



Symptom-Screening bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen

Erkenntnisse aus dem KeSba-Projekt

Einleitung

In den Vorgaben für Organkrebs- und Onkologische Zentren, die von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert sind, erscheint vermehrt die Anforderung nach gezielten Screenings, die den Bedarf für spezialisierte supportive Dienste erfassen und die Patient:innen dorthin weiterleiten sollen. So wurde zuletzt beispielsweise in der Sitzung der Zertifizierungskommission für Onkologische Zentren 2021 durch die Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM) der DKG eine Kennzahl zur möglichst häufigen Symptomerfassung mit der Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) oder dem Minimalen Dokumentationssystem (MIDOS) bei verschiedenen Patientengruppen mit fortgeschrittener Krebserkrankung eingereicht (Krug et al. 2023). Die Vielzahl von möglichen und sinnvollen Screenings neben MIDOS und IPOS (z. B. Distress-Thermometer, geriatrisches Assessment, Ernährungs-Assessment) (Mehler-Klamm et al. 2022) scheitern häufig an fehlenden technischen und personellen Ressourcen (Roch et al. 2021). Zudem sind Redundanzen und Mehrfacherhebungen möglich, vor allem von physischen Symptomen, wenn mehrere Erfassungsinstrumente bei einem umfangreichen Assessment gleichzeitig eingesetzt werden.

Häufig gar nicht oder zu wenig abgebildet ist in diesem Zusammenhang all das, was Pflege im Rahmen des Pflegeprozesses als Assessment z. B. von Symptomen erfasst. Dieses Erfassen stellt eine Kernaufgabe onkologischer Pflege dar. Im Rahmen der Zertifizierungsanforderungen der DKG werden die patient:innenbezogenen Aufgaben onkologischer Fachpflege anhand des Pflegeprozesses genau beschrieben. Hierzu gehören unter anderem das fachbezogene Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen, um daraus die notwendigen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen und den individuellen Beratungsbedarf der Patient:innen abzuleiten. Eine pflegerische Beratung würde dann strukturiert und kontinuierlich über den gesamten Krankheitsverlauf angeboten werden (Deutsche Krebsgesellschaft und Deutsche Krebshilfe 2021). Dieses Vorgehen prädestiniert onkologische Fachpflege zur Durchführung genannter Screenings im Rahmen eines pflegerischen Beratungsangebots, z. B. in einer Pflegesprechstunde. Aufgrund der langjährigen Erfahrung der onkologischen Pflege mit Screenings und Assessments und ihrer Nähe zu den Patient:innen in allen Krankheitsphasen sind onkologische Fachpflegekräfte in der idealen Position, den interprofessionellen Prozess zu steuern. Aus diesen Überlegungen heraus hat die Zertifizierungs-AG der KOK beschlossen, am KeSba-Projekt teilzunehmen.



AG Zertifizierung

Daniel Edler¹, Matthias Naegele², Daniel Wecht³, Bernd Alt-Epping⁴, Birgitt van Oorschot⁵

für die Zertifizierungs-AG der KOK

¹Abteilung Qualitätsmanagement Pflege, onkologische Fachpflege, Klinikum St. Georg, Leipzig, ²Entwicklung und Qualitätsmanagement Pflege, Netzwerk Onkologie, Kantonsspital St. Gallen, ³Weiterbildungsstätte für Pflege in der Onkologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, ⁴Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg, ⁵Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin Uniklinik Würzburg

Was ist das KeSba-Projekt?

KeSba steht für „Kennzahl Symptom- und Bedarfserfassung“. Das Projekt wurde 2021 aus der oben genannten Sitzung der Zertifizierungskommission für Onkologische Zentren durch die APM mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ins Leben gerufen und vom Interdisziplinären Zentrum Palliativmedizin des Uniklinikums Würzburg koordiniert (Para et al. 2022). Die Zertifizierungs-AG der KOK war in den gesamten Prozess eingebunden. Ziel von KeSba war, die Machbarkeit sowie Barrieren und Herausforderungen bei der Implementierung eines systematischen Symptom-Screenings palliativer Patienten mit MIDOS oder IPOS zu erheben. Hierzu wurde zunächst in einer Pilotphase untersucht, in welchem Umfang das Symptom- und Belastungsscreening bei den teilnehmenden Zentren vor Start der Pilotphase bereits umgesetzt war (Krug et al. 2023). In einer anschließenden 3-monatigen Screeningphase erhoben die teilnehmenden Zentren Symptome und Belastungen mittels MIDOS oder IPOS. Die Entscheidung, welches Instrument zum Screening verwendet werden sollte, sowie über die technische Umsetzung (Papier oder digital) und den Einbezug anderer Professionen außerhalb der Palliativmedizin (z. B. onkologische Fachpflege) trafen die Zentren vor Ort (Para et al. 2022).

An der Pilotierungsphase nahmen insgesamt 43 zertifizierte Organkrebszentren teil, bei 36 bestand bereits ein Symptom- und Belastungsscreening. Pflege/onkologische Fachpflege war in die Erfassung von Symptomen und Belastungen an 13/15 Zentren eingebunden, in die Erhebung von psychischen Belastungen an 19/15 und in die Risikoermittlung Mangelernährung an 17/12. Mehrfachnennungen waren möglich (Krug et al. 2023).

An der 3-monatigen Erhebungsphase nahmen noch 29 Zentren teil. Das Screening fand an 24 Zentren mit der Beteiligung der onkologischen Fachpflege statt. An 7 Zentren wurde ausschließlich durch die onkologische Fachpflege gescreent. Die Kombination aus einem Symptomscreening (IPOS/MIDOS) und einem weiteren Screeninginstrument, zumeist für psychosoziale Probleme, wurden an 16 der 29 Zentren gewählt. 2 weitere Zentren kombinierten 3 Screeninginstrumente miteinander.

Die Ausbildung der durchführenden Fachkräfte fand in 10 Zentren durch Ärzte, in 2 Zentren durch Pflegekräfte und in 10 weiteren Zentren durch andere Berufsgruppen oder im Team statt. Methoden der Ausbildung waren hier in absteigender Anzahl: das Anlernen durch Zeigen (10), durch Handouts (4) und durch Ausbildungskurse (4). Die Auswertung der Erhebungen erfolgte in 2 Zentren ausschließlich durch die onkologische Fachpflege, in 3 Zentren durch die palliative Fachpflege, mitsamt anderen Spezialist:innen und in den restlichen Zentren durch ärztliches und/oder anderes Personal. 1255 der insgesamt 2129 verwertbaren Screeningergebnisse wurden als positiv gewertet. 834 Ergebnisse waren aufgrund der Unvollständigkeit nicht auswertbar. 1586 Patienten erfuhren eine therapeutische Konsequenz nach auffälligem Screening. Bei 543 Patienten

wurde eine Konsequenz nicht notiert. Die ergebnisbedingte Kontaktaufnahme durch einen spezialisierten Palliativdienst geschah bei 452 Patienten, 458 Patienten wurden weiterhin in der onkologischen Standardversorgung betreut und 29 Patienten wurden als positiv gezählt, lehnten jedoch weitere Konsequenzen ab. In einer abschließenden Feedbackrunde des Projekts gab der Großteil der beteiligten Zentren eine verbesserte Kommunikation entweder innerhalb des Krankenhauses oder innerhalb des KeSba-Teams an. In 5 Zentren äußerten sich die Patient:innen positiv zu dem Projekt und in 4 Zentren konnte das Bewusstsein für die Beschwerdeerhebung und die palliative Kompetenz gesteigert werden.

In absteigender Anzahl der Bewertungen von den Zentren wurden folgende Merkmale mit der Möglichkeit der Mehrfachnennung als beeinträchtigend gewertet: Ressourcenknappheit während der Erhebung (16), Zielgruppenverfehlung (9), Mangel an IT-Unterstützung (7), Konsequenzenlosigkeit (4) und weitere (insgesamt 4) (Braulke et al. 2023).

Die Rolle der onkologischen Fachpflege im KeSba-Projekt

Im Rahmen eines Arbeitsgruppentreffens nach Abschluss der Erhebungsphase wurde unter 26 Vertreter:innen der KeSba-Zentren die Rolle der onkologischen Pflege diskutiert und protokolliert. Die folgenden Hindernisse und Empfehlungen stammen aus diesem Protokoll. Es zeigten sich verschiedene hindernde Faktoren bei der Durchführung der Screenings:

- IT-Defizite: Es kam zu parallelen Dokumentationen auf Papier und digital. So wurde z. B. berichtet, dass die Routinedokumentation der pflegerischen Symptomerfassung elektronisch im Klinikinformationssystem (KIS) erfasst wurde, MIDOS/IPOS aber nicht integriert war und in der Papierversion genutzt werden musste. Dies führte zu einem Zusatzaufwand durch händische Eingabe in die Tumordokumentation.
- Wer soll gescreent werden? Hier traten Unklarheiten und Widersprüchlichkeiten bzgl. der zu screenenden Patienten und der Zuständigkeit der spezialisierten Palliativmedizin bei Patienten mit positivem Screeningergebnis auf, die aber einen kurativen Therapieansatz hatten, z. B. oligometastasierte Patienten unter kurativer Therapie lokal fortgeschrittener Tumoren, die noch keine Fernmetastasen aufwiesen. Zudem führten fehlerhafte oder nicht aktuelle Dokumentationen von Tumorboard-Entscheidungen als Basis zur Identifikation zu screenender Patienten zu Frustration, z. B. unzureichende oder falsche Dokumentation der (palliativen) Therapieintention.
- Immer wieder traten Vorbehalte gegenüber palliativmedizinischen Fragebögen auf, z. B. infolge der Gleichsetzung von „palliativ“ mit „Lebensende“ bei Ärzt:innen und/oder auch Patient:innen. Es gab wenig positive Assoziationen mit der Erhebung durch die Beantwortung der Fragen.

Zusammenfassung und Schlüsselwörter	Summary and Keywords
KeSba-Projekt: Symptom-Screening bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen	Screening, Symptome, onkologische Fachpflege
Im Rahmen des KeSba-Projekts (Kennzahl Symptom- und Bedarfserfassung) wurde über einen Zeitraum von 3 Monaten die Machbarkeit eines Routinescreenings bei Palliativpatienten mittels IPOS oder MIDOS getestet. In diesem Beitrag werden die Erkenntnisse für eine Durchführung dieser palliativen Screenings durch onkologische Fachpflege diskutiert.	In the KeSba project, the feasibility of routine screening using IPOS or MIDOS in palliative patients was tested over a period of 3 months. The findings about this screening done by specialized oncology nurses are discussed in this article.
Screening • Symptome • onkologische Fachpflege	screening • symptoms • specialized oncology nurses

- Eine ausbleibende ärztliche Konsilanforderung bei auffällig gescreenten Patienten oder bei explizitem Patientenwunsch.
- Durch die Begrenzung der Zuständigkeiten der onkologischen Fachpflege auf stationäre Patienten waren ambulante oder tagesstationäre Patienten für das Screening schwerer erreichbar.

Im Gruppengespräch wurde eine Vielzahl von fördernden Aspekten und unterstützenden Interventionen diskutiert, die im Folgenden in der Reihenfolge der eben genannten hindernenden Faktoren vorgestellt werden.

Die Integration neuer Fragebögen ins KIS braucht Vorlaufzeit und nimmt IT-Ressourcen in Anspruch. Die Corona-Erfahrungen belegen sowohl den Optimierungsbedarf als auch die Leistungsfähigkeit der Medizininformatik in Krisenzeiten. Neben den angesprochenen Problemen bietet diese Situation auch die Chance, die Erfahrungen der Pilotierungsphase bei der späteren digital gestützten Umsetzung zu berücksichtigen. Die Möglichkeit eines aus KeSba resultierenden Folgeprojekts zur Erstellung eines digitalen multiprofessionellen Screenings wird diskutiert. Kliniken, die aktuell noch papierbasiert dokumentieren, sollten die Chance nutzen und jetzt unkompliziert MIDOS oder IPOS ergänzen und die von allen Beteiligten angestrebte digital gestützte Erhebung im Rahmen der erwarteten elektronischen Patientenakte aus der Routine heraus umsetzen.

Das Tumorboard wird von allen Beteiligten als wesentliche Schaltstelle für die Patientenversorgung verstanden. Allerdings stellt die Tumorboard-basierte Identifikation der zu screenenden Patienten die onkologische Pflege auch vor neue Herausforderungen. Aus mehreren Zentren wurden gute Erfahrungen mit der Teilnahme der onkologischen Fachpflege an den Tumorkonferenzen berichtet. Unklarheiten können im Gespräch geklärt werden, die Zusammenarbeit in der Tumorkonferenz verbessert die multiprofessionelle Patientenversorgung und die Zusammenarbeit erleichtert die Initiierung pflegerischer Beratungsgespräche (Bildung eines „Therapie-Teams“). Um keine Patienten mit potenziellem Bedarf an Palliativversorgung zu übersehen, ist es möglicherweise sinnvoll, das Screening nicht auf Palliativpatient:innen einzuschränken. Einige KeSba-Zentren verzichten auf eine Vorselektion und screenen alle Tumorpatienten mit MIDOS oder IPOS, z. B. im Rahmen der Pflegeanamnese bei stationärer Aufnahme oder in Wartebereichen von Therapieambulanz, teilweise auch in Kombination mit einem psychoonkologischen Belastungsscreening. Darunter finden sich sowohl Zentren, in denen MIDOS oder IPOS bereits vor der Pilotphase in ein routinemäßiges Symptom- und Belastungsscreening integriert war, als auch Zentren, die das Screening neu implementieren und ohne Vorselektion allen Krebspatient:innen das MIDOS/IPOS-Screening anbieten wollen.

Die Teilnehmenden schlugen vor, den berichteten Vorbehalten gegenüber den beiden palliativmedizinischen Fragebögen mit

Information und Schulungen zu begegnen. Es bedarf offensichtlich noch weiterer Überzeugungsarbeit in Bezug auf den Nutzen regelmäßiger patientenberichteter Symptom- und Belastungserfassungen und auch hinsichtlich der Sinnhaftigkeit der Frühintegration palliativer Ansätze. In den palliativmedizinischen Fragebögen werden breit angelegt allgemeine Symptome und Belastungen erfasst, sodass die Akzeptanz durch Verzicht auf den Terminus „palliativ“ auf dem Fragebogen und eine motivierende Einleitung mit dem Verweis auf die Freiwilligkeit der Erhebung gefördert werden könnte. Patient:innen nehmen die Erhebung von PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) zum Teil als Chance wahr. Für die Symptom- und Belastungserfassung bei sehr schwachen oder kognitiv eingeschränkten Krebspatienten sollte eine unterstützte Erfassung oder auch die Fremdeinschätzung möglich sein.

Die Zuständigkeiten für den Einbezug der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) wurden ausführlich diskutiert. Aus der Literatur ist bekannt, dass eine arztgetriggerte Zuweisung zur SPV u. a. auch vom Wissen und der palliativmedizinischen Blickrichtung des Arztes abhängt. Insofern sind die beschriebenen Probleme nicht unerwartet. Zum alternativen Vorgehen, d. h. zum Einbezug der SPV nach (Konsil-)Anforderung durch die onkologische Fachpflege, gab es unterschiedliche Rückmeldungen aus den Zentren und Expertenmeinungen. Während eine Konsilanforderung für die Psychoonkologie bei Screening-positiven Patienten durch die onkologische Fachpflege seitens der behandelnden Ärzt:innen in der Regel gut akzeptiert und auch von den anwesenden Expert:innen unterstützt wird, wird die analoge Konsilanforderung für die Palliativmedizin durch die Pflegenden selbst kontrovers beurteilt. Die kritische Haltung wird damit begründet, dass weitere medizinische Fachdisziplinen nicht ohne die übliche ärztliche Indikation in die Behandlung einbezogen werden sollten. Vor diesem Hintergrund wurde auch der automatisierte Einbezug der spezialisierten Palliativmedizin bei positiv gescreenten Patienten im Rahmen eines digital gestützten Vorgehens kontrovers diskutiert. Es bestand Konsens, dass die behandelnden Onkolog:innen niedrigschwellig Zugang zu den Screeningergebnissen haben sollten (z. B. analog zu Laborwerten mit Hervorhebung auffälliger Befunde). In einem Viertel der Zentren, in denen die onkologische Fachpflege das Screening durchführte und auch auswertete, ist der konsiliarische Einbezug der Palliativmedizin bei Patient:innen unter palliativer Systemtherapie oder nach Therapieziel festlegung „Best Supportive Care“ z. B. im Tumorboard ohne weitere Rücksprache mit dem verantwortlichen Onkologen üblich.

Ein weiterer intensiv diskutierter Punkt war die Frage, inwieweit die Kontaktaufnahme der spezialisierten Palliativmedizin mit den positiv gescreenten Patient:innen deren Einverständnis erfordert. Wenn Palliativmedizin in das Behandlungsteam integriert ist, reicht vermutlich – analog zur üblichen Praxis beim Einbezug weiterer medizinischer Fachdisziplinen – die

Vorabinformation der Patienten, um Überraschungen zu vermeiden. Wenn die SPV als externer Partner hinzugezogen wird, ist das Patienteneinverständnis höher zu gewichten. Darüber hinaus ist aus psychoonkologischen Studien bekannt, dass viele Patienten mit Unterstützungsbedarf gemäß Screening keinen Unterstützungswunsch haben. Insofern ist es möglicherweise sinnvoll, das MIDOS/IPOS-Screening mit einer Frage nach „mehr Informationen zu ...“, dem „Beratungswunsch“ oder dem „Einverständnis mit der Kontaktaufnahme“ zu verknüpfen. Um Patienten ohne positives Screening den Zugang zur spezialisierten Palliativversorgung (oder anderen Supportivangeboten) ebenfalls zu ermöglichen, sollte der Unterstützungswunsch zusätzlich im Screening abgefragt werden. Dazu wurde die Nutzung der ggf. abzuwandelnden Frage „Wünschen Sie unabhängig von Ihren Belastungen Kontakt mit der Psychoonkologie?“ vorgeschlagen. Die Erfahrung zeigt, dass es sinnvoll ist, bei der Beantwortung niedrigschwellig nur die „Ja-Option“ anzubieten, die angekreuzt oder offengelassen werden kann.

Aus einzelnen Zentren wurde berichtet, dass ambulante oder tages-/teilstationäre Patienten des Zentrums keinen Zugang zu der Symptom- und Belastungserfassung haben, weil die onkologische Fachpflege nur im stationären Setting in die Patientenversorgung einbezogen ist. Mögliche Lösungsansätze – neben der Ausweitung des Tätigkeitsfeldes der onkologischen Fachpflege – sind der Einbezug weiterer Berufsgruppen für das außerklinische Screening bzw. der Postversand sowie perspektivisch die Nutzung von Apps auf eigenen elektronischen Endgeräten. ■

Interessenkonflikt

Die Autor:innen geben an, keine Interessenkonflikte zu haben.

Literatur

- Braulke F, Para S, Alt-Epping B et al. (2023) Systematic symptom screening in patients with advanced cancer treated in certified oncology centers: results of the prospective multicenter German KeSba project. *J Cancer Res Clin Oncol*. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-04818-8>
- Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe (2021) Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren. <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>
- Edler D, Boehm A, Nennemann A et al. (2022) Implementierung eines Symptom- und Belastungsscreenings bei Kopf-Hals-Tumor-Patient*innen – ein Erfahrungsbericht. *Onkologie*. <https://doi.org/10.1007/s00761-022-01264-y>
- Gerlach C, Ratjen I, Brandt J et al., KeSba-Projektzentren (2023) Kennzahl Symptom- und Bedarfserfassung in der Hämatologie – Beobachtungen aus der Praxis. *Onkologie* 29(4):351–357. <https://doi.org/10.1007/s00761-023-01322-z>
- Krug U, Para S, Letsch A et al. (2023) Symptom- und Belastungsscreening bei Patienten mit inkurabler Erkrankung. *Onkologie* 29:237–245. <https://doi.org/10.1007/s00761-023-01301-4>
- Mehler-Klamt AC, Naegele M, Lippach K (2022) Assessments im pflegerischen Erstgespräch – Ausgangspunkt für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Onkologie. *Onkologie* 28:1111–1116. <https://doi.org/10.1007/s00761-022-01232-6>
- Para S, Letsch A, Alt-Epping B et al. (2022) Symptom- und Belastungserfassung mit MIDOS oder IPOS – Kennzahl Symptom- und Bedarfser-

FAZIT

Im Rahmen des KESBa-Projekts hat sich gezeigt, dass die onkologische Fachpflege im Rahmen eines multiprofessionellen Symptom- und Belastungsscreenings eine zentrale Rolle einnehmen kann (Edler et al. 2022). Dieses sollte eingebunden sein in ein pflegerisches Beratungsangebot wie z. B. eine Pflegesprechstunde. Es braucht aber eine Reihe von Rahmenbedingungen, die geschaffen werden sollten:

Standardisierte Implementierung des Screenings in die klinischen Abläufe samt Schulung über die Erhebung, Auswertung und Konsequenz der ermittelten Ergebnisse für die anschließend ausführende Berufsgruppe (Braulke et al. 2023).

Verfügbarkeit eines multiprofessionellen digitalen Screeningtools, welches problemlos in das Klinikinformationssystem eingebunden werden kann.

Screening von allen onkologischen Patienten und keine Konzentration auf spezifische Patientengruppen. Bezogen auf die Erfassung des palliativen Unterstützungsbedarfs würde dies die frühe Integration von Palliativdiensten fördern. Mögliche Hindernisse, wie oben diskutiert, sollten im Rahmen von Beratungsgesprächen durch das multiprofessionelle Team abgebaut werden.

Zugang für die onkologische Fachpflege zu allen onkologischen Patient:innen, unabhängig vom Setting (Edler et al. 2022; Gerlach et al. 2023).

Durchführung des Screenings am besten im Rahmen eines Erstgesprächs mit der onkologischen Fachpflege (Mehler-Klamt et al. 2022) zur besseren Einbindung in den Pflegeprozess. Das Interpretieren der Ergebnisse und die Einleitung möglicher Konsequenzen bzw. das Einschalten spezialisierter Dienste sollte im Kompetenzrahmen der onkologischen Fachpflege liegen (Edler et al. 2022).

fassung, KeSba-Projekt: Pilotierung einer neuen palliativmedizinischen Kennzahl. *Forum* 37:405–407. <https://doi.org/10.1007/s12312-022-01116-1>

Roch C, Heckel M, Oorschot B van et al. (2021) Screening for palliative care needs: Pilot data from German Comprehensive Cancer Centers. *JCO Oncology Practice*. <https://doi.org/10.1200/OP.20.00698>

Angaben zum Erstautor

Daniel Edler
 Fachpflegeexperte für Onkologie
 Abteilung Qualitätsmanagement Pflege
 Klinikum St. Georg gGmbH
 Delitzscher Straße 141
 04129 Leipzig
 daniel.edler@sanktgeorg.de