



A. Glaus¹ · P. Stolz-Baskett²

¹ Onkologiepflege, Tumor- und Brustzentrum ZeTuP, St. Gallen, Schweiz

² Florence Nightingale Faculty of Nursing and Midwifery, King's College London, London, UK

Erfassung psychosozialer Belastungen in der onkologischen Routine-Praxis

Wenn Menschen an Krebs erkranken, leidet die Seele am kranken Körper. Diese viel zitierte Aussage unterstreicht, dass die Integration der psychosozialen Betreuung in die onkologische Routine-Praxis notwendig ist. In diesem Beitrag geht es um die Integration der systematischen Erfassung von Belastungen (Distress) in der onkologischen Routineversorgung.

Krebskrankheiten haben auch heute noch eine besondere Bedeutung in der Gesellschaft. Trotz vieler Fortschritte in Diagnostik und Therapie erleben Betroffene diese Diagnose weiterhin als lebensbedrohlich und erschütternd. Sie führt oft in eine existenzielle Krise, welche wohl, trotz der großen Fortschritte, immer noch im Zusammenhang mit der alt bekannten Trias *Krebs, Schmerz, Tod* gesehen werden kann. Onkologische Fachpersonen müssen anerkennen, dass Krebserkrankungen und deren Behandlung eine große Belastung darstellen, an die sich Betroffene zuerst mit viel Energie adaptieren müssen [26]. Sie sind mit einem Leben mit chronischer Krebskrankheit oder gar mit unkontrollierbarem Leiden und vorzeitigem Tod konfrontiert.

» Die Fortschritte ermöglichen einer zunehmenden Zahl von Patienten ein Langzeitüberleben

Andererseits ermöglichen die Fortschritte einer zunehmenden Zahl von Patienten ein Langzeitüberleben und macht

sie zu Geheilten, die sich nicht mehr als Opfer, sondern als *Survivors* bezeichnen. Dies wiederum macht es unabdingbar, dass sich das Behandlungsteam bereits bei der ersten Therapiewahl auf die bestmögliche Lebensqualität ausrichtet, welche die Weiterführung bzw. die Rückkehr ins persönliche, familiäre und berufliche Leben gelingen lässt. Onkologische Fachleute haben sich also nicht nur mit kurzfristigen, psychologischen Auswirkungen von Krankheit und Therapie zu beschäftigen oder mit den vielseitigen Verlusten, sondern auch mit der Rehabilitation und den möglichen, posttherapeutischen Langzeitfolgen in der Survivorship-Phase.

Dies erfordert die Integration der psychosozialen Betreuung in die Routineversorgung von onkologischen Patienten, welche zunehmend als *Standard-Praxis* bezeichnet wird [14].

Im Folgenden sollen Distress und psychosoziale Betreuung bei ambulanten, onkologischen Patienten beschrieben und die Implementierung des Distress-Screenings in die Routine-Praxis zu reflektiert werden.

Distress und Lebensqualität – Schnittstelle Onkologie und Psychoonkologie

Heute liegt eine schwer überblickbare Menge an Literatur über die psychosozialen, emotionalen Belastungen und über die Lebensqualität von Menschen mit Krebskrankheiten vor. Die klinische Erfahrung zeigt, dass die Erforschung und Einschätzung der Lebensqualität und der Krankheitssymptome üblicher-

weise zur Domäne der Medizin gehören, während die Erfassung der psychosozialen Belastungen, die letztlich ein ausschlaggebendes Element der Lebensqualität sind, eher der Psychoonkologie zugeordnet wird. Dabei gibt es mittlerweile viel Evidenz, dass psychosoziale Interventionen in der Linderung von Symptomen, wie Fatigue und Schmerz, Angst und Depression wirksam sind [23], was vom onkologischen Behandlungsteam erfolgreich genutzt werden kann. In der Routineversorgung sind die Belastungen der Patienten beobachtbar und deshalb scheint es sinnvoll, den Bereich der emotionalen Bedürfniserfassung primär in der klinischen Onkologie anzusiedeln.

Förderung der Kommunikation im onkologischen Behandlungsteam

Bereits vor Jahren wurde beschrieben, dass die Erfassung von Lebensqualitätsdaten die Kommunikation zwischen Onkologen und Patienten verbessere [6]. Ein Screening im primären Versorgungsteam kann sich positiv auswirken, z. B. rückt die Patientenperspektive in den Vordergrund, welche einen patientenzentrierten Ansatz fördert [5]. Gerade diese Gespräche können als relevanter Anteil der psychoonkologischen Grundversorgung, welche in vielen Situationen durch das primäre Ärzte- und Pflegepersonal in der Routine-Praxis geleistet wird, gesehen werden. Neuere Berichte weisen auf einen positiven Einfluss des Screenings auf die Patienten-Betreuer-Kommunikation, auf die Bedürfniswahrnehmung

Tab. 1 Fünf Schritte im psychosozialen Distress-Screening. (Nach [17])

1	Screening
2	Evaluation
3	Überweisungen
4	Follow-up
5	Dokumentation, Qualitätsverbesserung

und die Patientenzufriedenheit hin [16]. Auch die Patientenzufriedenheit mit dem Distress-Screening wurde als gut beschrieben [16, 18].

Eine bedeutsame Voraussetzung dazu sind die kommunikativen Fähigkeiten der Betreuer. Botti et al. stellten bei Pflegenden fest, dass ein Distress-Screening sich auf Betreuer auswirkt, indem sie Beziehungen entstehen lässt, Betreuende in die emotionale Welt der Patienten hineinzieht und Kommunikationsprozesse beeinflusst [3]. In diesem Sinne können Mitglieder des Behandlungsteams durch die Aufgabe der Bedürfniserfassung psychoonkologische Förderung und Kompetenz erfahren, was aber auch die nötige Schulung voraussetzt.

Distress – ein Sammelbegriff

Der Begriff Distress, in der deutschen Sprache auch als *emotionale, psychosoziale Belastung* umschrieben, kann als Sammelbegriff bezeichnet werden. Er umfasst die emotionalen und psychosozialen Reaktionen der Betroffenen und ihrer Angehörigen auf die Krebskrankheit und deren Therapie. Das National Comprehensive Cancer Network (NCCN) beschäftigt sich wegleitend mit der Definition und dem Assessment dieser Belastungen, weshalb in diesem Beitrag dessen international angewandte Definition verwendet wird. Das Distress-Management-Panel des NCCN definiert Distress bei Krebskranken so:

„Distress ist eine multifaktorielle, unangenehme, emotionale Erfahrung psychologischer Natur, z. B. kognitiver, verhaltenspsychologischer, emotionaler, sozialer und/oder spiritueller Art, welche mit der Fähigkeit interferieren kann, die Krankheit und deren physische Symptome und die Behandlung zu bewältigen. Distress bewegt sich entlang einem Kon-

tinuum von normalem Empfinden der Verletzlichkeit, Traurigkeit und Angst bis hin zu Problemen, die zur Invaliderität führen, wie z. B. Depression, Angst, Panik, soziale Isolation und existenzielle und spirituelle Krise“ [22].

» Das Distress-Management betrifft diverse Berufsgruppen

Diese Definition ist multidimensional und spiegelt ein Verständnis von ganzheitlicher Betreuung. Diverse Berufsgruppen sind im Distress-Management angesprochen. Zentral bleibt aber das primäre, onkologische Behandlungsteam, wenn es um die Wahrnehmung der Belastungen geht. Mit einem einfachen, systematischen Distress-Screening, welches Teil des Belastungsmanagements ist, können Menschen mit hoher Belastung leichter identifiziert werden.

Distress-Screening – bereits Standard der onkologischen Betreuung?

Die NCCN-Guidelines geben die Integration des psychosozialen Belastungsmanagements für alle Patienten vor [22]. Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass dieses Ziel vielerorts noch nicht erreicht ist. So werden Integrationsversuche in verschiedenen Settings beschrieben [4, 27]. Ein nationaler Survey bei 1000 amerikanischen Onkologen, Mitglieder der American Society of Clinical Oncology (ASCO), hat den Bekanntheitsgrad der NCCN-Guidelines bezüglich Distress-Management und die Methode des Screenings aufgezeigt. Von den antwortenden Onkologen (46 %) kannte ein Drittel die NCCN-Guidelines. Zwei Drittel von ihnen gaben an, ein Routine-Screening durchzuführen, jedoch nur 14 % benutzten ein Instrument. Die Schlussfolgerung war, dass die gewünschte Anwendung der NCCN Guidelines nur teilweise erfolgt ist [25]. Allerdings könnte die Entwicklung der Akkreditierung in onkologischen Institutionen auf internationaler Ebene das Belastungsmanagement schneller als erwartet voranbringen. Die American College of Surgeons (ACoS) Commission on Cancer (CoC) hat die Implementie-

rung des psychosozialen Distress-Screenings – und wo nötig die Überweisung an die Psychoonkologie – als patientenzentriertes Kriterium für die Akkreditierung definiert [30]. Die Amerikanische Gesellschaft für Psychoonkologie und für onkologische Sozialarbeit sowie die Onkologie-Pflegegesellschaft unterstützen diesen Standard und erkennen damit an, dass unerkannte Bedürfnisse besser wahrgenommen werden können. Auch in Europäischen Ländern fordern Zertifizierungsbehörden mittlerweile die Integration psychoonkologischer Unterstützung als Bestandteil der onkologischen Therapie in Leitlinien [29] oder gar eine spezifische Anwendung eines Belastungsscreenings als Qualifikationskriterium [28].

Ein Distress-Screening kann nur dann Erfolg versprechen, wenn Professionelle die verbesserte Betreuung wirklich voranbringen wollen. Dies bedingt eine Klärung von Rollen, Ressourcen, Organisationsprozessen und erfordert Motivation, Planung, Schulung und Evaluation. Die American Psychosocial Oncology Society (APOS) und die Yale School of Nursing lancierten 2014 das Routine-Belastungsscreening als ein Programm in 5 Schritten (■ Tab. 1). Diese Schritte sind konsistent mit den NCCN-Distress-Management-Guidelines und den neuen Akkreditierungskriterien des American College of Surgeons Commission on Cancer. Lazenby et al. beschreiben diese Schritte des Programms im Detail für das interdisziplinäre Onkologie-Team [17]. Ein Qualitätsstandard gibt die Umsetzung der Strategie zur Implementierung des Belastungsscreenings vor und verheißt so mehr Adhärenz zu einem systematischen Distress-Management-Programm.

Distress-Screening – wann, bei wem, wie und wie häufig?

Eine bedeutende Entwicklung ist, dass die Belastungen in der heutigen Zeit als ein normaler Teil der Erfahrung mit der Krankheit anerkannt werden und dass es keine Schande ist, wenn man psychoonkologische Unterstützung wahrnehmen will. Tatsächlich zeigt die klinische Erfahrung, dass dies den teilweise stigmatisierten Patienten auch immer wieder be-

Onkologie 2016 · 22:622–630 DOI 10.1007/s00761-016-0056-y
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

A. Glaus · P. Stolz-Baskett

Erfassung psychosozialer Belastungen in der onkologischen Routine-Praxis

Zusammenfassung

Hintergrund. Krebserkrankungen bringen eine Vielzahl von körperlichen, seelischen und sozialen Belastungen mit sich. Das onkologische Team ist herausgefordert, den Menschen in seiner Ganzheit zu begleiten. Die Integration der psychosozialen Betreuung in das Behandlungssetting wird heute als Standard bezeichnet. Dies bedingt eine Screening-Methode im onkologischen Team, damit Patienten mit Bedarf an Betreuung identifiziert werden können.

Ziel. Ziel ist die Beschreibung des Distress-Screenings als Teil des Distress-Managements in der onkologischen Routinepraxis, mit Diskussion und Anregungen zur Implementierung.

Material und Methoden. Selektive Literaturübersicht PubMed. Auseinandersetzung mit

Forschungsergebnissen und Reflektion von Beobachtungen aus der Praxis.

Ergebnisse. Obwohl die psychosoziale Betreuung heute als Teil der onkologischen Routineversorgung bezeichnet wird, folgt die Umsetzung der systematischen Erfassung von Belastungen nur zögerlich. Das validierte Distress-Thermometer (in deutscher Sprache) des National Comprehensive Cancer Networks eignet sich zur Selbsterfassung der Belastungen. Die Implementierung eines Screenings erfordert die Klärung, wer, wann, bei wem, wie und wie oft das Screening vornimmt und was die Antworten auf die Resultate sein können. Die Machbarkeit der Integration des Distress-Screenings in der Praxis wurde bestätigt. Die Kommunikation wird dadurch gefördert und die Rolle der Pflegenden bereichert.

Schlussfolgerung. Die Screening-Methode zur Identifikation von Personen mit hoher Belastung mittels Distress-Thermometer in der onkologischen Routinepraxis scheint machbar und wirksam. Die Implementierung der Methode ist anspruchsvoll. Das Psychotherapie-Team kann seine Ressourcen für die Patienten mit hoher Belastung einsetzen, während die Mehrheit der Patienten mit moderater Belastung durch das onkologische Team betreut wird.

Schlüsselwörter

Distress · Distress-Thermometer · Distress-Screening · Psychoonkologie · Implementierung

Identifying psychosocial distress in routine practice

Abstract

Background. Cancer and its treatment are associated with a large variety of physical, psychological and social distress. The oncology team is challenged to provide patients with much more than medical and physical care. Although the integration of psychosocial care is seen as a standard today, the systematic assessment of psychosocial distress still seems to be neglected.

Objective. To describe distress screening as part of distress management in routine oncology practice and to discuss benefits and challenges of implementation.

Material and methods. A selective literature review was conducted in PubMed. Research findings were critically explored and observa-

tions from clinical practice and research were reflected.

Results. Although integration of psychosocial care in routine oncology practice is considered as standard today, the implementation of a systematic assessment of distress follows only hesitantly. The use of the distress thermometer (in German) developed by the National Comprehensive Cancer Network is recommended for screening. The implementation of screening as a program requires clarification on who, when, for whom, how and how often screening should take place and what the response to the results should be. The feasibility of a distress screening program in clinical practice was confirmed. It

has been found to improve communication and to enrich the role of oncology nurses.

Conclusion. Screening for high degrees of distress in patients with cancer has been shown to be feasible and effective. For the oncology team the implementation remains challenging. The psycho-therapeutical team can direct its resources towards persons identified as having severe distress, while the majority of patients with moderate degrees of distress are cared for by the oncology team.

Keywords

Distress · Distress thermometer · Distress screening · Psycho-oncology · Implementation

stätigt wird, unabhängig von der Krankheitsphase, in der sie sich befinden.

In der Literatur finden sich Hinweise auf Patientenpopulationen, welche einem erhöhten Distress-Risiko ausgesetzt sind [12, 20]. Diverse Leitlinien empfehlen jedoch die Durchführung des Distress-Screenings bei allen neuen Tumorkranken, unabhängig von Krankheit, Therapie, Alter oder Geschlecht.

Giese-Davis et al. stellten fest, dass im Vergleich junge Männer am häufigsten praktische Probleme äußerten und Unterstützung durch psychosoziale Diens-

te in Anspruch nehmen wollten. Jungen Frauen mit ebenso vielen Problemen nahmen hingegen die supportiven Dienste häufiger dann in Anspruch, wenn sie unverheiratet waren [11].

Bezüglich Zeitpunkt und Häufigkeit der Bedürfniserfassung lassen sich Erst-diagnose, Therapieabschluss, Rezidiv, Überleitung in die palliative Phase oder auch Langzeitüberleben als Meilensteine definieren.

Mehrere Gesellschaften haben Standards und Guidelines zu den Prinzipien des praktischen Screenings publiziert,

z. B. die American Society of Clinical Oncology (ASCO; [2]). Maßgebend für die Implementierung dürften die Ressourcen im onkologischen und im psychoonkologischen Team sein. Selbstverständlich kann ein Screening bei klinischer Indikation oder in verkürzten Abständen wiederholt werden. Wenn mit dem Distress-Screening auch die Therapietoxizität erfasst werden soll, was wohl nur bedingt möglich ist, können andere Regeln gelten. So zeigte die Studie von Hess, dass bei Patienten unter Radiotherapie ein Screening jede zweite Woche einem optimalen

Intervall für die Identifikation von Distress durch Nebenwirkungen entsprach [13].

Wer übernimmt das Distress-Screening im onkologischen Team?

Es gibt bisher nur wenig Publikationen dazu, wie die Integration des Distress-Screenings in die Routine-Praxis konkret am besten gelingen kann. Lokale Besonderheiten müssen berücksichtigt werden. Beschrieben wird die Abgabe des Distress-Thermometers gleich am Empfang in der Ambulanz [20]. Die Erfahrung zeigt, dass sich die Abgabe des Formulars vor der Arztkonsultation durch die Onkologie-Pflegefachkraft als vorteilhaft erweisen kann. Sie vermittelt den Patienten bei der Abgabe Interesse an ihrem ganzheitlichen Wohlergehen und kann nach dem Ausfüllen gleich einen Blick auf das Ergebnis werfen. Im Sinne der Screening-Praxis (unter oft hektischen Umständen) bespricht die Pflegefachperson die Resultate nur kurz und hält mit dem Patienten fest, ob helfende Maßnahmen, wie z. B. die Unterstützung durch den Sozialdienst, die Assistenz durch eine Haushalthilfe, finanzielle Abklärungen oder eine psychologische Begleitung vorzusehen sind. Die Maßnahmen können zu einem späteren, weniger hektischen Zeitpunkt bearbeitet werden. Das kurze Gespräch wird stichwortartig dokumentiert und die Kopie des Screening-Formulars den Akten für die Arztkonsultation beigelegt. Diese erste Selbsteinschätzung verhilft so auch dem Arztdienst zu einer ersten, gezielten, patientendefinierten Symptomerfassung.

Das Screening-Gespräch durch Pflegendende kann zu einer guten Grundlage für zukünftige Begegnungen werden. Sie erhalten konkrete Hinweise auf die Bedürfnisse und gleichsam eine Legitimation, sich um psychosoziale Belange zu sorgen (Daten der Autorin, noch unveröffentlicht). Diese teaminterne, psychoonkologische Aktivität kann der Pflege Mehrwert und eine positive Entwicklung der Berufsrolle ermöglichen [10].

Mögliche Barrieren für ein Distress-Screening

Eine Untersuchung von Mitchel et al. zeigt, dass ein Drittel der befragten Kliniker das Distress-Screening als nutzlos und unpraktisch für die Routine-Praxis beurteilten, während jedoch über 50 % die Förderung der Kommunikation und Anerkennung zum Ausdruck brachten [21]. Da Motivation ein treibender Faktor sein dürfte, bleibt hier eine mögliche Barriere zu überwinden.

» Knappe Ressourcen verhindern die Erfassung der Patientenbedürfnisse

Aber auch die Knappheit an Ressourcen macht es zunehmend schwierig, angepasst auf die Patientenbedürfnisse einzugehen. Inzwischen wurden Modelle beschrieben, welche die Machbarkeit stützen [21, 24]. Veränderungsbereitschaft und Flexibilität und eine gewisse Priorisierung der Dienstleistungen sind zu klären.

Es wurde argumentiert, dass die Zusatzkosten für ein Distress-Screening nicht mit einer verbesserten Gemütslage der Patienten korrelierten [15]. Es scheint fragwürdig, ob dieser Zusammenhang bei so vielen Einflussvariablen wirklich hergestellt werden kann. Die Praxiserfahrung zeigt, dass mit einem 10-minütigen Aufwand die Identifikation von 10 % der Patienten mit einem schwerwiegenden Problem gelingen kann. Ob ein Distress-Screening die Gesamtkosten antreibt oder gar reduziert, bleibt zu untersuchen.

Distress-Thermometer als erprobtes Instrument

Das Distress-Screening erfordert ein passendes Instrument mit ausgewiesener Reliabilität und Validität, d. h. es muss erwießenermaßen genau und zuverlässig messen – und es muss wirklich messen, was es messen soll. Es muss kurz und einfach in der Anwendung, gut tolerierbar und kostengünstig sein. In der Alltagspraxis muss es rasch diejenigen

Menschen identifizieren, die von einem tieferen Assessment profitieren könnten.

» Das Instrument sollte primär ein Indikator für eine Triage sein

Das Instrument muss also primär als Indikator für eine Triage dienen, nicht als Assessment-Instrument [10].

In den letzten Jahren wurden viele Studien publiziert, welche sich mit Screening Instrumenten beschäftigten. Ein sich veränderndes Verständnis von Distress führte zur Entwicklung weiterer Instrumente, die auch physische Symptome und Supportive-Care-Bedürfnisse beinhalten und insbesondere das Selbst-Assessment der Patienten ermöglichen. Das heute wohl am meisten verwendete Instrument in der klinischen Praxis ist der Distress-Thermometer (Belastungsthermometer) und die dazugehörige Problemliste [22]. Beim Belastungsthermometer kann die Intensität der Belastung (für die Zeitperiode von heute und vergangener Woche) zwischen 1 und 10 eingezeichnet und auf der Problemliste mit 39 Items das Vorhandensein von praktischen, familiären, emotionalen und spirituellen Problemen sowie körperlichen Störungen oder Symptomen angekreuzt werden. Die Problemliste umfasst auch Themen, welche sowohl von Patienten als auch von Betreuern häufig nicht gerne aktiv angesprochen werden, wie z. B. sexuelle Störungen oder finanzielle Sorgen. Die konkreten Patientenangaben weisen damit auf die spezifischen Quellen der Belastung hin. Diese Identifikation der Probleme erlaubt das gezielte Ansprechen und kann Ausgangspunkt für weitere Gespräche, Analysen oder für die Triage sein.

Das Distress-Thermometer wurde vom NCCN entwickelt, getestet und wird weltweit in der psychoonkologischen Forschung angewandt und als Instrument in der onkologischen Routineversorgung empfohlen. Im Jahr 2014 konnten 21 nichtenglische Sprachversionen des Instruments identifiziert werden, von denen 18 wissenschaftlich validiert wurden [9]. Eine psychometrisch getestete Version in deutscher Sprache liegt vor [20].

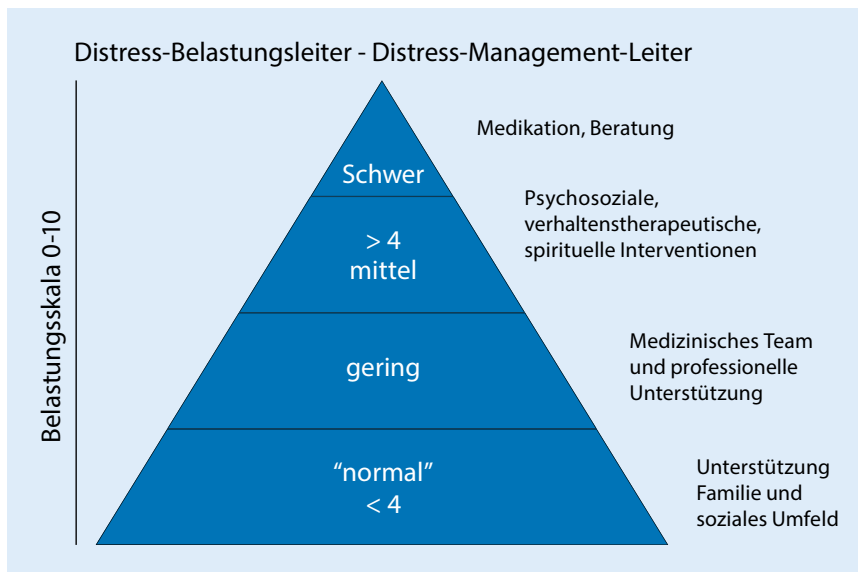


Abb. 1 ▲ Distress-Belastungs- und Management-Leiter. Darstellung in Anlehnung an die WHO-Schmerzleiter. (Nach [22])

Mittlerweile gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die *elektronische Erhebung* der Distress-Daten durch die Patienten gut funktioniert und akzeptiert wird. Die sofortige Online-Verfügbarkeit der Daten und auch die Möglichkeit eines sofortigen Ausdrucks für die Krankengeschichte sind wichtige Vorteile für die klinische Praxis.

» Patienten ziehen eine Papierversion des Assessmentbogens der elektronischen Version vor

Interessanterweise wird jedoch beobachtet, dass die Patienten selber eine Papierversion des Assessmentbogens immer noch der elektronischen Version vorziehen. Auch scheint der Zeitaufwand für die Instruktion der Patienten für die elektronische Datenerhebung am Computer größer als zum Ausfüllen eines Formulars auf Papier [8].

Interpretation der Belastungsscores – „cut-off point“ für eine Intervention

Ein Belastungsscore von mehr als 4 (zwischen 0 und 10) auf dem Belastungsthermometer wurde von einigen Autoren als „cut-off point“ definiert, bei welchem ein gezieltes Nachfragen und allenfalls eine

Überweisung an Fachspezialisten erfolgen sollte. Andere Autoren beschreiben einen Score von mehr als 7 als ausschlaggebend für die Überweisung an die Psychoonkologie [27]. Bulli et al. ermittelten bei Patienten in der Rehabilitationsphase einen Score von mehr als 7, um genügend Spezifität zu erreichen, d. h., um damit auch der Verhütung unnötiger Überweisungen und einer definierten Kosten-Nutzen-Rechnung gerecht zu werden [4]. Cut-off-Scores stehen aber auch im Zusammenhang mit der Krankheits- oder Therapiephase. Ma et al. stellten fest, dass ein Cut-off-Score von 4 für eine Intervention generell ein optimaler Wert sei, dass in der aktiven Behandlungsphase jedoch ein Score von 6 adäquater und in der Phase der Palliation und in der Nachsorge (Survivorship) 4, respektive 6 der optimale Cut-off-Score wäre [19]. Das NCCN empfiehlt einen Cut-off-Score von 4 [22].

Das NCCN schlägt das Distress-Management auf verschiedenen Stufen entsprechend diesen Distress-Scores vor, analog zu der Schmerzleiter der WHO, (Abb. 1; [22]).

Grundsätzlich können Patienten bei der Screening-Besprechung aber auch selber entscheiden, ob sie Hilfe in Anspruch nehmen wollen oder nicht. Bei hohen Werten eine automatische Überweisung an den psychologischen Dienst

vorzunehmen, scheint nicht unproblematisch. Das Prinzip der Autonomie des Patienten kann als Argument dagegen sprechen. Andererseits kann argumentiert werden, dass das emotionale Leiden, genauso wie das körperliche, automatisch durch Fachspezialisten mitgetragen werden sollte.

Führt ein Screening zu mehr Überweisungen an die Psychoonkologie?

Es wird allgemein angenommen, dass ein Distress-Screening die Überweisungen von Patienten an die Psychoonkologie erhöhen müsste. Wiederholt wurde jedoch festgestellt, dass die Überweisungsrate enttäuschend tief bleibt [10, 25]. Admiraal et al. stellten fest, dass 13 % von 1297 onkologischen Patienten eine Überweisung an die Psychoonkologie wünschten, dass 21 % eine Überweisung in Betracht gezogen und dass 66 % keine Überweisung wünschten [1]. Auch Chiang berichtet, dass nur gerade 11 % von total 835 wiederkehrenden Tumorpatienten überwiesen wurden – mit den Hauptproblemen Besorgtheit, Fatigue, Schmerz, Nervosität, Depression und Traurigkeit [7]. Es kann argumentiert werden, dass viele der Belastungen onkologischer Patienten andere Hilfeleistungen erfordern als psychologische Unterstützung, z. B. soziale Unterstützung, Hilfe im Haushalt oder finanzielle Unterstützung – Angebote, welche keine Überweisung an die Psychoonkologie erfordern. Diese Gründe sprechen für ein Screening durch ausgebildete Pflegenden. In ihrer Schlüsselposition sind sie gewohnt, die multidimensionalen Patientenbedürfnisse zu erheben und Interventionen im multidisziplinären Team zu koordinieren. Erfahrungen aus Kanada zeigen, dass es Pflegenden hilft, das Patientengespräch aufgrund der Erhebung zu führen und damit direkt auf die spezifischen Probleme einzugehen [10].

Es bleibt anzunehmen, dass ein systematisches Distress-Screening im Lauf des Krankheitsverlaufs insgesamt zu mehr Überweisungen an die Psychoonkologie führt. Dennoch ist es bisher Tatsache, dass etwa zwei Drittel der Patienten keine Dienste der Psychoonkologie in Anspruch nehmen wollen. Eine Hypothese

se ist die, dass die psychoonkologischen Aktivitäten des primären Behandlungsteams den größeren Anteil der psychologischen Bedürfnisse selbst zur Zufriedenheit der Patienten abdecken können. Erfahrungsgemäß erwähnen Patienten oft, dass sie die Unterstützung durch Familie und Freunde der professionellen Hilfe vorziehen. Es ist anzunehmen, dass es auch heute noch ein Stigma darstellt, psychologische Betreuung in Anspruch zu nehmen. Dann bleibt es umso wichtiger, dass das primäre Behandlungsteam die Bedürfnisse wiederholt misst und Hilfeleistungen evaluiert.

Eines ist indessen klar: Voraussetzung für die Einführung eines Distress-Screenings ist der Anschluss des onkologischen Teams an ein Team von Psychotherapeuten, welches Entspannung, Psychoedukation, Einzel- oder Gruppengespräche oder auch Paar-/Familieninterventionen anbieten kann.

Fazit für die Praxis

- Die Integration eines definierten Distress-Managements in der Onkologie wird heute als Standard definiert [14].
- Das Distress-Management als patientenorientiertes Qualitätskriterium wird zunehmend erforderlich für die Akkreditierung onkologischer Zentren.
- Das Distress-Screening ist ein Programm und umfasst 5 Schritte [17].
- Die Motivation der Stakeholders ist unentbehrlich für den Erfolg der Implementierung des Distress-Screenings.
- Das systematische Distress-Screening erfolgt idealerweise im primären, onkologischen Versorgungsteam.
- Die Implementierung der Erfassung der Belastungen durch ein Distress-Screening fordert onkologische Teams heraus, Instrumente, Prozesse, Verantwortlichkeiten und Strukturen im interdisziplinären Team zu definieren. Wer macht was, wie, bei wem, wann und wie häufig?
- Das systematische Distress-Screening fördert die wirksame Patienten-

tenkommunikation im primären Behandlungsteam.

- Das Distress-Screening kann der Pflege Mehrwert verleihen.

Korrespondenzadresse



Dr. A. Glaus, PhD, MSc, RN
Onkologiepflege, Tumor- und Brustzentrum ZeTuP
Rorschacherstrasse 150,
9006 St. Gallen, Schweiz
agnes.glaus@zetup.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Glaus und P. Stolz-Baskett geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Admiraal JM, Nuenen FM van, Burgerhof JG (2016) Cancer patients' referral wish: effects of distress, problems, socio-demographic and illness-related variables and social support sufficiency. *Psychooncology* doi:10.1002/pon.4067
2. American Society of Clinical Oncology (ASCO) http://www.nccn.org/physician_gls/index.html. Zugegriffen: 30. März 2016
3. Botti M, Endacott R, Watts R et al (2006) Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nurs* 29(4):309–316
4. Bulli F, Miccinesi G, Maruelli A et al (2009) The measure of psychological distress in cancer patients: the use of distress thermometer in the oncological rehabilitation center of florence. *Support Care Cancer* 17:771–779
5. Bultz BD, Groff SL, Fitch M et al (2011) Implementing screening for distress, the 6th vital sign: a Canadian strategy for changing practice. *Psychooncology* 20(5):463–469
6. Carlson LE, Bultz BD (2003) Cancer distress screening. Needs models and methods. *J Psychosom Res* 55:403–405
7. Chiang AC, Buia AS, Corjulo D et al (2015) Incorporating patient-reported outcomes to improve emotional distress screening and assessment in an ambulatory oncology setting. *J Oncol Pract* 11(3):219–222
8. Dinkel A, Berg P, Pirker C et al (2010) Routine psychosocial distress screening in radiotherapy: implementation and evaluation of a computerised procedure. *Br J Cancer* 103(10):1489–1495
9. Donovan KA, Grassi L, McGinty HL, Jacobson PB (2014) Validation of the distress thermometer worldwide: state of the science. *Psychooncology* 23(3):241–250
10. Fitch M (2011) Screening for distress: a role for oncology nursing. *Curr Opin Oncol* 23:331–337
11. Giese-Davis J, Waller A, Carlson LE et al (2012) Screening for distress, the 6th vital sign: common problems in cancer outpatients over one year in

usual care: associations with marital status, sex and age. *BMC Cancer* 12:441

12. Herschbach P, Keller M, Knight L et al (2004) Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer specific questionnaire. *Br J Cancer* 91:504–5011
13. Hess C, Singer M, Aliasgher K et al (2015) Optimal frequency of psychosocial distress screening in radiation oncology. *J Oncol Pract* 4:298–302
14. Holland JC, Anderson B, Breitbart WS et al (2013) Distress management. *J Natl Compr Canc Netw* 1:190–209
15. Hollingworth W, Metcalfe C, Mancero S et al (2013) Are needs assessments cost effective in reducing distress among patients with cancer? A randomised controlled trial using the distress thermometer and problem list. *J Clin Oncol* 31(29):3631–3638
16. Hughes KL, Sargent H, Hawkes AL (2011) Acceptability of the distress thermometer and problem list to community-based telephone cancer helpline operators and to cancer patients and carers. *BMC Cancer* 11:46
17. Lazenby M, Hui T, Pasacreta N et al (2015) The five steps of comprehensive psychosocial distress screening. *Curr Oncol Rep* 17:22 doi:10.1007/s11912-015-0447-z
18. Lynch J, Goodhart F, Saunders Y, O'Connor SJ (2011) Screening for psychological distress in patients with lung cancer: results of a clinical audit evaluating the use of the patient distress thermometer. *Support Care Cancer* 19:193–202
19. Ma X, Zhong W, Wang F et al (2014) The diagnostic role of a short screening tool—the distress thermometer: a meta-analysis. *Support Care Cancer* 22:1741–1755
20. Mehnert A, Müller D, Lehmann C, Koch U (2006) Die deutsche Version des NCCN Distress Thermometers. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 54(3):213–223
21. Mitchell A, Lord K, Slattery J et al (2012) How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer* 118(24):6260–6269
22. NCCN Guidelines Version 3.2015. Distress Management. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf. Zugegriffen: 30. März 2016
23. Osborn RL, Democada AC, Feuerstein M (2006) Psychosocial intervention for depression, anxiety and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med* 36:13–34
24. Passalacqua R, Annunziata M, Borreani C et al (2016) Feasibility of a quality improvement strategy integrating psychosocial care into 28 medical cancer centers (HuCare project). *Support Care Cancer* 24(1):147–155
25. Pirl WF, Murriel A, Hwang V et al (2007) Screening for psychosocial distress: a national survey of oncologists. *J Support Oncol* 5:449–404
26. Razavi D, Stiefel F et al (1999) Psychiatric disorders in cancer patients. In: Klastersky J, Schimpf S, Senn HJ (Hrsg) *Supportive Care in Cancer. A Handbook for Oncologists*, 2. Aufl. Marcel Dekker, New York, 345–366
27. Roli A, Borreani C, Bosisio M et al (2016) The OECL model: the experience of INT Milan with a focus on the integration of psycho-oncology Support. *Tumori* 29(Suppl):101
28. Schweizerische Gesellschaft für Senologie, Krebsliga Schweiz (2015) Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Brustzentren. http://assets.krebsliga.ch/downloads/qualitaetskriterien_d.pdf. Zugegriffen: 31. März 2016

29. S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms 2015. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL, Kurzversion 3.0. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OL_k_S3_Brustkrebs. Zugegriffen: 31. März 2016
30. Wagner LI, Spiegel D, Pearman T (2013) Using the science of psychological care to implement the new american college of surgeons commission on cancer distress screening standard. *J Natl Compr Canc Netw* 11(2):214–221

Galenus-von-Pergamon-Preis 2016



15 Arzneimittel-Innovationen sind im Rennen

Herausragende Arzneimittel-Innovationen werden in Deutschland alljährlich mit dem nationalen Galenus-von-Pergamon-Preis gewürdigt. Für den von der Springer Medizin Verlag GmbH gestifteten Preis sind in diesem Jahr 15 Bewerbungen eingereicht worden.

Der Preis wird in den Kategorien „Primary Care“, „Specialist Care“ und „Orphan Drugs“ vergeben. Um den Preis können sich Arzneimittel-Innovationen bewerben, deren deutsche Zulassung und Markteinführung in der eingereichten Indikation nicht länger als drei Jahre zurückliegen.

Über die Zuerkennung des Preises entscheidet ein Kollegium von 14 unabhängigen Wissenschaftlern, die Mediziner oder Pharmazeuten sind. Diese Jury bestimmt in einem Vorentscheid maximal fünf Kandidaten in jeder Kategorie, die an der Endrunde teilnehmen. Welches Arzneimittel mit dem Galenus-Preis gewürdigt wird, darüber entscheidet das Kollegium am Tag der Preisverleihung am 20. Oktober in Berlin.

Opdivo® (Nivolumab)

In der Behandlung fortgeschrittener Krebserkrankungen gehören immunonkologisch wirkende Medikamente wie die Immun-Checkpoint-Inhibitoren inzwischen zu den etablierten Therapieoptionen: sie aktivieren und verstärken die gegen den Tumor gerichtete körpereigene Immunabwehr.

Nivolumab (Opdivo®) von Bristol-Myers Squibb wurde im Juni 2015 als erster PD-1-Immun-Checkpoint-Inhibitor in der EU zur Monotherapie von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom zugelassen und in Deutschland auf den Markt gebracht. Im Mai 2016 erfolgte EU-weit die erste Zulassung von Nivolumab in Kombination mit Ipilimumab (Yervoy®), ebenfalls einem Immun-Checkpoint-Inhibitor, für diese Indikation. Außerdem ist das Medikament zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit und ohne Plattenepithelhistologie nach vorheriger Chemotherapie zugelassen sowie zur Monotherapie bei Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach Vortherapie. Die Verstärkung der Immunreaktion führte bei einem relevanten Anteil von Tumorpatienten im Vergleich zur bisherigen Standardtherapie zu einem deutlichen Überlebensvorteil.

Quelle und weitere Infos:
www.aerztezeitung.de