



Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologica Svizzera

Biopsychosoziales Screening von krebserkrankten Menschen

Handlungsempfehlung für die Praxis

1. Auflage 2025

onkologiepflege.ch

© Onkologiepflege Schweiz 2025

Impressum

1. Auflage 2025

Herausgeberin

Onkologiepflege Schweiz
Mauerrain 3, 3012 Bern
www.onkologiepflege.ch

Autorin

Anna Götz, PhD, Pflegeexpertin Comprehensive Cancer Center Zürich, Universitätsspital Zürich

Co-Autor:innen

Sara Kohler, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit
Ilona Kaufmann-Molnar, Advance Practice Nurse und Pflegeexpertin Universitätsspital Basel
Matthias Hellberg-Naegele, Advance Practice Nurse und Pflegeexperte Kantonsspital St. Gallen
Valeria Bickel, Advance Practice Nurse und Pflegeexpertin Kantonsspital Baden

Fachberatung und Vernehmlassung

Rebecca Biber, Leiterin Pflege Onkologie und Hämatologie Zentrum Spital Männedorf AG
Jael Aebersold, Fachexpertin Tucare Bülach
Sabine Stucki-Ramp, Advance Practice Nurse und Pflegeexpertin Lindenhofgruppe Bern
Sabine V. Kaufmann-Schopfer, MScN, Advance Practice Nurse und Pflegexpertin Inselspital Bern, Psychoonkologische Beraterin und Vorstandsmitglied Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie
Prof. Dr. phil. Alexander Wunsch, psychoonkologischer Psychotherapeut Inselspital Bern, Co-Präsident Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie
Nicolas Sperisen, Cancer Survivorship Experte, Krebsliga Schweiz
Prof. Manuela Eicher, Direktorin Institute Universitaire de Formation et Recherche en Soins (IUFRS) CHUV Lausanne, Präsidentin Onkologiepflege Schweiz

Haftungsausschluss

Die vorliegende Empfehlung und die darin enthaltenen Informationen umfassen keine Gewährleistungen, Angebote, Verpflichtungen oder Billigungen irgendeiner Art, weder ausdrücklich noch stillschweigend. Die Empfehlung wurde ohne externe Einflussnahme erstellt. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten gegenüber der Industrie oder anderen Einrichtungen oder Interessengruppen.

Die Autorinnen, die Onkologiepflege Schweiz und alle ihre Mitarbeitenden übernehmen keine Haftung für möglicherweise durch die Veröffentlichung bzw. durch die Anwendung von Informationen verursachte direkte oder indirekte Schäden. Die Handlungsempfehlungen der Onkologiepflege Schweiz sind auf bestimmte Beschwerdebilder oder Behandlungssituationen ausgerichtet. Jede Patientin und jeder Patient muss jedoch nach den individuellen Gegebenheiten behandelt werden.

© Onkologiepflege Schweiz 2025

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	5
1.1 Hintergrund der Handlungsempfehlung	6
1.2 Ziele der Handlungsempfehlung.....	6
1.3 Methode	7
1.4 Begriffserklärungen	7
Empfehlung für Biopsychosoziales Screening.....	9
2.1 Grundsätze des Screenings	9
2.2 Inhalt eines geeigneten psychosozialen Basisscreenings.....	10
2.2.1. Eigenschaften eines guten Screeninginstruments	10
2.2.2 Herausforderungen bei der Auswahl von biopsychosozialen Screeninginstrumenten	10
2.2.3. Vorteile validierter biopsychosozialer Screeningtools.....	11
2.2.4. Zusammenfassende Empfehlungen für die Praxis.....	11
2.3 Zeitpunkte des psychosozialen Screenings.....	13
2.4 Auswahl von Patient:innen und Einbezug derer Angehörigen	13
2.5 Besprechung des biopsychosozialen Screenings	14
2.6 Ergebnisse des biopsychosozialen Screenings nutzbar machen.....	15
2.7 Gründe für eine Ablehnung der psychoonkologischen Betreuung	16
2.8 Implementierung des biopsychosozialen Screenings.....	17
3. Literaturverzeichnis	19
Appendix A: Schweizer und Internationale Empfehlungen	23
Appendix B: Übersicht Screeninginstrumente.....	24
Appendix C: Beispiel des Belastungsthermometers.....	28

Abkürzungsverzeichnis

ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BESA	Bewohner Einstufungs- und Abrechnungssystem
BFI	Brief Fatigue Inventory
BT	Belastungsthermometer
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
ePA-AC	Assessment AcuteCare
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
HPS-k	Häusliche-Pflege-Skala
IPOS	Integrated Palliative Outcome Scale
MIDOS	Minimal Documentation System
NCCN	National Comprehensive Cancer Networks
NCI	National Cancer Institute
NNN-Ass.	NANDA-NIC-NOC-Assesement
NRS	Nutritional Risk Score
PG-SGA	Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment
PRO	Patient-reported Outcome
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures
RAI	Resident Assessment Instrument
SGPO	Schweizer Gesellschaft für Psychoonkologie
ZBI	Zarit Burden Interview

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definitionen	Seite 8
Tabelle 2: WWST Technik	Seite 14

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Screeningablauf mit dem Belastungsthermometer	Seite 12
Abbildung 2: Beispiel für abgestuften Überweisungsprozess	Seite 15

Einleitung

1.1 Hintergrund der Handlungsempfehlung

Diese Handlungsempfehlung soll Pflegefachpersonen in der Onkologie bei der systematischen, initialen Einschätzung der psychosozialen Belastungen von Krebspatient:innen unterstützen. Zwischen 33% und 55% der Menschen mit einer onkologischen Erkrankung weisen emotionale, soziale oder spirituelle Belastungen auf, die den Krankheitsverlauf und die Wirksamkeit der Behandlung negativ beeinflussen können (Carlson et al., 2019; Caruso & Breitbart, 2020; NCCN, 2025). Diese Belastungen betreffen den Alltag der Onkologiepflegefachpersonen täglich und erfordern eine strukturierte und einfühlsame Herangehensweise. Die Handlungsempfehlung unterstützt Pflegefachpersonen, im direkten Alltag ein standardisiertes Vorgehen zum Screening der biopsychosozialen Belastungen durchzuführen und daraus weitere Abklärungen und oder Interventionen abzuleiten (Ehlers et al., 2019). Das biopsychosoziale Screening hat dabei eine zentrale Bedeutung, da es über die rein körperliche Symptomatik hinaus auch biopsychosoziale Faktoren berücksichtigt, die massgeblich das Wohlbefinden und den Umgang mit der Diagnose, der Therapie und den Symptomen prägen (Holland et al., 2010). Psychosoziale Belastungen sind nicht nur mit einer erhöhten Symptomlast verbunden, sondern auch mit einer geringeren Lebensqualität, Unzufriedenheit mit der Behandlung sowie einer verringerten Therapieadhärenz und einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen (Ehlers et al., 2019; Mehnert et al., 2018).

Angesichts dieser Auswirkungen sollte das Behandlungsteam biopsychosoziale Belastungen bei Krebspatient:innen regelmässig und systematisch erfassen (NCCN, 2025; Pirl et al., 2014). Dies wird sowohl in der Leitlinie der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie (SGPO), als auch durch internationale Leitlinien wie die des National Comprehensive Cancer Networks (NCCN) oder der DGK Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen (siehe Appendix A). Diese sogenannten Belastungsscreenings etablieren sich zunehmend in der Praxis.

Die Deutsche Krebsgesellschaft, die in der Schweiz für viele Zertifizierungen der onkologischen Zentren zuständig ist, empfiehlt ein onkologisches Basisassessment, welches ein Screening auf biopsychosoziale Belastungen enthalten soll (DKG Zert./DGP/AGP, 2024). Derzeit fehlt jedoch in der Schweiz eine einheitliche Empfehlung zur Erhebung von Belastungen, was zu unterschiedlichen Praktiken in den Betrieben führt.

1.2 Ziele der Handlungsempfehlung

Beschreibung der Anwendung und Einführung des biopsychosozialen Screenings von Krebspatient:innen mit Fokus auf die Rolle der Onkologiepflegenden.

Die Handlungsempfehlung soll eine Hilfestellung für Pflegefachpersonen in der Onkologiepflege sein. Es wird aufgezeigt, wie und mit welchen Instrumenten biopsychosoziale Belastungen von Betroffenen mit einer Krebserkrankung erhoben werden können.

1.3 Methode

Die Entwicklung der Handlungsempfehlung begann im März 2024 und folgte einem strukturierten, mehrstufigen Vorgehen:

- Die vorliegende Handlungsempfehlung basiert auf einer systematischen Literaturrecherche sowie auf bestehenden nationalen und internationalen Leitlinien. Die initiale Literatursuche wurde 2021 in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Cochrane und PSYNDEX durchgeführt und 2025 aktualisiert, um die Aktualität der Evidenzbasis sicherzustellen. Die Verwaltung und Auswertung der Suchergebnisse erfolgten mittels EndNote-Software.
- Eine vierköpfige Arbeitsgruppe aus Pflegeexpert:innen verschiedener Spitäler übernahm gemeinsam mit der Autorin die inhaltliche Entwicklung (siehe Impressum). Das Gremium erarbeitete zunächst die Grundstruktur und definierte die zentralen Inhalte der Handlungsempfehlung.
- In mehreren Sitzungen wurde die Leitlinie inhaltlich abgestimmt. Dabei verfassten verschiedene Mitglieder einzelne Abschnitte, die anschließend im Plenum vorgestellt, diskutiert und geprüft wurden. Notwendige Anpassungen wurden durch Mehrheitsentscheid der Arbeitsgruppe beschlossen.
- Der erarbeitete Entwurf wurde sowohl inter- als auch intraprofessionell verschiedenen Fachpersonen zur kritischen Begutachtung vorgelegt. Das erhaltene Feedback wurde systematisch ausgewertet und zur weiteren Optimierung sowie zur Sicherstellung der Praxistauglichkeit in die finale Version eingearbeitet.

1.4 Begriffserklärungen

Ein **Screeninginstrument** ist eine niederschwellige initiale Einschätzung mit geringem Aufwand. Es nutzt häufig dichotome Kategorien, um das Vorhandensein oder Abwesenheit eines Phänomens oder Risikos abzubilden (Reuschenbach, 2011). Zu den bekanntesten Vertretern des Screenings in der Onkologiepflege gehören die Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) oder auch das Distress-Thermometer. Eine weitere Abschätzung des Bedarfs sollte bei positivem Screening erfolgen.

Der Begriff **Assessment** kommt aus dem Englischen und bedeutet so viel wie einschätzen oder beurteilen. In der Pflege ist das Assessment der erste Schritt des Pflegeprozesses. Das Ziel ist es, den Patientenzustand umfassend einzuschätzen und darauf basierend Pflegeinterventionen zu planen und weiteren Versorgungsbedarf zu erkennen. In ein Assessment werden subjektive Daten, also das Erleben und die Erfahrungen der Patient:innen, einbezogen (Aldridge, 2016). Diese Daten werden in der Regel in einem persönlichen Gespräch erhoben. Weiter werden objektive Daten erhoben, zum Beispiel mittels Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), körperlicher Untersuchung oder auch gezielten diagnostischen Tests (z.B. Blutergebnisse).

Ein umfassendes Assessment, welches häufig im Rahmen eines Aufnahmegesprächs stattfindet, nennt man auch **Basisassessment**. Es gibt viele verschiedene Instrumente, welche Teile des Basisassessments unterstützen. Zu nennen sind hier unter anderem:

- Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)-Bögen
- Resident Assessment Instrument (RAI)
- Bewohner Einstufungs- und Abrechnungssystem (Besa)
- das NANDA-NIC-NOC (NNN)-Assessment Pflege
- Assessment AcuteCare© (ePA-AC©)

Zusammenfassend kann man also festhalten, dass das Basisassessment Beobachtungen, Befragungen und Messungen beinhaltet und somit ein umfassendes Bild über Patient:innen liefert. Es dient als erste grobe Einschätzung und kann, muss aber keinen weiteren Bedarf begründen (Reuschenbach, 2011).

Das **Fokusassessment** sammelt Daten, die im Zusammenhang mit einem spezifischen Problem relevant sind (Reuschenbach, 2011). Das Problem wurde bspw. beim Basisassessment festgestellt und soll nun genauer eruiert werden.

Begriff	Charakteristika	Beispiele
Screening	• niederschwellige initiale Einschätzung mit geringem Aufwand • Vorhandensein oder Abwesenheit eines Phänomens oder Risikos zur weiteren Abklärung (Reuschenbach, 2011)	ESAS Distress-Screening NRS PG-SGA
Assessment	• Umfassende Einschätzung des Patientenzustandes und pflegerelevanter Aspekte durch: • subjektive Daten (Erleben, Erfahrungen) (Aldridge, 2016) • objektive Daten	PROMs körperliche Untersuchung diagnostische Tests wie Blutuntersuchungen
Basisassessment	• Umfassendes Assessment meist im Rahmen eines Aufnahmegesprächs. Es enthält Beobachtungen, Befragungen und Messungen • Verschiedene Instrumente unterstützen die Erhebung z.B. Fragebogen zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Resident Assessment Instrument, Geriatrische Basis Assessments, Pflege-Assessment AcuteCare® (ePA-AC®).	In der Regel Kombination mehrerer
Fokusassessment	• Sammlung von relevanten Daten im Zusammenhang mit einem spezifischen Problem • Häufig als direkte Folge eines Basisassessments	Brief Fatigue Inventory (BFI),

(Tabelle 1: Definitionen)

Empfehlung für Biopsychosoziales Screening

In der Literatur fokussiert das biopsychosoziale Screening auf verschiedene Konzepte wie zum Beispiel die Lebensqualität, den Unterstützungsbedarf oder die biopsychosoziale Belastung, die eng miteinander verknüpft sind. Bei der Anwendung von Screeninginstrumenten ist es daher essenziell, die jeweilige Begrifflichkeit und deren spezifische Definition im Kontext der Messung und Interpretation zu berücksichtigen.

- Die Definition biopsychosozialer Belastung gemäss Expertenpanel des NCCN ist "ein breites Spektrum von unangenehmen emotionalen Erfahrungen psychischer, sozialer oder spiritueller Art, die von normalen Gefühlen der Verletzlichkeit, Traurigkeit und Angst bis hin zu stark einschränkenden Problemen wie Depression, Angststörungen, Panik, sozialer Isolation und spirituellen Krisen reichen. Diese Erfahrungen beeinträchtigen die Fähigkeit mit der Diagnose, der Therapie und den Symptomen umzugehen" ((Mehnert et al., 2006; NCCN, 2025) Übersetzung Mehnert, 2006). Das Expertenpanel des National Cancer Institute (NCI, 2002) ergänzte in seiner Definition, dass psychosoziale Belastung ein Kontinuum umfasst, das von normalen Anpassungsreaktionen über Anpassungsstörungen bis hin zu psychiatrischer Störung reicht und daher breiter oder enger in der Praxis umgesetzt (operationalisiert) werden kann (Schouten et al., 2019).
- Die Lebensqualität wird definiert als «subjektive Wahrnehmung einer Person und wird durch das körperliche, psychische, soziale Befinden und die Funktionsfähigkeit beeinflusst». Es ist ein mehrdimensionales Konstrukt, welches durch komplexe individuelle Bewertungsvorgänge zustande kommt (Mitchell, 2010).
- Die Definition von Unterstützungsbedarf (Supportive Care Needs) ist in der Literatur uneinheitlich. Es handelt sich ebenfalls um einen Überbegriff, der die Erfordernisse von Handlungen oder Ressourcen nach Hilfe, Pflege und Unterstützung umfasst, die notwendig sind, um die Belastungen und Unbehagen von Krebspatient:innen zu lindern. Nicht jede biopsychosoziale Belastung oder Einschränkung der Lebensqualität führt automatisch zu einem Unterstützungsbedarf, doch sind diese Faktoren oft eng miteinander verknüpft (Howell et al., 2014; Vodermaier & Millman, 2011).

2.1 Grundsätze des Screenings

Ein systematisches Screening biopsychosozialer Belastungen spielt eine zentrale Rolle in der onkologischen Versorgung, da es hilft, Betroffene frühzeitig zu erkennen und bedarfsgerechte Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten. Damit das Screening effektiv ist und seinen vollen Nutzen entfalten kann, empfehlen internationale Guidelines (Siehe Appendix A) folgende Grundsätze (Donovan et al., 2019; Mehnert et al., 2006; NCCN, 2025):

- Das Behandlungsteam sollte biopsychosoziale Belastungen in allen Krankheitsstadien frühzeitig erkennen, beobachten, dokumentieren und behandeln.
- Das Screening sollte die Art und das Ausmass der Belastung erfassen.

- Personen oder Personengruppen aus dem Behandlungsteam sollen bestimmt werden, welche anhand eines Screenings die Bedürfnisse erfassen, auswerten und deren Integration in den Behandlungs- und Pflegeprozess garantieren.
- Ergibt das Screening einen Unterstützungsbedarf, sollte bei Bedarf eine Überweisung der Patient:innen an entsprechende biopsychosoziale Fachdienste erfolgen. Voraussetzung hierfür ist ein etabliertes Netzwerk unterstützender Strukturen, das eine gezielte und zeitnahe Weiterleitung ermöglicht
- Eine regelmässige Evaluation der Belastung sollte obligatorisch sein. Insbesondere dann, wenn Faktoren auftreten, die Belastungen auslösen können z.B. Veränderungen im Behandlungsplan, Fortschreiten der Erkrankung, Auftreten von neuen körperlichen Symptomen, Verlust der Arbeitsstelle oder Familiäre Probleme

2.2 Inhalt eines geeigneten psychosozialen Basisscreenings

In den letzten Jahrzehnten wurden zahlreiche Instrumente entwickelt, um biopsychosoziale Belastungen, die Lebensqualität und den Unterstützungsbedarf von Patient:innen systematisch zu erfassen (Mitchell, 2010; Pirl et al., 2014; Schouten et al., 2019; Vodermaier & Millman, 2011). Einige sind auf bestimmte onkologische Erkrankungen oder Versorgungskontexte zugeschnitten, während andere sich an Krebspatient:innen im Allgemeinen richten.

2.2.1. Eigenschaften eines guten Screeninginstruments

Laut internationalen Guidelines sollte ein effektives biopsychosoziales Screeningtool (Ehlers et al., 2019; Howell et al., 2014; NCCN, 2025; Pirl et al., 2014; Smith et al., 2018):

- leicht anwendbar und schnell durchführbar sein
- wissenschaftlich überprüft sein und zuverlässige Ergebnisse liefern
- von Patient:innen und dem Gesundheitspersonal als hilfreich eingeschätzt werden
- möglichst wenig belastend für Patient:innen und Gesundheitspersonal sein

2.2.2 Herausforderungen bei der Auswahl von biopsychosozialen Screeninginstrumenten

Die Auswahl eines geeigneten biopsychosozialen Screenings stellt eine besondere Herausforderung dar, da es eine Vielzahl an Anforderungen erfüllen muss. Ein solches Instrument sollte nicht nur standardisiert und validiert, sondern auch in der Praxis leicht anwendbar und zugleich aussagekräftig für das weitere Vorgehen sein. Hinzu kommt, dass psychosoziale Belastungsinstrumente oft auf emotionale Themen fokussieren und zu wenig auf sozioökonomische Risiken eingehen, obwohl gerade diese oft einen hohen Einfluss auf die Belastung haben.

Die gleichzeitige Nutzung mehrerer validierter Fragebögen birgt das Risiko von Doppelungen und widersprüchlichen Antworten, da ähnliche Themen mehrfach erfasst werden könnten. So wird beispielsweise im IPOS die Atemnot auf einer Skala von „gar nicht“ bis „extrem stark“ bewertet, während im EORTC nach Kurzatmigkeit gefragt wird, ebenfalls mit einer Einschätzung von „überhaupt nicht“ bis „extrem stark“.

Ein pragmatischer Ansatz könnte darin bestehen, gemeinsame Items zu einem Basisscreening zusammenzuführen oder gezielt einzelne Fragen aus validierten Fragebogenkatalogen zu integrieren, wie etwa

- Patient-Reported Outcomes version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE®)
- Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)
- Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)
- European Organisation for Research and Treatment of Cancer Questionnaires (EORTC)
- Screening-Instrument zu sozioökonomischen Risiken einer Krebserkrankung (Krebsliga Schweiz, 2024)

Dadurch liesse sich der Zeitaufwand für die Erfassung relevanter Informationen optimieren und repetitive Fragen werden vermieden, was wiederum die Belastung für Patient:innen minimiert.

2.2.3. Vorteile validierter biopsychosozialer Screeningtools

- Wissenschaftliche Grundlage: Sie gewährleisten geprüfte Validität (ob das Richtige gemessen wird) und Reliabilität (wie genau und zuverlässig die Messung ist).
- Umfassende Abdeckung: Relevante Dimensionen wie zum Beispiel Lebensqualität, Ängste werden präzise erfasst.
- Klare Schwellenwerte: Diese erleichtern die Auswertung und die Einschätzung des Handlungsbedarfs.
- Vergleichbarkeit: Standardisierte Werte ermöglichen die Gegenüberstellung mit früheren Erhebungen und anderen Patientengruppen.

2.2.4. Zusammenfassende Empfehlungen für die Praxis

Die Wahl eines geeigneten Screeninginstruments ist ein entscheidender erster Schritt in der systematischen Erfassung der psychosozialen Belastung von Patient:innen. Sobald das passende Instrument festgelegt und empfohlene Aspekte berücksichtigt wurden, können die Zeitpunkte für die Erhebung definiert werden. Dabei besteht auch die Möglichkeit, verschiedene Screeninginstrumente zu kombinieren – entscheidend ist, dass sie, wenn möglich, auf evidenzbasierten Tools basieren (siehe auch Appendix B für eine Übersicht über ausgewählte Screeninginstrumente).

Idealerweise sollte das Screeninginstrument von den Patient:innen eigenständig ausgefüllt werden. Die Teilnahme erfolgt freiwillig und liegt im Ermessen der Patient:innen. Eine Ausfüllung durch Fachpersonen ist zu vermeiden, da hierbei die Gefahr besteht, dass Antworten – bewusst oder unbewusst – beeinflusst werden. Die Bedeutung und der Zweck des Screenings sollten den Patient:innen transparent erläutert werden, um dessen Relevanz nachvollziehbar zu machen und die Akzeptanz zu fördern.

Ein bewährtes Instrument ist das Belastungsthermometer in Kombination mit einer Problemliste (Mehnert et al., 2006)¹. Dieses Screeninginstrument ermöglicht es Patient:innen, ihren Unterstützungsbedarf in verschiedenen Bereichen – wie sozialen, familiären, emotionalen, spirituellen und/oder körperlichen Symptomen – strukturiert anzugeben. Es erfüllt die geforderten Kriterien, wird in der Praxis häufig eingesetzt und zeichnet sich durch eine einfache Handhabung aus (Ehlers et al., 2019). Ein Skalenwert ≥ 5 auf dem Belastungsthermometer weist auf eine moderate bis schwere Belastung hin und sollte eine vertiefte Assessment nach sich zie-

¹ Die aktuelle Version der Problemliste enthält einzelne Übersetzungen, die im schweizerischen Sprachgebrauch eher unüblich sind und zu Irritationen führen könnten. Zur besseren Verständlichkeit und Akzeptanz im klinischen Alltag empfehlen wir daher, auf die von Mehnert et al. (2006) übersetzte Version zurückzugreifen.

hen. Dort wird die biopsychosoziale Belastung gemeinsam mit der Problemliste detailliert evaluiert (Abbildung 1). Die Frage, ob die Patient:in Unterstützungsbedarf hat, kann ein sinnvolle Ergänzung sein. Auf diese Weise können die vorhandenen Ressourcen gezielt den Patient:innen zugutekommen, die den grössten Unterstützungsbedarf haben (Reuschenbach, 2011).

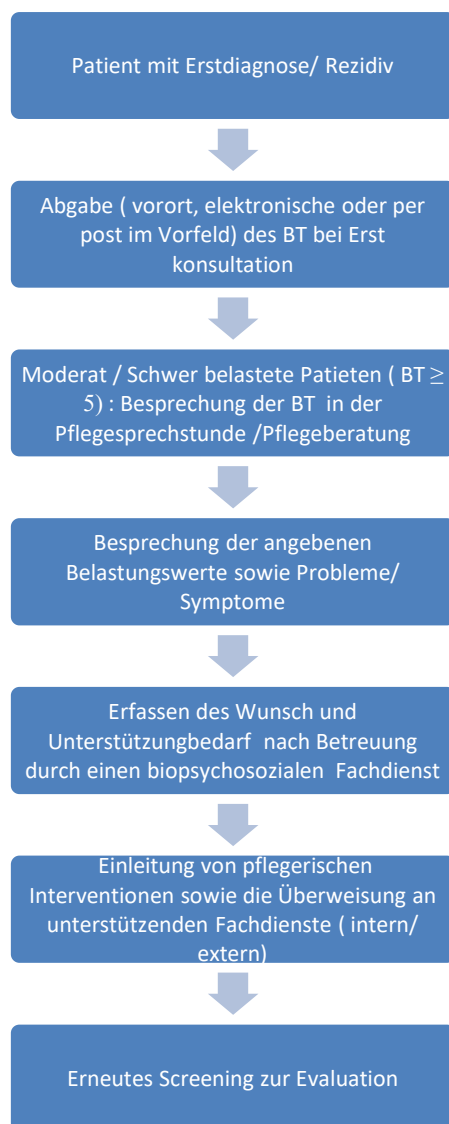


Abbildung 1: Beispiel für einen möglichen Handlungsablauf beim Screening mit dem Belastungsthermometer

Einige Fragebögen, wie zum Beispiel das validierte Belastungsthermometer, stehen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung (Distress Thermometer Tool Translations). Der Einsatz solcher Instrumente kann sinnvoll sein, um die Belastung dieser vulnerablen Patientengruppe systematisch zu erfassen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass auch entsprechende Ressourcen vorhanden sein müssen, um die Screening Ergebnisse mit den Patient:innen professionell zu evaluieren und sie im Falle einer Belastung adäquat zu begleiten (siehe auch Kapitel 2.5). adäquat zu begleiten.

2.3 Zeitpunkte des psychosozialen Screenings

Um die psychosoziale Belastung von Patient:innen gezielt zu erfassen, ist nicht nur die Wahl des geeigneten Screeninginstruments entscheidend, sondern auch der richtige Zeitpunkt für die Erhebung. Da Belastungen individuell variieren, ist es wichtig, systematische Screening-Zeitpunkte festzulegen, um frühzeitig Unterstützung anbieten zu können. Internationale und nationale Fachgesellschaften empfehlen daher, die biopsychosoziale Belastung in jeder Phase einer Krebserkrankung zu erfassen, insbesondere in Situationen, die mit erhöhtem Stress einhergehen (Andersen et al., 2014; Board, 2002; Howell et al., 2014; Howell et al., 2012; Onkologie & Deutsche Krebsgesellschaft, 2023; Pirl et al., 2014).

Wichtige Screening-Zeitpunkte umfassen:

- Erstdiagnose
- Behandlungsbeginn
- Regelmässige Intervalle während der Behandlung
- Behandlungsende
- Nachsorge/Überlebensphase
- Progress oder Rezidiv der Erkrankung
- Sterbephase
- Persönliche Übergangsphasen

Der optimale Zeitpunkt für den Beginn des Screenings ist umstritten, da die Belastung individuell variiert: Manche Patient:innen benötigen ab der Erstdiagnose Unterstützung, während sich bei anderen die anfänglich hohe Belastung ohne Intervention stabilisiert.

Ein pragmatischer Ansatz ist die psychosoziale Belastung als „sechstes Vitalzeichen“ zu betrachten (Howell & Olsen, 2011). Das heisst, wie bei anderen Vitalzeichen, wird die biopsychosoziale Belastung regelmässig und standardisiert gemessen. Wir empfehlen, ein erstes Screening beim Zeitpunkt der Diagnose durchzuführen. Situationsabhängige und individuell gewählte Zeitpunkte, wie oben erwähnt, bergen das Risiko, dass das Screening im klinischen Alltag in Vergessenheit gerät. Um dem entgegenzuwirken, kann es sinnvoll sein, feste Screening-Intervalle festzulegen, auch wenn diese nicht immer den individuellen Gegebenheiten entsprechen. Während der Therapiephase ist eine monatliche Erhebung sinnvoll und später im dreimonatlichen Rhythmus. In der Nachsorge sollte bei jedem Nachsorgetermin die biopsychosoziale Belastung systematisch erfasst werden. Bei Bedarf und medizinischer Notwendigkeit sollte die Frequenz individuell angepasst werden (Carlson, 2013; Fitch et al., 2018).

2.4 Auswahl von Patient:innen und Einbezug derer Angehörigen

Die biopsychosozialen Belastungen werden über alle Krebsarten hinweg erfasst, so dass das Instrument bei erwachsenen Patient:innen unabhängig von der Tumorart angewendet werden kann. Ein systematisches Belastungsscreening für alle Krebspatient:innen wird daher dringend empfohlen (Mehnert et al., 2006; NCCN, 2025; Onkologie & Deutsche Krebsgesellschaft, 2023). Um ein umfassendes Bild der biopsychosozialen Situation zu erhalten und sofern es im familiären System möglich ist, sollte zusätzlich auch die Belastung der Angehörigen erfasst werden. Hierfür stehen spezielle Instrumente zur Verfügung, wie beispielsweise das ZBI (Zarit Burden Interview) oder das HPS-k (Häusliche-Pflege-Skala). Eine Auswahl und Bewertung

möglicher Instrumente kann in im Dokument «Sammlung von Selbstassessment Instrumenten für betreuende Angehörige» des Bundesamtes für Gesundheit (Siehe Appendix A) nachgelesen werden.

Ein Problem dieser Instrumente besteht darin, dass sie nicht speziell für Angehörige von Krebserkrankten entwickelt wurden. Wie eine Studie aus der Schweiz zeigt, kann alternativ auch das Belastungsthermometer (ohne Problemliste) für die Angehörigen verwendet werden (Zwahlen et al., 2011).

2.5 Besprechung des biopsychosozialen Screenings

Die Besprechung der Screening-Ergebnisse ist von zentraler Bedeutung, um die Bedürfnisse und den Unterstützungsbedarf der Patient:innen umfassend zu evaluieren. Dabei sollte sichergestellt werden, dass Angehörige, sofern von Patient:innen gewünscht, angemessen in den Prozess einbezogen werden. Diese Vorgehensweise trägt dazu bei, die Betreuung der Patient:innen zu verbessern und eine ganzheitliche, bedarfsgerechte Unterstützung zu gewährleisten. Wichtig ist, dass die Besprechung der Ergebnisse in einem geeigneten Setting und einer angenehmen Atmosphäre stattfindet, sodass sich sowohl die Patient:innen als auch die Pflegefachkräfte wohlfühlen und offen über alle Themen sprechen können. Wir empfehlen, folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Bereitstellung von ruhigen und privaten Räumen für Gespräche.
- Vorgängige Planung des Gesprächs
- Ausreichend Zeit nehmen für das Gespräch
- Vertrauen schaffen durch eine offene und wertfreie Haltung, sowie aktives Zuhören
- «WWSZ-Technik» anwenden (Tabelle 2).

Beispiel der WWSZ- Technik bei einem Patienten, der im Screening Veränderung der körperlichen Fähigkeiten erfasst hat. Die onkologische Pflegefachperson bittet ihn, dies genauer zu beschreiben:

Warten (> 3 sec): Blick des Patienten beachten und aufmerksam zuwenden. Wenn der Patient über eine Frage nachdenkt oder den eigenen Gesprächsfaden weiterspinnen will, lässt sich das meist am Wegschauen ablesen. Damit der Patient sich verbal oder nonverbal äussern kann, braucht es vor allem ein Abwarten der Fachperson, bis der Patient nach eigenem Gutdünken den Dialog wieder aufnimmt:	«Ich bin einfach nicht mehr so leistungsfähig und habe früher viel trainiert»
Wiederholen , auch Echoing genannt	«Sie waren vorher sehr aktiv...?»
Spiegeln , Rückmeldungen auf Emotionen, das aktuelle Thema	«Sie wirken auf mich bedrückt, wenn sie davon erzählen»
in eigenen Worten Zusammenfassen	«Ich fasse kurz zusammen, was ich verstanden habe. Sie waren früher sehr aktiv, haben viel trainiert und waren in einem Verein tätig. Seit der Diagnose verspüren sie weniger Energie und Kraft in den Beinen...»

(Tabelle 2: Beispiel WWSZ-Technik)

2.6 Ergebnisse des biopsychosozialen Screenings nutzbar machen

Patient:innen, die unter moderater bis starker biopsychosozialer Belastung leiden, sollten frühzeitig eine vertiefte Beurteilung durch ein Mitglied des Behandlungsteams oder einen unterstützenden Dienst erhalten, um die Ursachen der Belastung gezielt zu identifizieren (Howell et al., 2012; NCCN, 2025). Die Ergebnisse dieses Assessments sollten in klar definierten Interventionen münden, wie sie beispielsweise in der Leitlinie der Schweizer Gesellschaft für Psychoonkologie (SGPO) „Leitlinien zur psychoonkologischen Betreuung von erwachsenen Krebskranken und ihren Angehörigen“ beschrieben sind. Ebenso ist die Überweisung an entsprechende Fachdienste, wie zum Beispiel der psychoonkologische Dienst eine mögliche Konsequenz (Deshields et al., 2021; Fitch, 2015; Holland et al., 2010; Howell et al., 2014; NCCN, 2025; Onkologie & Deutsche Krebsgesellschaft, 2023; Smith et al., 2018). Dabei ist essenziell, dass eine Weiterverweisung nur mit dem Einverständnis der Patient:innen erfolgt (Onkologie & Deutsche Krebsgesellschaft, 2023). Bei Patient:innen, die belastet sind, aber keine Überweisung an eine entsprechende Fachperson wünschen, sollten die Beweggründe erfasst werden und mögliche falsche Vorstellungen besprochen werden. Auch Patient:innen, die im ersten Screening keine Belastung aufweisen, sollten die Möglichkeit zur Überweisung erhalten, wenn sie dies wünschen (NCCN, 2025). Die Screening-Zeitpunkte sollten eingehalten werden, um zu evaluieren, ob zu einem späteren Zeitpunkt die Überweisung an entsprechende Fachdienste sinnvoll wäre.

Ein mehrstufiger Überweisungsprozess (Abb. 2) ist sinnvoll, um der Vielschichtigkeit und unterschiedlichen Schweregrade psychosozialer Belastung gerecht zu werden (Howell et al., 2014; NCCN, 2025; Ownby, 2019; Smith et al., 2018). Abgestimmte Interventionen könnten je nach Belastungsgrad: leicht, mittel oder schwer anhand eines strukturierten Algorithmus erfolgen, (Smith et al., 2018).

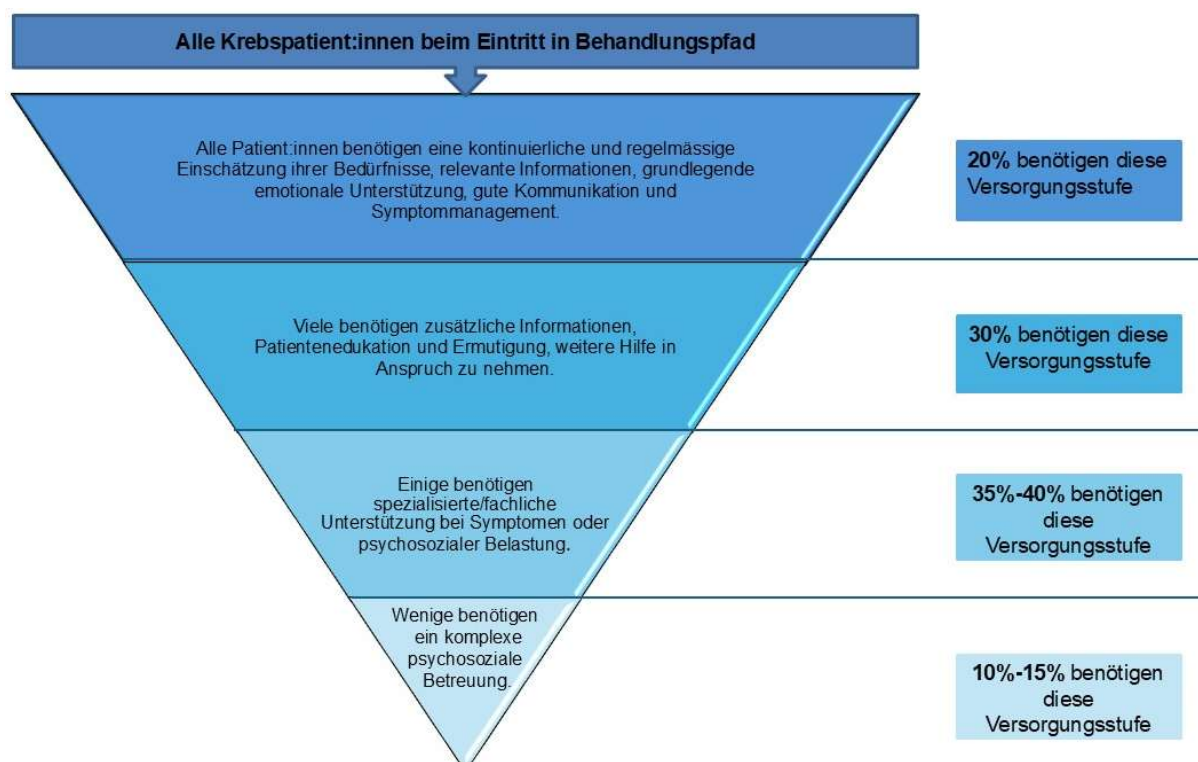


Abbildung 2: Beispiel für abgestuften Überweisungsprozess (Fitch, 2015; übersetzt durch M. Eicher mit freundlicher Genehmigung)

Damit die Ergebnisse des Screenings und der vertieften Beurteilungen nicht nur für die betroffene Person und ihre Angehörigen, sondern auch für alle beteiligten Berufsgruppen des internen und externen Behandlungsteams zugänglich und nutzbar sind, ist es ratsam, sie in einen Nachsorgeplan zu integrieren. Diese sind bislang primär medizinisch geprägt, aber es wäre wünschenswert, dass dort die Ergebnisse psychosozialer Screenings und die geplanten Unterstützungsmaßnahmen ergänzt werden.

Pflegesprechstunden / Pflegeberatungen spielen hier eine zentrale Rolle, indem sie eine Triagefunktion übernehmen. Mit erweiterten Assessments können sie Belastungsursachen erfassen, pflegerische Massnahmen einleiten und den Unterstützungsbedarf in Zusammenarbeit mit den Patient:innen koordinieren (Siehe auch Leitfaden Entwicklung und Implementierung einer onkologischen Pflegesprechstunden der Onkologiepflege Schweiz, 2021). Studien zeigen, dass etwa 30% der Patient:innen mit einfachen Massnahmen, wie zusätzlichen Informationen oder Gesprächen mit geschultem Pflegepersonal, unterstützt werden können. Pflegefachpersonen und Advanced Practice Nurses mit einer Weiterbildung in Psychoonkologie können dabei mit ihrer Beratungskompetenz unterstützend tätig werden (Geese et al., 2024). Dabei ist jedoch hervorzuheben, dass Pflegenden psychosoziale Herausforderungen, selbst bei geringer Belastung, nicht alleine auffangen müssen. Insbesondere bei Unsicherheiten oder begrenzten Ressourcen sollte frühzeitig und unkompliziert eine gezielte Weiterleitung an entsprechende Fachpersonen erfolgen, um eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Zwischen 35% und 40% benötigen spezialisierte Interventionen, beispielsweise eine einmalige psychoonkologische Konsultation. Etwa 15% der Patient:innen sind auf eine längerfristige oder begleitende Therapie durch Fachkräfte angewiesen (Feldstain et al., 2014; Fitch et al., 2018; Smith et al., 2018). Eine individuelle, bedarfsorientierte Versorgung ist entscheidend, um die bestmögliche Unterstützung für onkologische Patient:innen sicherzustellen.

2.7 Gründe für eine Ablehnung der psychoonkologischen Betreuung

Zwischen 42% und 74% der, als belastet erkrankten Patient:innen lehnen eine psychoonkologische Betreuung ab, wobei Männer eher ablehnen, als Frauen (Admiraal et al., 2016; Clover et al., 2015; Cohen et al., 2018; Kirchheiner et al., 2013; Lambert et al., 2014; Pichler et al., 2019; Skaczkowski et al., 2018; Tondorf et al., 2018). Ein Drittel von den ablehnenden Patient:innen ist aber unentschlossen (Tondorf et al., 2018). Bei ihnen ist die Kommunikation und die Gesprächstechnik entscheidend. Mögliche Gründe für eine Ablehnung sind

- Sie fühlen sich nicht depressiv, überfordert oder belastet
- Sie fühlen sich überlastet
- Sie erhalten Unterstützung durch ihr soziales Umfeld
- Sie haben Angst vor Stigmatisierung
- Sie möchten ihre Normalität aufrechterhalten
- Sie sind durch körperliche Symptome belastet
- Schwierigkeiten bei der Finanzierung und Erreichbarkeit der unterstützenden Dienste
- Sie haben kein Wissen, wie die Unterstützung aussehen könnte
- Geschlecht und soziale Prägung

Es ist ebenso angezeigt zu prüfen, ob es der Person an Motivation oder Selbstwirksamkeitsüberzeugung mangelt, um sich mit der psychoonkologischen Belastung auseinanderzusetzen. In diesen Fällen sollten Massnahmen zur Begleitung von Verhaltensänderungen in Betracht gezogen werden (z.B. 5 A Technik, Motivational Interviewing)

2.8 Implementierung des biopsychosozialen Screenings

Die Implementierung eines Screenings auf biopsychosoziale Belastung erfordert eine systematische und interdisziplinäre Vorgehensweise. Internationale Leitlinien, darunter die NCCN Distress Management Guideline, betonen die Bedeutung eines strukturierten Ansatzes mit klar definierten Screening-Zeitpunkten, standardisierten Instrumenten und verpflichtenden Überweisungsalgorithmen (Deshields et al., 2021; Ehlers et al., 2019; Groff et al., 2018; Jacobsen & Norton, 2019; NCCN, 2025; Smith et al., 2018).

In Kanada wurde die Implementierung des Distress Managements, einschließlich des Screenings mit dem Belastungsthermometer und der Edmonton Symptom Assessment Scale (E-SAS), im Rahmen eines nationalen Förderprogramms unterstützt, das sich auf evidenzbasierte Ansätze der Praxisentwicklung wie die Aktionsforschung stützt (Bultz et al., 2011; Dolbeault et al., 2011; Fitch et al., 2018). Ähnliche Programme existieren in den USA, wo das „Screening for Psychosocial Distress Program“ mithilfe des RE-AIM-Frameworks evaluiert wurde (Lazenby et al., 2019). Auch Studien aus europäischen Ländern wie Italien, Frankreich, die Niederlande sowie Japan berichten über erste Implementierungserfahrungen (Grassi et al., 2011; Okuyama et al., 2016; van Nuenen et al., 2017).

Wesentliche Erfolgsfaktoren für die Implementierung sind:

- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Eine enge Abstimmung zwischen Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Psycholog:innen, Informatiker:innen, Sozialarbeitenden und Seelsorgenden trägt maßgeblich zur Qualität und Akzeptanz des Screenings bei, da unterschiedliche fachliche Perspektiven sinnvoll integriert werden. Ebenso ist es entscheidend, dass diese Berufsgruppen – basierend auf den Ergebnissen des Screenings – koordiniert zusammenarbeiten, um eine umfassende und bedarfsorientierte Versorgung der Patient:innen sicherzustellen.
- **Institutionelle Unterstützung:** Eine klare Rückendeckung durch die Führungsebene ist entscheidend. Nur mit ausreichenden Ressourcen und einer engagierten Unterstützung kann die Implementierung langfristig erfolgreich sein.
- **Pilotprojekte:** Testläufe in einem begrenzten Rahmen ermöglichen es, das Screeningkonzept zu erproben, Schwachstellen zu identifizieren und gezielte Anpassungen vorzunehmen, bevor eine flächendeckende Einführung erfolgt.
- **Effiziente Ressourcennutzung:** Die Integration des Screenings in bestehende Arbeitsprozesse minimiert Doppelarbeit und erleichtert eine nahtlose Umsetzung im Klinikalltag.
- **Digitale Lösungen:** Der Einsatz elektronischer Dokumentationssysteme kann Screeningraten verbessern und den Workflow effizienter gestalten. Durch gezielte Schulungen wird zudem sichergestellt, dass biopsychosoziale Belastungen systematisch erfasst und Patient:innen bestmöglich unterstützt werden. Unterschiedliche Modelle aus Studien und aus der Praxis verschiedener Gesundheitseinrichtungen zeigen zudem erfolgreiche Ansätze für ein elektronisches Screening. So können Patient:innen das

Screening entweder im Vorfeld zu Hause über eine App oder Web-App ausfüllen oder vor Ort über ein Tablet im Wartebereich (Deshields et al., 2021). Eine flächendeckende, standardisierte Lösung existiert bislang jedoch nicht. Bei der Implementierung digitaler Screeningverfahren sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen: Datenschutzrichtlinien müssen eingehalten, geeignete Schnittstellen zur elektronischen Gesundheitsakte geschaffen und eine zeitnahe Übermittlung der Daten zur weiteren Bearbeitung und Auswertung ermöglicht werden. Ebenso wichtig ist, dass auffällige oder überschwellige Ergebnisse zeitnah gesichtet und bewertet werden, um betroffene Patient:innen rasch zu identifizieren und gezielt zu unterstützen (Aapro et al., 2020; Dekker et al., 2020; Fournier et al., 2023; McCarter et al., 2020; Parikh et al., 2022; Qin et al., 2022; Shaffer et al., 2023; Zhang et al., 2024).

- **Schulung des Gesundheitspersonals:** Regelmässige Weiterbildungen und kontinuierliche Supervision stärken die Handlungssicherheit der Pflegefachpersonen. Der fachliche Austausch innerhalb des Teams hilft, schwierige Gespräche besser zu meistern und eine einfühlsame, professionelle Begleitung der Patient:innen sicherzustellen.
- **Strukturiertes Versorgungsnetzwerk:** Die Erhebung psychosozialer Belastungen stellt nur einen ersten Schritt dar; ohne entsprechende Anschlussangebote verliert das Screening an Wirksamkeit. Daher ist die Etablierung eines tragfähigen, interprofessionellen Netzwerks von zentraler Bedeutung, um eine bedarfsgerechte Triage sowie eine zielgerichtete Weitervermittlung sicherzustellen

Eine erfolgreiche Implementierung erfordert somit nicht nur eine strukturierte Planung, sondern auch eine nachhaltige Verankerung im klinischen Alltag.

3. Literaturverzeichnis

- Aapro, M., Bossi, P., Dasari, A., Fallowfield, L., Gascón, P., Geller, M., Jordan, K., Kim, J., Martin, K., & Porzig, S. (2020). Digital health for optimal supportive care in oncology: benefits, limits, and future perspectives. *Support Care Cancer*, 28(10), 4589-4612. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05539-1>
- Admiraal, J. M., van Nuenen, F. M., Burgerhof, J. G., Reyners, A. K., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2016). Cancer patients' referral wish: effects of distress, problems, socio-demographic and illness-related variables and social support sufficiency. *Psychooncology*, 25(11), 1363-1370. <https://doi.org/10.1002/pon.4067>
- Aldridge, J., Eshun, A. & Meurier, C. . (2016). Nursing Assessment and Care Planning. In T. C. C. Meurier (Ed.), *Health Assessment* (pp. S. 52-75). Wiley Online Books.
- Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., Holland, J. C., Partridge, A. H., Bak, K., Somerfield, M. R., & Rowland, J. H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol*, 32(15), 1605-1619. <https://doi.org/10.1200/jco.2013.52.4611>
- Annunziata MA, Muzzatti B, Bidoli E, Flaiban C, Bomben F, Piccinin M, Gipponi KM, Mariutti G, Busato S, Mella S. (2020) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Support Care Cancer*. Aug;28(8):3921-3926. doi: 10.1007/s00520-019-05244-8. Epub 2019 Dec 19. PMID: 31858249
- Basch E, Reeve BB, Mitchell SA, Clauser SB, Minasian LM, Dueck AC, Mendoza TR, Hay J, Atkinson TM, Abernethy AP, Bruner DW, Cleeland CS, Sloan JA, Chilukuri R, Baumgartner P, Denicoff A, St Germain D, O'Mara AM, Chen A, Kelaghan J, Bennett AV, Sit L, Rogak L, Barz A, Paul DB, Schrag D. (2014) Development of the National Cancer Cancer Institute's patient-reported outcomes version of the common terminology criteria for adverse events (PRO-CTCAE). *J Natl Cancer Inst*. Sep 29;106(9):dju244. doi: 10.1093/jnci/dju244. PMID: 25265940; PMCID: PMC4200059.
- Board, P. S. a. P. C. E. (2002, 4.12.2023). PDQ Adjustment to Cancer. Retrieved 25.1.2025 from <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/anxiety-distress-hp-pdq>
- Bonomi AE, Cella DF, Hahn EA, Bjordal K, Sperner-Unterwieser B, Gangeri L, Bergman B, Willems-Groot J, Hanquet P, Zittoun R. (1996) Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life measurement system. *Qual Life Res*. Jun;5(3):309-20. doi: 10.1007/BF00433915. PMID: 8763799.
- Bultz, B. D., Groff, S. L., Fitch, M., Blais, M. C., Howes, J., Levy, K., & Mayer, C. (2011). Implementing screening for distress, the 6th vital sign: a Canadian strategy for changing practice. *Psychooncology*, 20(5), 463-469. <https://doi.org/10.1002/pon.1932>
- Optimal Resources for Cancer Care: 2020 Standards (2020). https://www.facs.org/media/xlsey5iv/optimal_resources_for_cancer_care_2020_standards.pdf
- Carlson, L. E. (2013). Screening alone is not enough: the importance of appropriate triage, referral, and evidence-based treatment of distress and common problems. *J Clin Oncol*, 31(29), 3616-3617. <https://doi.org/10.1200/jco.2013.51.4315>
- Carlson, L. E., Zelinski, E. L., Toivonen, K. I., Sundstrom, L., Jobin, C. T., Damaskos, P., & Zebrack, B. (2019). Prevalence of psychosocial distress in cancer patients across 55 North American cancer centers. *J Psychosoc Oncol*, 37(1), 5-21. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1521490>
- Caruso, R., & Breitbart, W. (2020). Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 29, e86. <https://doi.org/10.1017/s2045796019000866>
- Cella, D., Yount, S., Rothrock, N., Gershon, R., Cook, K., Reeve, B., Ader, D., Fries, J. F., Bruce, B., Matthias, R., & on behalf of the PROMIS cooperative group. (2007). The Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): Progress of an NIH Roadmap Cooperative Group during its first two years. *Medical Care*, 45(5), S3-11
- Clover, K. A., Mitchell, A. J., Britton, B., & Carter, G. (2015). Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psychooncology*, 24(7), 812-818. <https://doi.org/10.1002/pon.3729>
- Cohen, A., Ianovski, L. E., Frenkiel, S., Hier, M., Zeitouni, A., Kost, K., Mlynarek, A., Richardson, K., Black, M., MacDonald, C., Chartier, G., Rosberger, Z., & Henry, M. (2018). Barriers to psychosocial oncology service utilization in patients newly diagnosed with head and neck cancer. *Psychooncology*, 27(12), 2786-2793. <https://doi.org/10.1002/pon.4889>
- Dekker, J., Graves, K. D., Badger, T. A., & Diefenbach, M. A. (2020). Management of Distress in Patients with Cancer-Are We Doing the Right Thing? *Ann Behav Med*, 54(12), 978-984. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa091>
- Deshields, T. L., Wells-Di Gregorio, S., Flowers, S. R., Irwin, K. E., Nipp, R., Padgett, L., & Zebrack, B. (2021). Addressing distress management challenges: Recommendations from the consensus panel of the American Psychosocial Oncology Society and the Association of Oncology Social Work. *CA Cancer J Clin*, 71(5), 407-436. <https://doi.org/10.3322/caac.21672>

DKG Zert./DGP/AGP (2024), SOP Onkologisches Basisscreening . <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>

Dolbeault, S., Boistard, B., Meuric, J., Copel, L., & Brédart, A. (2011). Screening for distress and supportive care needs during the initial phase of the care process: a qualitative description of a clinical pilot experiment in a French cancer center. *Psychooncology*, 20(6), 585-593. <https://doi.org/10.1002/pon.1946>

Donovan, K. A., Deshields, T. L., Corbett, C., & Riba, M. B. (2019). Update on the Implementation of NCCN Guidelines for Distress Management by NCCN Member Institutions. *J Natl Compr Canc Netw*, 17(10), 1251-1256. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.7358>

Ehlers, S. L., Davis, K., Bluethmann, S. M., Quintiliani, L. M., Kendall, J., Ratwani, R. M., Diefenbach, M. A., & Graves, K. D. (2019). Screening for psychosocial distress among patients with cancer: implications for clinical practice, healthcare policy, and dissemination to enhance cancer survivorship. *Transl Behav Med*, 9(2), 282-291. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby123>

Fayers P, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of Life Study Group (2001) EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Brussels: EORTC Quality of Life Group.

Feldstain, A., Tomei, C., Bélanger, M., & Lebel, S. (2014). Screening for distress in patients with cancer: methodologic considerations. *Curr Oncol*, 21(2), e330-333. <https://doi.org/10.3747/co.21.1794>

Fitch, M. (2015). Supportive care framework. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 18(1), 9. <https://canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/248/251>

Fitch, M. I., Ashbury, F., & Nicoll, I. (2018). Reflections on the implementation of screening for distress (sixth vital sign) in Canada: key lessons learned. *Support Care Cancer*, 26(12), 4011-4020. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4278-y>

Fournier, V., Duprez, C., Grynberg, D., Antoine, P., & Lamore, K. (2023). Are digital health interventions valuable to support patients with cancer and caregivers? An umbrella review of web-based and app-based supportive care interventions. *Cancer Med*, 12(23), 21436-21451. <https://doi.org/10.1002/cam4.6695>

Geese, F., Kaufmann, S., Sivanathan, M., Sairanen, K., Klenke, F., Krieg, A. H., Müller, D., & Schmitt, K.-U. (2024). Exploring the Potential of Electronic Patient-Reported Outcome Measures to Inform and Assess Care in Sarcoma Centers: A Longitudinal Multicenter Pilot Study. *Cancer Nursing*, 47(6), E395-E403. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001248>

Grassi, L., Rossi, E., Caruso, R., Nanni, M. G., Pedrazzi, S., Sofritti, S., & Sabato, S. (2011). Educational intervention in cancer outpatient clinics on routine screening for emotional distress: an observational study. *Psychooncology*, 20(6), 669-674. <https://doi.org/10.1002/pon.1944>

Groff, S., Holroyd-Leduc, J., White, D., & Bultz, B. D. (2018). Examining the sustainability of Screening for Distress, the sixth vital sign, in two outpatient oncology clinics: A mixed-methods study. *Psychooncology*, 27(1), 141-147. <https://doi.org/10.1002/pon.4388>

Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Compas, B., Dudley, M. M., Fleishman, S., Fulcher, C. D., Greenberg, D. B., Greiner, C. B., Handzo, G. F., Hoofring, L., Jacobsen, P. B., Knight, S. J., Learson, K., Levy, M. H., Loscalzo, M. J., Manne, S., McAllister-Black, R., Riba, M. B., . . . Zevon, M. A. (2010). Distress management. *J Natl Compr Canc Netw*, 8(4), 448-485. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2010.0034>

Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Compas, B., Dudley, M. M., Fleishman, S., Fulcher, C. D., Greenberg, D. B., Greiner, C. B., Handzo, G. F., Hoofring, L., Jacobsen, P. B., Knight, S. J., Learson, K., Levy, M. H., Loscalzo, M. J., Manne, S., McAllister-Black, R., Riba, M. B., . . . Mem, N. D. M. P. (2010). Distress Management Clinical Practice Guidelines in Oncology™. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(4), 448-485. <https://doi.org/DOI%2010.6004/jnccn.2010.0034>

Howell, D., Hack, T. F., Green, E., & Fitch, M. (2014). Cancer distress screening data: translating knowledge into clinical action for a quality response. *Palliat Support Care*, 12(1), 39-51. <https://doi.org/10.1017/s1478951513000382>

Howell, D., Mayo, S., Currie, S., Jones, G., Boyle, M., Hack, T., Green, E., Hoffman, L., Collacutt, V., McLeod, D., & Simpson, J. (2012). Psychosocial health care needs assessment of adult cancer patients: a consensus-based guideline. *Support Care Cancer*, 20(12), 3343-3354. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1468-x>

Howell, D., & Olsen, K. (2011). Distress-the 6th vital sign. *Curr Oncol*, 18(5), 208-210. <https://doi.org/10.3747/co.v18i5.790>

Howell, D., Currie, S., Mayo, S., Jones, G., Boyle, M., Hack, T., Green, E., Hoffman, L., Simpson, J., Collacutt, V., McLeod, D., and Digout, C. A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer Patient, Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, May 2009.

Jacobsen, P. B., & Norton, W. E. (2019). The role of implementation science in improving distress assessment and management in oncology: a commentary on "Screening for psychosocial distress among patients with cancer: implications for clinical practice, healthcare policy, and dissemination to enhance cancer survivorship". *Transl Behav Med*, 9(2), 292-295. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz022>

Kirchheiner, K., Czajka, A., Ponocny-Seliger, E., Lütgendorf-Caucig, C., Schmid, M. P., Komarek, E., Pötter, R., & Dörr, W. (2013). Physical and psychosocial support requirements of 1,500 patients starting radiotherapy. *Strahlenther Onkol*, 189(5), 424-429. <https://doi.org/10.1007/s00066-013-0329-y>

Lambert, S. D., Kelly, B., Boyes, A., Cameron, A., Adams, C., Proietto, A., & Girgis, A. (2014). Insights into preferences for psycho-oncology services among women with gynecologic cancer following distress screening. *J Natl Compr Canc Netw*, 12(6), 899-906. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2014.0084>

Lazenby, M., Ercolano, E., Tan, H., Ferrucci, L., Badger, T., Grant, M., Jacobsen, P., & McCorkle, R. (2019). Using the RE-AIM framework for dissemination and implementation of psychosocial distress screening. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 28(4), e13036. <https://doi.org/10.1111/ecc.13036>

Levis B, Sun Y, He C, Wu Y, Krishnan A, Bhandari PM, Neupane D, Imran M, Brehaut E, Negeri Z, Fischer FH, Benedetti A, Thombs BD; Depression Screening Data (DEPRESSD) PHQ Collaboration; Che L, Levis A, Riehm K, Saadat N, Azar M, Rice D, Boruff J, Kloda L, Cuijpers P, Gilbody S, Ioannidis J, McMillan D, Patten S, Shrier I, Ziegelstein R, Moore A, Akena D, Amtmann D, Arroll B, Ayalon L, Baradaran H, Beraldi A, Bernstein C, Bhana A, Bombardier C, Buji RI, Butterworth P, Carter G, Chagas M, Chan J, Chan LF, Chibanda D, Cholera R, Clover K, Conway A, Conwell Y, Daray F, de Man-van Ginkel J, Delgadillo J, Diez-Quevedo C, Fann J, Field S, Fisher J, Fung D, Garman E, Gelaye B, Gholizadeh L, Gibson L, Goodyear-Smith F, Green E, Greeno C, Hall B, Hampel P, Hantsoo L, Haroz E, Harter M, Hegerl U, Hides L, Hobfoll S, Honikman S, Hudson M, Hyphantis T, Inagaki M, Ismail K, Jeon HJ, Jetté N, Khamseh M, Kiely K, Kohler S, Kohrt B, Kwan Y, Lamers F, Asunción Lara M, Levin-Aspensson H, Lino V, Liu SI, Lotrakul M, Loureiro S, Löwe B, Luitel N, Lund C, Marrie RA, Marsh L, Marx B, McGuire A, Mohd Sidik S, Munhoz T, Muramatsu K, Nakku J, Navarrete L, Osório F, Patel V, Pence B, Persoons P, Petersen I, Picardi A, Pugh S, Quinn T, Rancans E, Rathod S, Reuter K, Roch S, Rooney A, Rowe H, Santos I, Schram N, Shaaban J, Shinn E, Sidebottom A, Simning A, Spangenberg L, Stafford L, Sung S, Suzuki K, Swartz R, Tan PLL, Taylor-Rowan M, Tran T, Turner A, van der Feltz-Cornelis C, van Heyningen T, van Weert H, Wagner L, Li Wang J, White J, Winkley K, Wynter K, Yamada M, Zhi Zeng Q, Zhang Y (2020) Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination With the PHQ-9 for Screening to Detect Major Depression: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. Jun 9;323(22):2290-2300. doi: 10.1001/jama.2020.6504. PMID: 32515813; PMCID: PMC7284301.

McCarter, K., Fradgley, E. A., Britton, B., Tait, J., & Paul, C. (2020). Not seeing the forest for the trees: a systematic review of comprehensive distress management programs and implementation strategies. *Curr Opin Support Palliat Care*, 14(3), 220-231. <https://doi.org/10.1097/spc.0000000000000513>

Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psychooncology*, 27(1), 75-82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>

Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(3), 213-223. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.54.3.213>

Mitchell, A. J. (2010). Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. *J Natl Compr Canc Netw*, 8(4), 487-494. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2010.0035>

Distress Management, (2025). https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf

Okuyama, T., Kizawa, Y., Morita, T., Kinoshita, H., Uchida, M., Shimada, A., Naito, A. S., & Akechi, T. (2016). Current Status of Distress Screening in Designated Cancer Hospitals: A Cross-Sectional Nationwide Survey in Japan. *J Natl Compr Canc Netw*, 14(9), 1098-1104. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2016.0119>

Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen (2023). https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Psychoonkologie/Version_2/LL_Psychoonkologie_Langversion_2.1.pdf

Ownby, K. K. (2019). Use of the Distress Thermometer in Clinical Practice. *J Adv Pract Oncol*, 10(2), 175-179.

Parikh, R. B., Basen-Enquist, K. M., Bradley, C., Estrin, D., Levy, M., Lichtenfeld, J. L., Malin, B., McGraw, D., Meropol, N. J., Oyer, R. A., Sheldon, L. K., & Shulman, L. N. (2022). Digital Health Applications in Oncology: An Opportunity to Seize. *J Natl Cancer Inst*, 114(10), 1338-1339. <https://doi.org/10.1093/jnci/djac108>

Pichler, T., Dinkel, A., Marten-Mittag, B., Hermelink, K., Telzerow, E., Ackermann, U., Belka, C., Combs, S. E., Gratzke, C., Gschwend, J., Harbeck, N., Heinemann, V., Herkommer, K., Kiechle, M., Mahner, S., Pigorsch, S., Rauch, J., Stief, C., Beckmann, J., . . . Herschbach, P. (2019). Factors associated with the decline of psychological support in hospitalized patients with cancer. *Psychooncology*, 28(10), 2049-2059. <https://doi.org/10.1002/pon.5191>

Pirl, W. F., Fann, J. R., Greer, J. A., Braun, I., Deshields, T., Fulcher, C., Harvey, E., Holland, J., Kennedy, V., Lazenby, M., Wagner, L., Underhill, M., Walker, D. K., Zabora, J., Zebrack, B., & Bardwell, W. A. (2014). Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force. *Cancer*, 120(19), 2946-2954. <https://doi.org/10.1002/cncr.28750>

Qin, M., Chen, B., Sun, S., & Liu, X. (2022). Effect of Mobile Phone App-Based Interventions on Quality of Life and Psychological Symptoms Among Adult Cancer Survivors: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J Med Internet Res*, 24(12), e39799. <https://doi.org/10.2196/39799>

- Reuschenbach, B. (2011). Reuschenbach, B. Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments. In R. B. M. C. (Ed.), *Pflegebezogene Assessment-instrumente – Internationales Handbuch für Pflegeforschung und – praxis* (pp. S. 27-45). Huber.
- Schouten, B., Avau, B., Bekkering, G. T. E., Vankrunkelsven, P., Mebis, J., Hellings, J., & Van Hecke, A. (2019). Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3), Cd012387. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012387.pub2>
- Schildmann E.K., Groeneveld E.I., Denzel J., et al. Discovering the hidden benefits of cognitive interviewing in two languages: the first phase of a validation study of the integrated palliative care outcome scale. *Palliat Med*. 2016;30:599–610. doi: 10.1177/0269216315608348
- Shaffer, K. M., Turner, K. L., Siwik, C., Gonzalez, B. D., Upasani, R., Glazer, J. V., Ferguson, R. J., Joshua, C., & Low, C. A. (2023). Digital health and telehealth in cancer care: a scoping review of reviews. *Lancet Digit Health*, 5(5), e316-e327. [https://doi.org/10.1016/s2589-7500\(23\)00049-3](https://doi.org/10.1016/s2589-7500(23)00049-3)
- Skaczkowski, G., Sanderson, P., Shand, M., Byrne, A., & Wilson, C. (2018). Factors associated with referral offer and acceptance following supportive care problem identification in a comprehensive cancer service. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 27(5), e12869. <https://doi.org/10.1111/ecc.12869>
- Smith, S. K., Loscalzo, M., Mayer, C., & Rosenstein, D. L. (2018). Best Practices in Oncology Distress Management: Beyond the Screen. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 38, 813-821. https://doi.org/10.1200/edbk_201307
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. (2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. May 22;166(10):1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092. PMID: 16717171.
- Stiel S, Matthes ME, Bertram L, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. (2010) Validierung der neuen Fassung des Minimalen Dokumentationssystems (MIDOS2) für Patienten in der Palliativmedizin. *Der Schmerz*, 24(6): 596-604. DOI:[10.1007/s00482-010-0972-5](https://doi.org/10.1007/s00482-010-0972-5)
- Tondorf, T., Grossert, A., Rothschild, S. I., Koller, M. T., Rochlitz, C., Kiss, A., Schaefer, R., Meinlschmidt, G., Hunziker, S., & Zwahlen, D. (2018). Focusing on cancer patients' intentions to use psychooncological support: A longitudinal, mixed-methods study. *Psychooncology*, 27(6), 1656-1663. <https://doi.org/10.1002/pon.4735>
- van Nuenen, F. M., Donofrio, S. M., Tuinman, M. A., van de Wiel, H. B., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2017). Feasibility of implementing the 'Screening for Distress and Referral Need' process in 23 Dutch hospitals. *Support Care Cancer*, 25(1), 103-110. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3387-8>
- Vodermaier, A., & Millman, R. D. (2011). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*, 19(12), 1899-1908. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1251-4>
- Zhang, Y., Flannery, M., Zhang, Z., Underhill-Blazey, M., Bobry, M., Leblanc, N., Rodriguez, D., & Zhang, C. (2024). Digital Health Psychosocial Intervention in Adult Patients With Cancer and Their Families: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Cancer*, 10, e46116. <https://doi.org/10.2196/46116>
- Zigmond A.S., Snaith R.P. (1983) The hospital anxiety and depression scale *Acta Psychiatr Scand*, 67 pp. 361-370
- Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Jenewein, J., Carley, M. I., & Buchi, S. (2011). Adopting a family approach to theory and practice: measuring distress in cancer patient-partner dyads with the distress thermometer. *Psychooncology*, 20(4), 394-403. <https://doi.org/10.1002/pon.1744>

Appendix A: Schweizer und Internationale Empfehlungen

Fachgesellschaft	Leitlinie	Link
American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force	Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers.	https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.28750
Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2020)	Sammlung von Selbstassessment Instrumenten für betreuende Angehörige	https://digitalcollection.zhaw.ch/ser-ver/api/core/bitstreams/7e7d855e-32c0-46fb-a10f-c11b3b0a5212/content
Canadian Partnership against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology (Howell et.al., 2009)	A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychological Health Care Needs of the Adult Cancer Patient (Howell et al., 2009)	https://www.capo.ca/guidelines
Deutsche Krebsgesellschaft:	SOP Onkologisches Basisscreening (2024)	https://www.krebsgesellschaft.de/unsere-themen/zer-tifizierung/erhebungsboegen-und-dokumente
Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF)	Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen, Langversion 2.1 (2023)	https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/
Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF)	Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen, Langversion 2.0 (2025)	https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie
National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)	NCCN Guidelines Version 2.2024 Distress Management © 2024	https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2019).	Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis.	https://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden-fuer-die-Praxis.html
Schweizer Gesellschaft für Psychoonkologie	Leitlinien zur psychoonkologischen Betreuung von erwachsenen Krebskranken und ihren Angehörigen (2024)	2024_SGPO_Leitlinien.pdf

Appendix B: Übersicht Screeninginstrumente

Die folgende Tabelle bietet eine Übersicht über ausgewählte Screeningsinstrumente, die in der Praxis zur Erfassung der biopsychosozialen Belastung eingesetzt werden.

Fragebogen	Beschreibung	Anzahl Items	Validiert	Cut-off	Lizenz	Quelle
Belastungsthermometer ¹ (+ Problem-liste)	Psychosoziale Belastung: Skala zu Bewertung der Belastung 0-10, 0 keine Belastung bis 10 stärkste Belastung Checkliste mit 42 (Körperliche, Emotionale, Soziale, Praktische, Spirituelle oder religiöse Beschwerden)	1 (+42)	Ja	>5	Nein, aber Registrierung bei NCCN unter www.nccn.org	Mehnert A, et al. (2006)
EORTC QLQ-C30 ²	Lebensqualität: Die Fragen 1 bis 28 befassen sich mit Symptomen und Alltagsfunktionen auf einer 4-Punkte-Likert-Skala, die von 1 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark) reicht. Bei den letzten 2 Fragen bewertet man zwischen 1 (sehr schlecht) und 7 (ausgezeichnet), die allgemeine Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden.	30	Ja		Ohne Gebühr, aber mit Vertrag	Fayers P, et. al. on behalf of the EORTC Quality of Life Study Group (2001)
GAD-7 ¹⁰ Generalized Anxiety Disorder 7	Der GAD-7 besteht aus 7 Items zur Einschätzung der Schwere von Angstsymptomen in einen Zeitraum von zwei Wochen verwendet wird. Punkte von 0 bis 3 zugewiesen werden (0—überhaupt nicht bis 3—fast jeden Tag).	7	Ja	Die Summe der Punkte gibt den Grad der Angst an, der in die Kategorien minimal (0–4), leicht (5–9), moderat (10–14) oder schwer (≥ 15) eingeteilt wird.		Spitzer RL., et. al. (2006)

Fragebogen	Beschreibung	Anzahl Items	Validiert	Cut-off	Lizenz	Quelle
IPOS ³ (= integrative palliative outcome scale)	Erfassung der Belastungen von Patienten in der Palliativversorgung, der auf einer Likert-Skala (0–4) basiert. Höhere Werte deuten auf eine stärkere subjektive Belastung hin. Der IPOS besteht aus mehreren Abschnitten: Freitextfeld: Zu Beginn gibt es ein Feld, in dem die Patienten ihre Probleme und Bedenken schildern können, die sie in der vergangenen Woche belastet haben. Symptomliste Liste von Symptomen, die der Patient erlebt hat. Diese Liste kann vom Patienten um weitere Symptome ergänzt werden, die er in der letzten Woche hatte. Fragen zur psychosozialen Belastung: Diese Fragen zielen auf die emotionale, soziale und psychische Belastung des Patienten ab. Zusätzlicher Beratungsbedarf: Hier wird abgefragt, ob der Patient zusätzlichen Bedarf an sozialer und prognostischer Beratung hat.		Ja, für Palliativ Patienten		Registrierung	Schildmann E.K.et. al. (2016)
MIDOS ⁴ (=Minimal Documentation System)	Liste mit 10 Symptome auf eine Skala von 0 = kein bis 3 = stark an, wie stark ihre Beschwerden am jeweiligen Tag sind. Zwei weitere Skalen können für zusätzliche frei zu benennende Symptome genutzt werden. Die Abschlussfrage zum Befinden von 5 = sehr schlecht bis 1 = sehr gut beantwortet. Ein Freitextfeld ermöglicht zusätzliche Kommentare der Patienten	10 plus Freitext	Palliatives Setting	–		Stiel S, et.al. (2010)

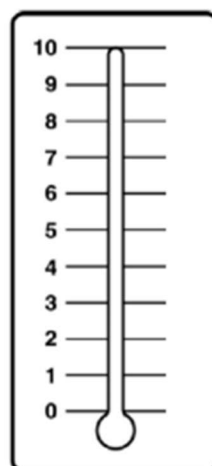
Fragebogen	Beschreibung	Anzahl Items	Validiert	Cut-off	Lizenz	Quelle
FACT-G ⁵ (=Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G))	27 Fragen, die vier Hauptdimensionen der Lebensqualität (QOL) bewerten: körperliches Wohlbefinden (PWB; 7 Fragen), soziales und familiäres Wohlbefinden (SFWB; 7 Fragen), emotionales Wohlbefinden (EWB; 6 Fragen) und funktionales Wohlbefinden (FWB; 7 Fragen). Es werden 5-stufige Likert-Antwortkategorien verwendet, die von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr viel“ reichen. Die Gesamtsumme des FACT-G-Scores ergibt sich aus der Addition der vier Subskalen und reicht von 0 bis 108. Es gibt verschiedene zusätzliche Fragebogen für genauere Erhebung der Symptome	27	Krebspatienten		Registrierung unter facit.org nötig	Bonomi AE., et. al. (1996)
PROMIS ⁶ (= Reported Outcomes Measurement Information System)	Drei fest definierte Profil-Fragebögen: PROMIS-29, PROMIS-43 und PROMIS-57 aus sieben PROMIS-Bereichen (Depressivität, Angst, körperliche Funktionsfähigkeit, Beeinträchtigung durch Schmerzen, Erschöpfung, Schlafbeeinträchtigung, Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten). Die Profile sind universell und nicht krankheitsspezifisch. Sie bewerten alle Bereiche in den letzten sieben Tagen. Der PROMIS-29 beinhaltet für jeden der 7 Bereiche jeweils 4 Fragen sowie eine zusätzliche numerische Rating-Skala zur Schmerzintensität (NRS).	29/ 43 oder 57 Fragebogen	Ja		Informationen https://promis-germany.de/ueber-promis-2/anwendung/	Cella, D., et. al. (2007)

Fragebogen	Beschreibung	Anzahl Items	Validiert	Cut-off	Lizenz	Quelle
PRO-CTCAE ⁷	Die PRO-CTCAE-Item-Bibliothek Version 1.0 umfasst 78 symptomatische unerwünschte Ereignisse (AEs). Jedes AE wird durch ein bis drei Attribut-Fragen erfasst wird (d. h. in Bezug auf Häufigkeit, Schweregrad und/oder Beeinträchtigung durch das AE). Das gibt es insgesamt 124 einzelne Frage.	124	Ja		NCI - PRO-CTCAE Items - French for Belgium, France, and Switzerland; Item Library Version 1.0 (cancer.gov)	Basch E., et. al. (2014)
HADS ⁸ Hospital Anxiety and Depression Scale	zwei Unterskalen: HADS-A für Angstsymptome und HADS-D, für depressiven Zuständen. Jede Unterskala besteht aus sieben Items, die in einem 4-Punkte-Ordinalformat beantwortet werden. Die Punktespanne reicht in jeder Unterskala von 0 bis 21, wobei höhere Punktzahlen auf ein höheres Ausmaß an Angst oder Depression hinweisen. Die Teilnehmer beantworten die Fragen, indem sie an ihr Empfinden und/oder Verhalten in der vergangenen Woche denken.	14	Ja			Zigmond A.S., Snaith R.P. (1983) Annunziata MA., et. al. (2020)
PHQ-2 (PHQ-9) ⁹ Patient Health Questionnaire-2	Das Patient Health Questionnaire Depression Modul (PHQ) zur Erkennung von Depressionen. PHQ-2 besteht aus den ersten beiden Items des PHQ-9. Der PHQ-2 erfragt die Häufigkeit depressiver Stimmung. Die Bewertung erfolgt auf einer Likert-Skala (0—überhaupt nicht bis 3—fast jeden Tag), wobei ein Score von 3 eine weitere Abklärung braucht. Beim PHQ-9 weist ein Score von 0–4 als minimale Depression, 5–9 als leichte Depression, 10–14 als moderate Depression und ≥ 15 als schwere Depression hin.	2 (9)	Ja	3		Levis B, et. al. (2020)

Appendix C: Beispiel des Belastungsthermometers

Anleitung:

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben.



Extrem belastet

Gar nicht belastet

ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschließlich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA NEIN

Praktische Probleme

- ☐ ☐ Wohnsituation
- ☐ ☐ Versicherung
- ☐ ☐ Arbeit/Schule
- ☐ ☐ Beförderung (Transport)
- ☐ ☐ Kinderbetreuung

Familiäre Probleme

- ☐ ☐ Im Umgang mit dem Partner
- ☐ ☐ Im Umgang mit den Kindern

Emotionale Probleme

- ☐ ☐ Sorgen
- ☐ ☐ Ängste
- ☐ ☐ Traurigkeit
- ☐ ☐ Depression
- ☐ ☐ Nervosität
- ☐ ☐ Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten

Spirituelle/religiöse Belange

- ☐ ☐ In Bezug auf Gott
- ☐ ☐ Verlust des Glaubens

JA NEIN

Körperliche Probleme

- ☐ ☐ Schmerzen
- ☐ ☐ Übelkeit
- ☐ ☐ Erschöpfung
- ☐ ☐ Schlaf
- ☐ ☐ Bewegung/Mobilität
- ☐ ☐ Waschen, Ankleiden
- ☐ ☐ Äußeres Erscheinungsbild
- ☐ ☐ Atmung
- ☐ ☐ Entzündungen im Mundbereich
- ☐ ☐ Essen/Ernährung
- ☐ ☐ Verdauungsstörungen
- ☐ ☐ Verstopfung
- ☐ ☐ Durchfall
- ☐ ☐ Veränderungen beim Wasser lassen
- ☐ ☐ Fieber
- ☐ ☐ Trockene/juckende Haut
- ☐ ☐ Trockene/verstopfte Nase
- ☐ ☐ Kribbeln in Händen/Füßen
- ☐ ☐ Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
- ☐ ☐ Gedächtnis/Konzentration
- ☐ ☐ Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme: _____