

**Praxisempfehlungen für  
psychologische Interventionen in der Rehabilitation**

**Onkologische Erkrankungen  
(Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom)**

### **Erarbeitet von:**

Dr. Christina Reese, Prof. Dr. Oskar Mittag  
Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS)

### **Beteiligte Expertinnen und Experten:**

Prof. Dr. Hans Helge Bartsch  
Klinik für Tumorbilogie,  
Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg,  
Institut für Psychologie,  
Abteilung für Rehabilitationspsychologie  
und Psychotherapie

Dipl.-Psych. Markus Birmele  
Klinik für Tumorbilogie,  
Universitätsklinikum Freiburg

Joachim Böckmann  
Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Ammerland e.V.,  
Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Carina Böhme  
Cecilien-Klinik, Bad Lippspringe

Prof. Dr. Dr. Hermann Faller  
Universität Würzburg,  
Abteilung für Medizinische Psychologie und  
Psychotherapie, Medizinische Soziologie und  
Rehabilitationswissenschaften

Prof. Dr. Harald Gruber  
Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft,  
Institut für Kunsttherapie, Alfter bei Bonn

Prof. Dr. Peter Herschbach  
Klinikum rechts der Isar  
der Technischen Universität München,  
Roman-Herzog-Krebszentrum

Dipl.-Psych. Olaf Kröger  
Reha-Zentrum Bad Nauheim, Klinik Taunus

Karin Meißler  
Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.

Kerstin Paradies  
Gynäkologisch-onkologische Praxisklinik  
Prof. Dr. Schmidt-Rhode, Hamburg

Dipl.-Psych. Dieter Schmucker  
Städtische Rehakliniken –  
Rehazentrum Bad Waldsee

PD Dr. Johannes Teichmann  
Rehazentrum Oberharz -  
Am Schwarzenbacher Teich,  
Clausthal-Zellerfeld

Prof. Dr. Joachim Weis  
Klinik für Tumorbilogie,  
Universitätsklinikum Freiburg

Dr. Ulrike Worrigen  
Deutsche Rentenversicherung Bund,  
Abteilung Rehabilitation

Die Praxisempfehlungen wurden im Rahmen des Projekts „Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom), Typ-2-Diabetes oder Schlaganfall: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen“ erstellt.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund; FKZ 0423-40-64-50-18

Die Verantwortung für den Inhalt der Praxisempfehlungen liegt bei den Autoren.

### **Bitte wie folgt zitieren:**

Reese, C., Mittag, O., Bartsch, H., Bengel, J., Birmele, M., Böckmann, J., Böhme, C., Faller, H., Gruber, H., Herschbach, P., Kröger, O., Meißler, K., Paradies, K., Schmucker, D., Teichmann, J., Weis, J. & Worrigen, U. (2016). Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Onkologische Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom). Zugriff am tt.mm.jjjj. Verfügbar unter <https://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/praxisempfehlungen.html>

# Inhalt

Seite

## **Teil A: Allgemeine Vorbemerkungen**

4

## **Teil B: Basisangebote für Rehabilitanden mit Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom**

9

Psychosoziale Beratung

9

Psychoedukation

9

Entspannungstraining

9

Künstlerische Therapien

9

Seelsorgerisches Angebot

9

## **Teil C: Spezifische Problemlagen – Psychische Funktionen**

10

Depression, Angst und Distress

10

Anpassungsstörung

11

Akute Belastungsreaktion

11

Kognitive Beeinträchtigungen

12

Weitere psychische Komorbidität

12

Subsyndromale psychische Belastung

12

Rezidiv- oder Progredienzangst

13

Subjektive Krankheitstheorie, Psychoätiologie

13

## **Teil D: Spezifische Problemlagen - Körperfunktionen**

13

Fatigue

13

Schlafstörungen

14

Tumorschmerz

14

Probleme mit dem veränderten Körperbild, Sexualität und Intimität

14

## **Teil E: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren**

15

Chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen

15

Problemlagen in Bezug auf Erwerbstätigkeit

16

Gesunde Lebensführung: Ernährung und Bewegung

16

Rauchen

18

## **Auf einen Blick: Empfohlene Screening-Fragen für onkologische Rehabilitanden**

19

## **Literatur**

22

## **Danksagung, Interessenskonflikte**

23

## Teil A: Allgemeine Vorbemerkungen

### Hintergrund und Ziele

Vorliegende Leitlinien der Fachgesellschaften oder die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung Bund schließen psychologische Interventionen explizit ein, sie können praktisches psychologisches Handeln in der Rehabilitation im Einzelfall aber oft nicht leiten, da sie nicht differenziert genug sind oder sich nicht spezifisch auf die Rehabilitation beziehen. Ziel des Projektes „Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom), Typ-2-Diabetes oder Schlaganfall: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen“ (Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund) war die Formulierung von möglichst konkreten, auf einzelne Problemlagen bezogenen Empfehlungen für psychologisches Handeln in der Rehabilitation. Die Praxisempfehlungen sollen Psychologen<sup>1</sup>, Ärzte und andere Mitarbeiter des interdisziplinären Reha-Teams dabei unterstützen, psychologisch relevante Problemlagen von Rehabilitanden zuverlässig festzustellen und geeignete psychologische Interventionen zu wählen.

Bei der Formulierung der Praxisempfehlungen haben wir uns von folgenden Voraussetzungen leiten lassen: Die Empfehlungen sollten einen möglichst hohen Konkretisierungsgrad aufweisen, sie sollten auf der bestmöglichen Evidenz beruhen, sie sollten strukturkonservativ in der Rehabilitation umgesetzt werden können und durch Wissenschaftler, Kliniker und Rehabilitanden möglichst breit konsentiert sein. Der Begriff „psychologische Intervention“ wird in den Praxisempfehlungen im übergreifenden Sinn für diagnostische, therapeutische oder edukative Interventionen gebraucht, die psychologisch fundiert sind. Psychologische Interventionen werden in der Regel, jedoch nicht ausschließlich von Psychologen durchgeführt. Bestimmte psychologische Interventionen (z. B. Motivational Interviewing, Handlungs- und Bewältigungsplanung) können auch von Mitarbeitern anderer Professionen eingesetzt werden.

### Wie wurden die Praxisempfehlungen entwickelt?

Die vorliegenden Empfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit onkologischen Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom) wurden in mehreren Schritten entwickelt. Zuerst führten wir eine umfassende, systematische Recherche nach relevanten Übersichtsarbeiten und Leitlinien durch. Gleichzeitig befragten wir die psychologischen Abteilungen in der stationären und ambulanten onkologischen Rehabilitation zu Strukturen und Praxis ihrer Tätigkeit (Reese et al., under review). Auf Basis dieser Ergebnisse wurde im Rahmen eines anschließenden Expertenworkshops eine Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen formuliert. Diese Konsultationsfassung schickten wir mit der Bitte um Kommentierung an die leitenden Psychologen und Chefärzte aller stationären und ambulanten onkologischen Einrichtungen. Außerdem diskutierten wir im Rahmen einer Fokusgruppe mit Rehabilitanden über zentrale Aspekte der Praxisempfehlungen. Die Rückmeldungen wurden von uns ausgewertet und bei der abschließenden Konsentierung der Praxisempfehlungen durch die Experten berücksichtigt (Reese et al., in preparation).

### Strukturvoraussetzungen der Praxisempfehlungen

Damit die Empfehlungen innerhalb der gegebenen Strukturen umsetzbar sind, berücksichtigten wir bei der Erstellung der Praxisempfehlungen das vorhandene durchschnittliche Stellenverhältnis der Psychologen in den Einrichtungen. In unserer ausführlichen Erhebung zu den Strukturen und zur

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Dokument das generische Maskulinum verwendet. Es sind selbstverständlich immer beide Geschlechter gemeint.

Praxis der psychologischen Abteilungen in den Einrichtungen ermittelten wir das folgende Stellenverhältnis der Psychologen: In der Rehabilitation sind durchschnittlich 1,5 Psychologen für 100 onkologische Rehabilitanden zuständig (Standardabweichung: 1,0). Das durchschnittliche Stellenverhältnis in den Einrichtungen liegt somit leicht oberhalb der personellen Anforderungen, die die Deutsche Rentenversicherung Bund für die stationären medizinischen Reha-Einrichtungen formuliert hat (für den Bereich Onkologie: 1,25 Psychologen pro 100 Rehabilitanden) (Deutsche Rentenversicherung, 2014). In Anlehnung an die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung wird auch hier empfohlen, dass in den Einrichtungen mindestens ein Stellenverhältnis von 1,25 Psychologen pro 100 onkologische Rehabilitanden vorliegen sollte. Je nach Rehabilitationskonzept ist allerdings ein höheres Stellenverhältnis erforderlich.

Die Praxisempfehlungen beziehen neben Psychologen auch Ärzte sowie weitere Mitarbeiter im interdisziplinären Team ein. Daher ist eine entsprechende Qualifikation / Schulung der interdisziplinären Mitarbeiter für die Anwendung der Praxisempfehlungen dringend wünschenswert. Die Mitarbeiter sollen regelmäßig an Fortbildungen zu psychologisch relevanten Themen teilnehmen (z. B. Erkennen subsyndromaler psychischer Belastungen oder psychischer Störungen). Es gehört zu den Aufgabengebieten der Psychologen, bei der Fortbildung der Mitarbeiter mitzuwirken.

Alle Psychologen und alle Ärzte in der onkologischen Rehabilitation sollen eine curriculare psychonkologische Weiterbildung absolvieren (z. B. die Weiterbildung Psychosoziale Onkologie – WPO e.V.). Die entsprechende Qualifikation kann auch im Verlauf der Tätigkeit erworben werden. Außerdem sollen alle Ärzte in der onkologischen Rehabilitation eine Fortbildung zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz durchlaufen, z. B. im Rahmen der Fortbildung „Psychosomatische Grundversorgung“.

Für die Diagnostik psychischer Störungen (F-Diagnosen) sowie für psychotherapeutische Einzelgespräche gilt ein Approbationsvorbehalt; diese Tätigkeiten dürfen nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden. In jeder Einrichtung soll mindestens ein approbierter Psychotherapeut arbeiten. Die nicht approbierten Psychologen sollen regelmäßig von approbierten Psychotherapeuten supervidiert werden. Bachelor-Absolventen in Psychologie sollen an einer Schulung in „Kommunikativer Kompetenz“ teilnehmen.

Da in die ärztliche sozialmedizinische Leistungsbeurteilung fachspezifische Beiträge der Therapeuten (z. B. der Psychologen) zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung einbezogen werden, sollen die Therapeuten des Reha-Teams über eine entsprechende fachbezogene Kompetenz verfügen. Bei Bedarf können entsprechende Fortbildungsangebote genutzt werden.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Anwendung der Praxisempfehlungen ist es, dass die interdisziplinären Mitarbeiter ein Team bilden und regelmäßige, interdisziplinäre Besprechungen durchführen. Alle relevanten Problemlagen des Rehabilitanden sollen im interdisziplinären Team besprochen werden. Die Förderung der Kommunikation im Behandlungsteam kann ein Ziel von Mitarbeiterfortbildungen sein, bei denen Psychologen mitwirken.

### **Anwendung der Praxisempfehlungen**

Die praktische Anwendung von Empfehlungen muss immer unter Berücksichtigung der klinischen Expertise des Behandlers und der individuellen Situation des einzelnen Rehabilitanden erfolgen. David Sackett, einer der Pioniere der evidenzbasierten Medizin (EBM), formulierte diese Grundvoraussetzung in Bezug auf die Anwendung der EBM wie folgt:

“Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values. [...] By patient values we mean the unique preferences, con-

cerns and expectations each patient brings to a clinical encounter and which must be integrated into clinical decisions if they are to serve the patient.“ (Sackett et al., 2000, p. 1).

Praxisempfehlungen und Leitlinien sollen den damit verbundenen Prozess des vernünftigen Abwägens unterstützen. Die vorliegenden Empfehlungen wurden systematisch anhand der besten vorliegenden Evidenz formuliert und in einem aufwendigen Prozess von Wissenschaftlern und Klinikern konsentiert. Sie bilden eine praxisorientierte Entscheidungshilfe für psychologische Interventionen bei bestimmten Problemlagen.

### **Zuweisung zu psychologischen Interventionen**

Die Ärzte haben in den meisten Einrichtungen eine zentrale Steuerungsfunktion und sind maßgeblich für die Zuweisung der Rehabilitanden zu psychologischen Interventionen verantwortlich. Außerdem gibt es Einrichtungen, in denen die Psychologen zu Beginn des Reha-Aufenthalts mit jedem Rehabilitanden ein kurzes Einzelgespräch führen (z. B. für 10-15 Minuten), so dass die Indikationsstellung für psychologische Interventionen (überwiegend) durch den Psychologen erfolgen kann. Beide Zugangswege bieten gute Möglichkeiten zur systematischen Feststellung psychologisch relevanter Problemlagen und die Anberaumung entsprechender Maßnahmen.

Bei der Auswahl und Anberaumung psychologischer Interventionen sind die Wünsche und Zielsetzungen des Rehabilitanden immer zu beachten, so dass die für den Rehabilitanden wichtigsten Problemlagen in der Rehabilitation adressiert werden können. Rehabilitanden können selbstverständlich frei darüber entscheiden, ob sie psychologische Angebote in Anspruch nehmen oder nicht.

### **Routinemäßiges psychologisches Screening**

In den Praxisempfehlungen wird zu einem routinemäßigen, standardisierten psychologischen Screening aller Rehabilitanden geraten, um die Entdeckungsrate subsyndromaler Belastungen und psychischer Komorbidität (insbesondere Depression, Angst und Distress) zu fördern und eine bedarfsgerechte Zuweisung zu psychologischen bzw. psychotherapeutischen Interventionen zu ermöglichen.

Bei Rehabilitanden mit auffälligen Screeningergebnissen soll eine entsprechende Diagnostik bzw. Exploration erfolgen. Auffällige Screeningergebnisse sollen vom Arzt oder Psychologen mit den Rehabilitanden besprochen werden.

### **Psychologisch fundierte Interventionen durch das Reha-Team**

In den Praxisempfehlungen wird die Anwendung verschiedener psychologisch fundierter Interventionen durch das Reha-Team empfohlen. Zwei wichtige Interventionen sollen an dieser Stelle kurz erläutert werden: „Motivational Interviewing“ und „Handlungs- und Bewältigungsplanung“.

#### *Motivational Interviewing*

Motivational Interviewing (MI) ist ein patientenzentriertes und direktives Verfahren zur Förderung intrinsischer Motivation. Die Patienten werden nicht »überzeugt« oder zu einer Einsicht »überredet«, sondern vielmehr abgeholt. Die überkommene Dichotomisierung der Patienten (motiviert vs. unmotiviert) wird aufgegeben. In Übereinstimmung mit sozialpsychologischen Theorien der Verhaltensänderung wird angenommen, dass insbesondere der Widerspruch zwischen Werten und Zielen einerseits und den Konsequenzen eines (selbst-)schädigenden Verhaltens andererseits, zu einer nachhaltigen Veränderung aus eigenem Antrieb motivieren kann. Die Anwendung von MI beschleunigt lediglich einen natürlichen Prozess: Der Therapeut initiiert das laute Nachdenken über Veränderung und spiegelt den »change talk« des Patienten. So wird der Patient zum Fürsprecher

einer Veränderung und nicht genötigt, den Status quo zu verteidigen.

Zentrales Merkmal des Verfahrens ist der Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen: Die Vorbehalte des Patienten werden nicht als fehlende Einsicht oder Widerstand, sondern vielmehr als ernst zu nehmendes Signal verstanden. Um Reaktanz zu reduzieren, wird beispielsweise davon abgesehen, den Patienten überzeugen zu wollen: Veränderung soll nicht verordnet, sondern vielmehr in gegenseitigem Einvernehmen – auf Augenhöhe – vereinbart und vorbereitet werden.

MI wurde zunächst in Abgrenzung zu herkömmlichen (oftmals konfrontativen) Methoden der Behandlung alkoholabhängiger Patienten entwickelt. In den vergangenen Jahren wurde der Anwendungsbereich jedoch zunehmend erweitert, z. B. auf die Bereiche Verhaltensmedizin (z. B. Adipositas, Diabetes, Tabakabhängigkeit), Psychotherapie (z. B. Essstörungen), Soziale Arbeit (z. B. Bewährungshilfe, Strafvollzug, Wohnungslosenhilfe) oder Zahnmedizin (Dentalhygiene). Verschiedene Adaptationen haben zudem die Anwendung im Rahmen der medizinischen Basisversorgung ermöglicht. Insbesondere Patienten mit hoher Reaktanz scheinen von einer Behandlung, die den von Miller und Rollnick (2015) formulierten Prinzipien entspricht, zu profitieren (z. B. Karno & Longabaugh, 2005).

### *Handlungs- und Bewältigungsplanung*

Gute Vorsätze in Bezug auf Gesundheitsverhalten (z. B. körperliche Aktivität) werden häufig nicht in die Tat umgesetzt („Intentions-Verhaltens-Lücke“). Die Umsetzung von Intentionen in (Gesundheits-)Verhalten kann durch den Einsatz von Selbstregulationsstrategien wie der Handlungs- und Bewältigungsplanung gefördert werden. Im Rahmen der Handlungsplanung formuliert der Patient konkrete Pläne, wann, wo und wie er bestimmtes Verhalten umsetzen möchte. Bei der Bewältigungsplanung werden Barrieren antizipiert und konkrete Bewältigungsstrategien entwickelt. Auf diese Weise können Intentionen auch dann umgesetzt werden, wenn Hindernisse auftauchen. Studienergebnisse belegen, dass Gesundheitsverhalten in verschiedenen Bereichen (z. B. körperliche Aktivität) durch den Einsatz von Handlungs- und Bewältigungsplanung gefördert werden kann (Hagger & Luszczynska, 2014).

### **Nachsorge**

Onkologische Rehabilitanden sollen über Nachsorgeangebote wie insbesondere Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, psychoonkologische Angebote und Psychotherapie informiert werden. Der Krebsinformationsdienst verfügt über einschlägige Adressen ([www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de); zuletzt gesichtet: Oktober 2015). Auch für die adäquate (Weiter-)Behandlung komorbider psychischer Störungen (z. B. Depression, Angst) ist eine individuelle Nachsorge und im Zusammenhang damit die Überleitung in nachfolgende ambulante oder stationäre Versorgungsstrukturen unabdingbar.

Außerdem stellt die Nachsorge eine vielversprechende Möglichkeit dar, Lebensstiländerungen (z. B. Steigerung der körperlichen Aktivität) zu verstetigen und hierdurch die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation zu steigern (z. B. Deck et al., 2012; Tripp, 2011). Daher soll Nachsorge als ein integraler Bestandteil der Rehabilitation angesehen werden. Um nachhaltige Veränderungen des Lebensstils zu unterstützen, sollen mit dem Rehabilitanden gegen Ende der Rehabilitation in den entsprechenden Bereichen (z. B. Bewegung oder Ernährung) konkrete Handlungs- und Bewältigungspläne für die Zeit nach der Rehabilitation vereinbart werden. Im Rahmen der Nachsorge ist ein kontinuierliches Monitoring der vereinbarten Ziele (falls möglich, mindestens über zwei bis drei Monate hinweg) sinnvoll. Bei Bedarf ist eine Anpassung der Pläne erforderlich. Nach Möglichkeit sollen dem Rehabilitanden verschiedene Nachsorgeangebote zur Verstetigung der Lebensstiländerungen zur Auswahl gestellt werden (z. B. telefonische Nachsorge durch einen entsprechend geschulten Mitarbeiter der Reha-Einrichtung oder webbasierte Angebote). Die zentrale

Instanz für die Initiierung und Koordination weiterer Nachsorgeleistungen ist der weiterbetreuende Haus- oder Facharzt.

### **Supervision**

Entsprechend den Empfehlungen der S3-Leitlinie Psychoonkologie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a) wird eine regelmäßige, externe Supervision der psychoonkologischen Tätigkeit dringend empfohlen. Sie ist wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung in allen Bereichen der psychoonkologischen Versorgung. Sie kann durch Intervision ergänzt werden, die jedoch die externe Supervision nicht ersetzen kann.

## Teil B: Basisangebote für Rehabilitanden mit Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom

### Psychosoziale Beratung

- 1 Psychosoziale Beratung soll allen Rehabilitanden<sup>2</sup> und ihren Angehörigen / Bezugspersonen angeboten werden. Je nach Bedarf kann der Schwerpunkt auf eine psychologische und / oder eine soziale / sozialrechtliche Beratung gelegt werden (vgl. S3-Leitlinie Psychoonkologie aus dem Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a; S. 65 f.).

### Psychoedukation

- 2 Psychoedukation soll allen Rehabilitanden angeboten werden. Die Psychoedukation soll indikationsspezifisch (d. h. getrennt für Mamma-, Prostata- und Kolonkarzinom) erfolgen. Sie kann in der Gruppe oder je nach Bedarf im Einzelgespräch stattfinden.  
Die Gestaltung der Psychoedukation in der Gruppe kann sich z. B. an der strukturierten, manualisierten Gruppenintervention von Weis et al. (2006) „Psychoedukation mit Krebspatienten“ orientieren. Informationen über weitere Curricula und Schulungsprogramme (z. B. „Curriculum Tumorerkrankungen“, Deutsche Rentenversicherung, 2010; „Curriculum Brustkrebs“, Faller et al., 2013) sind erhältlich unter [www.zentrum-patientenschulung.de](http://www.zentrum-patientenschulung.de) (zuletzt gesichtet: Oktober 2015).

### Entspannungstraining

- 3 Die Teilnahme am Entspannungstraining soll allen onkologischen Rehabilitanden angeboten werden. Es können indikationsübergreifende Gruppen (z. B. mit orthopädischen und onkologischen Rehabilitanden) durchgeführt werden.

### Künstlerische Therapien

- 4 Künstlerische Therapien (z. B. Musik-, Kunst- oder Tanztherapie) sollen allen Rehabilitanden angeboten werden. Im Rahmen der künstlerischen Therapien bietet sich Rehabilitanden die besondere Möglichkeit, sich nichtsprachlich mitzuteilen und auszudrücken.

### Seelsorgerisches Angebot

- 5 Je nach Verfügbarkeit sollen alle Rehabilitanden auf das seelsorgerische Angebot hingewiesen werden.

<sup>2</sup> Hier und im Folgenden sind (falls nicht explizit anders bezeichnet) stets Rehabilitanden aus den Indikationsbereichen Mamma-, Prostata und Kolonkarzinom gemeint.

## Teil C: Spezifische Problemlagen – Psychische Funktionen

### Depression, Angst und Distress

6

Alle Rehabilitanden sollen im Rahmen der Aufnahme durch den Arzt oder Psychologen mittels geeigneter Screening-Fragen auf Depression, Angst oder Distress gescreent werden. Hierfür können beispielsweise die Screeninginstrumente PHQ-4<sup>3</sup> und Distress-Thermometer<sup>4</sup> genutzt werden.

7

Wenn das Screening zu Beginn der Reha **grenzwertig oder auffällig** ist, soll folgendermaßen vorgegangen werden:

- Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team
- Bei **grenzwertigen, aber (noch) unauffälligen** Screening-Befunden soll eine Verlaufskontrolle stattfinden (z. B. durch den Arzt, Psychologen oder die Pflege). Solche grenzwertigen, aber noch unauffälligen Screening-Befunde finden sich sehr häufig in der onkologischen Rehabilitation (siehe Empfehlung 15).
- Jedem Rehabilitanden mit **auffälligem** Screening-Ergebnis soll das Testergebnis persönlich durch den Arzt oder Psychologen mitgeteilt werden.
- Es soll eine weiterführende Diagnostik aller im Depressions- oder Angstscreening **auffälligen** Rehabilitanden erfolgen.
- Bei Bedarf soll ein psychiatrisches, psychotherapeutisches oder psychosomatisches Konsil eingeleitet werden.
- Bei **auffälligen** Werten im Angstscreening soll im Rahmen der weiterführenden Diagnostik außerdem das Vorliegen von Rezidiv- und Progredienzangst abgeklärt werden (siehe Empfehlung 16).

8

Das gesamte Reha-Team soll bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Symptome einer Depression, auf Symptome von Angst oder Distress achten. Wenn entsprechende Hinweise bemerkt werden, sollen der Arzt oder der Psychologe darüber informiert werden.

<sup>3</sup> Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 19 ff. im Überblick dargestellt.

<sup>4</sup> Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 19 ff. im Überblick dargestellt.

Wenn die weiterführende Diagnostik in Bezug auf Depression oder Angst **positiv** ausfällt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

- Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung entsprechend der Störung
  - Psychoedukation / Beratung (u. a. Information des Rehabilitanden über seine Störung und die Therapiemöglichkeiten)
  - Psychotherapeutisches Einzelgespräch
  - Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie
  - Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird)
- 9**
- Nach Information (und Einverständnis) des Rehabilitanden: Dokumentation der F-Diagnose im Reha-Entlassungsbericht
  - Evtl. fachspezifischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
  - Nachsorgeempfehlung im Entlassungsbericht:
    - Evtl. Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie
    - Psychosomatische Grundversorgung durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt
    - Regelmäßige Kontrolle (Monitoring) der depressiven Symptomatik bzw. der Angstsymptomatik durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt, bei Bedarf Initiierung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt

## Anpassungsstörung

Im Aufnahmegespräch sollen der Arzt oder der Psychologe bei allen Rehabilitanden auf Symptome einer Anpassungsstörung achten bzw. diese erfragen. Wenn der Verdacht auf eine Anpassungsstörung besteht, soll eine diagnostische Abklärung erfolgen.

Falls eine **Anpassungsstörung diagnostiziert** wird, soll folgendermaßen vorgegangen werden:

- 10**
- Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team
  - Psychoedukation / Beratung
  - Entscheidung durch den Arzt oder Psychologen, ob Indikation für eine psychologische (Einzel-)Intervention gegeben ist
  - Bei Bedarf: Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation, Information über ambulante Versorgungsangebote

## Akute Belastungsreaktion

**11** Akute Belastungsreaktionen spielen eine Rolle in der onkologischen Rehabilitation: Die Punktprävalenz bei Krebspatienten beträgt in Deutschland rund 4 Prozent (siehe S3-Leitlinie Psychoonkologie aus dem Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

Bei Verdacht auf eine Akute Belastungsreaktion (ABR) soll eine diagnostische Abklärung erfolgen.

Falls eine ABR diagnostiziert wird, soll im Rahmen eines psychologischen Einzelgesprächs eine Stabilisierung und Psychoedukation erfolgen. Außerdem sollen der Arzt, der Psychologe sowie das gesamte Team den Verlauf beobachten.

12

Nachsorgeempfehlung im Entlassungsbericht:

- Regelmäßige Kontrolle (Monitoring) der Symptome durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt
- Wenn die Symptome andauern: Initiierung einer erneuten diagnostischen Abklärung und bei Bedarf Initiierung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt

## Kognitive Beeinträchtigungen nach Chemotherapie / antihormoneller Behandlung

13

Wenn Rehabilitanden nach Chemotherapie oder nach antihormoneller Behandlung über kognitive Beeinträchtigungen berichten bzw. während der Rehabilitation kognitive Beeinträchtigungen festgestellt werden, soll der Rehabilitand an einem neuropsychologischen Training / Hirnleistungstraining (z. B. im Rahmen der Ergotherapie) teilnehmen.

In bestimmten Fällen (insbesondere bei sozialmedizinischen Fragestellungen bzw. im Rahmen einer sozialmedizinischen Begutachtung) soll bei Verdacht auf eine kognitive Störung eine testdiagnostische Überprüfung durchgeführt werden. Hierbei müssen die Differenzialdiagnosen Depression, Demenz und Fatigue besondere Beachtung finden.

## Weitere psychische Komorbidität

14

Der Arzt oder der Psychologe sollen bei der Aufnahme aller Rehabilitanden auf das Vorliegen weiterer psychischer Komorbidität achten. Zusätzlich sollen Arzt, Psychologe und das gesamte Reha-Team bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Symptome weiterer psychischer Komorbidität achten. Bei Verdacht auf eine psychische Störung soll eine diagnostische Abklärung erfolgen.

Falls weitere psychische Komorbidität festgestellt wird, soll eine evidenzbasierte Behandlung entsprechend der Störung begonnen bzw. vorbereitet werden.

## Subsyndromale psychische Belastung

15

Grenzwertige, aber noch unauffällige Screening-Befunde finden sich sehr häufig in der onkologischen Rehabilitation. Falls anhand des Screenings (siehe Empfehlung 6-7) eine **subsyndromale** psychische Belastung festgestellt wird, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

- Verlaufskontrolle, z. B. durch den Arzt, Psychologen oder die Pflege
- Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team
- Psychoedukation / Beratung
- Künstlerische Therapien
- Es soll ein niedrigschwelliger Zugang zu entsprechenden Einzel- und Gruppenangeboten ermöglicht werden. Themen der offenen (Gruppen-)Angebote können z. B. Stress oder Angst sein.

## Rezidiv- oder Progredienzangst

- 16 Bei **auffälligen** Werten im Angstscreening soll im Rahmen der weiterführenden Diagnostik das Vorliegen von Rezidiv- und Progredienzangst abgeklärt werden (vgl. Empfehlung 7).
- Bei Rezidiv- oder Progredienzangst soll ein Gespräch mit dem Arzt und ggf. auch dem Psychologen stattfinden, in dem der Rehabilitand je nach individuellem Bedarf informiert wird und Psychoedukation erfolgen kann.

## Subjektive Krankheitstheorie, Psychoätiologie

- 17 Wenn ungünstige subjektive Theorien zur Krebsentstehung und -heilung vorliegen, soll ein Einzelgespräch mit dem Arzt sowie ein psychologisches Einzelgespräch / Psychoedukation stattfinden. Hierbei sollen für den Rehabilitanden relevante Themen wie beispielsweise das Empfinden von Schuld an der Erkrankung (z. B. durch falsche Ernährung oder psychische Belastungen) aufgegriffen werden.
- Im Hinblick auf den Krankheitsverlauf kann es problematisch sein, wenn der Rehabilitand stark davon überzeugt ist, dass Kampfgeist und positive Grundeinstellung die Heilung positiv beeinflussen. Hierdurch können Ängste oder Zweifel tabuisiert und Versagensängste begünstigt werden.

## Teil D: Spezifische Problemlagen - Körperfunktionen

### Fatigue

- 18 Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen Rehabilitanden erfassen, ob ein Fatigue-Syndrom vorliegt. Es sollen Art, Ausprägung und der zeitliche Verlauf der Beschwerden erfragt werden. Die Intensität der Beschwerden kann anhand einer numerischen Ratingskala festgestellt werden (0=nicht müde, 10=stärkste Müdigkeit).
- Die Differenzialdiagnose Depression muss besondere Beachtung finden.
- Falls ein Fatigue-Syndrom vorliegt:
- Frühzeitiger Beginn der Therapie, um einer möglichen Chronifizierung entgegenzuwirken
  - Psychoedukation und Beratung (z. B. um die Tagesstruktur zu planen oder Prioritäten zu setzen)
  - Motivierung zu körperlicher Aktivität (z. B. Ausdauer- und Krafttraining)
  - Ergotherapie
  - Künstlerische Therapien
  - Entspannungstraining
  - Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch
  - Der Rehabilitand soll regelmäßig nach Fatigue-Symptomen gefragt werden (z. B. durch das Pflegepersonal). Hierfür kann eine numerische Ratingskala verwendet werden, um die Intensität der Beschwerden in einem bestimmten Zeitraum zu ermitteln.

## Schlafstörungen

Falls Leidensdruck und Aktivitätsbeeinträchtigungen durch Schlafstörungen (d. h. Ein- oder Durchschlafstörungen und / oder Tagesschläfrigkeit) vorliegen:

19

- Psychoedukation und Beratung (insbesondere zur Schlafmenge, zur Schlafhygiene, hierzu gehört z. B. regelmäßige körperliche Aktivität, sowie zur Chronohygiene, d. h. Anpassung an den zirkadianen Rhythmus) (vgl. DGSM, 2009)
- Entspannungstraining

## Tumorschmerz

20

- Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen Rehabilitanden erfassen, ob Schmerzen vorliegen und gegebenenfalls eine Schmerzanamnese erheben. Hierbei soll nach Möglichkeit auch die Schmerzursache abgeklärt werden (z. B. Tumorschmerz). Bei Bedarf soll eine evidenzbasierte medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie erfolgen.
- Das gesamte Reha-Team soll bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Schmerzsymptome achten und gegebenenfalls gezielt nachfragen.
- Rehabilitanden mit Tumorschmerz soll die Teilnahme an einem psychologischen Schmerzbewältigungstraining / einer psychologischen Schmerztherapie angeboten werden (je nach Verfügbarkeit im Gruppen- und / oder Einzelsetting). Falls das Schmerzbewältigungstraining / die Schmerztherapie im Gruppensetting erfolgt, können Rehabilitanden unabhängig von der Lokalisation der Tumorerkrankung einer (gemischten) Gruppe zugewiesen werden. Wichtig ist dabei, dass die Schmerzursache (Tumorschmerzen) innerhalb der Gruppe homogen ist.
- Zur Kontrolle der Schmerztherapie soll der Rehabilitand regelmäßig nach der Schmerzintensität gefragt werden (z. B. durch das Pflegepersonal). Hierfür kann eine numerische Ratingskala verwendet werden, um die Intensität der Schmerzen zu bestimmen (0=kein Schmerz, 10=größter vorstellbarer Schmerz).
- Der Rehabilitand soll ermutigt werden, sich bei Bedarf beim Pflegepersonal oder beim Arzt zu melden.
- Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch

## Probleme mit dem veränderten Körperbild, Sexualität und Intimität

21

- Rehabilitanden sollen, je nach individueller Situation, im Einzelgespräch mit dem Arzt oder Psychologen nach Problemen mit dem veränderten Körperbild, nach Problemen mit Sexualität und Intimität sowie Problemen mit dem Verlust der Fruchtbarkeit gefragt werden. Hierbei sollen auch Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die Paarbeziehung berücksichtigt werden.
- Wenn entsprechende Belastungen vorliegen, soll ein psychologisches Einzel- oder Paargespräch stattfinden. Außerdem soll eine Sexualberatung durch den Arzt oder Psychologen erfolgen.
- Es sollte eine indikations- oder geschlechtsspezifische psychoedukative Gesprächsgruppe zum Thema Sexualität / Intimität angeboten werden.
- In der Tanz- und Bewegungstherapie können sich Rehabilitanden nonverbal ausdrücken und ihren Körper wahrnehmen, was sich positiv auf Probleme mit dem veränderten Körperbild auswirken kann.

## Teil E: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren

### Chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen

Der Arzt oder der Psychologe sollen bei der Aufnahme alle Rehabilitanden fragen, ob chronischer Stress durch lang andauernde, psychosoziale Belastungen (z. B. in der Partnerschaft, im Beruf, durch Arbeitslosigkeit oder finanzielle Schwierigkeiten) vorliegt. Zusätzlich soll danach gefragt werden, ob eine lang andauernde Belastung durch Haus- und Familienarbeit (z. B. durch minderjährige Kinder, die Pflege von Angehörigen) bzw. Doppelbelastungen durch Erwerbs- und Familienarbeit vorliegen.

Eine weiterführende Exploration soll im Aufnahmegespräch und / oder in weiteren Kontakten mit dem Arzt und / oder Psychologen erfolgen. Wenn entsprechende Belastungen vorliegen, sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:

22

- Psychologisches Einzelgespräch
- Psychoedukative Angebote zur Stressbewältigung (evtl. auch für die Angehörigen / Bezugspersonen der Rehabilitanden)
- Entspannungstraining
- Künstlerische Therapien
- Bei Bedarf: Ergotherapie (z. B. um die Hobbyfindung oder die Findung neuer Lebensrollen zu unterstützen, wenn bisherige Lebensrollen nicht wie bisher weitergeführt werden können)
- Bei Bedarf: Beratung durch den Sozialarbeiter

## Problemlagen in Bezug auf Erwerbstätigkeit

Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen dafür in Frage kommenden Rehabilitanden die subjektive Erwerbsprognose erfassen. Bei Bedarf können hierfür Screening-Fragen (z. B. aus der SPE-Skala<sup>5</sup>) genutzt werden. Auch der Einsatz anderer Screening-Instrumente ist möglich (z. B. SIBAR, SIMBO oder das Würzburger Screening; siehe auch <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/>; zuletzt gesichtet: Oktober 2015).

Bei Bedarf soll eine Exploration der beruflichen Problemlagen z. B. durch den Arzt, Psychologen oder Sozialarbeiter stattfinden.

Bei besonderen beruflichen Problemlagen soll nach Möglichkeit eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) entsprechend dem Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung erfolgen. Das Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung zur Durchführung der MBOR kann unter folgendem Link eingesehen werden:

**23** [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de) → Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Wissenschaften → Reha-Konzepte → Konzepte → Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR); zuletzt gesichtet: Oktober 2015. Informationen zur MBOR sind auch erhältlich unter <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/> (zuletzt gesichtet: Oktober 2015).

Falls psychologisch relevante Problemlagen in Bezug auf die Erwerbstätigkeit vorliegen, sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:

- Frühzeitige Einbeziehung der Psychologischen Abteilung. Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch
- Bei Bedarf: Weiterführende Diagnostik (z. B. in Form einer Exploration, evtl. ergänzt durch einen Fragebogen wie z. B. den „AVEM“ oder den „WAI“)
- Evtl. fachspezifischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

## Gesunde Lebensführung: Ernährung und Bewegung

- 24**
- Für eine gesunde Lebensführung soll eine Kombination aus regelmäßiger körperlicher Aktivität und einer gesunden, ausgewogenen Ernährung (z. B. mediterrane Ernährung) angestrebt werden.
  - Eine antihormonelle Behandlung kann zu einer Gewichtszunahme führen, was ein wichtiges Thema in der Rehabilitation darstellen kann. Durch regelmäßige körperliche Aktivität und eine gesunde, ausgewogene Ernährung kann das Gewicht positiv beeinflusst werden. Bei Bedarf sollen die Rehabilitanden bei der Umsetzung entsprechender Lebensstiländerungen unterstützt werden (siehe Empfehlung 25 und 26).

<sup>5</sup> Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 19 ff. im Überblick dargestellt.

25

- **Körperliche Bewegung** hat nach Krebserkrankungen einen hohen Stellenwert. Die Intensität der körperlichen Aktivität soll sich an der aktuellen körperlichen Leistungsfähigkeit orientieren, die insbesondere bei Patienten mit Fatigue reduziert sein kann.
- Zur Bewegungsförderung sollen psychologisch fundierte Interventionen zur Verhaltensänderung, z. B. Handlungs- und Bewältigungsplanung, angewendet werden. Solche psychologisch fundierten Interventionen können z. B. durch den Physio- oder Sporttherapeuten erfolgen. Interventionen zur Bewegungsförderung sollen sich an den Prinzipien von Motivational Interviewing orientieren (siehe auch Allgemeine Vorbemerkungen).
- Der Rehabilitand soll gegen Ende der Rehamaßnahme im Rahmen eines Planungsgesprächs (z. B. mit dem Physio- oder Sporttherapeuten) eine möglichst detaillierte Handlungs- und Bewältigungsplanung für die Zeit nach der Rehabilitation schriftlich formulieren. Der Einbezug der Angehörigen / Bezugspersonen kann hierbei hilfreich sein.
- Motivierung des Rehabilitanden zur Teilnahme an Nachsorgeangeboten wie z. B. Reha-Sport oder „Sport in der Krebsnachsorge“
- Bei jedem Besuch des weiterbetreuenden Haus- oder Facharztes im Anschluss an die Rehabilitation soll ein Monitoring in Bezug auf ausreichende Bewegung erfolgen. Die Empfehlung hierfür wird im Entlassungsbericht der Reha-Einrichtung gegeben. Im Rahmen dieser Nachsorgegespräche soll die Erreichung der vereinbarten Bewegungsziele besprochen werden. Die Nutzung von Bewegungstagebüchern kann hierfür die Grundlage bilden. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Handlungs- und Bewältigungsplanung oder Psychoedukation.

26

Folgende Maßnahmen sind sinnvoll, um eine **gesunde, ausgewogene Ernährung** (z. B. mediterrane Ernährung) zu unterstützen:

- Psychologisch fundierte Interventionen, die die Umsetzung einer gesunden, ausgewogenen Ernährung fördern (z. B. Handlungs- und Bewältigungsplanung), können z. B. durch den Ernährungsberater, Ökotrophologen oder Diätassistenten eingesetzt werden. Interventionen zur Verhaltensänderung sollen sich an den Prinzipien von Motivational Interviewing orientieren (siehe auch Allgemeine Vorbemerkungen).
- Im Rahmen der Ernährungsberatung sollen die Rehabilitanden über die Risiken von sogenannten „Krebsdiäten“, die auf einseitigen Diätkonzepten beruhen, informiert werden. Ernährungsberater sollen die Motive kennen, die Patienten dazu veranlassen können, auf solche „Krebsdiäten“ zurückzugreifen.
- Die Rehabilitanden sollen gegen Ende der Rehamaßnahme im Rahmen eines Planungsgesprächs (z. B. mit dem Ernährungsberater, Ökotrophologen oder Diätassistenten) eine möglichst detaillierte Handlungs- und Bewältigungsplanung für die Zeit nach der Rehabilitation schriftlich formulieren. Der Einbezug der Angehörigen / Bezugspersonen kann hierbei sinnvoll sein.
- Bei jedem Besuch des weiterbetreuenden Haus- oder Facharztes im Anschluss an die Rehabilitation soll ein Monitoring in Bezug auf die Ernährung erfolgen. Die Empfehlung hierfür wird im Entlassungsbericht der Reha-Einrichtung gegeben. Im Rahmen dieser Nachsorgegespräche soll die Erreichung der vereinbarten Ernährungsziele besprochen werden. Die Nutzung von Ernährungstagebüchern kann hierfür die Grundlage bilden. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Handlungs- und Bewältigungsplanung oder Psychoedukation.

## Rauchen

Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen Rehabilitanden den Raucherstatus erfragen (Raucher; Nicht-Raucher; Ex-Raucher, d. h. Nikotin-Abstinenz seit > 6 Monaten).

Wenn der Rehabilitand Raucher ist, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

- Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, soll bestimmt werden.
  - Den Rauchern soll empfohlen werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
  - Die Raucher sollen (z. B. im Rahmen einer Informationsveranstaltung oder durch Informationsmaterial) darüber unterrichtet werden, welche Angebote es zur Tabakentwöhnung gibt und wie die Angebote aufgebaut sind.
- 27** ▪ Die Raucher können (auf freiwilliger Basis) an einer verhaltenstherapeutisch orientierten Tabakentwöhnung teilnehmen (im Einzel- oder Gruppensetting) (Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter <http://www.zentrum-patientenschulung.de/>; zuletzt gesichtet: Oktober 2015). Gegebenenfalls kann zusätzlich eine pharmakologische Intervention erfolgen.
- Alle Rehabilitanden, die in den letzten sechs Monaten eine Tabakabhängigkeit zeigten, sollen über ambulante Hilfsangebote zur Tabakentwöhnung informiert werden, wie z. B. über Präventionskurse der Krankenkassen, kostenfreie Rauchertelefone oder Angebote im Internet wie beispielsweise: [www.rauch-frei.info](http://www.rauch-frei.info); [www.dkfz.de](http://www.dkfz.de); [www.bzga.de](http://www.bzga.de) (zuletzt gesichtet: Oktober 2015).

**Auf einen Blick:  
Empfohlene Screening-Fragen<sup>6</sup> für Rehabilitanden  
mit onkologischen Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom)**

**Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) (Löwe et al., 2010)**

<b>Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?</b>	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<b>Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:</b>				
Überhaupt nicht erschwert <input type="checkbox"/>	Etwas erschwert <input type="checkbox"/>	Relativ stark erschwert <input type="checkbox"/>	Sehr stark erschwert <input type="checkbox"/>	

Löwe et al. (2010, S. 93) empfehlen folgende **Auswertung**:

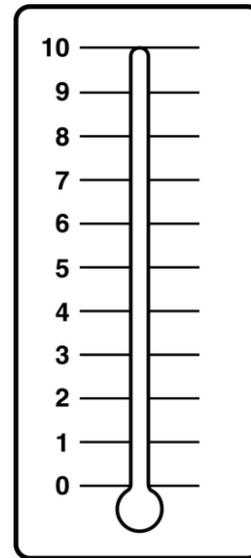
„For use in clinical practice, we recommend considering PHQ-4 scores of 6 (percentile 95.7%) or greater as „yellow flags“ and PHQ-4 scores of 9 (percentile 99.1%) or greater as „red flags“ for the presence of a depressive or an anxiety disorder.“

<sup>6</sup> Alle hier aufgeführten Fragen / Instrumente dürfen lizenzfrei verwendet werden. Einen umfassenden Überblick über verschiedene Screeningverfahren in der Psychoonkologie bietet die S3-Leitlinie Psychoonkologie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014a).

## Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006)

### 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

- JA  NEIN Wohnsituation
- JA  NEIN Versicherung
- JA  NEIN Arbeit/Schule
- JA  NEIN Beförderung (Transport)
- JA  NEIN Kinderbetreuung

#### Familiäre Probleme

- JA  NEIN Im Umgang mit dem Partner
- JA  NEIN Im Umgang mit den Kindern

#### Emotionale Probleme

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

#### Spirituelle/religiöse Belange

- JA  NEIN In Bezug auf Gott
- JA  NEIN Verlust des Glaubens

**JA NEIN**

#### Körperliche Probleme

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

Sonstige Probleme: \_\_\_\_\_

Mehnert et al. (2006, S. 216) empfehlen folgende **Auswertung** des „Distress-Thermometers“:

„Ein Wert auf dem Distress-Thermometer von 5 oder höher sollte als Signal verstanden werden, dass der Patient auffällig belastet ist und Unterstützung benötigt (...). Die fachliche Zuständigkeit ist wie folgt vorgesehen: Handelt es sich um ein praktisches oder familiäres Problem, ist vorrangig der Sozialdienst zuständig. Für emotionale und psychische Probleme ist das psychologische Team zuständig, für spirituelle Belange die Seelsorge und für körperliche Probleme das onkologische Team.“

### Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) (Mittag & Raspe, 2003)

<b>Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken:</b>
1. Glauben Sie, dass Sie <b>Ihre jetzige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben</b> können? <i>(Bitte nur <u>ein</u> Kästchen ankreuzen)</i>
<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> auf keinen Fall
2. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre <b>allgemeine Erwerbsfähigkeit</b> dauerhaft gefährdet?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen <b>Rentenantrag aus Gesundheitsgründen</b> (Erwerbsminderungsrente) zu stellen?“
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> habe bereits einen Rentenantrag gestellt

Mittag et al. (2006) empfehlen folgende **Auswertung**:

- Auswertung des 1. Items:  
„sicher“ = 0; „eher ja“ = 0; „unsicher“ = 1; „eher nein“ = 1, „auf keinen Fall“ = 1
- Auswertung des 2. Items:  
„nein“ = 0 Punkte; „ja“ = 1 Punkt
- Auswertung des 3. Items:  
„nein“ = 0 Punkte; „ja“ oder „habe bereits einen Rentenantrag gestellt“ = 1 Punkt

Ein Gesamtwert  $\geq 2$  spricht dafür, dass die Erwerbstätigkeit gefährdet ist.

## Literatur

- Deck, R., Schramm, S. & Hüppe, A. (2012). Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) - ein Erfolgsmodell? *Rehabilitation*, 51, 316-325.
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (2009). S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung. *Somnologie*, 13, 4-160.
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2010). Curriculum Tumorerkrankungen. Standardisierte Patientenschulung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- Deutsche Rentenversicherung (2014). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- Faller, H., Strahl, A., Richard, M., Jelitte, M. & Meng, K. in Zusammenarbeit mit Niehues, C., Derra, C., Schäfer, H. J. und dem therapeutischen Team des Reha-Zentrums Ückeritz, Klinik Ostseeblick (2013). Curriculum Brustkrebs aus dem Gesundheitstrainingsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund – Manual. [http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/projekte-koop\\_23.html](http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/projekte-koop_23.html) [Stand: 15.10.2015].
- Hagger, M. S. & Luszczynska, A. (2014). Implementation intention and action planning interventions in health contexts: State of the research and proposals for the way forward. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 6, 1-47.
- Horneber, M., Fischer, I., Dimeo, F., Rüffer, J. U. & Weis, J. (2012). Tumor-assoziierte Fatigue: Epidemiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 109, 161-172.
- Karno, M. P. & Longabaugh, R. (2005). Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 262-267.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2012). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Langversion 3.0, AWMF-Registernummer: 032/045OL, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> [Stand: 14.08.2014].
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2013). S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 1.0, AWMF-Registernummer: 021/007OL, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-007OL.html> [Stand: 14.08.2014].
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014a). Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 032/051OL, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-051OL.html> [Stand: 14.08.2014].
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014b). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, Version 3.1, AWMF-Registernummer: 043/022OL, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/043-022OL.html> [Stand: 19.02.2015].
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A. & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122, 86-95.

- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C. & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers - Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 213-223.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivational Interviewing* (3. Aufl. des Standardwerks in Deutsch). Freiburg: Lambertus.
- Mittag, O. & Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Rentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Rehabilitation*, 42, 169-174.
- Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C. & Raspe, H. (2006). Vorhersage der Erwerbstätigkeit in einer Bevölkerungsstichprobe von 4225 Versicherten der LVA über einen Prognosezeitraum von fünf Jahren mittels einer kurzen Skala (SPE-Skala). *Gesundheitswesen*, 68, 294-302.
- Reese, C., Hübner, P., Petrak, F., Schmucker, D., Weis, J. & Mittag, O. (under review). Strukturen und Praxis der psychologischen Abteilungen in der onkologischen und diabetologischen Rehabilitation: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Die Rehabilitation*.
- Reese, C., Weis, J., Schmucker, D. & Mittag, O. (in preparation). The development of practice guidelines for psychological interventions in the rehabilitation of patients with oncological diseases (breast, prostate or colon cancer): methods and results.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Tripp, J. (2011). *Förderung der Nachhaltigkeit in der onkologischen Rehabilitation durch optimierte Patientenschulung und telefonische Nachsorge*. Berlin: WVB.
- Weis, J., Heckl, U., Brocai, D. & Seuthe-Witz, S. (2006). *Psychoedukation mit Krebspatienten. Therapiemanual für eine strukturierte Gruppenintervention*. Stuttgart: Schattauer.

## Danksagung

Wir danken den Experten, die an der Entwicklung der Praxisempfehlungen mitwirkten. Außerdem möchten wir den Kollegen aus den psychologischen Abteilungen sowie den Leitenden Ärzten der Rehabilitationseinrichtungen dafür danken, dass sie sich so zahlreich an unseren Befragungen beteiligt haben und wichtige Impulse für die Überarbeitung der Empfehlungen gaben. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei den Rehabilitanden, die an der Fokusgruppe teilgenommen haben. Unser Dank gilt auch der Deutschen Rentenversicherung Bund, ohne deren Finanzierung dieses Projekt nicht hätte realisiert werden können.

## Interessenskonflikte

Alle Experten, die an der Erstellung der Praxisempfehlungen beteiligt waren, haben eine Erklärung zu möglichen Interessenskonflikten ausgefüllt, die sich am AWMF-Formular zur Erklärung von Interessenskonflikten im Rahmen von Leitlinienvorhaben orientiert. Von keinem der Experten wurden bedeutsame Interessenskonflikte im Zusammenhang mit der Entwicklung der Praxisempfehlungen angegeben.