

S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten

Kurzversion Version 1.1 – Januar 2014

AWMF-Registernummer: 032/051OL

Leitlinie (Kurzversion)

Inhaltsverzeichnis

1.	Informationen zu dieser Kurzversion	4
1.1.	Herausgeber.....	4
1.2.	Federführende Fachgesellschaft	4
1.3.	Finanzierung der Leitlinie.....	4
1.4.	Kontakt.....	4
1.5.	Zitierweise	4
1.6.	Bisherige Änderungen an der Version 1	5
1.7.	Besonderer Hinweis	5
1.8.	Ziele des Leitlinienprogramms Onkologie.....	5
1.9.	Weitere Dokumente zur Leitlinie.....	6
1.10.	Zusammensetzung der Leitliniengruppe.....	7
1.10.1.	Projektleitung.....	7
1.10.2.	Koordination und Redaktion	7
1.10.3.	Beteiligte Fachgesellschaften und Autoren	7
1.10.4.	Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren	7
1.10.5.	Methodische Begleitung	8
1.11.	Verwendete Abkürzungen	8
2.	Einführung.....	12
2.1.	Geltungsbereich und Zweck	12
2.1.1.	Zielsetzung und Fragestellungen	12
2.1.2.	Adressaten	12
2.1.3.	Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	12
2.2.	Grundlagen der Methodik	13
2.2.1.	Evidenzgraduierung nach Oxford und SIGN (für Screeningverfahren).....	13
2.2.2.	Schema der Empfehlungsgraduierung	14
2.2.3.	Statements	15
2.2.4.	Expertenkonsens (EK).....	15
2.2.5.	Unabhängigkeit und Darlegung möglicher Interessenkonflikte	15
3.	Definition und Grundprinzipien der Psychoonkologie.....	16
3.1.	Definition	16
3.2.	Ziele.....	17
3.3.	Aufgabenbereiche und Maßnahmen	17
3.4.	Bedürfnisse nach Information und psychosozialer Versorgung.....	17

4.	Strukturelle Voraussetzungen psychoonkologischer Versorgungsbereiche	18
5.	Psychosoziale Belastungen.....	18
6.	Psychische Komorbidität.....	19
7.	Diagnostik.....	19
8.	Psychoonkologische Interventionen	20
8.1.	Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung	20
8.2.	Psychoonkologische Interventionen	22
9.	Ergänzende Therapien.....	24
10.	Besonderheiten einzelner Diagnosegruppen und ihrer Behandlung	25
11.	Patientenzentrierte Kommunikation.....	26
12.	Qualitätssicherung	27
12.1.	Strukturqualität.....	27
12.2.	Prozessqualität	27
12.3.	Ergebnisqualität.....	27
13.	Qualitätsindikatoren.....	28
14.	Abbildungsverzeichnis.....	33
15.	Tabellenverzeichnis	33
16.	Literaturverzeichnis.....	33

1. Informationen zu dieser Kurzversion

Die vorliegende S3-Leitlinie für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten stellt eine neue S3-Leitlinie dar. Sie liegt in einer Langversion sowie Kurzversion vor und wurde im Zeitraum 2009 bis 2012 entwickelt. Die Methodik zur Erstellung der Leitlinien wird in einem Leitlinienreport detailliert beschrieben.

1.1. Herausgeber

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe e. V. (DKH)

1.2. Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Krebsgesellschaft (vertreten durch AG PSO)



Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)



1.3. Finanzierung der Leitlinie

Diese Leitlinie wurde von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie gefördert.

1.4. Kontakt

Office Leitlinienprogramm Onkologie
c/o Deutsche Krebsgesellschaft
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de
www.leitlinienprogramm-onkologie.de

1.5. Zitierweise

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Kurzversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>, [Stand: TT.MM.JJJJ]

1.6. Bisherige Änderungen an der Version 1

März 2014 Version 1.1: geringfügige redaktionelle Änderungen (Formulierung S. 20 geändert, Abkürzung BAK korrigiert)

1.7. Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zurzeit der Drucklegung der VersorgungsLeitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse der OL-Redaktion mitgeteilt werden.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In dieser Leitlinie sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Die Leitlinie ist in allen ihren Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urhebergesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der OL-Redaktion unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der OL-Redaktion reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

1.8. Ziele des Leitlinienprogramms Onkologie

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebshilfe haben sich mit dem Leitlinienprogramm Onkologie (OL) das Ziel gesetzt, gemeinsam die Entwicklung und Fortschreibung und den Einsatz wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinien in der Onkologie zu fördern und zu unterstützen. Die Basis dieses Programms beruht auf den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen der Fachgesellschaften und der DKG, dem Konsens der medizinischen Fachexperten, Anwender und Patienten sowie auf dem Regelwerk für die Leitlinienerstellung der AWMF und der fachlichen Unterstützung und Finanzierung durch die Deutsche Krebshilfe. Um den aktuellen Stand des medizinischen Wissens abzubilden und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen, müssen Leitlinien regelmäßig überprüft und fortgeschrieben werden. Die Anwendung des AWMF-Regelwerks soll hierbei Grundlage zur Entwicklung qualitativ hochwertiger onkologischer Leitlinien sein. Da Leitlinien ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Onkologie darstellen, sollten sie gezielt und nachhaltig in den Versorgungsalltag eingebracht werden. So sind aktive Implementierungsmaßnahmen und auch Evaluationsprogramme ein wichtiger

Bestandteil der Förderung des Leitlinienprogramms Onkologie. Ziel des Programms ist es, in Deutschland professionelle und mittelfristig finanziell gesicherte Voraussetzungen für die Entwicklung und Bereitstellung hochwertiger Leitlinien zu schaffen. Denn diese hochwertigen Leitlinien dienen nicht nur dem strukturierten Wissenstransfer, sondern können auch in der Gestaltung der Strukturen des Gesundheitssystems ihren Platz finden. Zu erwähnen sind hier evidenzbasierte Leitlinien als Grundlage zum Erstellen und Aktualisieren von Disease Management Programmen oder die Verwendung von aus Leitlinien extrahierten Qualitätsindikatoren im Rahmen der Zertifizierung von Organumorzentren.

1.9. Weitere Dokumente zur Leitlinie

Bei diesem Dokument handelt es sich um die Kurzversion der S3-Leitlinie zur psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, welche über die folgenden Seiten zugänglich ist:

- AWMF (www.leitlinien.net)
- Leitlinienprogramm Onkologie (<http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/OL/leitlinien.html>)
- Deutsche Krebsgesellschaft (http://www.krebsgesellschaft.de/wub_1levidenzbasiert_120884.html)
- Deutsche Krebshilfe (<http://www.krebshilfe.de/>)
- Guidelines International Network (www.g-i-n.net)

Neben der Kurzversion gibt es folgende ergänzende Dokumente zu dieser Leitlinie:

- Langversion der Leitlinie
- Patientenleitlinie
- Leitlinienreport zur Erstellung der Leitlinie

1.10. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

1.10.1. Projektleitung

Prof. Dr. phil. Joachim Weis

Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO)

1.10.2. Koordination und Redaktion

Dr. Ulrike Heckl

Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO)

1.10.3. Beteiligte Fachgesellschaften und Autoren

Die folgenden Personen waren als Vertreter ihrer jeweiligen Organisationen und deren Vertreter an der Erstellung dieser Leitlinie beteiligt (in alphabetischer Reihenfolge):

Holger Adolph (DVSG), Dr. Dr. Jens Ast (DGMKG), Dr. Hermann Berberich (DGU), Prof. Dr. Manfred Beutel (DKPM), Dipl. Soz. Martin Beyer (DEGAM), Gabriele Blettner (PSO), Dr. Lutz Bode (BVDN), Eckhardt Böhle (ZVK), Prof. Dr. Andreas Dietz (DGHNO KHC), Prof. Dr. Gerhard Englert (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe), Prof. Dr. Dr. Hermann Faller (DGMP), PD Dr. Martin Fegg (DGP), Dr. Katja Fischer (DRV-BUND), Prof. Dr. Jörg Frommer (DPG), Dr. Götz Geiges (AUO), Jan Gramm (DGP), Prof. Dr. Harald Gruber (BAG KT), PD Dr. Kristin Härtl (DGVM), Prof. Dr. Annette Hasenburg (AGO), Angelika Heck-Darabi (ZVK), Hildegard Hegeler (DVSG), Prof. Dr. Manfred Heim (ASORS), Prof. Dr. Nina Heinrichs (DVT), Prof. Dr. Mark Helle (GWG), Dr. Pia Heußner (DGHO), Dr. Jochen Heymanns (BNHO), Berthold Isele (BPS), PD Dr. Monika Keller (PSO), Prof. Dr. Dr. Martin Klein (DGMKG), PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (ADT), Prof. Dr. Dr. Uwe Koch (DGRW), Monika Konitzer (BPtK), Thorsten Kreikenbohm (GWG), Prof. Dr. Johannes Kruse (DGPM), Dagmar Kürschner (DKG), Dr. Christiane Laepple (DGMKG), Prof. Hauke Lang (CAO-V), Antje Lehmann (BAK), Prof. Dr. Dr. Karl-Heinrich Link (CAO-V), Dr. Carmen Loquai (ADO), Elana Mannheim (BAG KT), Sara Marquard (DPR), Dr. Volker Marten (DGU), Dr. Hans Martens (BVDP), Prof. Dr. Dr. Klaus Mathiak (DGPPN), Prof. Dr. Anja Mehnert (DGRW), Thomas Müller-Staffelstein (BDP), Dr. Christiane Muth (DEGAM), Prof. Dr. Dr. Mechthild Neises (DGPM), Manfred Olbrich (BPS), Carina Pape (DVE), Kerstin Paradies (KOK), Dr. Ingrid Pottins (DRV-BUND), Dr. Chris Protzel (AUO), Dr. Cornelia Rabe-Menssen (DPtV), Prof. Dr. Britta Renner (DGPs), Jens-Peter Rose (BAG KT), Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger (DGPT), PD Dr. Jens Ulrich Ruffer (AIO), Dr. Michael Schenk (DGSS), Dr. Thomas Schopperth (DKG), Dr. Friederike Schulze (DGVT), PD Dr. Andrea Schumacher (dapo), Prof. Dr. Almuth Sellschopp (DPV), Prof. Dr. Dr. Norbert Senninger (DGAV), Dr. Friederike Siedentopf (DGPF), Prof. Dr. Susanne Singer (DGHNO KHC), Anne Springer (DGPT), Dr. Dietrich Stockhausen (AOT), Prof. Dr. Karin Tritt (DFT), Thomas Tuschhoff (DGVT), Dr. Roland Urban (BVDN), Dr. Christian Vogel (BVDP), Prof. Dr. Dirk, PD Dr. Hans Vordermark (ARO), Geinitz (ARO), Prof. Dr. Rudolf Weide (BNHO), Ilse Weis (DVSG), Constanze Wenzel (DPG), Dr. Tina Wessels (BPtK), Martin Wickert (BAK), Dr. Stefan Wirz (DGSS), Prof. Dr. Stephan Zipfel (DGS), Dr. Peter Zürner (ASORS).

1.10.4. Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren

An der Erstellung der Qualitätsindikatoren waren folgende Personen beteiligt:

Holger Adolph (DVSG), Dr. Herrmann Berberich (DGU), Dr. Anja K. Dippmann (ÄZQ), Prof. Dr. Gerhard Englert (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe), Dr. Markus Follmann MPH MSc (DKG), Dr. Ulrike Heckl (PSO), Dr. Pia Heußner (DGHO), Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (ADT), Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF), Dr. Julia Köpp (ÄZQ), Thorsten Kreikenbohm (GWG), Prof. Dr. Dr. Klaus Mathiak (DGPPN), Dr. Andrea Schumacher (dapo), Dr. Friederike Siedentopf (DGPFPG), Prof. Dr. Joachim Weis (PSO), Dr. Simone Wesselmann (DKG).

1.10.5. Methodische Begleitung

Durch das Leitlinienprogramm Onkologie:

- Dr. Markus Follmann, MPH, MSc, Office des Leitlinienprogramms Onkologie – Deutsche Krebsgesellschaft
- Prof. Dr. Ina Kopp, AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Philipps-Universität Marburg

1.11. Verwendete Abkürzungen

Abkürzungen	Bedeutung
ADO	Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie
ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren
AGO	Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologie in der DKG
AIO	Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie in der DKG
AOT	Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie
ARO	Arbeitsgemeinschaft für Radiologie in der DKG
ASORS	Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin
AUO	Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie in der DKG
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien
BAK	Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung. e. V.
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
BNHO	Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland
BPS	Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe

Abkürzungen	Bedeutung
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BTD	Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands
BVDP	Berufsverband Deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
CCO	Cancer Care Ontario
CST	Communication Skills Training
dapo	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DFT	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
DGAV	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- u. Viszeralchirurgie
DGHNO KHC	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
DGMKG	Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
DGS	Deutsche Gesellschaft für Senologie
DGSS	Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
DGU	Deutsche Gesellschaft für Urologie
DGVM	Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft

Abkürzungen	Bedeutung
DKH	Deutsche Krebshilfe
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DMtG	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft
DPG	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft
DPtV	Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
DVT	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie
EK	Expertenkonsens
GMP	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie
GWG	Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
KOK	Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege, AG in der DKG
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
OL	Office des Leitlinienprogramms Onkologie (DKG)
PEBC	Program in Evidence Based Care
PSO	Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft
RCT	Randomized Controlled Trail
SIGN	Scottish Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
ZNS	Zentrales Nervensystem

Abkürzungen	Bedeutung
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK)

2. Einführung

2.1. Geltungsbereich und Zweck

2.1.1. Zielsetzung und Fragestellungen

Die Leitlinie gibt Empfehlungen für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung bei erwachsenen Krebspatienten (≥ 18 Jahre) im gesamten Verlauf einer Krebserkrankung sowie in allen Sektoren der medizinischen Versorgung. Sie stellt die Grundlage für die Implementierung von psychoonkologischen Versorgungsangeboten in allen Sektoren dar. Insbesondere steht im Fokus:

- Die Leitlinie soll die Notwendigkeit einer flächendeckenden psychoonkologischen Basisdokumentation aufzeigen
- Es soll eine Abgleichung mit Zielen zur psychoonkologischen Versorgung des Nationalen Krebsplans stattfinden (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan_-_Handlungsfelder_Ziele_und_Umsetzungsempfehlungen.pdf)
- Die Leitlinie soll zu einer regionalen sektorenübergreifenden Netzwerkbildung anregen
- Es sollen Merkmale der Qualität psychoonkologischer Angebote erhoben werden, mit deren Hilfe man die Arbeit seitens der Leistungsanbieter bewerten kann

Die psychoonkologischen Belange von Krebspatienten (Kinder und Jugendliche) unter 18 Jahren werden in einer eigenen S3-Leitlinie für pädiatrische Onkologie (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/025-002I-abgelaufen.pdf) dargestellt. Basis der Empfehlungen für die hier vorliegende Leitlinie bilden Studiendaten, die im Rahmen von systematischen Literaturrecherchen identifiziert wurden. In Bereichen, wo keine Literaturrecherchen möglich waren – wurde mittels formaler Konsensustechniken ein Expertenkonsens angestrebt.

2.1.2. Adressaten

Die Leitlinie richtet sich an alle in der Psychoonkologie sowie Onkologie tätigen Berufsgruppen wie zum Beispiel Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und -pädagogen. Weiterhin sind die Patientinnen und Patienten eine wichtige Zielgruppe dieser Leitlinie, wobei für diese Zielgruppe eine spezielle Patientenleitlinie im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie angeboten wird.

2.1.3. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die S3-Leitlinie ist bis zur nächsten Aktualisierung gültig, die Gültigkeitsdauer wird auf 3 Jahre geschätzt. Vorgesehen sind regelmäßige Aktualisierungen, bei dringendem Änderungsbedarf werden diese gesondert publiziert. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an die folgende Adresse gesendet werden:

Prof. Joachim Weis

Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft, c/o Klinik für Tumorbiologie Freiburg, Breisacher Str. 117, 79106 Freiburg, Tel.: 0761 – 2062220, Fax: 0761 – 2062258

2.2. Grundlagen der Methodik

Die methodische Vorgehensweise bei der Erstellung der Leitlinie ist im Leitlinienreport dargelegt. Dieser ist im Internet z. B. auf den Seiten des Leitlinienprogramms Onkologie (<http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>) und den Seiten der AWMF (<http://www.awmf.org/>) frei verfügbar.

2.2.1. Evidenzgraduierung nach Oxford und SIGN (für Screeningverfahren)

Die Bewertung und Klassifikation der berücksichtigten Studien erfolgte mit Ausnahme der Studien zu Screeningverfahren nach dem System des Oxford Centre of Evidence-Based Medicine (siehe Tabelle 1). Studien zu Screeningverfahren wurden anhand des in Tabelle 2 dargestellten Schemas des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) klassifiziert.

Tabelle 1: Schema der Evidenzgraduierung (in Anlehnung an das Schema des Oxford Centre of Evidence-Based Medicine [vollständig verfügbar unter: www.cebm.net, Version 2009])

Studien zu Therapie, Prävention, Ätiologie		Studien zu Güte diagnostischer Testverfahren
1a	Qualitativ hochwertiger Systematischer Review (SR) von randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) mit geringem Risiko für Verzerrungen	Qualitativ hochwertiger Systematischer Review (SR) von Validierungs-Kohortenstudien mit geringem Risiko für Verzerrungen
1b	Einzelne RCT mit geringem Risiko für Verzerrungen	Einzelne Validierungs-Kohortenstudie mit geringem Risiko für Verzerrungen
1c	„Alle oder Keiner“-Prinzip*	Absolute SpPins und SnNouts**
2a	SR von Kohortenstudien mit geringem Risiko für Verzerrungen	SR von explorativen Kohortenstudien
2b	Einzelne Kohortenstudie mit geringem Risiko für Verzerrungen	Explorative Kohortenstudie
2c	Ergebnisforschung; ökologische Studien	
3a	SR von Fallkontrollstudien	SR von 3b und besseren Studien
3b	Einzelne Fallkontrollstudie	Kohortenstudie Studie mit Risiko für Verzerrungen (z. B. nicht-konsekutiv oder ohne Konsistenz der angewendeten Referenzstandards)
4	Fallserie	Diagnostische Fallkontrollstudie

Studien zu Therapie, Prävention, Ätiologie	Studien zu Güte diagnostischer Testverfahren
5	Expertenmeinung oder basierend auf pathophysiologischen Modellen oder experimenteller Grundlagenforschung oder „Grundprinzipien“
*	Dramatische Effekte, z. B. alle Patienten starben, bevor die Therapie verfügbar war und nach Einführung der Therapie überlebten einige
**	„Absolute SpPin“: Spezifität des Tests ist so hoch, dass ein positives Ergebnis die Diagnose sicher einschließt. „Absolute SnNout“: Sensitivität des Tests ist so hoch, dass ein negatives Ergebnis die Diagnose ausschließt

Tabelle 2: Schema der Evidenzgraduierung nach SIGN

Grad	Beschreibung
1++	Qualitativ hochwertige Meta-Analysen, Systematische Übersichten von RCTs oder RCTs mit sehr geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)
1+	Gut durchgeführte Meta-Analysen, Systematische Übersichten von RCTs oder RCTs mit geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)
1-	Meta-Analysen, Systematische Übersichten von RCTs oder RCTs mit hohem Risiko systematischer Fehler (Bias)
2++	Qualitativ hochwertige systematische Übersichten von Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien oder qualitativ hochwertige Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit sehr niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und hoher Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist
2+	Gut durchgeführte Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien mit niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und moderater Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist
2-	Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien mit einem hohen Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und bedeutsamen Risiko, dass die Beziehung nicht ursächlich ist
3	Nicht-analytische Studien, z. B. Fallberichte, Fallserien
4	Expertenmeinung

2.2.2. Schema der Empfehlungsgraduierung

Die OL-Methodik sieht eine Vergabe von Empfehlungsgraden durch die Leitlinienautoren im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens vor. Dementsprechend wurde

ein durch die AWMF moderierter, mehrteiliger nominaler Gruppenprozess durchgeführt.

In der Leitlinie werden zu allen evidenzbasierten Statements (siehe Kapitel 2.2.3) und Empfehlungen das Evidenzlevel (siehe Kapitel 2.2.1) der zugrunde liegenden Studien sowie bei Empfehlungen zusätzlich die Stärke der Empfehlung (Empfehlungsgrad) ausgewiesen. Hinsichtlich der Stärke der Empfehlung werden in dieser Leitlinie drei Empfehlungsgrade unterschieden (siehe Tabelle 3), die sich auch in der Formulierung der Empfehlungen jeweils widerspiegeln.

Tabelle 3: Schema der Empfehlungsgraduierung

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	soll
B	Empfehlung	sollte
0	Empfehlung offen	kann

2.2.3. Statements

Als Statements werden Darlegungen oder Erläuterungen von spezifischen Sachverhalten oder Fragestellungen ohne unmittelbare Handlungsaufforderung bezeichnet. Sie werden entsprechend der Vorgehensweise bei den Empfehlungen im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens verabschiedet und können entweder auf Studienergebnissen oder auf Expertenmeinungen beruhen.

2.2.4. Expertenkonsens (EK)

Als 'Expertenkonsens (EK)' werden Empfehlungen bezeichnet, zu denen keine Recherche nach Literatur durchgeführt wurde. In der Regel adressieren diese Empfehlungen Vorgehensweisen der guten klinischen Praxis, zu denen keine wissenschaftlichen Studien notwendig sind bzw. erwartet werden können. Für die Graduierung im Sinne eines Expertenkonsens wurden keine Symbole verwendet, die Stärke der Empfehlung ergibt sich aus der verwendeten Formulierung (soll/sollte/kann) entsprechend der Abstufung in Tabelle 3.

2.2.5. Unabhängigkeit und Darlegung möglicher Interessenkonflikte

Die Deutsche Krebshilfe stellte über das Leitlinienprogramm Onkologie (OL) die finanziellen Mittel zur Verfügung. Diese Mittel wurden eingesetzt für Personalkosten, Büromaterial, Literaturbeschaffung und die Konsensuskonferenzen (Raummieten, Technik, Verpflegung, Moderatorenhonorare, Reisekosten der Teilnehmer). Die Erarbeitung der Leitlinie erfolgte in redaktioneller Unabhängigkeit von der finanzierenden Organisation. Es gab keine zusätzlichen Sponsoren. Eine standardisierte Erklärung über potentielle Interessenskonflikte wurde von allen Mitgliedern der Leitliniengruppe eingeholt. Diese wurden durch die Koordinatoren gesichtet und bewertet. In einzelnen Fällen erfolgte eine Rücksprache mit den jeweiligen Mandatsträgern. In keinem Fall bestand jedoch eine Notwendigkeit, einen Mandatsträger wegen Befangenheit von der Abstimmung über Inhalte der Leitlinie

auszuschließen. Die Erklärung der potentiellen Interessenskonflikte der Koordinatoren wurde von der Sprecherin der Fachgesellschaft „PSO“ geprüft. Die offengelegten Interessenkonflikte sind im Leitlinienreport zu dieser Leitlinie (<http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>) aufgeführt.

An dieser Stelle möchten wir allen Mitarbeitern für ihre ausschließlich ehrenamtliche Mitarbeit an dem Projekt danken.

3. Definition und Grundprinzipien der Psychoonkologie

3.1. Definition

Die Psychoonkologie, synonym auch „Psychosoziale Onkologie“, ist ein eigenes Arbeitsgebiet im onkologischen Kontext, das sich mit dem Erleben und Verhalten sowie den sozialen Ressourcen von Krebspatienten im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung, deren Behandlung sowie damit verbundenen Problemlagen befasst. Aufgabe der Psychoonkologie ist es, die Bedeutung psychologischer und sozialer Faktoren für die Entstehung, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge sowie den gesamten Verlauf einer Tumorerkrankung und deren Wechselwirkungen wissenschaftlich zu untersuchen und die gewonnenen Erkenntnisse in der Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, ambulanten Versorgung und Palliativbetreuung von Patienten nutzbar zu machen und in konkrete Unterstützungs- und Behandlungsangebote umzusetzen. Dabei schließt die Psychoonkologie nicht nur die direkt von der Krankheit betroffenen Personen, sondern auch die Angehörigen und das soziale Umfeld mit ein. Darüber hinaus sind auch die Behandler (Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegende (Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen) und alle in der Onkologie tätigen Berufsgruppen) wichtige Zielgruppen psychoonkologischer Unterstützung hinsichtlich der Bereitstellung von Fort- und Weiterbildungs- sowie Supervisionsangeboten [1–3].

Die Psychoonkologie ist ein Arbeitsgebiet innerhalb der Onkologie, in das Inhalte aus den Fachbereichen Medizin, Psychologie, Soziologie, praktische Philosophie und Ethik, Theologie sowie Pädagogik mit einfließen. Die Psychoonkologie zeichnet sich durch eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen aus. So arbeiten in der psychoonkologischen Versorgung der Patienten Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete, Psychologische Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Pädagogen, Vertreter der Künstlerischen Therapien, Pflegende, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Seelsorger der verschiedenen Religionsgemeinschaften zusammen.

Die hier vorliegende Leitlinie befasst sich mit den psychosozialen Aspekten einer Krebserkrankung sowie psychoonkologischen Maßnahmen zur Diagnostik, Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge erwachsener Krebspatienten. Psychosoziale Aufgaben im Rahmen der Primärprävention bei gesunden Menschen (Vorbeugung und Verhinderung einer Krebserkrankung) sowie bei Kindern und Jugendlichen mit einer Krebserkrankung sind nicht Gegenstand dieser Leitlinie (siehe S3-LL zur psychosozialen Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie, AWMF-Nr. 025/002).

3.2. Ziele

Psychoonkologische Maßnahmen zielen auf psychische und soziale Probleme sowie Funktionsstörungen im Kontext der Krebserkrankung und deren Behandlung ab. Sie haben das Ziel, die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen, die psychische Befindlichkeit sowie Begleit- und Folgeprobleme der medizinischen Diagnostik oder Therapie zu verbessern, soziale Ressourcen zu stärken, Teilhabe zu ermöglichen und damit die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen zu erhöhen [2, 4].

3.3. Aufgabenbereiche und Maßnahmen

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
3.1.	Zentrale Aufgaben der psychoonkologischen Versorgung sind patientenorientierte und bedarfsgerechte Information, psychosoziale Beratung, psychoonkologische Diagnostik und psychoonkologische Behandlung zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung sowie Verbesserung / gezielte Behandlung psychischer, sozialer sowie funktionaler Folgeprobleme.			EK

3.4. Bedürfnisse nach Information und psychosozialer Versorgung

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
3.2.	Krebspatienten wünschen sich psychosoziale Unterstützung. Dazu zählt die Unterstützung durch Ärzte, Pflegende, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Seelsorger sowie die Unterstützung durch Gleichbetroffene (Selbsthilfe).			EK

4. Strukturelle Voraussetzungen psychoonkologischer Versorgungsbereiche

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
4.1.	Krebspatienten und ihre Angehörigen sollen wohnortnah Zugang zu qualitätsgesicherten psychosozialen Unterstützungs- und Behandlungsangeboten erhalten.			EK
4.2.	Krebspatienten und ihre Angehörigen sollen über qualifizierte Unterstützungsangebote der Krebs-Selbsthilfegruppen / Krebs-selbsthilfeorganisationen (Gespräche mit Gleichbetroffenen, Hilfestellungen zum Umgang mit Erkrankung, Therapien und Therapiefolgen im Alltag) in jeder Phase des Versorgungsprozesses informiert werden.			EK
4.3.	Eine patientenorientierte Information über psychoonkologische Unterstützungsangebote soll frühzeitig und krankheitsbegleitend sichergestellt werden.			EK
4.4.	Psychoonkologische Interventionen sollten entsprechend dem individuellen Bedarf in allen Sektoren der Versorgung sowie in allen Phasen der Erkrankung angeboten werden.			EK

5. Psychosoziale Belastungen

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
5.1.	Krebspatienten sind mit körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen/ religiösen Problemen konfrontiert. Diese sollen in der Versorgung berücksichtigt werden.			EK
5.2.	Zu den häufigen subsyndromalen Belastungen bei Krebspatienten zählen Distress, Ängste, Progredienzangst und Depressivität.			EK

6. Psychische Komorbidität

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
6.1.	Die häufigsten psychischen Störungen bei Krebspatienten sind affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen und Störungen durch psychotrope Substanzen. Schmerzen, eine hohe körperliche Symptombelastung, Fatigue sowie das Vorliegen einer psychischen Störung in der Vorgeschichte begünstigen das Auftreten einer psychischen Störung bei Krebspatienten.	ST	1b	[5-102]
6.2.	Vor allem bei Schmerzen, starker körperlicher Symptombelastung oder Fatigue sollen die psychische Belastung sowie das Vorliegen einer psychischen Störung abgeklärt werden.	A	1b	[4, 40, 6, 85]

7. Diagnostik

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
7.1.	Die Erfassung der psychosozialen Belastung und der individuellen psychoonkologischen Behandlungsbedürftigkeit sollte so früh wie möglich und dann wiederholt im Krankheitsverlauf erfolgen.			EK
7.2.	Alle Patienten sollen ein Screening auf psychosoziale Belastungen erhalten. Ein psychoonkologisches Screening sollte frühestmöglich in angemessenen Abständen, wenn klinisch indiziert oder bei Veränderung des Erkrankungsstatus eines Patienten (z. B. Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung) wiederholt im Krankheitsverlauf durchgeführt werden.			EK
7.3.	Zur Erfassung der psychosozialen Belastung sollen validierte und standardisierte Screeninginstrumente eingesetzt werden. Als Screeninginstrumente werden z. B. das Distress-Thermometer oder die HADS-D empfohlen. Zusätzlich soll der individuelle psychosoziale Unterstützungswunsch erfragt werden.			EK
7.4.	Bei positivem Screening und/oder Patientenwunsch soll ein diagnostisches Gespräch zur Abklärung psychosozialer Belastungen und psychischer Komorbidität erfolgen.			EK
7.5.	Eine weiterführende diagnostische Abklärung sollte entsprechend der im Gespräch festgestellten individuellen Probleme im psychischen/sozialen/somatischen Bereich erfolgen.			EK

8. Psychoonkologische Interventionen

8.1. Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung

Die Empfehlungen dieses Kapitels beziehen sich ausschließlich auf **psychoonkologische Interventionen**. Für weitere Arten von Interventionen wird auf Kapitel 9. Ergänzende Therapien, für supportive Therapien auf die S3-Leitlinie „Supportive Therapien“ (032/054OL, derzeit in Erstellung) verwiesen.

Eine **psychoonkologische Intervention** wird definiert als eine nicht-pharmakologische Intervention, in welcher psychologische und sozialarbeiterische Methoden wie z. B. psychosoziale Beratung, Psychoedukation, Stressbewältigungstraining, Psychotherapie, Entspannungsverfahren, allein oder in Kombination, von einem professionellen Therapeuten in einer persönlichen Interaktion mit Krebspatienten durchgeführt werden, um deren psychische und soziale Belastung zu vermindern und die Lebensqualität zu erhöhen. Zu den psychoonkologischen Interventionen gehören darüber hinaus die Künstlerischen Therapien.

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
8.1.	Die Indikationsstellung für psychoonkologische Interventionen soll entsprechend dem nach den Empfehlungen 7.1.bis 7.5 festgestellten individuellen Bedarf, dem Setting sowie der Krankheitsphase des Patienten (Erstdiagnose, Operation, adjuvante Therapie, rezidivfreie Phase, Rezidivphase, palliative Phase) erfolgen und den Wunsch des Patienten berücksichtigen.			EK
8.2.	Patienten mit keiner oder geringer Belastung (festgestellt über Screening und durch weiterführende Diagnostik) sollen eine patientenorientierte Information und eine psychosoziale Beratung angeboten werden.			EK
8.3.	Patienten mit subsyndromalen psychischen Belastungen (festgestellt über Screening und durch weiterführende Diagnostik) sollen zusätzlich psychotherapeutische Einzel- und/oder Gruppenintervention angeboten werden.	A	1a	[103]
8.4.	Patienten mit diagnostizierten psychischen Störungen sollen entsprechend den vorhandenen störungsspezifischen Leitlinien versorgt werden (siehe Tabelle 4).			EK
8.5.	Patienten mit einer Anpassungsstörung (festgestellt über Screening und weiterführende Diagnostik) sollen eine patientenzentrierte Information und eine psychosoziale Beratung sowie zusätzlich eine psychotherapeutische Einzel- und/oder Gruppenintervention angeboten werden.			EK

Gemäß der Definition der Evidenzbasierten Medizin [104] sollte bei der Indikationsstellung neben der besten Evidenz und der klinischen Expertise auch die Präferenz der Patienten berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung der Patientenpräferenz für psychoonkologische Interventionen ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil (a) die Motivation der Patienten einen wichtigen Wirkfaktor der Therapie darstellt und (b) wenige Belege zur Überlegenheit bestimmter psychoonkologischer Interventionen über andere psychoonkologische Interventionen vorliegt, so dass die Auswahl zwischen den indizierten Verfahren anhand der Präferenz der Patienten getroffen werden kann.

Die Empfehlung für psychoonkologische Interventionen orientiert sich an dem Behandlungssetting (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, ambulantes Setting) und der Krankheitsphase der Patienten (Erstdiagnose, Operation, adjuvante Therapie, rezidivfreie Phase, Rezidivphase, palliative Phase). Beispielsweise ist während eines stationären Aufenthalts in einem Akutkrankenhaus aufgrund der kurzen Liegedauer ein psychoedukatives Programm nicht indiziert. Hier wird man vorrangig eine psychotherapeutische Einzelintervention mit supportivem Charakter oder ein Entspannungsverfahren anbieten.

Auf der Basis des festgestellten Interventionsbedarfs, der diagnostischen Abklärung, der klinischen Evidenz, der Patientenpräferenz, des Settings und der Krankheitsphase kann ein Versorgungsalgorithmus wie in Abbildung 1 formuliert werden:

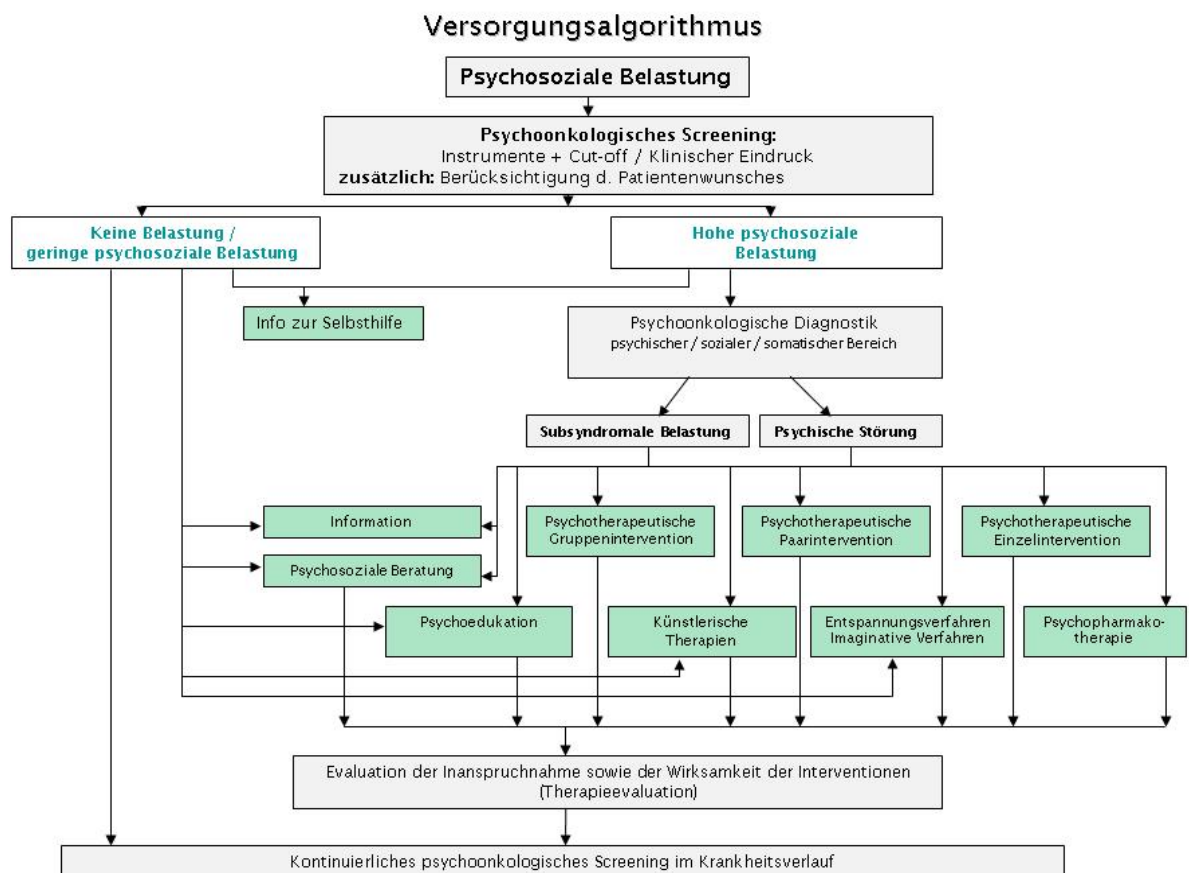


Abbildung 1: Klinischer Versorgungsalgorithmus

Tabelle 4: Übersicht deutscher S3-Leitlinien zu psychische Störungen.

Störung/Leitlinie	AWMF-Nummer	Quelle
Angststörungen	051/028	http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html
Posttraumatische Belastungsstörung	051/010	
Nicht-spezifische funktionelle somatoforme Körperbeschwerden	051/001	
Essstörungen	051/026	
Bipolare-Störungen	038/019	
Nicht erholsamer Schlaf/ Schlafstörungen	063-001	
Unipolare Depression	nvl-005	http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/

8.2. Psychoonkologische Interventionen

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
8.6.	Entspannungsverfahren sollen Menschen mit Krebserkrankungen unabhängig vom Belastungsgrad angeboten werden.	A	1a	[103]
8.7.	Psychoedukative Interventionen sollen Menschen mit Krebserkrankungen unabhängig vom Belastungsgrad angeboten werden.	A	1a	[103]
8.8.	Psychotherapeutische Einzelinterventionen sollen Menschen mit Krebserkrankungen und einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung angeboten werden. Dabei sollen die im Rahmen der Diagnostik festgestellten somatischen und sozialen Faktoren und ihre Wechselwirkungen berücksichtigt werden.	A	1a	[103]
8.9.	Psychotherapeutische Gruppeninterventionen sollen Menschen mit Krebserkrankungen und einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung angeboten werden. Dabei sollen die im Rahmen der Diagnostik festgestellten somatischen und sozialen Faktoren und ihre Wechselwirkungen berücksichtigt werden.	A	1a	[103]
8.10.	Psychotherapeutische Paarinterventionen sollen Menschen mit	A	1a	[103]

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
	<p>Krebserkrankungen und einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung angeboten werden.</p> <p>Dabei sollen die im Rahmen der Diagnostik festgestellten somatischen und sozialen Faktoren und ihre Wechselwirkungen berücksichtigt werden.</p>			
8.11.	<p>Psychosoziale Beratung soll Krebspatienten und ihren Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig angeboten werden.</p>		EK	
8.12.	<p>Musiktherapie kann Menschen mit Krebserkrankungen insbesondere zur Reduzierung von Ängsten angeboten werden.</p>		EK	
8.13.	<p>Künstlerische Therapien (Kunsttherapie, Tanztherapie, Musiktherapie u.a.) können Menschen mit Krebserkrankung unabhängig vom Belastungsgrad angeboten werden.</p>		EK	

9. Ergänzende Therapien

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
9.1.	<p>Die Behandlung von Tumorpatienten mit Psychopharmaka sollte immer in ein onkologisches Gesamtbehandlungskonzept eingebettet sein. Dabei sollte vor jeder psychopharmakologischen Therapie die medizinischen Mit-Ursachen bzw. Auslöser der psychischen Symptomatik berücksichtigt und in das Behandlungskonzept einbezogen werden.</p> <p>Insbesondere sollte beachtet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ optimale Symptomkontrolle von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Fatigue usw.; Korrektur von Elektrolytstörungen ▪ die Diagnostik und Behandlung von tumorbedingten Ursachen (z. B. ZNS-Metastasen, ZNS-Tumoren, Meningeosis, endokrine Störungen, Hyperkalzämie) ▪ Abklärung des Einflusses potenziell depressiogener Medikamente (z. B. Steroide, Interferon, Tyrosinkinase-Inhibitoren) ▪ die Berücksichtigung von Entzugszuständen (z. B. Opiate, Benzodiazepine, Alkohol) ▪ die Berücksichtigung und Modifizierung potenziell angstauslösender Medikation (z. B. Kortikosteroide, Metoclopramid, Benzodiazepine) ▪ diagnostische Abklärung von Verwirrheitszuständen (z. B. Delir). 		EK	
9.2.	<p>Die Psychopharmakotherapie von Patienten mit ICD-10 Diagnosen einer psychischen Störung soll entsprechend der verfügbaren Leitlinien erfolgen (AWMF-Reg.Nr. nvl-005; AWMF-Reg.Nr. 051/010; AWMF-Reg.Nr.051/027).</p> <p>Dabei sollen die im Rahmen der Diagnostik festgestellten somatischen und sozialen Faktoren und ihre Wechselwirkungen berücksichtigt werden.</p>		EK	
9.3.	<p>Zur Behandlung einer akuten mittelgradigen depressiven Episode soll eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum oder eine Psychotherapie angeboten werden.</p>		EK	
9.4.	<p>Bei akuten schweren depressiven Episoden soll eine Kombinationsbehandlung mit einer medikamentösen Therapie und Psychotherapie angeboten werden.</p>	A	1b	Leitlinien-adaptation: NVL Depression

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
9.5.	Bei Brustkrebspatientinnen sollten keine (Psycho-)Pharmaka mit mittlerer bis starker CYP2D6- inhibitorischer Aktivität mit Tamoxifen kombiniert werden.			EK
9.6.	Die Behandlung von Angststörungen und Angstzuständen bei Tumorpatienten sollte interdisziplinär und multimodal erfolgen. Als psychopharmakologische Behandlung sollten bei strengster Indikationsstellung insbesondere Benzodiazepine mit kurzer Wirkdauer, anxiolytisch wirksame Antidepressiva und andere Anxiolytika eingesetzt werden.			EK
9.7.	Ergotherapie kann Patienten mit Krebserkrankungen angeboten werden, die Einschränkungen der Funktionsfähigkeit aufweisen.			EK
9.8.	Zur Reduzierung des Fatigue-Syndroms bei Krebspatienten (cancer-related fatigue) soll ein sich an der individuellen Belastungsfähigkeit orientierendes Ausdauertraining im Rahmen der Bewegungstherapie durchgeführt werden.	A	1a	[105-107]
9.9.	Zur Linderung von Ängsten können neben Yoga auch Massagen durchgeführt werden.	0	2b	[108-112]

10. Besonderheiten einzelner Diagnosegruppen und ihrer Behandlung

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
10.1.	Alle Patienten mit spezifischen Beeinträchtigungen sollen entsprechend den Empfehlungen 7.1. -7.5. hinsichtlich der spezifischen psychosozialen Belastungen diagnostisch abgeklärt werden. Entsprechend der Art und des Ausprägungsgrads der psychosozialen Belastungen sollten ihnen Psychosoziale Beratung, Psychotherapeutische Interventionen oder eine Sexualberatung angeboten werden.			EK
10.2.	Patienten mit Sexualstörungen sollte zusätzlich zu den Empfehlungen 8.1 - 8.5. eine Sexualberatung angeboten werden.			EK

11. Patientenzentrierte Kommunikation

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
11.1.	Patientenzentrierte Kommunikation bezeichnet ein kommunikatives Verhalten, das den Patienten in seiner aktuellen körperlichen und emotionalen Verfassung wahrnimmt, seine persönlichen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt und seine Selbstkompetenz, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit fördert.			EK
11.2.	Kommunikation mit Krebspatienten und ihren Angehörigen soll durch alle in der Onkologie tätigen Berufsgruppen patientenzentriert erfolgen. Sie soll sich an deren individuellen Anliegen, Bedürfnissen und Präferenzen hinsichtlich Information, Aufklärung und Beteiligung an Entscheidungen orientieren. Diese sollen wiederholt im Krankheitsverlauf, insbesondere in kritischen Krankheitsphasen (Diagnose, Rezidiv/Progredienz), erfragt werden.			EK
11.3.	Eine patientenzentrierte Kommunikation sollte sich an den nachfolgenden Grundprinzipien orientieren: <ul style="list-style-type: none"> • Gewährleistung einer atmosphärisch angemessenen und ungestörten Umgebung ohne Unterbrechungen • Aufbau einer tragfähigen Beziehung zum Patienten • Gesprächsführung auf der Basis des Aktiven Zuhörens • direktes und einfühlsames Ansprechen schwieriger Themen • Vermittlung von bedeutsamen Informationen in einer patientennahen Sprache unter Vermeidung von medizinischem Fachvokabular, ggf. Erklärung von Fachbegriffen. Sie soll aufrichtig sein und gleichzeitig Raum für realistische Hoffnung lassen • Verwendung von Strategien, um das Verständnis zu verbessern (Wiederholung, Zusammenfassung wichtiger Informationen, Nutzung von Grafiken u.ä.) • Ermutigung, Fragen zu stellen wie auch Gefühle auszudrücken • Einbeziehung von Angehörigen oder Bezugspersonen in Abhängigkeit vom Wunsch des Patienten • Anbieten weiterführender Hilfen. 			EK
11.4.	Qualifizierte Fortbildung („Kommunikationstraining“, „Communication Skills Training“) verbessert nachweislich das objektive kommunikative Verhalten von Ärzten und Pflegenden.			EK
11.5.	Ärztinnen/Ärzte und andere in der Onkologie tätigen Berufsgruppen sollen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz durchlaufen.			EK

12. Qualitätssicherung

12.1. Strukturqualität

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
12.1.	Alle in der Psychoonkologie tätigen Berufsgruppen sollten eine curriculare psychoonkologische Fortbildung oder Weiterbildung mit entsprechenden Inhalten absolvieren.			EK
12.2.	Spezifische Vorgaben hinsichtlich der Strukturqualität für eine qualitätsgesicherte psychoonkologische Versorgung sind: <ul style="list-style-type: none"> • konzeptionelle Einbindung der Psychoonkologie in das Versorgungskonzept der jeweiligen Einrichtung und deren Leitbild • spezifische Qualifizierung durch eine curriculare psychoonkologische Fortbildung oder Weiterbildung • angemessene räumliche Ausstattung • bedarfsgerechte Angebote. 			EK

12.2. Prozessqualität

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
12.3.	Zur Sicherstellung der Prozessqualität der psychoonkologischen Tätigkeit sollten folgende Aspekte umgesetzt werden: <ul style="list-style-type: none"> • Screening psychosozialer Belastungen • Festlegung von Beratungs- oder Behandlungszielen • Dokumentation der Leistungen auf der Basis eines geeigneten Systems • patientenbezogene Berichterstattung • externe Supervision • interne und externe Vernetzung 			EK

12.3. Ergebnisqualität

Als Merkmale der Ergebnisqualität sollten einerseits Berichte über den Erfolg der psychoonkologischen Dienstleistungen schriftlich verfasst werden, andererseits systematische Befragungen von Patienten im Hinblick auf Zielerreichung und Zufriedenheit durchgeführt werden. Wenn systematische Patientenbefragungen im Rahmen der Qualitätssicherung durchgeführt werden, sollte thematisch der Bereich der psychoonkologischen Dienstleistungen mit aufgenommen werden.

13. Qualitätsindikatoren

Tabelle 5: Vorschläge für Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/ weitere Informationen
--------------------	---------------------	---

QI 1: Strukturelle Voraussetzungen psychoonkologischer Versorgungsbereiche:

Sektorenübergreifende Koordination der psychoonkologischen Versorgung

<p>Z: Anzahl von Patienten, die Informationen über psychoonkologische Unterstützungsangebote erhalten haben</p> <p>N: Alle Krebspatienten mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase</p>	<p>4.3 Eine patientenorientierte Information über psychoonkologische Unterstützungsangebote soll frühzeitig und krankheitsbegleitend sichergestellt werden.</p> <p>8.7 Psychoedukative Interventionen sollen Menschen mit Krebserkrankungen unabhängig vom Belastungsgrad angeboten werden.</p>	<p>EK (4.3); LoE 1a (8.7)</p> <p>Ergänzende Anmerkung: Definition „Psychoonkologisches Unterstützungsangebot“: psychosoziale Beratung, psychotherapeutische Einzel- oder Gruppenintervention, psychoedukative Intervention, Paarintervention, Entspannungsverfahren, die durch die entsprechend qualifizierte Personen durchgeführt werden.</p> <p>Das Ziel des Indikators: Die Einrichtung soll dem Patienten konkrete Ansprechpartner als Beispielreferenz benennen. Dadurch soll die einrichtungsinterne- und -übergreifende Netzwerkbildung gefördert werden.</p>
---	---	---

QI 2: Strukturelle Voraussetzungen psychoonkologischer Versorgungsbereiche:

Selbsthilfegruppen

<p>Z: Anzahl von Patienten, die Informationen über Unterstützungsangebote der Krebs-Selbsthilfegruppen/ Krebs-selbsthilfeorganisationen erhalten haben</p> <p>N: Alle Krebspatienten mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase</p>	<p>4.2 Krebspatienten und ihre Angehörigen sollen über qualifizierte Unterstützungsangebote der Krebs-Selbsthilfegruppen / Krebs-selbsthilfeorganisationen (Gespräche mit Gleichbetroffenen, Hilfestellungen zum Umgang mit Erkrankung, den Therapien und Therapiefolgen im Alltag) in jeder Phase</p>	<p>EK</p> <p>Ergänzende Anmerkung: Die Information kann per Flyer vermittelt werden, der Flyer sollte persönlich übergeben werden. Die betreffende Einrichtung gibt in dem Flyer konkret an, wo welches Angebot zu finden ist und nennt Ansprechpartner.</p>
--	---	--

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/ weitere Informationen
	des Versorgungsprozesses informiert werden.	

QI 3: Diagnostik: Screening, Diagnostische Verfahren

<p>Z: Anzahl von Patienten mit Einsatz von validierten und standardisierten Screeninginstrumenten (z. B. das Distress-Thermometer oder die HADS-D)</p> <p>N: Alle Krebspatienten mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase</p>	<p>7.3 Zur Erfassung der psychosozialen Belastung sollen validierte und standardisierte Screeninginstrumente eingesetzt werden. Als Screeninginstrumente werden z. B. das Distress-Thermometer oder die HADS-D empfohlen.</p> <p>Zusätzlich soll der individuelle psychosoziale Unterstützungswunsch erfragt werden.</p> <p>7.2 Alle Patienten sollen ein Screening auf psychosoziale Belastungen erhalten. Ein psychoonkologisches Screening sollte frühestmöglich in angemessenen Abständen, wenn klinisch indiziert oder bei Veränderung des Erkrankungsstatus eines Patienten (z. B. Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung) wiederholt im Krankheitsverlauf durchgeführt werden.</p>	<p>EK</p> <p>Literatur zu validierten Screeninginstrumenten mit einem definierten Cut-off: HADS-D: [113-120, 50, 121, 122, 83, 123-127, 98, 128, 129]; HSI: [130-135]; Distress-Thermometer: [136, 83, 137-139, 35, 140-149]; FBK: [150-154]; PO-BADO: [155-161]; PHQ-9: [141, 162-164];</p> <p>Ergänzende Anmerkung: Validierte Screeninginstrumente mit einem definierten Cut-off sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) - -Hornheider Screening-Instrument (HSI) - -Distress-Thermometer (DT) - -Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-23 und FBK-10) - Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-BADO, PO-BADO KF und PO-BADO Brustkrebs) - Gesundheitsfragebogen für Patienten – Depressionsmodul (PHQ-9) <p>Die Ablehnung des Screenings durch den Patienten soll gesondert ausgewiesen werden. Falls kein Screening durchgeführt wurde, soll geschaut werden, ob ein diagnostisches Gespräch ggf. als Erstmaßnahme durchgeführt wurde. Wenn dies der Fall ist, wird dies als durchgeführtes Screening gewertet.</p>
--	--	--

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/ weitere Informationen
--------------------	---------------------	---

QI 4: Diagnostik: Diagnostische Verfahren

<p>Z: Anzahl von Patienten mit einem diagnostischen Gespräch zur Abklärung psychosozialer Belastungen und psychischer Komorbidität</p> <p>N: Alle Krebspatienten mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase und mit positivem Screening auf psychosoziale Belastungen</p>	<p>7.4 Bei positivem Screening und/oder Patientenwunsch soll ein diagnostisches Gespräch zur Abklärung psychosozialer Belastungen und psychischer Komorbidität erfolgen.</p>	<p>EK</p> <p>Ergänzende Anmerkung: Validierte Screeninginstrumente mit einem definierten Cut-off sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) - Hornheider Screening-Instrument (HSI) - Distress-Thermometer (DT) - Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-23 und FBK-10) - Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-BADO, PO-BADO KF und PO-BADO Brustkrebs) - Gesundheitsfragebogen für Patienten – Depressionsmodul (PHQ-9) <p>Definition „Diagnostisches Gespräch“: Das diagnostische Gespräch beinhaltet die Identifikation von psychosozialen Belastungen, psychischen Störungen und weiteren Problemlagen mit dem Ziel der Beschreibung vorliegender Probleme und Störungen sowie deren Veränderung. Darüber hinaus erfolgt die Abklärung, ob diese Problemlagen subsyndromal sind oder die Kriterien für eine psychische Störung erfüllen. Die Abklärung und Zuordnung der vorliegenden Probleme und Störungen erfolgt entsprechend eines Klassifikationssystems (ICD-10 oder DSM IV), wobei bei der Diagnostik einer klinisch relevanten komorbiden Störung die Abgrenzung gegenüber somatischen Beschwerden oder einer angemessenen psychischen Reaktion auf die Tumorerkrankung sowie die zutreffende Berücksichtigung von biologisch-organischen Folgen der Krebserkrankung bzw. Behandlung zu berücksichtigen sind.</p> <p>Akteure: Fachkräfte der Psychoonkologie</p>
--	---	---

QI 5: Psychoonkologische Interventionen: Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/ weitere Informationen
<p>Z: Anzahl von Patienten mit Angebot einer psychotherapeutischen Einzel- und/oder Gruppenintervention</p> <p>N: Alle Krebspatienten mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase und mit einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.xy)</p>	<p>8.5 Patienten mit einer Anpassungsstörung (festgestellt über Screening und weiterführende Diagnostik) sollen eine patientenzentrierte Information und eine psychosoziale Beratung sowie zusätzlich eine psychotherapeutische Einzel- und/oder Gruppenintervention angeboten werden.</p>	<p>EK</p>

QI 6: Psychoonkologische Interventionen: Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung, psychosoziale Beratung

<p>Z: Anzahl von Patienten mit Angebot einer psychosozialen Beratung</p> <p>N: Alle Krebspatienten mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase</p>	<p>8.11 Psychosoziale Beratung soll Krebspatienten und ihren Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig angeboten werden.</p> <p>8.2 Patienten mit keiner oder geringer Belastung (festgestellt über Screening durch weiterführende Diagnostik) sollen eine patientenorientierte Information und eine psychosoziale Beratung angeboten werden.</p>	<p>EK</p> <p>Ergänzende Anmerkung: Eine psychosoziale Beratung soll durch Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen und Fachkräfte der Psychoonkologie persönlich angeboten werden (Vgl. QI 2: das persönliche Übergeben eines Flyers).</p> <p>Akteure: Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen und Fachkräfte der Psychoonkologie</p>
--	--	--

QI 7: Patientenzentrierte Kommunikation: Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz der Behandler und deren Wirksamkeit

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/ weitere Informationen
<p>Z: Alle Ärztinnen/Ärzte und Pflegende mit Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz</p> <p>N: Alle in der Onkologie tätigen Ärztinnen/Ärzte und Pflegende</p>	<p>11.5 Ärztinnen/Ärzte und andere in der Onkologie tätigen Berufsgruppen sollen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz durchlaufen.</p>	<p>EK Literatur: Barth und Lannen (2011) [165]</p> <p>Ergänzende Anmerkung: Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Vermittlung spezifischer Gesprächskompetenzen: Postgradual; Anzahl von Unterrichtseinheiten muss nachgewiesen werden (z. B. Teilnehmerbescheinigung). Das Training sollte mindestens einen Umfang von 3 Tagen (24 Stunden) haben.</p> <p>Begründung der Abweichung des QI von der Empfehlung der Leitlinie: In Übereinstimmung mit der Priorisierung von Maßnahmen des Nationalen Krebsplans wird auf Ärzte und Pflegende fokussiert, da diese beiden Berufsgruppen als prioritär in der Patientenversorgung angesehen werden. Bei den psychotherapeutisch arbeitenden Behandlern kann davon ausgegangen werden, dass in ihren jeweiligen Grundausbildungen Fähigkeiten zu Kommunikation und Gesprächsführung vermittelt wurden.</p>

Legende:

* = Um eine einheitliche Dokumentation überhaupt erst zu ermöglichen, wurde diese Definition des Nenners vorgenommen. Um Mehrfachdokumentation zu vermeiden, wird die Palliativsituation durch „erste Fernmetastase“ erfasst. Die Überprüfung soll bei stationärer Aufnahme erfolgen. Die QI sind als „Minimalstandards“ zu verstehen, d. h. psychoonkologische Interventionen in anderen als den im Nenner aufgeführten Situationen sollen durch den Indikator ausdrücklich nicht ausgeschlossen werden.

14. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Klinischer Versorgungsalgorithmus	21
--	----

15. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schema der Evidenzgraduierung (in Anlehnung an das Schema des Oxford Centre of Evidence-Based Medicine [vollständig verfügbar unter: www.cebm.net , Version 2009])	13
Tabelle 2: Schema der Evidenzgraduierung nach SIGN.....	14
Tabelle 3: Schema der Empfehlungsgraduierung	15
Tabelle 4: Übersicht deutscher S3-Leitlinien zu psychische Störungen.....	22
Tabelle 5: Vorschläge für Qualitätsindikatoren	28

16. Literaturverzeichnis

- Schumacher, A. (2004). Stellenwert der Psychoonkologie im neuen deutschen Gesundheitssystem. *Der Onkologe*, 10(2), 98-102. doi:10.1007/s00761-004-0692-5
- Weis, J., Schumacher, A., Blettner, G., Determann, M., Reinert, E., Ruffer, J. U., ... Weyland, P. (2007). Psychoonkologie: Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin. *Der Onkologe*, 13(2), 185-194.
- Schwarz, R., & Götze, H. (2008). Psychosoziale Behandlung und ambulante Psychotherapie von Krebspatienten – Theorie und Praxis. *Ärztliche Psychotherapie*, 3(2), 82-88.
- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., & McCorkle, R. (Hrsg.). (2010). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Akechi, T., Okamura, H., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2002). Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer*, 95(5), 1085-1093. doi:10.1002/cncr.10769
- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 22(10), 1957-1965. doi:10.1200/JCO.2004.08.149
- Alexander, S., Palmer, C., & Stone, P. C. (2010). Evaluation of screening instruments for depression and anxiety in breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 122(2), 573-578. doi:10.1007/s10549-009-0669-6
- Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., Studts, J. L., & Miller, T. W. (1998). Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 586-590.
- Aragona, M., Muscatello, M. R., & Mesiti, M. (1996). Prevalence of depressive mood disorders in breast cancer patients of southern Italy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 784, 482-485.
- Aragona, M., Muscatello, M. R., & Mesiti, M. (1997). Depressive mood disorders in patients with operable breast cancer. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research: CR*, 16(1), 111-118.
- Arolt, V., Fein, A., Driessen, M., Dorlochter, L., & Maintz, C. (1998). Depression and social functioning in general hospital in-patients. *Journal of psychosomatic research*, 45(2), 117-126.

12. Atesci, F. C., Baltalarli, B., Oguzhanoglu, N. K., Karadag, F., Ozdel, O., & Karagoz, N. (2004). Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 12(3), 161-167.
13. Berard, R. M., Boermeester, F., & Viljoen, G. (1998). Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment, and management. *Psycho-Oncology*, 7(2), 112-120. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199803/04)7:2<112::AID-PON300>3.0.CO;2-W
14. Braeken, A. P. B. M., Lechner, L., Houben, R. M. A., Van Gils, F. C. J. M., & Kempen, G. I. J. M. (2010). Psychometric properties of the Screening Inventory of Psychosocial Problems (SIPP) in Dutch cancer patients treated with radiotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 20(3), 305-314. doi:10.1111/j.1365-2354.2010.01182.x
15. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., ... Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 284(22), 2907-2911.
16. Bringmann, H., Singer, S., Höckel, M., Stolzenburg, J.-U., Krauß, O., & Schwarz, R. (2008). Long-term course of psychiatric disorders in cancer patients: a pilot study. *Psycho-Social Medicine*, 5, Doc03.
17. Bruera, E., Moyano, J., Seifert, L., Fainsinger, R. L., Hanson, J., & Suarez-Almazor, M. (1995). The frequency of alcoholism among patients with pain due to terminal cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(8), 599-603.
18. Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330(7493), 702. doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3
19. Bussian, C., Wollbrück, D., Danker, H., Herrmann, E., Thiele, A., Dietz, A., & Schwarz, R. (2010). Mental health after laryngectomy and partial laryngectomy: a comparative study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): Affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 267(2), 261-266. doi:10.1007/s00405-009-1068-7
20. Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., & Lander, S. (1997). „Are you depressed?“ Screening for depression in the terminally ill. *The American Journal of Psychiatry*, 154(5), 674-676.
21. Chow, E., Connolly, R., Wong, R., Franssen, E., Fung, K. W., Harth, T., ... Danjoux, C. (2001). Use of the CAGE questionnaire for screening problem drinking in an out-patient palliative radiotherapy clinic. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(6), 491-497.
22. Ciaramella, A., & Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-Oncology*, 10(2), 156-165.
23. Couper, J. W., Bloch, S., Love, A., Duchesne, G., Macvean, M., & Kissane, D. W. (2006). The psychosocial impact of prostate cancer on patients and their partners. *The Medical Journal of Australia*, 185(8), 428-432.
24. Coyne, J. C., Palmer, S. C., Shapiro, P. J., Thompson, R., & DeMichele, A. (2004). Distress, psychiatric morbidity, and prescriptions for psychotropic medication in a breast cancer waiting room sample. *General Hospital Psychiatry*, 26(2), 121-128. doi:10.1016/j.genhosppsych.2003.08.012
25. Dausch, B., Compas, B. E., Beckjord, E., Luecken, L., Anderson, H., Sherman, M., & Grossman, C. (2004). Rates and correlates of DSM-IV diagnoses in women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(3), 159-169.
26. Endo, C., Akechi, T., Okuyama, T., Seto, T., Kato, M., Seki, N., ... Furukawa, T. A. (2008). Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 38(10), 653-660. doi:10.1093/jjco/hyn088
27. Fritzsche, K., Liptai, C., & Henke, M. (2004). Psychosocial distress and need for psychotherapeutic treatment in cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiotherapy and Oncology: Journal of the*

- European Society for Therapeutic Radiology and Oncology, 72(2), 183–189.
doi:10.1016/j.radonc.2004.03.015
28. Fritzsche, K., Struss, Y., Stein, B., & Spahn, C. (2003). Psychosomatic liaison service in hematological oncology: need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Hematological Oncology*, 21(2), 83–89. doi:10.1002/hon.711
29. Gandubert, C., Carrière, I., Escot, C., Soulier, M., Hermès, A., Boulet, P., ... Chaudieu, I. (2009). Onset and relapse of psychiatric disorders following early breast cancer: a case-control study. *Psychooncology*, 18(10), 1029–1037. doi:10.1002/pon.1469
30. Garland, M. R., Lavelle, E., Doherty, D., Golden-Mason, L., Fitzpatrick, P., Hill, A., ... O'Farrelly, C. (2004). Cortisol does not mediate the suppressive effects of psychiatric morbidity on natural killer cell activity: a cross-sectional study of patients with early breast cancer. *Psychological Medicine*, 34(3), 481–490.
31. Ginsburg, M. L., Quirt, C., Ginsburg, A. D., & MacKillop, W. J. (1995). Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De l'Association Medicale Canadienne*, 152(5), 701–708.
32. Goebel, S., von Harscher, M., & Mehdorn, H. M. (2011). Comorbid mental disorders and psychosocial distress in patients with brain tumours and their spouses in the early treatment phase. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(11), 1797–1805. doi:10.1007/s00520-010-1021-8
33. Grabsch, B., Clarke, D. M., Love, A., McKenzie, D. P., Snyder, R. D., Bloch, S., ... Kissane, D. W. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliative & Supportive Care*, 4(1), 47–56.
34. Grassi, L., & Rosti, G. (1996). Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors. A six-year follow-up study. *Psychosomatics*, 37(6), 523–532.
35. Grassi, L., Sabato, S., Rossi, E., Marmai, L., & Biancosino, B. (2009). Affective syndromes and their screening in cancer patients with early and stable disease: Italian ICD-10 data and performance of the Distress Thermometer from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 193–199. doi:10.1016/j.jad.2008.07.016
36. Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M., ... Steakley, C. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39(2), 102–111.
37. Hall, A., A'Hern, R., & Fallowfield, L. (1999). Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 35(1), 79–85.
38. Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., & Wittchen, H.-U. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 354–360. doi:10.1159/000107563
39. Härter, M., Reuter, K., Schretzmann, B., Hasenburg, A., Aschenbrenner, A., & Weis, J. (2000). Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 39(6), 317–323. doi:10.1055/s-2000-8948
40. Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A., Schretzmann, B., Marschner, N., Hasenburg, A., & Weis, J. (2001). Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 37(11), 1385–1393.
41. Hosaka, T., Awazu, H., Fukunishi, I., Okuyama, T., & Wogan, J. (1999). Disclosure of true diagnosis in Japanese cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 21(3), 209–213.
42. Iqbal, A. (2004). Common types of mental disorders in adult cancer patients seen at Shaukat Khanum Memorial Cancer Hospital and Research Centre. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*, 16(4), 65–69.

43. Jacobsen, J. C., Zhang, B., Block, S. D., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2010). Distinguishing Symptoms of Grief and Depression in a Cohort of Advanced Cancer Patients. *Death Studies*, 34(3), 257–273. doi:10.1080/07481180903559303
44. Jenkins, C. A., Schulz, M., Hanson, J., & Bruera, E. (2000). Demographic, symptom, and medication profiles of cancer patients seen by a palliative care consult team in a tertiary referral hospital. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(3), 174–184.
45. Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer*, 104(12), 2872–2881. doi:10.1002/cncr.21532
46. Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2005). The course of psychological disorders in the 1st year after cancer diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 763–768. doi:10.1037/0022-006X.73.4.763
47. Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2007). Correlates of acute stress disorder in cancer patients. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 325–334. doi:10.1002/jts.20253
48. Katz, M. R., Kopeck, N., Waldron, J., Devins, G. M., & Tomlinson, G. (2004). Screening for depression in head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 13(4), 269–280. doi:10.1002/pon.734
49. Kawase, E., Karasawa, K., Shimotsu, S., Imasato, S., Ito, K., Matsuki, H., ... Horikawa, N. (2006). Evaluation of a one-question interview for depression in a radiation oncology department in Japan. *General Hospital Psychiatry*, 28(4), 321–322. doi:10.1016/j.genhosppsy.2006.02.003
50. Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, C., Knight, L., Riesbeck, M., Löwe, B., ... Lehnert, T. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 15(8), 1243–1249. doi:10.1093/annonc/mdh318
51. Kirsh, K. L., McGrew, J. H., Dugan, M., & Passik, S. D. (2004). Difficulties in screening for adjustment disorder, Part I: Use of existing screening instruments in cancer patients undergoing bone marrow transplantation. *Palliative & Supportive Care*, 2(1), 23–31.
52. Kissane, D. W., Clarke, D. M., Ikin, J., Bloch, S., Smith, G. C., Vitetta, L., & McKenzie, D. P. (1998). Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *The Medical Journal of Australia*, 169(4), 192–196.
53. Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S., & Smith, G. C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 320–326. doi:10.1111/j.1440-1614.2004.01358.x
54. Krauß, O., Ernst, J., Kuchenbecker, D., Hinz, A., & Schwarz, R. (2007). Prädiktoren psychischer Störungen bei Tumorpatienten: Empirische Befunde. *PPmP - Psychotherapie □ Psychosomatik □ Medizinische Psychologie*, 57(7), 273–280. doi:10.1055/s-2006-952034
55. Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Okamura, H., & Uchitomi, Y. (1998). Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 28(5), 333–338.
56. Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Nakano, T., Mikami, I., Okamura, H., & Uchitomi, Y. (2000). Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, 88(12), 2817–2823.
57. Le Fevre, P., Devereux, J., Smith, S., Lawrie, S. M., & Cornbleet, M. (1999). Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliative Medicine*, 13(5), 399–407.
58. Leopold, K. A., Ahles, T. A., Walch, S., Amdur, R. J., Mott, L. A., Wiegand-Packard, L., & Oxman, T. E. (1998). Prevalence of mood disorders and utility of the PRIME-MD in patients undergoing radiation therapy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 42(5), 1105–1112.

59. Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Zhang, B., Trice, E. D., Kissane, D. W., Breitbart, W., & Prigerson, H. G. (2009). Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Psycho-Oncology*, 18(1), 50–61. doi:10.1002/pon.1371
60. Lloyd-Williams, M., Dennis, M., & Taylor, F. (2004). A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 18(6), 558–563.
61. Lloyd-Williams, M., & Friedman, T. (2001). Depression in palliative care patients--a prospective study. *European Journal of Cancer Care*, 10(4), 270–274.
62. Lloyd-Williams, M., Shiels, C., & Dowrick, C. (2007). The development of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 259–264. doi:10.1016/j.jad.2006.09.015
63. Love, A. W., Scealy, M., Bloch, S., Duchesne, G., Couper, J., Macvean, M., ... Kissane, D. W. (2008). Psychosocial adjustment in newly diagnosed prostate cancer. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(5), 423–429. doi:10.1080/00048670801961081
64. Maguire, P., Walsh, S., Jeacock, J., & Kingston, R. (1999). Physical and psychological needs of patients dying from colo-rectal cancer. *Palliative Medicine*, 13(1), 45–50.
65. Mangelli, L., Fava, G. A., Grandi, S., Grassi, L., Ottolini, F., Porcelli, P., ... Sonino, N. (2005). Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(3), 391–394.
66. Matsuoka, Y., Nakano, T., Inagaki, M., Sugawara, Y., Akechi, T., Imoto, S., ... Uchitomi, Y. (2002). Cancer-related intrusive thoughts as an indicator of poor psychological adjustment at 3 or more years after breast surgery: a preliminary study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 76(2), 117–124.
67. McCaffrey, J. C., Weitzner, M., Kamboukas, D., Haselhuhn, G., Lamonde, L., & Booth-Jones, M. (2007). Alcoholism, depression, and abnormal cognition in head and neck cancer: a pilot study. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 136(1), 92–97. doi:10.1016/j.otohns.2006.06.1275
68. Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-Oncology*, 16(3), 181–188. doi:10.1002/pon.1057
69. Meyer, H. A. M., Sinnott, C., & Seed, P. T. (2003). Depressive symptoms in advanced cancer. Part 1. Assessing depression: the Mood Evaluation Questionnaire. *Palliative Medicine*, 17(7), 596–603.
70. Minagawa, H., Uchitomi, Y., Yamawaki, S., & Ishitani, K. (1996). Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer*, 78(5), 1131–1137. doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19960901)78:5<1131::AID-CNCR26>3.0.CO;2-2
71. Morasso, G., Costantini, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Musso, M., ... Venturini, M. (2001). Predicting mood disorders in breast cancer patients. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 37(2), 216–223.
72. Mundy, E. A., Blanchard, E. B., Cirenza, E., Gargiulo, J., Maloy, B., & Blanchard, C. G. (2000). Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 38(10), 1015–1027.
73. Nakaya, N., Saito-Nakaya, K., Akizuki, N., Yoshikawa, E., Kobayakawa, M., Fujimori, M., ... Uchitomi, Y. (2006). Depression and survival in patients with non-small cell lung cancer after curative resection: a preliminary study. *Cancer Science*, 97(3), 199–205. doi:10.1111/j.1349-7006.2006.00160.x
74. Nuhu, F., Odejide, O., Adebayo, K., & Adejumo, O. (2008). Prevalence and predictors of depression in cancer patients in the University College Hospital Ibadan, Nigeria. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 18(3), 107–114.

75. Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., Katsumata, N., Ando, M., Adachi, I., ... Uchitomi, Y. (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 61(2), 131-137.
76. Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., & Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 35(6), 302-309. doi:10.1093/jjco/hyi097
77. Olden, M., Rosenfeld, B., Pessin, H., & Breitbart, W. (2009). Measuring depression at the end of life: is the Hamilton Depression Rating Scale a valid instrument? *Assessment*, 16(1), 43-54. doi:10.1177/1073191108320415
78. Özalp, E., Soygür, H., Cankurtaran, E., Turhan, L., Akbiyik, D., & Geyik, P. (2008). Psychiatric morbidity and its screening in Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests. *Psycho-Oncology*, 17(7), 668-675. doi:10.1002/pon.1286
79. Parsons, H. A., Delgado-Guay, M. O., El Osta, B., Chacko, R., Poulter, V., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2008). Alcoholism screening in patients with advanced cancer: impact on symptom burden and opioid use. *Journal of Palliative Medicine*, 11(7), 964-968. doi:10.1089/jpm.2008.0037
80. Pasacreta, J. V. (1997). Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. *Nursing research*, 46(4), 214-221.
81. Passik, S. D., Kirsh, K. L., Donaghy, K. B., Theobald, D. E., Lundberg, J. C., Holtsclaw, E., & Dugan, W. M. (2001). An attempt to employ the Zung Self-Rating Depression Scale as a „lab test“ to trigger follow-up in ambulatory oncology clinics: criterion validity and detection. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(4), 273-281.
82. Patel, D., Sharpe, L., Thewes, B., Rickard, J., Schnieden, V., & Lewis, C. (2010). Feasibility of using risk factors to screen for psychological disorder during routine breast care nurse consultations. *Cancer Nursing*, 33(1), 19-27. doi:10.1097/NCC.0b013e3181ae4876
83. Patel, D., Sharpe, L., Thewes, B., Bell, M. L., & Clarke, S. (2010). Using the Distress Thermometer and Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for psychosocial morbidity in patients diagnosed with colorectal cancer. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 412-416. doi:10.1016/j.jad.2010.11.014
84. Payne, D. K., Hoffman, R. G., Theodoulou, M., Dosik, M., & Massie, M. J. (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychiatry and medical oncology gear up for managed care*. *Psychosomatics*, 40(1), 64-69.
85. Pirl, W. F., Greer, J., Temel, J. S., Yeap, B. Y., & Gilman, S. E. (2009). Major depressive disorder in long-term cancer survivors: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27(25), 4130-4134. doi:10.1200/JCO.2008.16.2784
86. Pirl, W. F., Siegel, G. I., Goode, M. J., & Smith, M. R. (2002). Depression in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a pilot study. *Psycho-Oncology*, 11(6), 518-523. doi:10.1002/pon.592
87. Prieto, J. M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., & Gastó, C. (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 20(7), 1907-1917.
88. Rasic, D. T., Belik, S.-L., Bolton, J. M., Chochinov, H. M., & Sareen, J. (2008). Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psycho-Oncology*, 17(7), 660-667. doi:10.1002/pon.1292
89. Reuter, K., & Härter, M. (2001). Screening for mental disorders in cancer patients - discriminant validity of HADS and GHQ-12 assessed by standardized clinical interview. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 10(2), 86-96.

90. Reuter, K., Raugust, S., Marschner, N., & Härter, M. (2007). Differences in prevalence rates of psychological distress and mental disorders in inpatients and outpatients with breast and gynaecological cancer. *European Journal of Cancer Care*, 16(3), 222–230. doi:10.1111/j.1365-2354.2006.00744.x
91. Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R.-D., Köhler, U., Krauss, O., & Schwarz, R. (2007). Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (1946), 132(40), 2071–2076. doi:10.1055/s-2007-985643
92. Singer, S., Brown, A., Eienkel, J., Hauss, J., Hinz, A., Klein, A., ... Brähler, E. (2011). Identifying tumor patients' depression. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(11), 1697–1703. doi:10.1007/s00520-010-1004-9
93. Singer, S., Danker, H., Dietz, A., Hornemann, B., Koscielny, S., Oeken, J., ... Krauss, O. (2008). Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods. *Psycho-Oncology*, 17(3), 280–286. doi:10.1002/pon.1229
94. Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., Pirl, W., & Prigerson, H. (2010). Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes. *Cancer*, 116(7), 1810–1819. doi:10.1002/cncr.24954
95. Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 20(14), 3137–3148.
96. Tabei, S. Z., Heydari, S. T., Mehrabani, D., Shamsina, S. J., Ahmadi, J., & Firouzi, S. M. (2006). Current substance use in patients with gastric cancer in Southern Iran. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 2(4), 182–185.
97. Uchitomi, Y., Mikami, I., Nagai, K., Nishiwaki, Y., Akechi, T., & Okamura, H. (2003). Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 21(1), 69–77.
98. Walker, J., Postma, K., McHugh, G. S., Rush, R., Coyle, B., Strong, V., & Sharpe, M. (2007). Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 83–91. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.01.009
99. Widows, M. R., Jacobsen, P. B., & Fields, K. K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 873–882.
100. Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., ... Clinch, J. J. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 118–129. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016
101. Zwahlen, R. A., Dannemann, C., Grätz, K. W., Studer, G., Zwahlen, D., Moergeli, H., ... Jenewein, J. (2008). Quality of life and psychiatric morbidity in patients successfully treated for oral cavity squamous cell cancer and their wives. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 66(6), 1125–1132. doi:10.1016/j.joms.2007.09.003
102. Vehling, S., Koch, U., Ladehoff, N., Schön, G., Wegscheider, K., Heckl, U., ... Mehnert, A. (2012). Prävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebs: Systematischer Literaturreview und Metaanalyse. *PPmP - Psychotherapie □ Psychosomatik □ Medizinische Psychologie*, 62(07), 249–258. doi:10.1055/s-0032-1309032
103. Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psychooncological interventions on emotional distress and quality of life in adult cancer patients: systematic review and meta-analysis. *JCO*, 31(6), 782–793.

104. Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2. Aufl.). Churchill Livingstone, Edinburgh.
105. Cramp, F., & Daniel, J. (2008). Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, (2). doi:10.1002/14651858.CD006145.pub2 [doi]
106. Markes, M., Brockow, T., & Resch, K. L. (2006). Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Online), (4), CD005001. doi:10.1002/14651858.CD005001.pub2
107. Milne, H. M., Wallman, K. E., Gordon, S., & Courneya, K. S. (2008). Effects of a combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat.*, 108(2), 279-288. doi:10.1007/s10549-007-9602-z [doi]
108. Wilkinson, S., Barnes, K., & Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. *J Adv.Nurs*, 63(5), 430-439. doi:JAN4712 [pii];10.1111/j.1365-2648.2008.04712.x [doi]
109. Hernandez-Reif, M., Ironson, G., Field, T., Hurley, J., Katz, G., Diego, M., ... Burman, I. (2004). Breast cancer patients have improved immune and neuroendocrine functions following massage therapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 45-52. doi:10.1016/S0022-3999(03)00500-2 [doi];S0022399903005002 [pii]
110. Sharp, D. M., Walker, M. B., Chaturvedi, A., Upadhyay, S., Hamid, A., Walker, A. A., ... Walker, L. G. (2010). A randomised, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer. *Eur.J Cancer*, 46(2), 312-322. doi:S0959-8049(09)00731-X [pii];10.1016/j.ejca.2009.10.006 [doi]
111. Vadiraja, H., Raghavendra, R., Nagarathna, R., Nagendra, H., Rekha, M., Vanitha, N., ... Kumar, V. (2009). Effects of a yoga program on cortisol rhythm and mood states in early breast cancer patients undergoing adjuvant radiotherapy: a randomized controlled trial. *Integr Cancer Ther*, 8(1), 37-46. doi:10.1177/1534735409331456
112. Rao, M. R., Raghuram, N., Nagendra, H. R., Gopinath, K. S., Srinath, B. S., Diwakar, R. B., ... Varambally, S. (2009). Anxiolytic effects of a yoga program in early breast cancer patients undergoing conventional treatment: a randomized controlled trial. *Complement Ther.Med*, 17(1), 1-8. doi:S0965-2299(08)00079-4 [pii];10.1016/j.ctim.2008.05.005 [doi]
113. Annunziata, M. A., Muzzatti, B., & Altoè, G. (2011). Defining hospital anxiety and depression scale (HADS) structure by confirmatory factor analysis: a contribution to validation for oncological settings. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 22(10), 2330-2333. doi:10.1093/annonc/mdq750
114. Carey, M., Noble, N., Sanson-Fisher, R., & MacKenzie, L. (2012). Identifying psychological morbidity among people with cancer using the Hospital Anxiety and Depression Scale: time to revisit first principles? *Psycho-Oncology*, 21(3), 229-238. doi:10.1002/pon.2057
115. Herrmann, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D). Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depression in der somatischen Medizin*. Bern: Hans Huber.
116. Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
117. Herrmann, C., Kaminsky, B., Rüger, U., & Kreuzer, H. (1999). Praktikabilität und klinische Relevanz eines routinemäßigen psychologischen Screenings von Patienten internistischer Allgemein-stationen. *Psychother Psychosom med Psychol*, 49, 48-54.
118. Hinz, A., & Schwarz, R. (2001). Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung. Eine Normierungsstudie zur Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 193-200.

119. Hinz, A., Zweynert, U., Kittel, J., Igl, W., & Schwarz, R. (2009). Veränderungsmessung mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Änderungssensitivität und Änderungsreliabilität. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59(11), 394-400.
120. Hinz, A., & Brähler, E. (2011). Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(2), 74-78. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.01.005
121. Mitchell, A. J., Meader, N., & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 335-348. doi:10.1016/j.jad.2010.01.067
122. Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Sprangers, M. A., Oort, F. J., & Hopper, J. L. (2004). The value of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for comparing women with early onset breast cancer with population-based reference women. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 13(1), 191-206.
123. Schäffeler, N., Enck, P., Riessen, I., Seitz, D., Marmé, A., Wallwiener, D., & Zipfel, S. (2010). Screening psychischer Belastungen und Erhebung des Wunsches nach psychosozialen Unterstützungsangeboten bei Patientinnen mit Mammakarzinom. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 56(2), 207-219.
124. Singer, S., Kuhnt, S., Götze, H., Hauss, J., Hinz, A., Liebmann, A., ... Schwarz, R. (2009). Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *British Journal of Cancer*, 100(6), 908-912. doi:10.1038/sj.bjc.6604952
125. Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzi, G., Rumpold, G., & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*, 84(2), 179-185. doi:10.1054/bjoc.2000.1545
126. Sommerfeldt, S., Ihrig, A., Brechtel, A., & Keller, M. (2007). Psychoonkologisches Screening in der Routineversorgung. *Psychosom Konsiliarpsychiatrie*, 1, 293-297.
127. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
128. Vodermaier, A., Caspari, C., Wang, L., Koehm, J., Ditsch, N., & Untch, M. (2011). How and for whom are decision aids effective? Long-term psychological outcome of a randomized controlled trial in women with newly diagnosed breast cancer. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 30(1), 12-19. doi:10.1037/a0021648
129. Herrmann, C., Brand-Driehorst, S., Kaminsky, B., Leibing, E., Staats, H., & Rüger, U. (1998). Diagnostic groups and depressed mood as predictors of 22-month mortality in medical inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 570-577.
130. Strittmatter, G. (1997). Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten. *Internationale Hochschulschriften 228*. Münster New York: Waxmann.
131. Strittmatter, G., Mawick, R., & Tilkorn, M. (2000). Entwicklung und klinischer Einsatz von Screening - Instrumenten zur Identifizierung psychosozialer Belastungen. In Bullinger, J. Siegrist, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinspsychologischer und -soziologischer Perspektive*. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie (S. 59-75). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
132. Rumpold, G., Augustin, M., Zschocke, I., Strittmatter, G., & Söllner, W. (2001). [The validity of the Hornheide questionnaire for psychosocial support in skin tumor patients: a survey in an Austrian and German outpatient population with melanoma]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51(1), 25-33. doi:10.1055/s-2001-10028

133. Strittmatter, G., Tilkorn, M., & Mawick, R. (2002). How to identify patients in need of psychological intervention. *Recent Results in Cancer Research. Fortschritte Der Krebsforschung. Progrès Dans Les Recherches Sur Le Cancer*, 160, 353–361.
134. Strittmatter, G., Mawick, R., & Tilkorn, M. (2003). Hornheider Fragebogen. In J. Schumacher, A. Klaiberg, & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 164–169). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
135. Strittmatter, G. (2006). Screening-Instrumente zur Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit von Tumorpatienten. In P. Herschbach, P. Heußner, & A. Sellschopp (Hrsg.), *Psycho-Onkologie. Perspektive heute* (S. 122–142). Lengerich: Pabst Science Publishers.
136. Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Jenewein, J., Carley, M. I., & Buchi, S. (2011). Adopting a family approach to theory and practice: measuring distress in cancer patient-partner dyads with the distress thermometer. *Psycho-Oncology*, 20(4), 394–403. doi:10.1002/pon.1744
137. Dabrowski, M., Boucher, K., Ward, J. H., Lovell, M. M., Sandre, A., Bloch, J., ... Buys, S. S. (2007). Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 5(1), 104–111.
138. Dolbeault, S., Bredart, A., Mignot, V., Hardy, P., Gauvain-Piquard, A., Mandereau, L., ... Medioni, J. (2008). Screening for psychological distress in two French cancer centers: feasibility and performance of the adapted distress thermometer. *Palliative & Supportive Care*, 6(2), 107–117. doi:10.1017/S1478951508000187
139. Gessler, S., Low, J., Daniells, E., Williams, R., Brough, V., Tookman, A., & Jones, L. (2008). Screening for distress in cancer patients: is the distress thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psycho-Oncology*, 17(6), 538–547. doi:10.1002/pon.1273
140. Head, B. A., Schapmire, T. J., Keeney, C. E., Deck, S. M., Studts, J. L., Hermann, C. P., ... Pfeifer, M. P. (2012). Use of the Distress Thermometer to discern clinically relevant quality of life differences in women with breast cancer. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 21(2), 215–223. doi:10.1007/s11136-011-9934-3
141. Hegel, M. T., Collins, E. D., Kearing, S., Gillock, K. L., Moore, C. P., & Ahles, T. A. (2008). Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 17(6), 556–560. doi:10.1002/pon.1289
142. Hughes, K. L., Sargeant, H., & Hawkes, A. L. (2011). Acceptability of the Distress Thermometer and Problem List to community-based telephone cancer helpline operators, and to cancer patients and carers. *BMC Cancer*, 11, 46. doi:10.1186/1471-2407-11-46
143. Lynch, J., Goodhart, F., Saunders, Y., & O'Connor, S. J. (2010). Screening for psychological distress in patients with lung cancer: results of a clinical audit evaluating the use of the patient Distress Thermometer. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(2), 193–202. doi:10.1007/s00520-009-0799-8
144. Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., & Koch, U. (2006). Neue diagnostische Verfahren. 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(3), 213–223. doi:10.1024/1661-4747.54.3.213
145. Merport, A., Bober, S. L., Grose, A., & Recklitis, C. J. (2012). Can the distress thermometer (DT) identify significant psychological distress in long-term cancer survivors? A comparison with the Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18). *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 20(1), 195–198. doi:10.1007/s00520-011-1269-7
146. Mitchell, A. J. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(29), 4670–4681. doi:10.1200/JCO.2006.10.0438

147. Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*, 82(10), 1904-1908.
148. Ryan, D. A., Gallagher, P., Wright, S., & Cassidy, E. M. (2011). Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer and a two-item depression screen (Patient Health Questionnaire-2) with a „help“ question for psychological distress and psychiatric morbidity in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.2042
149. Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M. I., Recklitis, C. J., & Buchi, S. (2008). Screening cancer patients' families with the distress thermometer (DT): a validation study. *Psycho-Oncology*, 17(10), 959-966. doi:10.1002/pon.1320
150. Book, K., Marten-Mittag, B., Henrich, G., Dinkel, A., Scheddel, P., Sehlen, S., ... Herschbach, P. (2011). Distress screening in oncology-evaluation of the Questionnaire on Distress in Cancer Patients-short form (QSC-R10) in a German sample. *Psycho-Oncology*, 20(3), 287-293. doi:10.1002/pon.1821
151. Herschbach, P., & Henrich, G. (1987). Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge. *Psychotherapie, Psychosomatische Medizin. Medizinische Psychologie*, 37, 185-192.
152. Herschbach, P., Marten-Mittag, B., & Henrich, G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23). *Z Med Psychol*, 12, 1-8.
153. Herschbach, P., Rosbund, A. M., & Brengelmann, J. C. (1985). Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsstrategien bei Brust- und Genitalkrebspatientinnen. *Onkologie*, 8, 219-231.
154. Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G., & Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91(3), 504-511. doi:10.1038/sj.bjc.6601986
155. Brandl, T., Marten-Mittag, B., & Herschbach, P. (2006). Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado). Eine Fremdeinschätzungsskala zur Klassifikation des subjektiven Befindens von Ca-Patienten. In P. Herschbach, P. Heussner, & A. Sellschopp (Hrsg.), *Psycho-Onkologie. Perspektive heute* (S. 165-174). Lengerich: Pabst Science Publishers.
156. Erim, Y., Beckmann, M., Gerlach, G., Kümmel, S., Oberhoff, C., Senf, W., & Kimmig, R. (2009). [Screening for distress in women with breast cancer diagnosed for the first time: employment of HADS-D and PO-Bado]. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 55(3), 248-262.
157. Herschbach, P., Brandl, T., Knight, L., & Keller, M. (2004). Das subjektive Befinden von Krebskranken einheitlich beschreiben - Vorstellung der Psycho-Onkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). *Deutsches Ärzteblatt*, 101(12), 799-802.
158. Herschbach, P., Book, K., Brandl, T., Keller, M., & Marten-Mittag, B. (2008). The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): an expert rating scale for the psychosocial experience of cancer patients. *Onkologie*, 31(11), 591-596. doi:10.1159/000162287
159. Knight, L., Mussell, M., Brandl, T., Herschbach, P., Marten-Mittag, B., Treiber, M., & Keller, M. (2008). Development and psychometric evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology, a tool for standardized assessment of cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 373-381. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.01.003
160. Neuwöhner, K., & Lindena, G. (2011). Assessment of distress with physical and psychological symptoms of patients in german palliative care services. *Onkologie*, 34(3), 94-98. doi:10.1159/000324784
161. Siedentopf, F., Marten-Mittag, B., Utz-Billing, I., Schoenegg, W., Kentenich, H., & Dinkel, A. (2010). Experiences with a specific screening instrument to identify psychosocial support needs in breast cancer patients. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 148(2), 166-171. doi:10.1016/j.ejogrb.2009.10.014

162. Fann, J. R., Berry, D. L., Wolpin, S., Austin-Seymour, M., Bush, N., Halpenny, B., ... McCorkle, R. (2009). Depression screening using the Patient Health Questionnaire-9 administered on a touch screen computer. *Psycho-Oncology*, 18(1), 14–22. doi:10.1002/pon.1368
163. Thekkumpurath, P., Walker, J., Butcher, I., Hodges, L., Kleiboer, A., O'Connor, M., ... Sharpe, M. (2011). Screening for major depression in cancer outpatients: the diagnostic accuracy of the 9-item patient health questionnaire. *Cancer*, 117(1), 218–227. doi:10.1002/cncr.25514
164. Whitney, K. A., Steiner, A. R., Lysaker, P. H., Estes, D. D., & Hanna, N. H. (2010). Dimensional versus categorical use of the PHQ-9 depression scale among persons with non-small-cell lung cancer: a pilot study including quality-of-life comparisons. *The Journal of Supportive Oncology*, 8(5), 219–226.
165. Barth, J., & Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, 22(5), 1030–1040. doi:10.1093/annonc/mdq441