzgl. Einschränkungen von Bewegung und Mobilität

Screening auf Fatigue

*Erfassung der Angehörigenbelastung bei nicht heilbar erkrankten Krebspatient*innen*

Etc.

2. Verantwortlichkeiten

Jedes Zentrum definiert Prozesse und Zuständigkeiten in einer zentrumsinternen SOP, die alle Punkte des Abschnitts 4 regelt.

3. Ablaufbeschreibung

3.1 Screeningpopulation und Zeitpunkte des Screenings

Es sollen ambulante und (teil)stationäre Patient:innen des Zentrums gescreent werden.

Die Frequenz des Screenings soll bei Erstkontakt und im weiteren Verlauf Pat.-adaptiert und krankheitsverlaufsadaptiert erfolgen. Hierzu sollte in der lokalen SOP eine Vorgabe festgelegt werden.

3.2 Durchführung des Onkologischen Basisscreenings

Das Zentrum bestimmt selbst, welche Screening-Instrumente verwendet werden. Eine Auswahl an validierten Screening-Instrumenten sind in der Toolbox unter Abschnitt 6 aufgeführt. Zur Vereinfachung für die Pat. können kombinierte Fragebögen mit einem gemeinsamen Einleitungstext versehen und ggfs. in Modulen oder (validierten) Kurzversionen eingesetzt werden.

Das Screening obliegt der primär versorgenden Einheit. Jede versorgende Einheit (z.B. Ambulanz, Station, Tagesklinik, Praxis) benennt hierzu für das Screening verantwortliche Personen (z.B. onkologische Fachpflege). Das Screening kann digital oder papierbasiert erfolgen, wobei

langfristig eine IT-gestützte Erfassung angestrebt werden sollte.

Das Screening sollte die Sicht der Pat. ("patient-reported outcomes", PRO) erfassen und dafür geeignete Werkzeuge verwenden. Falls Pat. nicht auskunftsfähig sind, kann die Symptomerfassung im Ausnahmefall auch durch medizinisches Personal erfolgen.

3.3 Dokumentation des Screeningergebnisses und Prozedere bei auffälligem Screeningergebnis

Nach Durchführung des Screenings in mindestens den oben genannten 4 Dimensionen erfolgt eine Dokumentation des Ergebnisses, eine Rückmeldung an die Primärbehandelnden und die gezielte Weiterleitung überschwellig belasteter/auffälliger Pat. an die entsprechenden Fachbereiche (Sozialdienst, Psychoonkologie, Schmerztherapie/Palliativmedizin, Ernährungsberatung) zur weiteren Evaluation und ggf. Einleitung therapeutischer Maßnahmen (ggfs. in Kooperation).

4. Evaluation

Im Datenblatt des jeweiligen Zertifizierungssystems ist weiterhin allein die Kennzahl ‚Psychoonkologisches Distress-Screening‘ angegeben. Sie dient als stellvertretende Kennzahl für das gesamte Onkologische Basisscreening und steht damit für die vollständige Erfassung aller vier Screening-Dimensionen (siehe Abschnitt 1).

5. Mitgeltende Dokumente

Auflistung empfohlener Screeninginstrumente (Tab. 1) unter Berücksichtigung der Querschnittsleitlinien sowie der sonstigen Vorgaben des Erhebungsbogens:

Tab.1: Toolbox onkologisches Basisscreening (oBS) mittels PROs:

Dimensionen und Schwellenwerte häufig genutzter, validierter PROMs unter Berücksichtigung von Leitlinienempfehlungen mit Schwerpunkt auf die kürzesten Instrumente (^k).

Die Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auch andere, validierte PROMs können zum oBS genutzt werden.

D = deutsche Studien, I = Internationale Studien

Dimension:	Instrument	Reliabilität	Validität	Sensitivität, Spezifität	Schwellenwert(e)	Konsequenz	Bemerkungen	Literatur
(I) Psycho-soziale Belastungen	Distress-thermometer ^k	+ (D,I)	+ (D,I)	Se: 84% Sp: 47%	0-4: unauffällig 5-10: auffällig	Assessment Psychoonkologie	S3-LL Psychoonkologie Problemliste fakultativ	NCCN 2011 Mehnert 2006
	weitere, in der S3-LL Psychoonkologie ^[1] empfohlene PROMs: HADS, FBK, Depressionsmodul PHQ-9, GAD-7							
	Beratungs-wunsch Psycho-onkologie	-	-	-	Frage mit „Ja“ beantwortet	Assessment Psychoonkologie	S3-LL Psychoonkologie	
(II) Symptom-erfassung (Symptom-stärke)	MIDOS2 ^k (10 Items)	+ (D)	+ (D)	-	≥ 1 Einzelitem mit Angabe „mittel“ oder „stark“	Assessment Behandler-Team	Kernfragenset: + Schlafstörungen, Durchfall	Chang 2000 (ESAS) Stiel 2010 Heinzelmann 2024
	PRO-CTCAE Merkmale explizit empfohlen in S3_LL Supportiv: Mukositis, Polyneuropathie	+ (D,I)	+ (D,I)	-	≥ 1 Einzelitem mit Punktwert ≥2	Assessment Behandler-Team	S3-LL therapie Supportiv-	Basch 2014 Dueck 2015 Hagelstein 2016 Knoerzer 2025 Mitchel 2025

Dimension:	Instrument	Reliabilität	Validität	Sensitivität, Spezifität	Schwellenwert(e)	Konsequenz	Bemerkungen	Literatur
	EORTC ^{xx} QLQ-C30	+ (D,I)	+ (D,I)	Se: 0.71-0.97 Sp: 0.62-0.92	Einzelitems Körperliche Funktion < 83 Rollenfunktion < 58 Soziale Funktion < 58 Emotionale Funktion < 71 Kognitive Funktion < 75 Fatigue > 39 Schmerz > 25 Übelkeit/ Erbrechen > 8 Schlafstörungen > 50 Atemnot > 17 Appetitlosigkeit > 50 Verstopfung > 50 Durchfall > 17 Finanzielle Probleme > 17	Assessment Behandler-Team	Überschwellige Werte sind aus Pat.sicht klinisch relevant.	Giesinger 2020
Bedarf spezialisierte Palliativmedizin (SPV-Bedarf), Zielgruppe: nichtheilbare Pat.	MIDOS2 ^[2] (10 Items, Symptomstärke)	+ (D)	+ (D)	Se: 78% Sp: 72%	gewichteter Summenscore ≥ 14	Assessment spez. Palliativmedizin	S3-LL Palliativmedizin	Heinzelmann 2024
	IPOS (17 Items: Symptom-/ Problembelastung)	+ (D,I)	+ (D,I)	Se: 90% Sp: 50%	≥ 2 Items ≥ 3	Assessment spez. Palliativmedizin	S3-LL Palliativmedizin	Murtagh 2019 Müller 2023
	IPOS 6 ^k (6 Items)	+ (D)	+ (D)	Se: 79,5%	≥10	Assessment spez.		**Müller 2025

Dimension:	Instrument	Reliabilität	Validität	Sensitivität, Spezifität	Schwellenwert(e)	Konsequenz	Bemerkungen	Literatur
	Items: Symptom-/ Problem- belastung)			Sp: 64,6%		Palliativmedizin		
(III) Mangel- ernährungs- risiko	PG-SGA SF	+ (D,I)	+ (D,I)	Se:93,8% SP: 77,6% (für cut-off ≥ 6 ; Gabrielson 2013)	0–1: keine Intervention 2–3: Aufklärung 4–8: Bedarf an Intervention ≥ 9 : kritischer Bedarf / dringende Intervention ≥ 6 : moderater Ernährungszustand, möglicherweise mangelernährt	Assessment / Intervention Ernährungsmedizi n in Abhängigkeit von genutztem Schwellenwert	als PROM validiertes Instrument, empf. In S3- LL Klinische Ernährung in der Onkologie (Seite 29)	Ottery 1996 Gabrielson 2013 Erickson 2019 Singh 2024 Die Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) empfiehlt zur Diagnose einer Mangelernähru ng ein zweistufiges Vorgehen (Cederholm et al., 2025: Cederholm T, Jensen GL, Correia M, et al. The GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition:

Dimension:	Instrument	Reliabilität	Validität	Sensitivität, Spezifität	Schwellenwert(e)	Konsequenz	Bemerkungen	Literatur
								A 5-year update. Clin Nutr. 2025; 49: 11-20. PMID: 40222089. DOI: 10.1016/j.clnu.2025.03.018)
	Weitere, in der S3-LL Ernährungsmedizin empfohlene Instrumente zum Screening: NRS-2022 (Vorgabe DKG-Zertifizierung VOZ, Validierung als PROM läuft. Aktuell noch nicht publiziert (Stand 09/2026), MNA-SF, MUST							
(IV) Sozial-rechtliche Fragestellungen	Beratungswunsch differenziert: Reha / Fahrtkosten / Schwerbehinderung/ berufl. oder wirtsch. Situation / Versorgung Ang. / Kinder / häusliche Versorgung, Pflegeleistungen, Vorausplanung, z.B. PSKS26	-	-	-	≥ 1 Frage mit „Ja“ beantwortet	Assessment Sozialdienst, ggfs. auch Einbezug Krebsberatungsstellen, Sozial- oder Pflegeberatungsstellen	Psychosoziales und sozialrechtliches Kurz-Screening, PSKS26: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Themen/Onkologie/ASO-DVSG_Psychosoziales-sozialrechtliches_Kurz-Screening-PSKS26.pdf	
	PSKS26 empfohlen von ASO und DVSG, bisher keine validierten Screeninginstrumente publiziert.							

^[1] Übersicht über die psychometrischen Eigenschaften weiterer empfohlener Instrumente zum Screening auf psychosoziale Belastungen s. Tab. 8 in S3-LL Psychoonkologie

^[2] =doppelte Wichtung Prognose-signifikanter Symptome (weakness, depressive symptoms, anxiety, tiredness, pain and general well-being), alternativ: Summenscore ≥ 8 , dann: Sens 76.36, Spez 62.98

XX =krankheitsspezifische Module s. <https://qol.eortc.org/projectqol/establishing-thresholds-for-clinical-importance-for-disease-specific-eortc-questionnaire-modules>

Quellen:

NCCN-Distressthermometer: Mehnert A, et al. Neue diagnostische Verfahren: Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers - Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 2006; 54: 213-223. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.54.3.213>

HADS: Herrmann C, Buss U, Snaith RP. Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depression in der somatischen Medizin. 1995

Herschbach P, et al. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screen-ing with a cancer-specific questionnaire. British Journal of Cancer. 2004; 91:504-511. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15238979/>

FBK: Hegel MT, et al. Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. Psycho-Oncology. 2008; 17:556-560. <https://doi.org/10.1002/pon.1289>

Depressionsmodul des PHQ-9: Hegel MT, et al. Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. Psycho-Oncology. 2008; 17:556-560. <https://doi.org/10.1002/pon.1289>

GAD7: Spitzer RL, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of Internal Medicine 2006; 166:1092-1097. <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/>

PG-SGA-SF: u.a. Erickson N, Storck L, Kolm A, Norman K, Fey T, Schiffler V, et al. Tri-country translation, cultural adaptation, and validity confirmation of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment. Support Care Cancer. 2019;27(9):3499-3507.

NRS-2002: Kondrup J, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003;22(3):321-36.

MUST: Boléo-Tomé C, Monteiro-Grillo I, Camilo M, Ravasco P. Validation of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in cancer. Br J Nutr. 2012;108(2):343-8.

MNA-SF: Rubenstein L, Harker J, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(6):M366-72. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11382797/>

MUST: Boléo-Tomé C, Monteiro-Grillo I, Camilo M, Ravasco P. Validation of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) in cancer. Br J Nutr. 2012;108(2):343-8.

MIDOS2:

Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. Cancer 2000; 88: 2164-71.

Stiel S, Matthes ME, Bertram L et al. (2010) Validierung der neuen Fassung des minimalen Dokumentationssystems (MIDOS (2)) für Patienten in der Palliativmedizin: deutsche Version der Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). Schmerz 24(6):596–604. <https://doi.org/10.1007/s00482-010-0972-5>

Heinzelmann A, Tewes M, Müller S et al. (2024) Determining the cut-off value for the Minimal Documentation System (MIDOS2) screening tool to initiate specialized palliative care based on patient's subjective need for palliative support and symptom burden in inpatients with advanced cancer. J Cancer Res Clin Oncol 2024 Jul 24;150(7):360. doi: 10.1007/s00432-024-05897-x.

PRO-CTCAE:

Basch E, Reeve BB, Mitchell SA et al (2014) Development of the National Cancer Institute's Patient-Reported Outcomes Version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE). J Natl Cancer Inst 2014; 106: 1-11.

Dueck C, Mendoza T, Mitchell A (2015) Validity and Reliability of the US National Cancer Institute's Patient-Reported Outcomes Version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE). JAMA Oncol 2015 Nov;1(8):1051-9. doi: 10.1001/jamaoncol.2015.2639.

Hagelstein V, Ortland I, Wilmer A (2016) Validation of the German patient-reported outcomes version of the common terminology criteria for adverse events (PRO-CTCAETM) Annals of Oncology 27: 2294–2299, 2016 doi:10.1093/annonc/mdw422

Knoerzer D, Kron M, Schüler A et al (2025) Assessing patient-reported adverse events in oncology – a review of the PRO-CTCAE instrument. GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2025;21: Doc01. DOI: [10.3205/mibe000273](https://doi.org/10.3205/mibe000273)

Mitchel S, Basch E, Mazza G et al. (2025) Identification of meaningful individual-level change thresholds for worsening on the patient-reported outcomes version of the common terminology criteria for adverse events (PRO-CTCAE®). Quality of Life Research (2025) 34:495–507, <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03819-5>

EORTC QLQ-C30: Giesinger J, Efficace F, Groenvold M et al. (2020) Thresholds for clinical importance were established to improve interpretation of the EORTC QLQ-C30 in clinical practice and research. Journal of Clinical Epidemiology 118 (2020) 1e8

IPOS:

Murtagh FE, et al.: A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). Palliat Med 2019; 33(8): 1045-1057.

Müller E, Müller MJ, Boehlke C, Schäfer H, Quante M, Becker G. Screening for Palliative Care Need in Oncology: Validation of Patient-Reported Outcome Measures. J Pain Symptom Manage. Dezember 2023; S0885392423008540.

IPOS 6: Müller E, Müller M, Sölder P et al. (2025) Development and Validation of Integrated Palliative Care Outcome Scale Short Form for Efficient Specialist Palliative Care Screening in Oncology (ScreeningPALL): A Cross-Sectional Study. Journal of Palliative Medicine Volume 28, Number 4, DOI: 10.1089/jpm.2024.0343

Weitere Dimensionen	Instrument	Reliabilität	Validität	Sensitivität, Spezifität	Schwellenwert(e)	Konsequenz	Bemerkungen	Literatur
Beratungswünsche	Sport, Komplementär, Vorsorgedokumente, Kinderwunsch, Sexualität etc.	-	-	-	Frage mit „Ja“ beantwortet	Assessment & Zuweisung durch behandelnde Teams	Zentrums-spezifisch anpassen (abhängig von vorhandenen Angeboten)	-
geriatrische Risiken Zielgruppe: Alter ≥70:	Pro-G8	+	+	Se: 77% Sp :84%	Punktwerte ≥ 14	Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) durch geriatrisches Team	S3-LL Geriatrie	Chon 2024
Nutzung Komplementärmedizin	Fragebogen zur strukturierten Nutzung Komplementärmedizinischer	-	-	-	-	Bewertung der Auskünfte durch die behandelnden Teams	Empfohlen in der S3-LL Komplementär	S3-Leitlinie Komplementärmedizin Anhang: S3-LL_Komplementaer

Weitere Dimensionen	Instrument	Reliabilität	Validität	Sensitivität, Spezifität	Schwellenwert(e)	Konsequenz	Bemerkungen	Literatur
	Verfahren							medizin-in-der-Behandlung-von-onkologischen-PatientInnen-2021-11.pdf
Angehörigenbedarfe	CARE-PAL-Fragebogen	-	-	-	Zuordnung in 1 von 4 Klassen	Art und Umfang der psychosozialen Unterstützung abhängig von der Klassenzuordnung	multidimensional, validiert im Setting der SPV, iR Onconnect validiert für APV, kurative Therapie und Survivorship, empfohlen in S3-LL Palliativmedizin 3.0	Ullrich 2024 Onconnect-Publ. in Vorbereitung
	Zarit Burden Interview ZBI-7 und Kurzversion ZBI1	+	+	-	-	Keine Empfehlungen	Unidimensional, validiert bei Angehörigen von Demenzerkrankungen und fortgeschritten Krebserkrankten vorgeschlagen in S3-LL	Zarit 1980 Braun 2010 Kühnel 2020 (SPV)

Weitere Dimensionen	Instrument	Reliabilität	Validität	Sensitivität, Spezifität	Schwellenwert(e)	Konsequenz	Bemerkungen	Literatur
							Palliativmedizin	
	Häusliche Pflegeskala (HPS-k)	+	+	-	-	Keine Empfehlungen	unidimensional, validiert bei Angehörigen von Demenzpat., vorgeschlagen in S3-LL Palliativmedizin	Gräbel 1993 Gräbel 2014 Pendergrass 2018
Bewegungstherapeutisches Screening	Aktuell keine Empfehlung möglich, S3-LL-Bewegungstherapie in Arbeit, geplante Fertigstellung 9/26							