

# A5 Diagnoseübergreifende Leitlinien psychoonkologischer Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten

## A5.1 Grundprinzipien der psychoonkologischen Versorgung

Die Psychoonkologie ist heute eine eigene Fachdisziplin, deren Aufgabe es ist, die verschiedenen psychosozialen Aspekte in Entstehung, Behandlung und Verlauf einer Krebserkrankung im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter wissenschaftlich zu erforschen und die entsprechenden Erkenntnisse in die Versorgung und Behandlung der Patienten umzusetzen [22]. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die psychoonkologische Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Für die psychosoziale Betreuung in der pädiatrischen Onkologie liegen eigene Leitlinien vor.

Die Psychoonkologie ist ein integraler Bestandteil der onkologischen Diagnostik, Behandlung und Nachsorge von Tumorpatienten. Über entsprechende Fachgesellschaften werden in Deutschland Fort- und Weiterbildungs-Curricula angeboten, um die fachliche Qualifikation sicherzustellen. Adressaten dieser Fortbildungen sind Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen, die im Folgenden psychoonkologische Fachkraft genannt werden. Eine psychoonkologische Zusatzqualifikation ist Voraussetzung für die Anerkennung als psychoonkologische Fachkraft. Die psychoonkologische Versorgung ist interdisziplinär zwischen allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen zu realisieren. Dies impliziert, dass eine psychoonkologische Fachkraft im je-

weiligen Versorgungs-Setting (stationäre und ambulante Behandlung, stationäre Rehabilitation, ambulante Nachsorge) in das Behandlungsteam integriert ist und in regelmäßigem Austausch mit den medizinisch Behandelnden steht. Dieser Austausch sollte in Form von Fallbesprechungen oder Stationskonferenzen geregelt und strukturiert werden [28, 39, 40].

### Statement 1

Psychoonkologische Behandlungsmaßnahmen sind in das Gesamtkonzept der onkologischen Therapie zu integrieren (Evidenzlevel I, II).

Alle Patienten sollten von ärztlicher Seite frühzeitig über Möglichkeiten psychoonkologischer Hilfestellungen informiert werden.

## A5.2 Psychoonkologische Versorgungskonzepte und Interventionen

Psychoonkologische Versorgung von Krebspatienten beinhaltet eine patientengerechte Information und Beratung [3, 5, 16, 20, 24, 31, 36], eine qualifizierte psychologische Diagnostik und Bedarfsfeststellung [19, 23, 42] sowie eine gezielte psychoonkologische Behandlung zur Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankungs- und Behandlungsfolgen [11, 35]. Die Angehörigen sind in die psychoonkologische Betreuung mit einzubeziehen [8, 38].

Die Mannigfaltigkeit und Komplexität möglicher psychischer Beeinträchtigungen bei einer Tumorerkrankung in unterschiedlichen Krankheits- und Behandlungsphasen erfordern, dass der psychosoziale Behandlungsbedarf individuell festgestellt wird und eine psychoonkologische Fachkraft bei Bedarf einbezogen wird. Nur so kann auf die unterschiedlichen Problemlagen und Belastungen bei verschiedenen Tumorerkrankungen adäquat eingegangen werden.

Zielbereiche psychoonkologischer Interventionen sind:

- Angst, Depression, Belastungserleben [11, 30, 46]
- Krankheitsverarbeitung [11, 46]
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität und funktioneller Status
- Körperbild [4, 34, 44]
- Selbstkonzept
- Soziale Beziehungen, Kommunikation [12, 47, 48]
- Sexualität [4, 5, 34, 44]
- Fatigue [18, 27, 51]
- Schmerzen [15, 32, 47, 48]
- Behandlungcompliance und -adherence
- Neuropsychologische Beeinträchtigungen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit) [43]

Die psychosozialen Belastungen sind diagnoseübergreifend, jedoch weisen einzelne Tumorerkrankungen bzw. deren spezifische Behandlungsmodalitäten auch spezifische Belastungen auf [30], die in der psychoonkologischen Betreuung fokussiert werden müssen (beispielsweise Körperbildveränderungen bei entstehenden Operationen, Einschränkungen oder Störungen der Sexualfunktionen etc.).

## Statement 2

Psychoonkologische Interventionen sind am individuellen Bedarf der Patienten auszurichten und sollten im Bedarfsfall frühestmöglich angeboten werden. Zur Bedarfsfeststellung sollten neben dem klinischen Urteilsbild validierte Messinstrumente (wie beispielsweise die Psychoonkologische Basisdokumentation (Po-BADO), die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) oder der Hornheider Fragebogen) eingesetzt werden (Evidenzlevel II).

Psychoonkologische Interventionen umfassen mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung im Akutkrankenhaus, in der Rehabilitationsklinik und im weiteren Verlauf der Nachsorge bzw. palliativen Versorgung folgende Maßnahmen:

- Supportives Einzelgespräch [11, 17, 36, 37]
- Krisenintervention [5]
- Psychoonkologisch-psychotherapeutische Intervention
- Patientenschulung, psychoedukative Gruppenintervention [11, 14, 17, 21, 26, 49]
- Entspannungsverfahren und gelenkte Imagination [9, 13]
- Neuropsychologisches Training [43]
- Künstlerische Therapieverfahren (Kunst-, Musik- und Tanztherapie) [57]
- Paar- und Familiengespräch [4, 11, 36]
- Anbahnung und Vermittlung der Nachsorge [40]
- Sozialrechtliche Beratung [40]
- Sterbebegleitung [25]

Sofern krankheitsbedingt psychische Störungen auftreten, werden psychoonkologisch-psychotherapeutische Interventionen von Ärzten oder Psychologen durchgeführt, die über eine psychoonkologische Zusatzausbildung und darüber hinaus über eine psychotherapeutische Weiterbildung verfügen.

### Statement 3

Um eine kontinuierliche psychoonkologische Betreuung nach der stationären Behandlung zu gewährleisten, sind die Patienten über weiterführende ambulante und nachsorgende Angebote (wie Krebsberatungsstellen, niedergelassene Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen, Sozialberatung etc.) zu informieren.

Es hat sich als hilfreich erwiesen, neben den klassischen Parametern auch die Lebensqualität für die Beurteilung und Planung der Diagnostik und Therapiemaßnahmen einzubeziehen. Für die Erfassung der Lebensqualität sollten neben dem ärztlichen Gespräch strukturierte, aber auch praktikable und in der Routine einsetzbare Instrumente verwendet werden. Diese Instrumente ermöglichen dem Behandelnden, die Lebensqualität bzw. einzelne Aspekte beurteilen zu können und die Informationen in die aktuelle Beratung einzubeziehen [29]. Anhand dieser Fragebögen können die Befindlichkeit der Patienten in somatischen (Intensität und Häufigkeit körperlicher Symptome, funktionelle Einschränkungen), psychischen (Angst, Depression, kognitive Einschränkungen) und sozialen (Familienleben, Arbeit, Sexualität) Bereichen evaluiert werden. Die Verfahren sind in aufwendigen Studien hinsichtlich ihrer Messgüte (Reliabilität, Validität und Sensitivität) überprüft worden [1, 6]. Kontrollierte Studien zum Einsatz in der Routine der praktischen Patientenversorgung liegen vor [52].

### Statement 4

Die Lebensqualität der Patienten sollte im Krankheitsverlauf regelmäßig beurteilt werden. Hierbei können standardisierte Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität eingesetzt werden (GCP).

### Literatur

- 1 Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC (1993) The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 85(5): 365–376
- 2 Albert U-S, Koller M, Lorenz W et al (2002) Quality of life profile: From measurement to clinical application. *Breast* 11: 324–334
- 3 Burish TG, Snyder S, Jenkins RA (1991) Preparing patients for cancer chemotherapy: effect of coping preparation and relaxation interventions. *J Consult Clin Psychol* 59(4): 518–525
- 4 Burke S, Kissane DW (1998) Psychosocial support for breast cancer patients provided by members of the treatment team: A summary of the literature 1976–1996. NHMRC National Breast Cancer Centre
- 5 Burton MV, Parker RW, Farrell A et al (1995) A randomised controlled trial of preoperative psychological preparation for mastectomy. *Psycho-oncology* 4: 1–19
- 6 Cella D (1997) The Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia (FACT-An) Scale: a new tool for the assessment of outcomes in cancer anemia and fatigue. *Semin Hematol* 34(3 Suppl 2): 13–19
- 7 Cella DF, Tulskey DS, Gray G et al (1993) The functional assessment of cancer therapy (FACT) scale: Development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 11: 570–579
- 8 Christ GH, Siegel K, Freund B, Langosch D, Hendersen S, Sperber D, Weinstein L (1993) Impact of parental terminal cancer on latency-age children. *Am J Orthopsychiatry* 63(3): 417–425
- 9 Cimprich B (1993) Development of an intervention to restore attention in cancer patients. *Cancer Nurs* 16(2): 83–92
- 10 Coates A, Porszolt F, Osoba D (1997) Quality of life in oncology practice: Prognostic value of EORTC QLQ C30 scores in patients with advanced malignancy. *Eur J Cancer* 33: 1025–1030
- 11 Devine EC, Westlake SK (1995) The effects of psychoeducational care provided to adults

- with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum* 22(9): 1369–1381
- 12 Dowsett SM, Saul JL, Butow PN, Dunn SM, Boyer MJ, Findlow R et al (2000) Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient centered approach. *Psycho-oncology* 9: 147–156
  - 13 Edgar L, Rosberger Z, Nowlis D (1992) Coping with cancer during the first year after diagnosis. Assessment and intervention. *Cancer* 69(3): 817–828
  - 14 Edwards A, Hailey S, Maxwell M (2004) Psychological support for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Data base Syst Rev* 2, CD004253
  - 15 Fields HI (1995) Core curriculum for professional education in pain Seattle. IASP press [NHMRC]
  - 16 Flam B, Spice-Cherry P, Amsel R (1989) Effects of preparatory information of a myelogram on patients' expectations and anxiety levels. *Patient Educ Couns* 14(2): 115–126
  - 17 Forester B, Kornfeld DS, Fleiss JL (1985) Psychotherapy during radiotherapy: effects on emotional and physical distress. *Am J Psychiatry* 142(1): 22–27
  - 18 Graydon JE (1994) Women with breast cancer: their quality of life following a course of radiation therapy. *J Adv Nurs* 19(4): 617–622
  - 19 Hall A, Fallowfield LJ, A' Hern R (1996) When breast cancer recurs: a 3 year prospective study of Psychological morbidity. *Breast* 2 (3): 197–203 [DKG-N]
  - 20 Hathaway D (1986) Effect of preoperative instruction on postoperative outcomes: a meta-analysis. *Nurs Res* 35(5): 269–275
  - 21 Heinrich RL, Schlag CC (1985) Stress and activity management: group treatment for cancer patients and spouses. *Journal of Counselling and Clinical Psychology* 53 (4): 439–446 [DKG-N]
  - 22 Holland JC (2002) History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 64(2): 206–221
  - 23 Jenkins PL, May VE, Hughes LE (1991) Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. *Int J Psychiatry Med* 21(2): 149–155
  - 24 Johnston M, Voegele C (1993) Benefits of psychological preparation for surgery: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine* 15: 245–256 [DKG-N]
  - 25 Kellehear A (1990) *Dying of Cancer: the Final Year of Life*. New York. Harwood Academic Publishers [NHMRC]
  - 26 Kissane DW, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N (1997) Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer-techniques and themes. *Psycho-oncology* 6(1): 25–33
  - 27 Knobf MT (1986) Physical and psychologic distress associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. *J Clin Oncol* 4(5): 678–684
  - 28 Koch U, Weis J (1998) Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt „Rehabilitation von Krebskranken“. Schattauer, Stuttgart
  - 29 Koller M, Lorenz W (2002) Quality of life: A deconstruction for clinicians. *J R Soc Med* 95: 481–488
  - 30 Krauss O, Ernst J, Kuchenbecker D, Hinz A, Schwarz R (2007) Prädiktoren psychischer Störungen bei Tumorpatienten: Empirische Befunde. *Psychother Psych Med*
  - 31 Leinster SJ, Ashcroft JJ, Slade PD et al (1989) Mastectomy versus conservative surgery: psychosocial effects of the patients choice of treatment. *J Psychosoc Oncol* 7 (1/2): 179–192 [DKG-N]
  - 32 Loscalzo M (1996) Psychological approaches to the management of pain in patients with advanced cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 10(1): 139–155
  - 33 Luker KA, Beaver K, Leinster SJ, Owens RG (1996) Information needs and sources of information for women with breast cancer: a follow-up study. *J Adv Nurs* 23(3): 487–495
  - 34 Maguire P, Tait A, Brooke M, Thomas C, Sellwood R (1980) Effect of counselling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy. *Br Med J* 281(6253): 1454–1456
  - 35 McArdle JM, George WD, McArdle CS, Smith DC, Moodie AR, Hughson AV, Murray GD (1996) Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study. *BMJ* 312(7034): 813–816
  - 36 Meyer TJ, Mark MM (1995) Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 14(2): 101–108
  - 37 Moorey S, Greer S, Watson M et al (1994) Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-oncology* 3: 39–46 [NHMRC]

- 38 Nelson DV, Friedman LC, Baer PE et al (1994) Subtypes of psychosocial adjustment to breast cancer. *J Behav Med* 17 (2): 127–141 [DKG-N]
- 39 NHMRC National Health and Medical Research Council (1999) Psychosocial practice guidelines: information, support and counselling for women with breast cancer. Canberra, Australia
- 40 NHMRC National Health and Medical Research Council (2003) Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. Canberra, Australia. [www.nhmrc.gov.au](http://www.nhmrc.gov.au)
- 41 NHMRC National Health Medical Research Council (1994) What do Women Say About Treatment for Breast Cancer? A Review of the Consumer Literature conducted for the Women's Perspectives Sub-Group of the National Health and Medical Research Council Working Party on the Treatment of Diagnosed Breast Cancer. Canberra, Australia [DKG-N]
- 42 Pinder KL, Ramirez AJ, Black ME, Richards MA, Gregory WM, Rubens RD (1993) Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors. *Eur J Cancer* 29A(4): 524–527
- 43 Poppelreuter M, Weis J, Schmid J, Bartsch HH (2006) Neuropsychologische Folgestörungen nach adjuvanter Therapie des Mammakarzinoms. Forschungsstand und Implikationen für die Praxis. *Onkologie* 12 (1): 27–35
- 44 Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ, Meisler E, Esselstyn CB, Hermann RE, Grundfest-Broniatowski S, Dowden RV (1995) Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer* 75(1): 54–64
- 45 Sellschopp A et al (2002) Manual Psychoonkologie. Zuckschwerdt, München
- 46 Sheard T, Maguire P (1999) The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 80(11): 1770–1780
- 47 Spiegel D, Bloom JR (1983) Pain in metastatic breast cancer. *Cancer* 52(2): 341–345
- 48 Spiegel D, Bloom JR, Gotthel E (1983) Family environment as a predictor of adjustment to metastatic breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 1: 33–44
- 49 Spiegel D, Bloom JR, Yalom I (1981) Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry* 38(5): 527–533
- 50 Street RL Jr, Voigt B, Geyer C Jr, Manning T, Swanson GP (1995) Increasing patient involvement in choosing treatment for early breast cancer. *Cancer* 76(11): 2275–2285
- 51 Turner J, Wooding S, Neil C (1998) Psychosocial impact of breast cancer: A review of the literature 1986–1996. Sydney: NHMRC National Breast Cancer Centre
- 52 Velikova G, Wright EP, Smith AB, Cull A, Gould A, Forman D, Perren T, Stead M, Brown J, Selby PJ (1999) Automated collection of quality-of-life data: a comparison of paper and computer touch-screen questionnaires. *J Clin Oncol* 17(3): 998–1007
- 53 Velikova G, Booth L, Smith A, Brown P, Lynch P, Brown J, Selby P (2004) Measuring Quality of Life in routine oncology practice improves communication and patient wellbeing: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 29 (4): 714–724
- 54 Weis J, Blettner G, Schwarz R (2000) Psychoonkologische Versorgung in Deutschland. Qualität und Quantität. *Z Psychosom Med Psychother* 46 (1): 4–17 [DKG-N]
- 55 Weis J, Domann U (2006) Interventionen in der Rehabilitation von Mammakarzinompatientinnen: Eine methodenkritische Übersicht zum Forschungsstand. *Rehabilitation* 3 (45): 129–142
- 56 Weis J, Schumacher A, Blettner G, Determann M, Reinert E, Ruffer JU, Werner A, Weyland P (2007) Psychoonkologie: Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin. *Onkologie* 13 (2): 185–194
- 57 Weiss MC, Fowble BL, Solin LJ, Yeh IT, Schultz DJ (1992) Outcome of conservative therapy for invasive breast cancer by histologic subtype. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 23(5): 941–947

**Verfahren der Konsensbildung**

Im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft erstellt durch die PSO.

**Autoren:** Joachim Weis, Freiburg; Monika Keller, Heidelberg; Susanne Singer, Leipzig; Martin Wickert, Tübingen; Andreas Werner, Mainz; Reinhold Schwarz, Leipzig

**Leitlinienkoordinator:** Joachim Weis, Freiburg

Die Leitlinie wurde mit folgenden Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und kooperierenden Institutionen abgestimmt:

- DDG, DEGRO, DGHO, DGCh, DGGG, DGOOC, DGP (Palliativ) DGP (Pathologie), DGU, DGVC, DGVS, GPOH
- ADO, AGO, AIO, AOP, ARNS, ARO, ASORS, CAO, KOK, NOA, PSO

