

Hintergrund und FAQ zur Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening"

Hintergrund 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, den psychosozialen Unterstützungsbedarf, krankheitsspezifische psychische Belastungen sowie behandlungsbedürftige psychische Störungen bei Krebspatient:innen und Angehörigen zu identifizieren. Ferner gilt es, die bedarfsorientierte psychosoziale und psychoonkologische Versorgung im ambulanten und stationären Bereich sicherzustellen.

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 überschwerlich 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 Sprechersitzung der Zertifizierungskommissionen der DKG eine Eingabe zur Änderung der bestehenden Kennzahl „Psychoonkologische Betreuung“ gemacht, da diese nur unzureichend eine bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung abbildet. Es wurden die Einführung einer neuen Kennzahl „**Psychoonkologisches Distress-Screening**“ sowie die Änderung der bestehenden Kennzahl „*Psychoonkologische Betreuung*“ in „**Psychoonkologische Versorgung**“ gefordert. Unserer ursprünglichen Eingabe der zusätzlichen Einführung einer neuen Kennzahl konnte nicht nachgekommen werden. Allerdings wurde die bestehende Kennzahl entsprechend unserer Eingabe geändert:

Neue Kennzahl "Psychoonkologisches Distress-Screening".

Die Sollvorgabe beträgt "≥65 %".

Kennzahldefinition	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	<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>		

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. 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 nicht als Distress-Screening.
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 psychoonkologische Ressourcen bedarfsorientiert eingesetzt werden, um belastete Patient:innen und ihre Angehörigen zu versorgen. Eine Berücksichtigung des Patient:innenwunsches (subjektives Bedürfnis nach psychologischer Unterstützung) ist zu empfehlen, dieser Aspekt konnte im **Erhebungsbogen bislang nicht implementiert werden**.

Ab wann gilt die neue Kennzahl?

Neue Kennzahlen werden immer in den Sitzungen der jeweiligen Zertifizierungskommissionen der DKG eingebracht und verabschiedet. Dann wird der Erhebungsbogen des jeweiligen Zentrums geändert. Dessen Geltungsbeginn ist dann das darauffolgende Jahr, das erste Jahr gilt als Übergangsregelung, danach ist die Kennzahl verbindlich einzuhalten. Insgesamt ist dieser Prozess bereits angelaufen (s. onkozeit.de). Nach Rücksprache mit der DKG sollten die Auditor:innen darauf hingewiesen werden, dass mit einer sofortigen und mehrheitlichen Erfüllung der 65% Screeningrate nicht zu rechnen ist.

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

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

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 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 psychoonkologischen 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, das auch tabletbasiert erfolgen kann, 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. Abgelehnte Screenings sollen als solche erfasst werden.

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. **Gibt es eine Verpflichtung zum Screening?**

² S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen, 2022; https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Psychoonkologie/Version_2/LL_Psychoonkologie_Langversion_2.01_Konsultationsfassung.pdf

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 lediglich, dass es jetzt eine Kennzahl „Psychoonkologisches Distress-Screening“ gibt, anhand derer die Quote der gescreenten Patient:innen überprüft wird.

Welche Screeninginstrumente sind zur Ermittlung der Belastung geeignet?

Das Distress-Screening beinhaltet die Durchführung mittels eines validen Screeninginstruments (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. 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.

Wird die Anzahl der psychoonkologischen Gespräche nicht mehr dokumentiert?

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 Pat. darzustellen ist und unter „Psychoonkologische Betreuung“ im Erhebungsbogen die psychoonkologische Versorgung, insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat. darzustellen ist.

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

Es werden alle psychoonkologischen Gespräche gezählt. Die Zeitdauer der Gespräche ist dabei nicht mehr relevant. Allerdings sollte die Anzahl und Dauer der Gespräche erfasst werden (siehe Erhebungsbogen „Onkologische Zentren“ 1.4.4), nicht zuletzt auch, um sie perspektivisch auch finanziell abrechenbar zu machen.

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

Es ist darzustellen, wie viele gescreente Patienten einen überschwelligen Test aufgewiesen haben. Die Prozesse der psychoonkologischen Versorgung sind zu beschreiben und die Anzahl an durchgeführten Beratungen 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.

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 vorgesehen, dass für 300 Fälle (s. Kennzahl) jährlich eine Vollzeitkraft im Psychoonkologischen Dienst zur Verfügung stehen sollte. Ausgenommen sind Melanom- und Prostatapatient: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

³ S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen, 2022; https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Psychoonkologie/Version_2/LL_Psychoonkologie_Langversion_2.01_Konsultationsfassung.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.