

Hintergrund und FAQ zur Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening"

Hintergrund zur neuen Kennzahl „Psychoonkologisches Distress Screening“ Zertifizierungen ab 2023

Eingabe durch den PSO-Vorstand:

Der Vorstand der PSO hat 2021 in der Sprechersitzung der Zertifizierungskommissionen der DKG eine Eingabe zur Änderung der bestehenden Kennzahl „Psychoonkologische Betreuung“ gemacht. Es wurde die Einführung einer neuen Kennzahl „**Psychoonkologisches Distress-Screening**“ gefordert sowie die Änderung der bestehenden Kennzahl „**Psychoonkologische Betreuung**“ in „**Psychoonkologische Versorgung**“. Unserer ursprünglichen Eingabe der Änderung der bestehenden Kennzahl und der zusätzlichen Einführung einer neuen Kennzahl konnte nicht nachgekommen werden. Allerdings wurde die bestehende Kennzahl nun entsprechend unserer Eingabe geändert:

Änderung Kennzahl "Psychoonkologische Betreuung" in "Psychoonkologisches Distress-Screening".

Die Sollvorgabe beträgt "≥65 %".

Kennzahl-definition	Kennzahlziel	Zähler	Grundgesamtheit (=Nenner)	Plausibilität unklar	Sollvorgabe
Psychoonkologisches 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 Erhebungsbogen (Änderungen in rot, Streichungen gestrichen)

1.4.2	Psychoonkologie - Angebot und Zugang Jedem Pat. muss die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden. Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Dokumentation und Evaluation 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. Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente (z.B. PO-BaDo) zu dokumentieren und zu evaluieren.		
	Psychoonkologische Betreuung Die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. ist darzustellen. Die Anzahl der Pat., welche eine psycho-onkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, ist zu erfassen.		

FAQ's

Warum wurde die Kennzahl „Psychoonkologische Betreuung“ geändert?

1. Die bisherige Kennzahl "Psychoonkologische Betreuung" definierte als Grundgesamtheit alle im Zentrum behandelten Patient*innen. 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.
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 die im Kennzahlbogen definierte Plausibilitätsgrenze zwischen <15 % und >85 %. Diese Spannweite 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 die psychoonkologischen Ressourcen bedarfsorientiert eingesetzt werden, um belastete Patient*innen und ihre Angehörigen zu versorgen. Eine Berücksichtigung des Patient*innenwunsches ist zu empfehlen, dieser Aspekt konnte im Erhebungsbogen bislang nicht implementiert werden.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem Merkblatt Auditjahr 2025 (06.03.2025)?

(<https://pso-ag.org/de/versorgungsqualitat/diagnostik-und-screening.php>)

Hinsichtlich der Kennzahl gibt es keine Veränderungen zu den Anforderungen des Vorjahres. Die Handhabung zur Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“ für 2025 entspricht der des Vorjahres:

- Die Anzahl der Pat. des jeweiligen Zentrums, die ein Screening erhalten ist zu erfassen. Die Sollvorgabe liegt weiterhin bei 65 %.
- Weiterhin gilt, dass das Versorgungsprozedere der im Screening identifizierten Pat. mit Unterstützungsbedarf dargestellt werden muss.

Lediglich wurde für die Auditjahre 2025/26 festgelegt, dass die Unterschreitung der geforderten 65 % keine Abweichung nach sich zieht.

Auf die unspezifische Erfassung von Kontakthäufigkeit und –dauer kann verzichtet werden, um Dokumentationskapazitäten nicht zu überlasten.

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

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

(z.B. Ambulanz, Station) benennt hierzu eine für die Organisation des Screenings verantwortliche Person und eine Vertretung (z.B. onkologische Fachpflegekraft, Case Manager*innen). Diese Person informiert die Behandelnden über den überschwelligen Wert und stellt eine Konsilanforderung an den psychoonkologischen Dienst. In der Konsilanforderung wird der Wert der im Screening ermittelten Belastung ebenfalls mitgeteilt.

Dies bedeutet ganz klar: die Zentren/Kliniken führen das Screening durch und stellen auf dieser Basis Konsile für die Psychoonkologie. Hier erst beginnt die Arbeit der Psychoonkologie. Leider wird in einigen Kliniken immer wieder versucht, die Verantwortung für das Screening an die Psychoonkologie zu geben. Dies ist aus verschiedenen Gründen problematisch:

- 1) Bei ohnehin schon begrenzten personellen Kapazitäten der Psychoonkologie würde die Durchführung des Screenings die Ressourcen der Psychoonkologie für diesen Prozess binden, die dann für die Versorgung der Patient*innen – die genuine Arbeit der Psychoonkologie – nicht mehr zur Verfügung stünden.
- 2) Im klinischen Alltag zeigt sich, dass ein unangekündigter Besuch der Psychoonkologie bei Patient*innen problematisch ist, insbesondere dann, wenn auch eine Art „sozialer Druck“ entsteht, sich nicht frei entscheiden zu können, weil man niemanden zurückweisen will, der schon vor einem steht.
- 3) Zudem besteht die Gefahr Patient*innen aufzusuchen, die noch nicht ausreichend über ihre Krebserkrankung aufgeklärt wurden.
- 4) Darüber hinaus gibt es auch datenschutzrechtliche Bedenken, wenn das Screening durch den psychoonkologischen Dienst durchgeführt würde: Eine Einsicht in die Krankenakte ist nur nach Konsilstellung erlaubt. Ein Scannen des klinikinternen Systems nach Patient*innen, die an Krebs erkrankt sind und noch kein Screening haben, ist rechtswidrig. Eine Akteneinsicht ist nur bei einer Beteiligung an der Behandlung gerechtfertigt. Die Beteiligung an der Behandlung muss durch den Arzt oder die Ärztin durch ein Konsil autorisiert sein. Allerdings ist vor der Konsilstellung der Bedarf einer psychoonkologischen Behandlung zwingend zu erheben. Zudem müssen Patient*innen mit der psychoonkologischen Behandlung im Vorfeld einverstanden sein. Ein initiatives Aufsuchen der Patient*innen, ohne dass Bedarf und Bedürfnis festgestellt worden sind, verstößt gegen die Datenschutzbestimmungen. Eine generelle Konsilstellung allein aufgrund der Diagnose, ohne dass Bedarf und Bedürfnis festgestellt wurden, ist somit rechtswidrig.

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

Ein Screening hinsichtlich psychosozialer Belastungen und die Abklärung der Unterstützungsbedürfnisse sollen auf freiwilliger Basis erfolgen. Patient*innen dürfen das Ausfüllen eines Screeningbogens oder die Beantwortung von Screeningfragen ablehnen. Ablehner sollen als solche erfasst werden und gelten im Sinne der Screeningquote als gescreente Patient*innen, weil ihnen ein Screening angeboten wurde.

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 auch eine Fremdbeurteilung der psychischen Belastung erfolgen.

Gibt es eine Verpflichtung zum Screening?

Die Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“ ist für die Zertifizierung erforderlich.

Welche Screeninginstrumente sind zur Ermittlung der Belastung geeignet?

Das Distress-Screening beinhaltet die Durchführung eines validen Distressinstruments (analog zur BestPractice¹ oder S3 Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten). 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).

Lt. S3 Leitlinie können als Verfahren entweder Selbstbeurteilungsfragebogen oder klinische Screeningfragen eingesetzt werden.

Ist als Screening auch eine Fremdbeurteilung möglich?

Im Falle einer Versorgung nach dem Liaisonmodell, bei dem die Psychoonkolog*innen auf den jeweiligen Stationen alle Patient*innen sehen, kann die Belastungserhebung auch durch die Psychoonkolog*innen erfolgen.

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

Werden die Psychoonkologischen Gespräche nicht mehr erfasst?

Es gibt keine Kennzahl mehr zur Erfassung von psychoonkologischen Gesprächen. Allerdings ist im Erhebungsbogen unter „Dokumentation und Evaluation“ der Anteil der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. darzustellen. Darüber hinaus ist unter „Psychoonkologische Betreuung“ im Erhebungsbogen die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. darzustellen. Auf die unspezifische Erfassung von Kontakthäufigkeit und –dauer kann verzichtet werden, um Dokumentationskapazitäten nicht zu überlasten (siehe o.g. Merkblatt Auditjahr 2025).

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

Dazu gibt es keine genauen Vorgaben. Jeder psychoonkologische Dienst sollte die Versorgung anhand fachlicher Aspekte nachvollziehbar darstellen.

Welche personellen Ressourcen müssten für die Psychoonkologie nachgewiesen werden?

Quantitative Vorgaben für die personelle Ausstattung der psychoonkologischen Dienste sind im Erhebungsbogen nicht mehr vorgesehen. In der S3- Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten ist vorgesehen, dass für 300 Fälle jährlich eine Vollzeitkraft im Psychoonkologischen Dienst zur Verfügung stehen sollte. Ausgenommen sind Melanom- und Prostatapatient*innen, bei denen für 500 Fälle eine VK vorgesehen ist.

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