

Leitlinienreport

S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen

Version 2.01 - Dezember 2022
AWMF-Registernummer: 032/051OL

Leitlinienreport

Inhaltsverzeichnis

1	Informationen zur Leitlinie.....	5
1.1	Autor*innen des Leitlinienreports.....	5
1.2	Herausgeber.....	5
1.3	Federführende Fachgesellschaft(en) der Leitlinie.....	5
1.4	Finanzierung der Leitlinie.....	5
1.5	Kontakt	5
1.6	Zitierweise des Leitlinienreports.....	5
1.7	Dokumente zur Leitlinie.....	6
1.8	Verwendete Abkürzungen	7
2	Geltungsbereich, Zweck der Leitlinie und Zusammensetzung der Leitliniengruppe.....	14
3	Fragestellungen und Gliederung	15
3.1	Schlüsselfragen.....	15
4	Methodisches Vorgehen	22
4.1	Leitlinieadaptation.....	22
4.1.1	Leitlinienrecherche	22
4.1.1.1	Kriterien der Leitlinienauswahl.....	22
4.1.1.2	Suchstrategie.....	22
4.1.2	Auswahlprozess	25
4.1.3	Ergebnisse der Leitlinienrecherche	26
4.1.4	Entscheidungsfindung zur Adaptation.....	30
4.2	Systematische Recherchen.....	31
4.2.1	Vulnerabilitätsfaktoren (Kap. 6.1), psychische Komorbidität und Suizidalität (Kap. 6.2)	31
4.2.1.1	Kriterien der Studienausswahl	32
4.2.1.2	Suchstrategie.....	33
4.2.1.3	Auswahlprozess	34
4.2.1.4	Datenerfassung und –zusammenführung	34
4.2.1.5	Beurteilung der methodischen Qualität der ausgewählten Studien	34
4.2.1.6	Ergebnisse.....	35
4.2.2	Geeignete Screeningverfahren für die Erfassung des psychoonkologischen Interventionsbedarfs (1995 – 2010 und 2011 – 2020, Kap. 7.3.1).....	37
4.2.2.1	Kriterien der Studienausswahl	38
4.2.2.2	Suchstrategie.....	38
4.2.2.3	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche	39
4.2.3	Psychoonkologische Interventionen (2010 – 2020, Kapitel 8.2 – 8.5)	45
4.2.3.1	Kriterien der Studienausswahl	45
4.2.3.2	Suchstrategie.....	48

4.2.3.3	Auswahlprozess	59
4.2.3.4	Datenextraktion.....	59
4.2.3.5	Beurteilung der methodischen Qualität der ausgewählten Studien	60
4.2.3.5.1	Systematische Übersichtsarbeiten.....	60
4.2.3.5.2	RCTs	60
4.2.3.6	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche	60
4.2.4	Künstlerische Therapien (2012 – 2020, Kapitel 8.8)	63
4.2.4.1	Kriterien der Studiaauswahl	63
4.2.4.2	Suchstrategie.....	64
4.2.4.3	Auswahlprozess	64
4.2.4.4	Datenextraktion.....	65
4.2.4.5	Beurteilung der methodischen Qualität.....	65
4.2.4.6	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche	65
4.2.4.7	Ergebnisse der Beurteilung der methodischen Qualität eingeschlossener Studien	67
4.2.5	Ergotherapie (2011 – 2020, Kapitel 9.2)	69
4.2.5.1	Kriterien der Studiaauswahl	69
4.2.5.2	Suchstrategie.....	71
4.2.5.3	Auswahlprozess	74
4.2.5.4	Datenextraktion.....	74
4.2.5.5	Beurteilung der methodischen Qualität der ausgewählten Studien	74
4.2.5.6	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche	75
4.2.5.7	Ergebnisse der Beurteilung der methodischen Qualität eingeschlossener Studien	76
4.3	Kapitel im Expert*innenkonsens	79
4.4	Schema der Evidenzklassifikation	79
4.5	Formulierung der Empfehlung und formale Konsensusfindung	84
4.5.1	Schema der Empfehlungsgraduierung.....	84
4.5.2	Festlegung des Empfehlungsgrades	84
4.5.3	Formale Konsensusverfahren und Konsensuskonferenzen	86
5	Ableitung der Qualitätsindikatoren	88
5.1	Bestandsaufnahme	88
5.2	Vorbereitung 1. Online-Sitzung (Erstellung einer Primärliste potentieller Qualitätsindikatoren)	88
5.3	1. Online-Sitzung (Diskussion und primäre Sichtung).....	88
5.4	Bewertung.....	90
5.5	2. Online-Sitzung	92
6	Reviewverfahren und Verabschiedung	93
7	Änderungen der Leitlinie im Rahmen der Aktualisierung	94
7.1	Kapitel 3. Definition und Grundprinzipien der Psychoonkologie	94
7.2	Kapitel 4. Strukturelle Voraussetzung psychoonkologischer Versorgungsbereiche.....	95
7.3	Kapitel 5. Psychosoziale Belastung	97
7.4	Kapitel 6. Psychische Komorbidität.....	98

7.5	Kapitel 7. Diagnostik	99
7.6	Kapitel 8. Psychoonkologische Interventionen.....	101
7.7	Kapitel 9. Ergänzende Therapien	107
7.8	Kapitel 10. Besonderheiten einzelner Diagnosegruppen und ihrer Behandlung.....	112
7.9	Kapitel 11. Patientenzentrierte Kommunikation	113
7.10	Kapitel 12. Qualitätssicherung.....	117
8	Unabhängigkeit und Umgang mit Interessenkonflikten.....	120
8.1	Erklärung über Interessenkonflikte.....	120
9	Verbreitung und Implementierung	152
10	Anhänge.....	153
10.1	Recherche nach nationalen und internationalen Qualitätsindikatoren zum Thema Psychoonkologie	153
10.1.1	Rechercheauftrag.....	153
10.1.2	Recherchestrategien	154
10.1.2.1	Bibliographische Datenbanken.....	154
10.1.2.1.1	PubMed *	154
10.1.2.1.2	Cochrane.....	157
10.1.3	Rechercheergebnisse	161
10.1.3.1	Bibliographische Datenbanken	161
11	Abbildungsverzeichnis	166
12	Tabellenverzeichnis.....	167
13	Literaturverzeichnis	170

1 Informationen zur Leitlinie

Die S3-Leitlinie für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten wurde von 2019-2022 aktualisiert. Sie liegt in einer Langversion sowie Kurzversion vor. Dieser Leitlinienreport bezieht sich auf den Aktualisierungsprozess 2019-2022

1.1 Autor*innen des Leitlinienreports

F. Brehm, M. Follmann, C. Gebhardt, H. Gruber, R. Hertrampf, J. Hufeld, S. Koch, A. Mehnert-Theuerkauf, J. Rückher, J. Ryan, J. Weis, S. Wesselmann, D. Wiewrodt
mit Unterstützung von: M. Albiez, S. Oguzlu

1.2 Herausgeber

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

1.3 Federführende Fachgesellschaft(en) der Leitlinie



PSO. Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie
in der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) vertreten durch Ihre Arbeitsgemeinschaften

Projektleitung: Prof. Dr. phil. Joachim Weis

1.4 Finanzierung der Leitlinie

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

1.5 Kontakt

Office Leitlinienprogramm Onkologie
c/o Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer Str. 8
14057 Berlin

www.leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

1.6 Zitierweise des Leitlinienreports

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Konsultationsfassung Leitlinienreport 2.01, 2022, AWMF-Registernummer: 032/051OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/>, Zugriff am [tt.mm.jjjj]

1.7 Dokumente zur Leitlinie

Die Leitlinie liegt als Lang- und Kurzversion vor. Außerdem gibt es eine Patientenleitlinie (Laienversion der Leitlinie). Die Leitlinie und alle Zusatzdokumente sind über die folgenden Seiten zugänglich:

- Leitlinienprogramm Onkologie (<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/>)
- AWMF (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-051OL>)
- Guidelines International Network (www.g-i-n.net)

Frühere Versionen der Leitlinie sowie der Zusatzdokumente (Leitlinienreport, Evidenztabellen, ggf. Evidenzberichte) sind im Leitlinienarchiv unter <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/> aufgeführt.

Die Leitlinie ist außerdem in der App des Leitlinienprogramms Onkologie enthalten. Weitere Informationen unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/app>



1.8 Verwendete Abkürzungen

Tabelle 1: Verwendete Abkürzungen

Abkürzungen	Bedeutung
ACCC	Association of Community Cancer Centers
ACO	Arbeitsgemeinschaft Chirurgische Onkologie
ADF	Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung
ADO	Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie
ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren
AET	Arbeitsgemeinschaft Erbliche Tumorerkrankungen
AGO	Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologie in der DKG
AGORS	Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin, AG i.d. DKG
AGSMO	Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie
AIO	Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie in der DKG
AOT	Arbeitsgemeinschaft Onkologische Thoraxchirurgie
APM	Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin
ARO	Arbeitsgemeinschaft für Radiologie in der DKG
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ASO	Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie
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: Leitlinien-, Informations- und Recherchedienst

Abkürzungen	Bedeutung
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien
BAG-PVA	Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus
BAK	Bundesarbeitsgemeinschaft für psychosoziale Krebsberatungsstellen
BDI	Berufsverbandes Deutscher Internisten
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
BNHO	Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland
BPM	Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
BPS	Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BTD	Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte
BVDP	Berufsverband Deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
BVDST	Berufsverband der Deutschen Strahlentherapeuten
CancerLit	Über MEDLINE: Datenbank für das Fachgebiet Onkologie
CAPO	Canadian Association of Psychosocial Oncology
CCO	Cancer Care Ontario
CDR	Clinical Decision Rule
CINAHL	Datenbank zur Krankenpflege
Cochrane	Die Cochrane Collaboration ist eine gemeinnützige internationale Organisation mit dem Ziel die Erstellung, Aktualisierung und Verbreitung systematischer Übersichtsarbeiten ("systematic reviews") zu fördern.
DÄB	Deutsches Ärzteblatt

Abkürzungen	Bedeutung
dapo	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGRO	Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie
DEGUM	Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin
DELBI	Deutsches Instrumentarium zur Leitlinien – Bewertung
DFaG	Deutsche Fatigue Gesellschaft
DFT	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
DGAV	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- u. Viszeralchirurgie
DGESS	Deutschen Gesellschaft für Essstörungen
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
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
DGMP	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGNC	Dt. Gesellschaft für Neurochirurgie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pathologie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin

Abkürzungen	Bedeutung
DGPFG	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DGPSF	Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und Forschung
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
DGS	Deutsche Gesellschaft für Senologie
DGSMP	Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
DGSS	Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
DGT	Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie
DGTP	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Urologie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DGVM	Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DIMDI	Deutsches Insitut für medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DKH	Deutsche Krebshilfe
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

Abkürzungen	Bedeutung
DMtG	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft
DPG	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft
DPR	Deutscher Pflegerat
DPtV	Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung
DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
DVT	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie
EAU	European Association of Urology
EbM Netzwerk	Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin
EK	Expert*innenkonsens
EMBASE	Excerpta Medica Database
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
ESMO	European Society for Medical Oncology
ESTS	European Society of Thoracic Surgeons
GIN	Guidelines International Network
GMP	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie
GWG	Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung
GWG	Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
HKG	Hamburger Krebsgesellschaft

Abkürzungen	Bedeutung
ICD-10	ICD-10: Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision
ICSI	Institute for Clinical System Improvement
IMWi	AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement
IPOS	International Psycho-Oncology Society
KOK	Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege
LoE	Level of Evidence
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NCC-C	National Collaborating Centre of Cancer
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NOA	Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
OL	Leitlinienprogramm Onkologie
POA	Pneumologisch-Onkologische Arbeitsgemeinschaft
PriO	Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie
PSO	Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft
PsycINFO	(über DIMDI) enthält Nachweise der internationalen Literatur zur Psychologie sowie zu psychologierelevanten Gebieten
PubMed	U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health
RCT	Randomised controlled trial (randomisiert-kontrollierte Studie)
RoB	Risk of Bias
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Abkürzungen	Bedeutung
SIOG	International Society of Geriatric Oncology
SR	Systematischer Review
S3LLPO	S3 Leitlinie Psychoonkologie
WFKT	Wissenschaftliche Fachgesellschaft Künstlerische Therapien
WIPF	Weiterbildungsinstitut für Psychosomatisches Frauenheilkunde
WPO	Weiterbildung Psychosoziale Onkologie
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie

Konsultatic

2 Geltungsbereich, Zweck der Leitlinie und Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Adressaten und Ziele der Leitlinie sind im Kapitel 2 der Langversion beschrieben. Des Weiteren sind dort die Gültigkeitsdauer und das geplante Aktualisierungsverfahren beschrieben.

Die Leitliniengruppe war multidisziplinär und multiprofessionell unter direkter Beteiligung von Patientenvertretern zusammengesetzt. Alle beteiligten Personen und Organisationen, die an der Aktualisierung der Leitlinie beteiligt waren, sind in der Langversion aufgeführt.

3 Fragestellungen und Gliederung

Der Leitlinientext ist in 13 Kapitel bzw. 11 Themenschwerpunkte gegliedert. Zur Vorbereitung des Kick-Off Meetings wurden im Zeitraum vom 14.01. bis 22.02.20 per Online-Umfrage mögliche Änderungs- und/oder Ergänzungswünsche sowie die Schlüsselfragen sondierend abgestimmt. Am 10.03.2020 wurde das Kick-Off Meeting aufgrund der Covid-19 Pandemie kurzfristig als Online-Konferenz durchgeführt. Hierbei wurden Grundlagen der Leitlinienentwicklung vorgestellt und alle Schlüsselfragen der Leitlinie im Hinblick auf Änderungen, Erweiterungen und Neuformulierung diskutiert und größtenteils konsentiert. Die nach dem Kick-off Meeting noch offenen Schlüsselfragen wurden im Nachgang in Form einer Online-Abstimmung vom 07.04. bis 26.04.2020 durch die Mandatsträger*innen konsentiert. An diesen konsentierten Schlüsselfragen orientierten sich die Literaturrecherchen und spätere Formulierungen von Empfehlungen und Statements.

3.1 Schlüsselfragen

In den folgenden Tabellen werden die Schlüsselfragen zusammengestellt. Die aktualisierten oder neuen Schlüsselfragen sind mit einem * markiert.

Tabelle 2: Schlüsselfragen (Kap. 3)

Kapitel 3. Definition und Grundprinzipien der Psychoonkologie			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
A	• Wie definiert sich die psychoonkologische Versorgung?		X
	• Welches sind die Ziele psychoonkologischer Versorgung?		X
	• Welches sind die Zielgruppen psychoonkologischer Versorgung?		X
	• Welche Aufgabenbereiche umfasst psychoonkologische Versorgung?		X
	• Wie hoch ist das Ausmaß des (subjektiven) Informationsbedarfs erwachsener Krebspatient*innen im Hinblick auf psychosoziale Versorgungsangebote? *		X

Abkürzungen: EK = Expert*innenkonsens, SR = Systematische Recherche

Tabelle 3: Schlüsselfragen (Kap. 4)

Kapitel 4. Strukturelle Voraussetzungen psycho-onkologischer Versorgungsbereiche			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
A	• Welche strukturellen Rahmenbedingungen müssen für die psychoonkologische Versorgung im Bereich der ambulanten Versorgung (Krebsberatungsstellen, ambulante Psychotherapie) gewährleistet sein?		X
	• Welche strukturellen Rahmenbedingungen müssen für die psychoonkologische Versorgung im Bereich der stationären onkologischen Akutbehandlung (Akutkrankenhaus, Organzentren, onkologische Zentren) gewährleistet sein?		X
	• Welche strukturellen Rahmenbedingungen müssen für die psychoonkologische Versorgung im Bereich der onkologischen Rehabilitation (ambulant/stationär/teilstationär) gewährleistet sein?		X

Abkürzungen: EK = Expert*innenkonsens, SR = Systematische Recherche

Tabelle 4: Schlüsselfragen (Kap. 5)

Kapitel 5. Psychosoziale Belastungen			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
B	• Welche körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen/religiösen Probleme können auftreten?	X	
	• Welche psychoonkologisch relevanten Funktionsstörungen (z.B. Schmerz, Sexualität, Körperbild, Fatigue) treten auf?	X	
	• Welche subsyndromalen psychischen Belastungen (Distress, (Progredienz-) Angst, Depressivität) treten wie häufig auf?	X	

Abkürzungen: EK = Expert*innenkonsens, SR = Systematische Recherche

Tabelle 5: Schlüsselfragen (Kap. 6)

Kapitel 6. Psychische Komorbidität			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
B	• Welche Risikofaktoren begünstigen das Auftreten psychischer Störungen?	X	
	• Welche psychischen Störungen gemäß ICD-/DSM-Klassifikation treten wie häufig auf?	X	

Abkürzungen: EK = Expert*innenkonsens, SR = Systematische Recherche

Tabelle 6: Schlüsselfragen (Kap. 7)

Kapitel 7. Diagnostik			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
B	• Welche Zielsetzungen verfolgt die psychoonkologische Diagnostik?		X
	• Welche diagnostischen Instrumente sind für die Erfassung komorbider psychischer Störungen, psychosozialer Belastungen, Lebensqualität und funktioneller Störungen geeignet? *	X	
	• Welche Screeningverfahren sind für die Erfassung des psychoonkologischen Interventionsbedarfs geeignet? *	X	

Abkürzungen: EK = Expert*innenkonsens, SR = Systematische Recherche

Tabelle 7: Schlüsselfragen (Kap. 8)

Kapitel 8. Psychoonkologische Interventionen			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
C	• Welche Besonderheiten der psychoonkologischen Interventionen sind im Hinblick auf die Zielgruppe zu beachten?		X
	• Wie ist die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren und Imaginative Verfahren bei Krebspatient*innen zu beurteilen?	X	
	• Wie ist die Wirksamkeit von psychoedukativen Interventionen bei Krebspatient*innen zu beurteilen?	X	

Kapitel 8. Psychoonkologische Interventionen			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
	• Wie ist die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Einzelinterventionen bei Krebspatient*innen zu beurteilen?	X	
	• Wie ist die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Gruppeninterventionen bei Krebspatient*innen zu beurteilen?	X	
	• Wie ist die Wirksamkeit von paar- und familientherapeutischen Interventionen bei Krebspatient*innen zu beurteilen?	X	
	• Wie ist die Wirksamkeit von palliativmedizinisch orientierten psychoonkologischen Interventionen bei Krebspatient*innen zu beurteilen? *	X	
	• Wie ist die Wirksamkeit von E-Health und internetbasierten Interventionen bei Krebspatient*innen zu beurteilen? *	X	
D	• Wie ist die psychosoziale Krebsberatung definiert und welche Ziele verfolgt sie?		X
	• Welche Formen und Aufgaben umfasst psychosoziale Krebsberatung?		X
	• Wie ist die Wirksamkeit der psychosozialen Krebsberatung bei Krebspatient*innen zu beurteilen?		X
E	• Wie ist die Wirksamkeit der Künstlerischen Therapien bei Krebspatient*innen zu beurteilen?		X

Abkürzungen: EK = Expert*innenkonsens, SR = Systematische Recherche

Tabelle 8: Schlüsselfragen (Kap. 9)

Kapitel 9. Ergänzende Therapien Psychopharmakotherapie und Ergotherapie			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
F	• Wie ist die Wirksamkeit der Psychopharmakotherapie bei Krebspatient*innen zu beurteilen?		X
G	• Wie ist die Wirksamkeit ergotherapeutischer Interventionen bei Krebspatient*innen zu beurteilen?		X

Abkürzungen: EK = Expert*innenkonsens, SR = Systematische Recherche

Tabelle 9: Schlüsselfragen (Kap. 10)

Kapitel 10. Besonderheiten einzelner Diagnosegruppen			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
I	• Welche psychoonkologischen Aspekte sind bei Krebspatient*innen mit sexuellen Funktionsstörungen zu beachten?		X
	• Welche psychoonkologischen Aspekte sind bei Krebspatient*innen mit einer allogenen Stammzelltransplantation zu berücksichtigen?		X
	• Welche psychoonkologischen Aspekte sind bei Krebspatient*innen nach einer Laryngektomie zu berücksichtigen?		X
	• Welche psychoonkologischen Aspekte sind bei Krebspatient*innen mit gastrointestinalen Tumoren zu berücksichtigen?		X
	• Welche Besonderheiten sind bei Patient*innen mit gastrointestinalen Tumoren zu berücksichtigen?		X
	• Welche Besonderheiten sind bei Patienten mit einem nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom zu berücksichtigen?		X
	• Welche psychoonkologischen Aspekte sind bei Patient*innen mit Hirntumoren zu berücksichtigen? *		X
	• Welche psychoonkologischen Aspekte sind bei jungen erwachsenen Krebspatient*innen (AYAs) zu berücksichtigen? *		X

Kapitel 10. Besonderheiten einzelner Diagnosegruppen			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
	• Welche psychoonkologischen Aspekte sind bei geriatrischen Krebspatient*innen zu berücksichtigen? *		X
	• Welche psychoonkologischen Aspekte sind bei Krebsüberlebenden (Cancer Survivors) zu berücksichtigen? *		X

Abkürzungen: EK = Expert*innenkonsens, SR = Systematische Recherche

Tabelle 10: Schlüsselfragen (Kap. 11)

Kapitel 11. Patientenzentrierte Kommunikation			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
J	• Was ist patient*innenzentrierte Kommunikation?		X
	• Welche Ziele verfolgt patient*innenzentrierte Kommunikation in der Information und Aufklärung des*der Patient*in? *		X
	• Was bewirkt patientenzentrierte Kommunikation in der Information und Aufklärung des*der Patient*in? *		X
	• Welche Anforderungen sind an die Qualifizierung von Ärzt*innen (und weiteren Behandelnden) bezüglich patient*innenzentrierter Kommunikation zu stellen?		X
	• Welche Voraussetzungen für Fortbildungsmaßnahmen sollten geschaffen werden?		X

Abkürzungen: EK = Expert*innenkonsens, SR = Systematische Recherche

Tabelle 11: Schlüsselfragen (Kap. 12)

Kapitel 12. Qualitätssicherung			
AG	Schlüsselfragen	SR	EK
K	• Welche Berufsgruppen sind in den verschiedenen Bereichen psychoonkologischer Versorgung tätig?		X
	• Welche speziellen Erfordernisse stellen sich für die stationäre onkologische Akutversorgung, onkologische Rehabilitation und ambulante Versorgung (Krebsberatungsstellen, ambulante Psychotherapie)?		X
	• Welche räumliche Ausstattung muss für die Arbeit der psychoonkologischen Mitarbeitenden gewährleistet sein in einer stationären onkologischen Akutversorgung, onkologischen Rehabilitation, Krebsberatungsstellen?		X
	• Welche Maßnahmen können in der Qualitätssicherung umgesetzt werden?		X

Abkürzungen: EK = Expert*innenkonsens, SR = Systematische Recherche

Konsult

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Leitlinieadaptation

4.1.1 Leitlinienrecherche

Zu Beginn des Aktualisierungsprozesses der S3-Leitlinie Psychoonkologie wurde eine systematische Leitlinienrecherche in den Datenbanken G-I-N und Pubmed sowie eine Handsuche auf Internetseiten internationaler Fachgesellschaften für den Zeitraum 2011 - Oktober 2019 durchgeführt. Ziel war die Identifikation methodisch hochwertiger nationaler oder internationaler Leitlinien mit Fokus auf die psychoonkologische Versorgung von Krebspatient*innen. Diese Recherche aktualisierte die im Rahmen der Ersterstellung dieser S3 Leitlinie durchgeführte systematischen Leitlinienrecherche.

4.1.1.1 Kriterien der Leitlinienauswahl

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert:

Die Publikation musste eine Leitlinie darstellen, auf Deutsch oder Englisch vorliegen, im Bereich der Onkologie angesiedelt sein sowie sich auf erwachsene Krebspatient*innen (18+ Jahre) beziehen. Des Weiteren wurden nur Leitlinien eingeschlossen, die psychoonkologische Hinweise oder Empfehlungen beinhalteten sowie nicht überwiegend Empfehlungen und Inhalte anderer Leitlinien adaptierten.

Leitlinien mit abgelaufenem Gültigkeitsdatum wurden ausgeschlossen. Falls keine Angaben zum Gültigkeitszeitraum vorlagen, wurden Leitlinien, die zum Zeitpunkt der Recherche älter als fünf Jahre waren (gemäß dem von der AWMF verwendeten Gültigkeitszeitraum), ausgeschlossen.

Organspezifische Leitlinien wurden ausgeschlossen.

Leitlinien, die bei der Bewertung auf Domäne 3 (Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung) des Deutsches Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI, www.delbi.de) einen Domänenwert <0,5 erzielten, wurden ausgeschlossen. Die Bestimmung des Domänenwertes 3 als Ausschlusskriterium wurde von einem einzigen Gutachter durchgeführt.

4.1.1.2 Suchstrategie

Die systematische Leitlinienrecherche wurde für den Zeitraum 2011 - Oktober 2019 durchgeführt und bestand aus zwei Teilen: Zum einen die systematische Recherche in zwei internationalen Datenbanken (G-I-N und Pubmed), zum anderen die Handsuche auf den Internetseiten 14 internationaler Fachgesellschaften. Tabelle 12 und Tabelle 13 geben eine Übersicht der durchsuchten Datenbanken sowie Internetseiten. In Tabelle 14 sind die verwendeten Suchstrings für die Recherche in den Datenbanken G-I-N und Pubmed aufgelistet.

Weiterhin wurde geprüft, ob für die zwei psychoonkologischen Leitlinien, die im Zuge der Leitlinienrecherche der Vorgängerversion der S3-Leitlinie Psychoonkologie als relevant erachtet wurden ([1], [2]), eine aktualisierte Version vorlag.

Tabelle 12: Durchsuchte Datenbanken für die Leitlinienrecherche

Datenbank	Link
G-I-N Guidelines International Network	http://www.g-i-n.net/
PubMed U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Konsultationste

Tabelle 13: Durchsuchte Internetseiten internationaler Fachgesellschaften für die Leitlinienrecherche

Fachgesellschaft	Link
ACCC The Dutch Association of Comprehensive Cancer Centres	http://www.oncoline.nl/ (Oktober 2019)
ASCO American Society for Clinical Oncology	https://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines (Oktober 2019)
Belgian Health Care Knowledge Centre	https://kce.fgov.be/en/all-reports (Oktober 2019)
CAPO Canadian Association of Psychosocial Oncology	https://www.capo.ca/guidelines (Oktober 2019)
Cancer Australia	https://canceraustralia.gov.au/publications-and-resources/clinical-practice-guidelines (Oktober 2019)
CCO Cancer Care Ontario	https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice (Oktober 2019)
ESMO European Society for Medical Oncology	https://www.esmo.org/Guidelines/Supportive-and-Palliative-Care (Oktober 2019)
ICSI Institute for Clinical System Improvement	http://www.icsi.org/ (Oktober 2019)
Ministry of Health New Zealand	https://www.health.govt.nz/publications (Oktober 2019)
NCC-C National Collaborating Centre for Cancer	http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?or-gid=432&pid=12492 (Oktober 2019)
NCCN National Comprehensive Cancer Network	http://www.nccn.org/index.asp (Oktober 2019)
NHMRC	https://www.nhmrc.gov.au/ (Oktober 2019)

Fachgesellschaft	Link
National Health and Medical Research Council	
NICE National Institute for Health and Clinical Excellence	https://www.nice.org.uk/guidance (Oktober 2019)
SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network	https://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html (Oktober 2019)

Tabelle 14: Suchstrings der Leitlinienrecherche in den Datenbanken G-I-N und Pubmed

Datenbank	#	Suchbegriff	Filter	Treffer
G-I-N Suchdatum: 29.10.2019	1	psycho* OR psychosocial* OR psychooncolog* OR support*	Language: english, german; Publication: Guideline; MeSH-Terms: Cancer/Neoplasms (C04)	14
	2	cancer* OR neoplasm*	Language: english, german; Publication: Guideline; MeSH-Terms: Mental Disorders (F03), Behavioral Disciplines and Activities (F04)	1
Pubmed Suchdatum: 31.10.2019	1	"neoplasms"[MeSH Terms] AND ((psychosocial*[Title/Abstract] OR psychooncolog*[Title/Abstract])) AND ((guideline[Publication Type] OR practice guideline[Publication Type] OR "guidelines as topic"[MeSH Terms])) AND ((English[lang] OR German[lang])) AND ("2011/01/01"[PDAT] : "2019/10/31"[PDAT])	/	115

4.1.2 Auswahlprozess

Alle identifizierten, potenziell relevanten Leitlinien wurden einer Volltextprüfung entsprechend der oben beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien unterzogen. Die Volltextprüfung wurde von einem Bewertenden durchgeführt und die Ergebnisse mit dem Projektleiter besprochen.

Anschließend wurden die Leitlinien in Bezug auf die methodologische Exaktheit bei der Erstellung geprüft. Die Bewertung erfolgte mittels Domäne 3 (Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung) des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-

Bewertung (DELBI, www.delbi.de) und wurde ebenfalls von einem Bewertenden allein durchgeführt und die Ergebnisse mit dem Projektleiter diskutiert.

4.1.3 Ergebnisse der Leitlinienrecherche

Abbildung 1 stellt den Prozess der Leitlinienrecherche in Form eines Flussdiagramms dar. Die systematische Leitlinienrecherche in den zwei Datenbanken G-I-N und Pubmed identifizierte 130 Literaturstellen, auf den Internetseiten internationaler Fachgesellschaften konnten weitere 194 potentiell relevante Leitlinien identifiziert werden. 9 Duplikate wurden entfernt. Insgesamt wurden 315 Leitlinien im Volltext geprüft, von denen 302 aus unterschiedlichen Gründen ausgeschlossen wurden (siehe Abbildung). Von den 13 verbliebenen Leitlinien erfüllten 7 die Anforderungen an methodologische Exaktheit bei der Leitlinienerstellung und wurden hinsichtlich der Möglichkeit einer Adaptation geprüft.

Für die zwei Querschnittsleitlinien mit ausschließlichem Fokus auf die psychoonkologische Versorgung von Krebspatient*innen, die in der Leitlinienrecherche der Vorgängerversion der S3 LL Psychoonkologie identifiziert wurden (NHMRC „Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial Care of Adults with Cancer“, 2003 [1] und CAPO „Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families“, 2010 [2]) lag keine aktuellere Version vor.

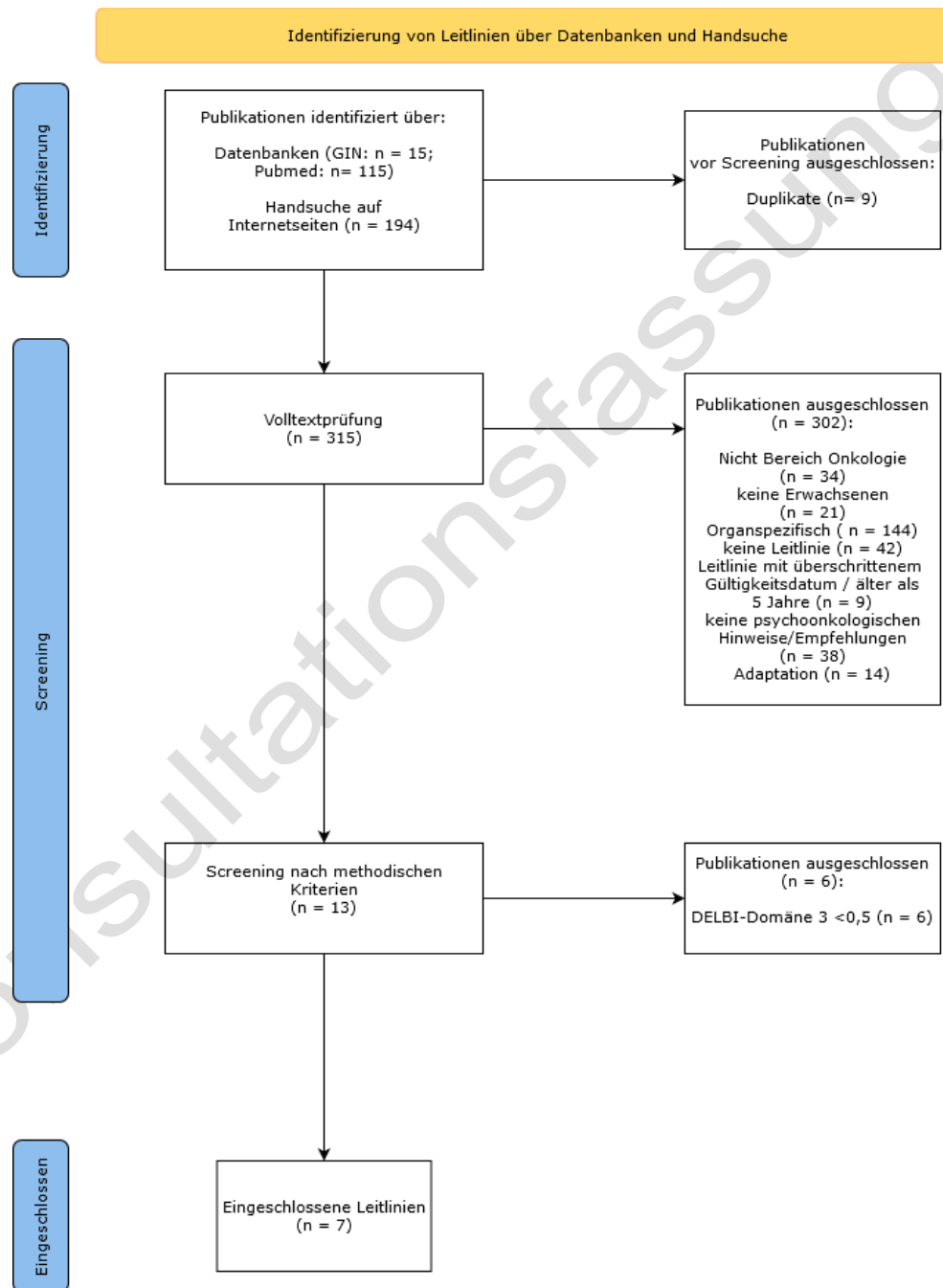


Abbildung 1. Flussdiagramm der Leitlinienrecherche zu psychoonkologisch relevanten Leitlinien

In Tabelle 15 sind die sieben psychoonkologischen relevanten internationalen Leitlinien und die enthaltenen psychoonkologischen Inhalte aufgeführt.

Tabelle 15: Psychoonkologisch relevante internationale Leitlinien

Organisation	Name der Leitlinie	Angabe zur Methodik	Link	Angabe zur Gültigkeit	Psychoonkologische Inhalte
ASCO, USA	Palliative Care in the Global Setting Resource-Stratified Guideline, 2018	Relevante Empfehlungen konsensusbasiert	https://www.asco.org/practice-patients/guidelines/patient-and-survivor-care#/31016 (letzter Zugriff am 07.04.2022 um 12:01 Uhr)	Keine Angabe (jährliche Aktualitätsprüfung)	Soziale Arbeit und Beratung im Palliativsetting
ASCO, USA	Patient-Clinician Communication, 2017	syst. Literaturrecherche, Konsensusverfahren	https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2017.75.2311 (letzter Zugriff 07.04.2022 um 12:04 Uhr)	keine Angabe (jährliche Aktualitätsprüfung)	Kommunikation, Schulung v. med Personal
ASCO, USA	Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers, 2016	syst. Literaturrecherche, Konsensusverfahren	https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/jop.2016.014837 (letzter Zugriff am 07.04.2022 um 12:09 Uhr)	keine Angabe (jährliche Aktualitätsprüfung)	Psychosoziale Interventionen & Wirksamkeit bei Schmerz
CAPO, Kanada	A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Major Depression and Anxiety in Adults with Cancer, Version 2, 2015	Adaptation ("global Anxiety"), Syst. Literaturrecherche (2010-15), Konsensusverfahren	https://www.capo.ca/resources/Documents/Guidelines/3APAN~1.PDF (letzter Zugriff 07.04.2022 um 12:20 Uhr)	Update für Juli 2020 geplant	Screening und Assessment, Interventionen bei Distress, Rezidivangst, Depression, "global Anxiety", PTSD, Psychosocial Interventions, CBT
CAPO, Kanada	A Pan Canadian Practice Guideline for Screening, Assessment, and Management of Cancer-Related Fatigue in Adults, Version 2, 2015	Adaptation & Konsensus (Screening, Assessment), syst. Review + Konsensus (Management)	https://www.partnershipegainstcancer.ca/db-sage/sage20160042/# (letzter Zugriff 07.11.2019 um 12:27)	Update für April 2020 geplant	Screening Assessment und Psychosoziale Interventionen bei Fatigue

Organisation	Name der Leitlinie	Angabe zur Methodik	Link	Angabe zur Gültigkeit	Psychoonkologische Inhalte
CCO, Kanada	The Management of Depression in Patients with Cancer, 2015 *	teils adaptiert (aus Depressionsleitlinien), teils mehrstufiger Review- und Konsensusprozess, teils Evidenzbasiert	https://www.cancer-careontario.ca/en/content/management-depression-patients-cancer (letzter Zugriff 07.11.2019 um 14:06)	Januar 2020 (jährliche Aktualitätsprüfung)	Interventionen, "Stepped Care Approach" bei Krebspatient*innen mit diagnostizierter Depression
CCO, Kanada	Interventions to Address Sexual Problems in People with Cancer, 2016	Syst. Review + mehrstufiger Review- und Konsensusprozess	https://www.cancer-careontario.ca/en/content/interventions-address-sexual-problems-people-cancer (letzter Zugriff 07.11.2019 um 15:26)	Januar 2020 (jährliche Aktualitätsprüfung)	Interventionen bei Sex. Problemen, aufgeteilt nach Symptombereich

4.1.4 Entscheidungsfindung zur Adaptation

Für alle der sieben genannten internationalen psychoonkologisch relevanten Leitlinien erfolgte eine Diskussion innerhalb der Leitliniensteuerungsgruppe hinsichtlich einer möglichen Adaptation einzelner Empfehlungen.

Tabelle 16 stellt die Entscheidungen hinsichtlich einer Leitlinienadaptation unter Angabe von Gründen für die sieben internationalen psychoonkologischen Leitlinien dar. **Keine der Leitlinien wurde zur Adaptation herangezogen.** Die Leitlinien wurden den kapitelverantwortlichen Arbeitsgruppen zugesandt und als Hintergrundinformation verwendet. Die Literaturverzeichnisse der Leitlinien mit inhaltlich relevanten evidenzbasierten Empfehlungen wurden geprüft und entsprechende Literaturstellen an die kapitelverantwortlichen Arbeitsgruppen weitergeleitet.

Tabelle 16: Entscheidungen zur Leitlinienadaptation internationaler psychoonkologischer Leitlinien

Leitlinie	Begründung	Keine Adaptation	Adaptation
ASCO 2018, Palliative Care in the Global Setting Resource-Stratified Guideline	Relevante Empfehlungen ("6. <i>Social Work/Counseling</i> ") sind nicht evidenzbasiert.	X	
ASCO 2017, Patient-Clinician Communication	Relevante Empfehlungen sind nicht evidenzbasiert. Wird von AG J als Hintergrundinformation verwendet.	X	
ASCO 2016, Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers	Relevante Empfehlung zu " <i>nonpharmacologic interventions</i> " schließt auch körperliche und achtsamkeitsbasierte Interventionen ein, die nicht der Definition psychoonkologischer Interventionen gemäß der S3 LL Psychoonkologie entsprechen. Literaturverzeichnis geprüft.	X	
CAPO 2015, A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Major Depression and Anxiety in Adults with Cancer, Version 2	Empfehlungen zu " <i>Screening and Assessment</i> " konsensbasiert. Empfehlungen zu psychosozialen Interventionen schließen auch Interventionen ein, die nicht der Definition psychoonkologischer Interventionen gemäß der S3 LL Psychoonkologie entsprechen (z.B. MBSR, expressive writing). Update für Juli 2020 geplant. Vorliegen aktuellerer Evidenz wahrscheinlich. Literaturverzeichnis geprüft.	X	

Leitlinie	Begründung	Keine Adaptation	Adaptation
CAPO 2015, A Pan Canadian Practice Guideline for Screening, Assessment, and Management of Cancer-Related Fatigue in Adults, Version 2	Empfehlungen zu "Screening and Assessment" konsensbasiert. Empfehlungen zu "Psychosocial/Education Intervention" basieren auf zwei älteren Übersichtsarbeiten ([3],[4]) und mehreren RCTs. Vorliegen aktuellerer Evidenz wahrscheinlich. Literaturverzeichnis geprüft.	X	
CCO 2015, The Management of Depression in Patients with Cancer	Empfehlungen ausschließlich für Krebspatient*innen mit diagnostizierter Depression formuliert.	X	
CCO 2016, Interventions to Address Sexual Problems in People with Cancer	Empfehlungen zu "psychosocial/educational Intervention" zur Verbesserung der "overall sexual satisfaction and functioning" basieren auf zwei älteren Übersichtsarbeiten ([5], [6]) und mehreren RCTs bei Frauen und auf zwei älteren Übersichtsarbeiten ([7], [8]) und zwei RCTs bei Männern. Vorliegen aktuellerer Evidenz wahrscheinlich. Literaturverzeichnis geprüft.	X	

4.2 Systematische Recherchen

4.2.1 Vulnerabilitätsfaktoren (Kap. 6.1), psychische Komorbidität und Suizidalität (Kap. 6.2)

Für die Evidenzbasierung bezüglich **Vulnerabilitätsfaktoren, psychischer Komorbidität und Suizidalität** wurde eine systematische Updaterecherche durchgeführt. Die Suchstrategie entspricht zum größten Teil der der Vorgängerversion der S3-Leitlinie Psychoonkologie (Suchzeitraum Januar 1995 bis Dezember 2010) mit einem erweiterten Suchzeitraum von Januar 2011 bis März 2020.

Ziel war die systematische Zusammenfassung empirischer Daten zu Vulnerabilitätsfaktoren, psychischen Komorbiditäten/Prävalenzen und Suizidalität bei Krebspatient*innen. Im Einzelnen wurden folgende Fragestellungen untersucht:

a) Psychische Komorbidität und Suizidalität

- Wie hoch ist die Prävalenz komorbider psychischer Störungen gemäß der Klassifikationsbereiche F1, F3 und F4 des ICD-10 bei Krebspatient*innen?

- Wie häufig sind (versuchter) Suizid, Suizidgedanken und der Wunsch nach einem vorzeitigen Tod bei Krebspatient*innen?

b) Prädiktoren und Vulnerabilitätsfaktoren

- Welche Faktoren begünstigen das Auftreten psychischer Störungen bei Krebspatient*innen?

4.2.1.1 Kriterien der Studienauswahl

Berücksichtigt wurden Originalarbeiten und systematische Übersichtsarbeiten, welche in den Sprachen Englisch und Deutsch innerhalb des Zeitraums Januar 1995 bis Dezember 2010 (systematische Recherche der Vorgängerversion der S3LLPO) veröffentlicht wurden. Für die Updaterecherche zu psychischer Komorbidität und Vulnerabilitätsfaktoren wurde der Zeitraum zwischen Januar 2011 und März 2020 ergänzt.

Entsprechend den aufgeführten Fragestellungen sind nachfolgend die Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die Literaturlauswahl näher erläutert.

a) Studiendesign:

Es wurden Kohortenstudien mit quantitativem Untersuchungsansatz zur Ermittlung der Prävalenz sowie entsprechende systematische Übersichtsarbeiten berücksichtigt. Entsprechend erfolgte der Ausschluss von qualitativen Arbeiten, Fallstudien und unsystematischen Übersichtsarbeiten. Interventionsstudien wurden aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit einer selektiven Stichprobenauswahl (Verzerrung der Stichprobe in Richtung hoher psychischer Belastung) ausgeschlossen. Ergänzt wurde dieses Vorgehen durch eine Handsuche relevanter Arbeiten in den Referenzlisten der systematischen Übersichtsarbeiten.

b) Untersuchungsgruppe:

Den Fragestellungen entsprechend wurden alle jene Studien ausgeschlossen, welche auf die Untersuchung krebskranker Kinder und Jugendlicher sowie Überlebender einer Krebserkrankung im Kindesalter fokussieren. Ausgeschlossen wurden weiterhin Studien, die Angehörige von Krebspatient*innen oder medizinische Behandelnden sowie sonstiger Mitarbeiter*innen des Versorgungssystems einbezogen. Studien, die Stichproben aus Extrempopulationen (z.B. Inanspruchnehmende psychosozialer Unterstützung) untersuchten, wurden aufgrund selektiver Stichprobenauswahl ebenfalls ausgeschlossen.

c) Erhebungsinstrumente:

Für die Erfassung der Prävalenz komorbider psychischer Störungen der Klassifikationsbereiche F1, F3 und F4 waren strukturierte Interviewverfahren zur Diagnostik psychischer Störungen entsprechend ICD und DSM gefordert. Bei Studien zum Thema Suizidalität war der Einsatz standardisierter und validierter Selbstbeschreibungsinstrumente notwendig. Im Falle unklarer Definition und Erfassung psychischer Störungen erfolgte der Ausschluss, ebenso bei alleiniger Erfassung einzelner psychischer und körperlicher Symptome, welche im Rahmen psychischer Störungen auftreten können.

Es wurden ausschließlich Studien zur Prävalenz krebsspezifischer sexueller Funktionsstörungen, krebsspezifischer organischer Schlafstörungen sowie des krebsspezifischen Anorexie-Kachexie-Syndroms herangezogen, welche entsprechend nicht die Definition

einer psychischen Störung gemäß ICD-10 erfüllen. Aufgrund der unter c) genannten Kriterien werden ebenfalls Studien ausgeschlossen, welche nur einzelne Symptome einer psychischen Störung in diesem Bereich erfassen.

Ergänzend werden weitere Ausschlusskriterien kurz aufgeführt, welche zwingend aus den Fragestellungen und bisher aufgeführten Kriterien zur Studienaushwahl folgen:

- Ausschließlich medizinisch-physiologischer Untersuchungsfokus
- Untersuchung des Krebsrisikos in Abhängigkeit vom Vorliegen einer psychischen Störung
- Bei Untersuchung von Patient*innen mit unterschiedlichen somatischen Erkrankungen: Kein Bericht von Daten getrennt für die Gruppe der untersuchten Krebspatient*innen
- Studien zur Prävalenz von Fatigue; alleinige Erfassung der Lebensqualität von Tumorpatient*innen
- Veröffentlichungen ohne Angabe von Primärdaten, z.B. unstrukturierte Übersichtsarbeiten, Kommentare, Beschreibungen von Interventionen, Forschungsempfehlungen, Leitlinien

4.2.1.2 Suchstrategie

Im Folgenden werden Suchalgorithmus und Kriterien der Studienaushwahl zur Identifikation relevanter Studien ausführlich anhand der im PRISMA-Statement [9][10] formulierten Richtlinien beschrieben.

Datenbankrecherche

Durchgeführt wurde eine elektronische Datenbankrecherche in den Datenbanken MEDLINE, EMBASE, PsycINFO/Psyndex, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) sowie Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE). Die Recherche erfolgte sowohl simultan anhand von Freitextsuche mittels unten definierter Suchbegriffe (jeweils in Titel, Abstract und Stichwörtern) als auch anhand kontrollierter Fachtermini (MeSH-Vokabular bzw. Thesaurus für PsycINFO/Psyndex).

Für die Fragestellungen zu Prävalenz und Vulnerabilitätsfaktoren psychischer Störungen bei Krebspatient*innen wurden zunächst die relevanten ICD-Störungsbereiche durch Bildung der nachfolgenden fünf Komplexe von Suchbegriffen identifiziert:

- mental disorder* OR psychiatric disorder* OR depression OR anxiety
- (misuse OR abuse OR dependence OR addiction) AND (substance OR drug)
- mood disorders[MeSH] OR dysthymi* OR cyclothymi*
- anxiety disorders[MeSH] OR somatoform disorders[MeSH] OR adjustment disorders[MeSH] OR generalized anxiety disorder*
- suicide[MeSH] OR hasten* death

Die aufgeführten MeSH-Fachbegriffe entsprechen der MEDLINE-Klassifikation. Unterschiedlichen MeSH-Kategorienbäumen innerhalb der verschiedenen Datenbanken wurde

in folgender Weise Rechnung getragen, um eine Parallelisierung der untergeordneten Suchbegriffe zu erreichen:

- „Suicide“ wurde in EMBASE durch „suicidal behavior“ und in PsycINFO/Psyndex durch die Kombination der Begriffe „suicide“, „attempted suicide“ und „suicidal ideation“ ersetzt.

Zur Identifikation von Prävalenzstudien an Krebspatient*innen wurde im Anschluss jeder der o.g. Begriffskomplexe mit der Begriffskombination

(prevalence OR frequency OR occurrence OR incidence OR structured clinical interview* OR diagnostic interview*)

AND

(cancer OR neoplasm* OR tumor OR oncology)

verbunden.

Handsuche

Zusätzlich wurden die Referenzen relevanter systematischer Übersichtsarbeiten nach weiteren Studien durchsucht.

4.2.1.3 Auswahlprozess

Nach Ausschluss nicht relevanter Studien aufgrund von Titeln und Abstracts erfolgte die Beurteilung der Volltexte durch zwei unabhängige Bewertende. Bei widersprüchlichen Urteilen wurden die Einträge einer erneuten Prüfung und Diskussion unterzogen, bis Einigkeit erreicht wurde.

4.2.1.4 Datenerfassung und -zusammenführung

Daten bezüglich der Studiencharakteristika sowie im Sinne der Fragestellungen relevante Ergebnisse wurden von zwei Bewertenden unabhängig extrahiert und in eine vorstrukturierte Datenbank eingetragen. Unstimmigkeiten wurden durch Prüfung und Diskussion beseitigt. Folgende Aspekte wurden extrahiert: Stichprobengewinnung (konsekutiv, repräsentativ oder convenience/nach Verfügbarkeit), Erfassungsinstrument und Diagnosekriterien, Herkunftsland der Stichprobe, Behandlungssetting (ambulant/stationär), Stichprobengröße, Geschlecht der Patient*innen, Alter, Tumorlokalisation, Erkrankungsstadium, Zeit seit Erstdiagnose sowie alle in Bezug auf spezifische psychische Störungen sowie Kategorien psychischer Störungen (z.B. affektive Störungen) berichtete Prävalenzraten (4-Wochen, 12-Monats- sowie Lebenszeitprävalenz) und auf Basis uni- oder multivariater Analysen berichtete Vulnerabilitätsfaktoren [11].

4.2.1.5 Beurteilung der methodischen Qualität der ausgewählten Studien

Die Qualität der relevanten Studien ist sowohl in Bezug auf die Stichprobengröße als auch in Bezug auf die Repräsentativität der erhobenen Prävalenzdaten als deutlich heterogen zu beurteilen. Für die Zusammenführung der Prävalenzdaten wurden daher zunächst alle relevanten Studien berücksichtigt. Hierbei wurden Parameter wie die Art der

Stichprobengewinnung, Art der diagnostischen Erfassung (bspw. CIDI oder SKID), Stichprobengröße, Geschlecht sowie Alter (Mittelwert, Standardabweichung) zur Beurteilung der methodischen Qualität der Studien herangezogen.

4.2.1.6 Ergebnisse

Abbildung 2 veranschaulicht den Auswahlprozess relevanter Studien zu Vulnerabilitätsfaktoren, psychischer Komorbidität und Suizidalität bei Krebspatient*innen im Rahmen der Updaterecherche (Suchzeitraum 2011 bis März 2020). Durch elektronische Datenbankrecherchen wurden zunächst 8746 Einträge gefunden, nach der Elimination doppelter Suchtreffer verblieben 3259 Einträge zur Prüfung anhand von Überschriften und Abstracts. Nach Ausschluss gemäß den definierten Kriterien nicht relevanter Studien verblieben 508 Studien zur Beurteilung von Volltexten. Nach Prüfung der Volltexte wurden weitere 465 Studien ausgeschlossen, es verblieben 43 Studien.

Die Ergebnisdarstellung in Form eines Flowcharts der systematischen Literaturrecherche (1995-2010) der Vorgängerleitlinie kann im Report der Vorgängerversion der Leitlinie [Quelle] nachgelesen werden.

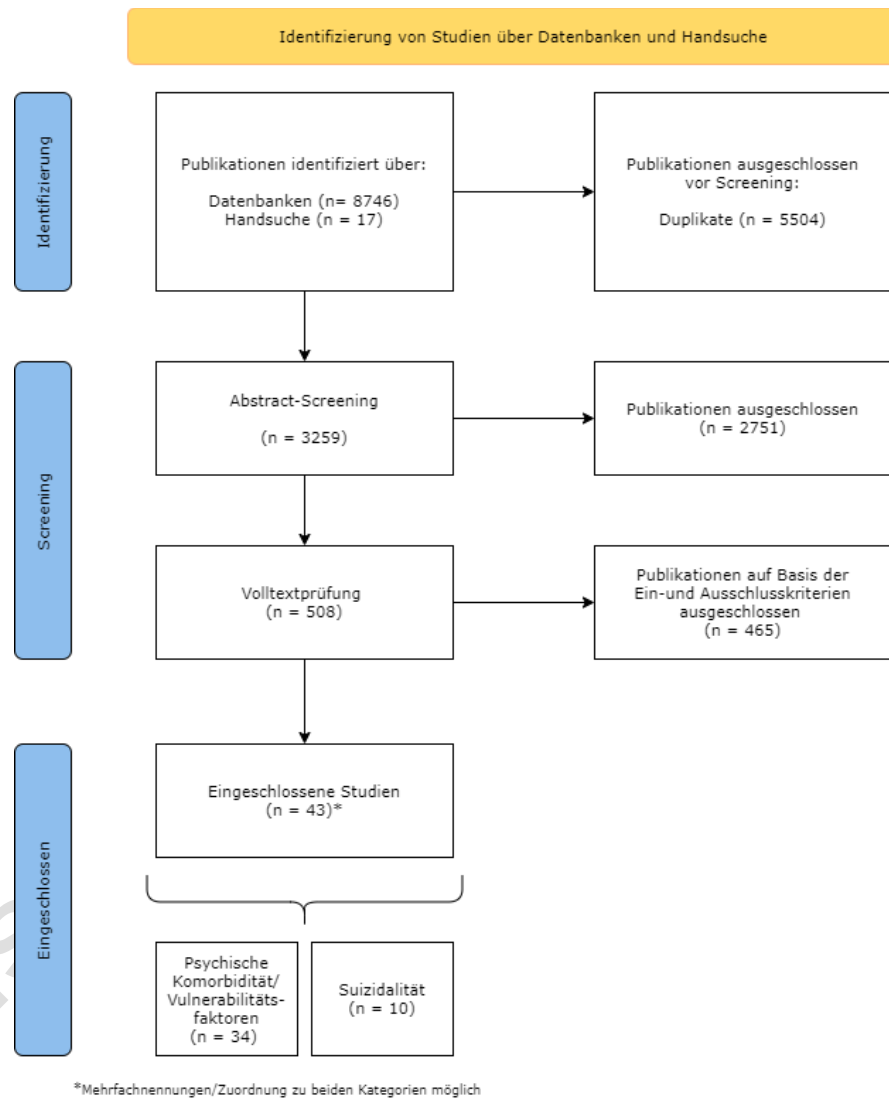


Abbildung 2. Flussdiagramm zur Updaterecherche (2011-2020) bezüglich psychischer Komorbidität, Vulnerabilitätsfaktoren und Suizidalität

4.2.2 Geeignete Screeningverfahren für die Erfassung des psychonkologischen Interventionsbedarfs (1995 – 2010 und 2011 – 2020, Kap. 7.3.1)

Krebspatient*innen sind aufgrund ihrer Erkrankung mit einer Vielzahl an Belastungen und Problemen konfrontiert. Die Diagnostik und das frühzeitige Erkennen von psychischen und/oder somatischen Belastungen und Störungen durch Screenings ist von bedeutender Relevanz für den (psycho-)onkologischen Sektor. Um eine qualitativ hochwertige und zuverlässige Diagnostik zu gewährleisten ist es von hoher Bedeutung, diagnostische Verfahren einzusetzen, die bestimmte Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität; Praktikabilität, Ökonomie; Sensitivität und Spezifität) erfüllen.

Ziel der systematischen Literaturrecherche war die Bestimmung der psychometrischen Gütekriterien und Evidenzlevel der verfügbaren Screeningfragebögen zur Erfassung von psychosozialer Belastung und somit die Beantwortung der folgenden Schlüsselfragen:

- Welche diagnostischen Instrumente sind für die Erfassung komorbider psychischer Störungen, psychosozialer Belastungen, Lebensqualität und funktioneller Störungen geeignet?
- Welche Screeningverfahren sind für die Erfassung des psychoonkologischen Interventionsbedarfs geeignet?

Der Arbeitsgruppe war zu Beginn der systematischen Literaturrecherche bereits bekannt, dass folgende Screeninginstrumente die notwendigen Gütekriterien erfüllen:

- 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) sowie die Ultrakurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-4)
- Gesundheitsfragebogen für Patienten – Modul Generalisierte Angststörung (GAD-7)

Diese Screeninginstrumente wurden im Rahmen der systematischen Literaturrecherche auf ihre psychometrischen Gütekriterien und ihr Evidenzlevel beim Einsatz im onkologischen Sektor geprüft, um eine evidenzbasierte Empfehlung bezüglich ihres Einsatzes zu formulieren. Die systematische Literaturrecherche stellt eine Updaterecherche der im Rahmen der Vorgängerversion der S3LLPO durchgeführten systematischen Literaturrecherche zu Screeningverfahren im onkologischen Sektor dar. Die Suchstrategie entspricht demnach dem Vorgehen der Vorgängerleitlinie mit einem erweiterten Zeitraum von 1995 bis 2020 (Zeitraum der Vorgängerversion: 1995 bis 2012).

Um zu überprüfen, ob darüber hinaus weitere, der Arbeitsgruppe bis dato unbekannt, die Gütekriterien und weiter unten genannten Einschlusskriterien erfüllende Screeningverfahren existieren, wurde die Updaterecherche um eine zusätzliche, neue systematische Literaturrecherche zur potenziellen Identifikation derselben ergänzt (Such- bzw. Publikationszeitraum 1995 bis 2020).

4.2.2.1 Kriterien der Studienausswahl

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherchen wurden a priori Ein- und Ausschlusskriterien definiert.

Es werden Validierungsstudien mit quantitativem Untersuchungsansatz sowie entsprechende systematische Übersichtsarbeiten (zur Handsuche nach weiteren relevanten Studien in der Referenzliste) berücksichtigt, entsprechend erfolgte der Ausschluss von qualitativen Arbeiten, Fallstudien und unsystematischen Übersichtsarbeiten. Es werden Publikationen in Deutsch oder Englisch berücksichtigt, die im Zeitraum von 1995 bis 2020 publiziert wurden.

Es werden lediglich Screeningverfahren berücksichtigt, die für den deutschen Sprachraum validiert sind, an einer krebstypischen, erwachsenen Stichprobe normiert sind, die psychometrischen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) erfüllen, empirisch ermittelte Grenz- oder Schwellenwerte (Cut-Off-Werte) aufweisen, sowie eine zufriedenstellende Sensitivität und Spezifität gewährleisten.

4.2.2.2 Suchstrategie

Die Suchstrategie der Updaterecherche ist an dem Vorgehen der Vorgängerversion der S3LLPO mit einem erweiterten Zeitraum bis 2020 angelehnt (Zeitraum der Vorgängerversion: 1995 bis 2012). Des Weiteren wurde die ursprüngliche Literatursuche um die systematische Suche nach weiteren, möglicherweise bis dahin unbekanntem Screeningverfahren erweitert.

Die elektronischen Literaturrecherchen (systematische Updaterecherche und neue systematische Literaturrecherche) wurden in folgenden Datenbanken durchgeführt:

- PubMed/Medline
- PsycINFO
- Psynex
- EMBASE

Die Datenbanksuche wurde dabei auf eine Freitextsuche in Titel und Abstract begrenzt.

Für die Updaterecherche (Identifikation von Studien zu psychometrischen Kennwerten bei Krebspatient*innen und somit der Bestimmung der psychometrischen Gütekriterien und Evidenzlevel der bereits bekannten Screeningverfahren) wurde eine Literatursuche in den oben genannten Datenbanken mit den unten definierten Suchbegriffen durchgeführt. Dabei wurden die Screeningverfahren durch folgende Suchbegriffe operationalisiert:

1. (HADS* OR hospital anxiety and depression scale*)
2. (hornheider screening instrument* OR hornheide*)
3. (distress thermometer*)
4. (FBK*OR fragebogen zur belastung von krebspatienten* OR questionnaire on distress in cancer patients* OR QSC*)
5. (PO-BADO* OR psychoonkologische basisdokumentation*OR basic documentation for psycho-oncology*)
6. (PHQ* OR patient health questionnaire*)
7. (GAD-7* OR generalized anxiety disorder*)

und jeder der genannten Begriffskomplexe mit folgendem Suchstring kombiniert:

AND

(psychometric* OR valid* OR reliab*)

AND

(cancer OR neoplasm* OR tumor OR oncology)

Für die neue, zusätzliche systematische Literaturrecherche (potentielle Identifikation weiterer, der Arbeitsgruppe bis dato unbekannter Screeningverfahren, die die Einschlusskriterien und Gütekriterien erfüllen) wurde eine Literatursuche in den oben genannten Datenbanken mit dem folgenden Suchstring durchgeführt:

"Screening"

AND

(physical problem* OR mental problem* OR psychological problem* OR social problem* OR spiritual problem* OR religious problem* OR functional impairment* OR quality of life* OR fatigue* OR pain* OR distress* OR anxiety* OR fear* OR worry* OR sadness* OR depression* OR hopelessness* OR helplessness* OR coping*)

AND

(psychometric* OR valid* OR reliab* OR norm*)

AND

(cancer OR neoplasm* OR tumor* OR oncology)"

4.2.2.3 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche wurde im Dezember 2019 in den Datenbanken Medline, EMBASE, PsycInfo und Psyn dex durchgeführt.

Abbildung 3 stellt den Prozess der Literaturrecherche in Form eines Flussdiagramms dar. Die systematischen Literatursuchen in den vier Datenbanken identifizierte 3293 (1670 nach Entfernung von Duplikaten) Literaturstellen, welche zunächst anhand von Titel und Abstract beurteilt wurden. Von diesen wurden 1399 als sicher nicht relevant für die Fragestellung eingeordnet und deshalb ausgeschlossen. 271 potenziell relevante Literaturstellen wurden im Volltext geprüft. Davon wurden 86 gemäß der a priori definierten Ein- und Ausschlusskriterien als nicht relevant eingeordnet und deshalb vom weiteren Bewertungsprozess ausgeschlossen. Im Ergebnis wurden 185 Studien in die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossen. 23 der 185 eingeschlossenen Studien beziehen sich dabei spezifisch auf den deutschen Sprachraum, die restlichen 162 Studien sind international angesiedelt. Für die Prüfung des Evidenzgrades wurden aufgrund der Kulturspezifität der Screeningfragebögen ausschließlich die 23 Validierungsstudien einbezogen, die mit deutschsprachigen Proband*innen durchgeführt wurden.

Tabelle 17 gibt eine Übersicht über die im Rahmen der systematischen Literaturrecherchen untersuchten Screeninginstrumente.

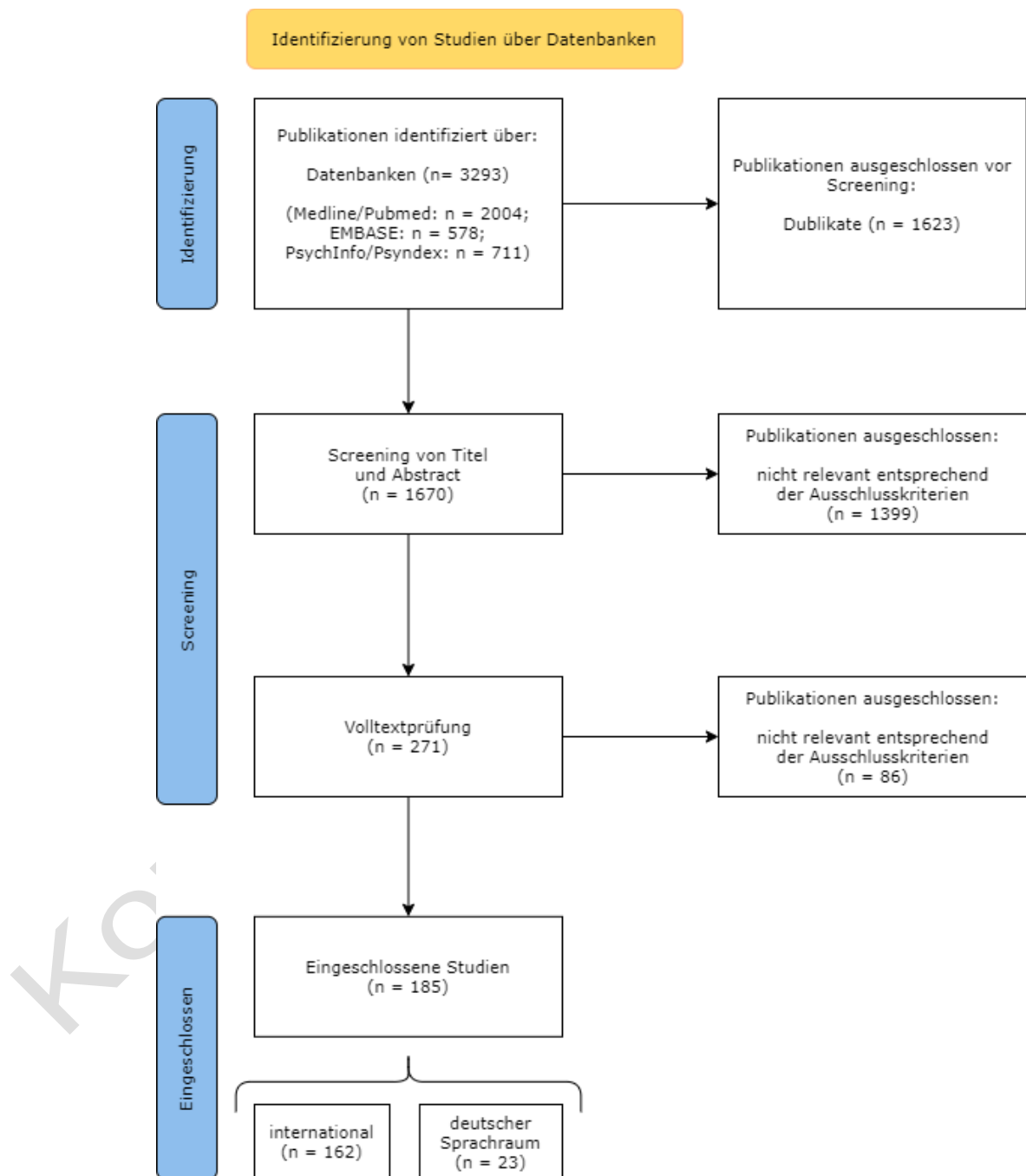


Abbildung 3. Flussdiagramm zur Literaturrecherche zu geeigneten Screeningverfahren zur Erfassung psychoonkologischen Interventionbedarfs

Tabelle 17: Übersicht über die identifizierten Screeninginstrumente

Skala	Verfügbare Sprachen	Validierung ¹	Anzahl der Items	Inhalt	Spezifisch für Krebspatient*	Reliabilität (gering/mittel/hoch) ²	Kriterium ³	Validität ⁴	Evidenzlevel nach SIGN DE (alte LL)	Evidenzlevel nach SIGN Int
DT Distress Thermometer	Englisch, Deutsch, 21 weitere Übersetzungen (18 mit Validierungsstudien)	2006	1 + Problemliste	Selbsteinschätzung Distress, Problemliste praktische Probleme, körperliche Probleme, familiäre Probleme, emotionale Probleme, spirituelle/religiöse Belange	ja		moderat	moderat	(2+)	(1++)
HF Hornheider Fragebogen/ HF-K Kurzform/ HSI Hornheider Screening Instrument	Deutsch	1990 1997 2000	27/ 9/ 7	Fremdeinschätzung hinsichtlich Betreuungsbedarf, krebsspezifische Probleme und Belastung insbesondere bei Gesichts- und Hauttumorpatienten	ja	hoch/ hoch/ mittel	hoch/ hoch/ mittel		(2-)	-
FBK-R23 (QSC-R32) Fragebogen zur Belastung Krebskranker	Deutsch Englisch	2004	23	Selbsteinschätzung Psychosomatische Beschwerden, Angst, Informationsdefizite, Alltagsbeschränkungen, Soziale Belastungen	ja	hoch	moderat	moderat	(2+)	-



Skala	Verfügbare Sprachen	Validierung ¹	Anzahl der Items	Inhalt	Spezifisch für Krebspatient*	Reliabilität (gering/mittel/hoch) ²	Kriterium ³	Validität ⁴	Evidenzlevel nach SIGN DE (alte LL)	Evidenzlevel nach SIGN Int
FBK-R10 Fragebogen zur Belastung Krebskranker Kurzform	Deutsch Englisch	2011	10	Selbsteinschätzung Psychosomatische Beschwerden, Angst, Informationsdefizite, Alltagsbeschränkungen, Soziale Belastungen	ja	hoch	moderat	moderat	(2+)	
PO-Bado Psychoonkologische Basisdokumentation	Deutsch Englisch Französisch	2008	15	Fremdeinschätzung Somatische und psychische Belastungsfaktoren	ja	mittel bis hoch	moderat	moderat	(2+)	-
PO-Bado-SF Psychoonkologische Basisdokumentation Kurzversion	Deutsch	2015	6	Fremdeinschätzung Somatische und psychische Belastungsfaktoren	ja	mittel	moderat	moderat		
PO-Bado BK Psychoonkologische Basisdokumentation speziell für Brustkrebspat.)	Deutsch Englisch	2007	19	PO-Bado + 4 Brustkrebspezifische Items	ja	mittel bis hoch				
HADS Hospital Anxiety and Depression	Englisch, deutsch, uva.	2009	14	Selbsteinschätzung Angst/Depression	nein	hoch	hoch	moderat bis hoch	(1+)	(1++)

Skala	Verfügbare Sprachen	Validierung ¹	Anzahl der Items	Inhalt	Spezifisch für Krebspatient*	Reliabilität (gering/mittel/hoch) ²	Kriterium ³	Validität ⁴	Evidenzlevel nach SIGN DE (alte LL)	Evidenzlevel nach SIGN Int
Scale Gesamtskala										
HADS-A Hospital Anxiety and Depression Scale Subskala Angst	Englisch, deutsch, uva.	2018	7	Selbsteinschätzung Angst	nein	hoch	hoch	moderat		
HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale Subskala Depression	Englisch, deutsch, uva	2017	7	Selbsteinschätzung Depression	nein	hoch	hoch	moderat		
GAD-7 Generalized Anxiety Disorder Scale-7	Englisch, deutsch, uva.	2018	7	Selbsteinschätzung Generalisierte Angst	nein	hoch	hoch	moderat	(-)	(-)
PHQ-9 Patient Health Questionnaire-9	Englisch, deutsch, uva.	2017	9	Selbsteinschätzung Depression	nein	mittel	hoch	moderat	(-)	(2+)
EORTC QLQ-FA12	Englisch, deutsch, uva.	2018	10	Selbsteinschätzung	ja	mittel bis hoch	moderat	hoch		

Skala	Verfügbare Sprachen	Validierung ¹	Anzahl der Items	Inhalt	Spezifisch für Krebspatient*	Reliabilität (gering/mittel/hoch) ²	Kriterium ³	Validität ⁴	Evidenzlevel nach SIGN DE (alte LL)	Evidenzlevel nach SIGN Int
-------	---------------------	--------------------------	------------------	--------	------------------------------	--	------------------------	------------------------	--	-------------------------------

European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire

Fatigue (physisch, emotional, kognitiv)

Angabe bezieht sich auf die neuste Studie

² Low = Cronbach alpha or Spearman - Brown rho < 2004.60, $\rho < .40$, or $r = .2$. Moderate = Cronbach alpha or Spearman - Brown rho $\geq .60$ and $< .80$, $\rho \geq .4$ and $< .60$, or $r = .5$. High = Cronbach alpha or Spearman - Brown rho $\geq .80$, $\rho \geq .60$, or $r = .8$.

³ Low = clinical diagnosis; moderate = validated questionnaire; high = structured clinical interview

⁴ Low = averaged sensitivity and specificity $< .6$; moderate = averaged sensitivity and specificity $\leq .6$ and $< .8$; high = averaged sensitivity and specificity $\geq .8$.

Konsultal

4.2.3 Psychoonkologische Interventionen (2010 – 2020, Kapitel 8.2 – 8.5)

Im Rahmen der aktuellen Version der S3-Leitlinie Psychoonkologie wurde eine systematische Evidenzaufbereitung zur Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen im Zeitraum zwischen 2010 - 2020 durchgeführt. Die Ergebnisse der im Rahmen der Erstversion der Leitlinie in 2010 durchgeführten Recherche wurden in einem systematischen Review mit Meta-Analyse publiziert [12] und flossen ebenfalls in die aktuelle Evidenzaufbereitung ein.

Aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung des medizinischen Sektors und des damit stetig wachsenden Einsatzes von Tele-/E-Health-Technologien und -Interventionen auch im (psycho-)onkologischen Kontext wurde diese Interventionsform im Zuge der aktuellen Recherche ergänzt.

Ebenfalls wurden spezifisch psychoonkologische Interventionen in der Palliativphase in der aktuellen Evidenzaufbereitung ergänzt. Krebspatient*innen in der Palliativphase sind mit einer Vielzahl an körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Belastungen konfrontiert, deren Adressierung spezifischen Interventionen bedarf. In den letzten Jahren sind hierzu eine Reihe von spezifischen psychoonkologischen Verfahren entwickelt worden, deren Wirksamkeit in der aktuellen Evidenzaufbereitung eingeschätzt werden soll. Die Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (AWMF-Registernummer: 128/001OL) bietet hierzu keine umfassende Evidenzaufbereitung.

Wir definierten eine psychoonkologische Intervention als eine nicht-pharmakologische Intervention, in welcher psychologische und sozialarbeiterische Methoden wie z.B. Psychosoziale Beratung, Psychoedukation, Stressbewältigungstraining, Psychotherapie und Entspannungsverfahren, allein oder in Kombination, von einem*r professionellen Therapeut*in in einer persönlichen Interaktion mit Krebspatient*innen durchgeführt wurde, um deren psychische Belastung zu vermindern und die Lebensqualität zu erhöhen [13].

4.2.3.1 Kriterien der Studienauswahl

Die Einschlusskriterien für Studien werden gemäß den PICOS-Kriterien beschrieben. In Tabelle 18 werden die Ein- und Ausschlusskriterien zusammenfassend dargestellt.

Studientypen

Zur verlässlichsten Einschätzung der Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen wurden sowohl systematische Übersichtsarbeiten von RCTs mit oder ohne Meta-Analyse als auch randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) eingeschlossen.

Systematische Übersichtsarbeiten sind aufgrund ihrer aggregierten Evidenz einzelnen RCTs vorzuziehen. Aufgrund eines typischen zeitlichen Verzuges von systematischen Übersichtsarbeiten (Publikation oftmals 2- 4 Jahre nach eigentlicher Recherche) und der rasant wachsenden Anzahl an Primärstudien ist jedoch der zusätzliche Einschluss von einzelnen, aktuelleren RCTs in den Evidenzpool sinnvoll. Dabei wurde berücksichtigt, die Ergebnisse von RCTs, welche bereits in den eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten aufgenommen wurden, nicht noch einmal separat in die Evidenzdarstellung der RCTs aufzunehmen. Bezüglich des Publikationsdatums der Studien wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien definiert:

Systematische Reviews wurden eingeschlossen, wenn sie ab 2010 publiziert wurden; systematische Reviews, die vor 2010 publiziert wurden, wurden ausgeschlossen. Es wurden lediglich RCTs, die ab 01/2015 publiziert wurden, eingeschlossen; ältere, vor 2015 publizierte RCTs wurden ausgeschlossen, da diese mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits in den eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten enthalten sind. Es wurden nur Studien eingeschlossen, die in deutscher oder englischer Sprache publiziert wurden. Einträge aus Studienregistern, Studienprotokolle und Konferenz-Abstracts sowie Poster-Präsentationen wurden ausgeschlossen.

Population

Eingeschlossen werden Erwachsene (18+ Jahre), die formell mit einer Krebserkrankung diagnostiziert wurden (alle Tumordiagnosen, Lokalisationen, Stadien; solide und hämatologische Tumore; unabhängig vom Behandlungsstatus, unabhängig von der Zeit seit Diagnosestellung). Ausgeschlossen werden Studien, in denen die Mehrzahl der Teilnehmer*innen (>50%) nicht mit Krebs diagnostiziert wurde.

Interventionen

Eingeschlossen werden ausschließlich psychoonkologische Interventionen, in denen mind. eine persönliche Interaktion zwischen dem*der Patient*in und einem*r ausgebildeten professionellen Leiter*in („Therapeut*in“) stattfinden, z.B. in Form einer face-to-face-Interaktion (verbaler Dialog, Schulung; Einzel- oder Gruppensetting), eines Telefongesprächs oder einer Videositzung.

Ausgeschlossen wurden Interventionen, die ausschließlich auf nicht-persönlichen Medien (Informationsbroschüren, Audio-/Videotapes, DVDs, Internet) basierten. Selbsthilfainterventionen, bei denen kein*e professionelle*r Therapeut*in maßgeblich beteiligt war, wurden ebenfalls ausgeschlossen. Nicht-psychologische Interventionen, wie körperliches Training, Physiotherapie, alternative Therapien (CAM), wurden ausgeschlossen. Komplexe Interventionen, in denen die psychologische Komponente nur einen geringen Anteil hatte, wurden ebenfalls ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden ebenfalls Interventionen, die in anderen Leitlinien oder anderen Kapiteln dieser Leitlinie behandelt werden, darunter z.B. künstlerische Therapien oder primär achtsamkeitsbasierte Interventionen (z.B. MBSR).

Vergleichsgruppe (comparison)

Die Vergleichsgruppe (comparison) kann sowohl eine Kontrollgruppe, die die übliche Versorgung (usual care, standard care) erhält, als auch eine aktive Kontrollgruppe mit unspezifischer Aufmerksamkeitszuwendung (attention placebo) beinhalten. Nicht eingeschlossen wurden Studien, die psychosoziale Interventionen (lediglich/ausschließlich) mit nicht-psychosozialen, aktiven Kontrollbedingungen verglichen (z.B. Medikation, körperliches Training).

Zielkriterien (Outcomes)

Relevante Endpunkte (Outcomes) sind psychische Belastung (Distress), Globale Lebensqualität, (Rezidiv-)Angst, Depressivität, Fatigue, Übelkeit, Schmerz und sexuelle Funktion/Zufriedenheit.

Diese Outcomes wurden gewählt, weil sie als Indikatoren der subjektiven psychischen und körperlichen Gesundheit von Krebspatient*innen am bedeutsamsten sind und in psychoonkologischen Evaluationsstudien regelmäßig erwartet werden können. Durch

diese Eingrenzung werden eine Standardisierung der Outcome-Bewertung und deren deskriptive Synthese ermöglicht. Dadurch können andererseits zwar Effekte übersehen werden, die in nicht erfassten, studienspezifischen Outcomes auftreten. Die Begrenzung auf typischerweise zu erwartende Outcomes wirkt jedoch der in diesem Forschungsfeld konstatierten Tendenz entgegen, selektiv nur diejenigen Outcomes zu berichten, die signifikante Ergebnisse zeigen [14].

Bei der deskriptiven Darstellung der Ergebnisse erfolgte eine Gruppierung der Endpunkte anhand eines Zeitkriteriums: Kurzfristige Effekte beziehen sich auf die Messung unmittelbar nach Abschluss einer Intervention, mittelfristige Effekte auf die Messung durch eine Nacherhebung innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten und langfristige Effekte auf einen Katamnesemesszeitraum von mehr als 6 Monate [15]. Bei den beschriebenen Effekten handelt es sich immer um Zwischen-Gruppen-Effekte (Vergleich der Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe), nicht um Prä-Post-Effekte innerhalb der Interventionsgruppe.

Soweit in systematischen Übersichtsarbeiten angegeben wird die Effektstärke gemäß der Einteilung nach Cohen (Cohen's d) berichtet: $d=0,2$ entspricht einem kleinen, $d=0,5$ einem mittelgroßen und $d=0,8$ einem großen Effekt [16].

In den eingeschlossenen RCTs wurden zum überwiegenden Teil keine Effektstärken berichtet. Es wird daher in der Ergebnisdarstellung lediglich berichtet, ob ein signifikanter Effekt zugunsten der jeweiligen psychoonkologischen Intervention vorlag.

Tabelle 18: Ein- und Ausschlusskriterien zur Evidenzbestimmung psychoonkologischer Interventionen

PICOS	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population (P)	Erwachsene (≥ 18 J.) mit diagnostizierter Krebserkrankung, alle Tumordiagnosen und Stadien, unabhängig von Behandlungsstatus und Zeit seit Diagnose*	überwiegend ($>50\%$) andere Diagnosen
Intervention (I)	psychosozialer Inhalt face-to-face Vermittlung Vermittlung via Internet oder Telefon mit persönlichem Kontakt professionelle "Therapeut*innen" Einzel- oder Gruppensetting, Paar- oder Familieninterventionen	Vermittlung ausschließlich via Videoaufnahme, Kassette oder Broschüre Selbsthilfe körperliches Training Physiotherapie CAM medikamentöse Therapie künstlerische Therapie primär achtsamkeitsbasierte Intervention
Vergleichsbedingung (C)	usual care / standard care aktive unspezifische Kontrolle (z.B. attention placebo)	Therapievergleichsstudien vs. Medikation oder körperliches Training etc.
Outcome (O)	psychische Belastung (Distress) Lebensqualität (generell oder krankheitsbezogen) Angst Depressivität	Alle anderen Outcomemaße (z.B. ausschließlich Immunparameter o.Ä.)

PICOS	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
	Fatigue Übelkeit Schmerz Sexuelle Funktionsstörungen	
Studientyp (S)	Systematische Reviews (mit/ohne Meta-Analyse) von RCTs ODER RCTs	(unsystematische) narrative Reviews quasi- oder nicht-randomisierte Vergleichsstudien klinische Fallberichte
* bei gemischten Diagnosen Einschluss wenn mehrheitlich (>=50%) Krebsdiagnose oder separate Auswertung für Krebsdiagnosen		

4.2.3.2 Suchstrategie

Die Methodik orientiert sich dem *Manual Systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien, 2.Auflage* der Cochrane Stiftung Deutschland, der AWMF und des ÄZQ [17] sowie am *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [18].

Die elektronische Literaturrecherche wurde in folgenden Datenbanken durchgeführt:

- MEDLINE ALL
- PsycINFO
- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) und Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)

Eine detaillierte Auflistung der verwendeten Suchstrings und Suchtreffer geben Tabelle 19, Tabelle 20 und Tabelle 21.

Es wurden sowohl Medical Subject Headings (MeSH) als auch freie Suchbegriffe mit sprachlichen Variationen verwandt. Die Auswahl der Suchbegriffe orientierte sich an der systematischen Übersichtsarbeit mit Meta-Analyse von Faller et al. (2013) [12], welche im Zuge der Erstellung der Erstversion der S3 Leitlinie Psychoonkologie durchgeführt wurde. MeSH-Begriffe und freie Suchbegriffe zur Identifikation von Studien zu psychoonkologischen E-Health Interventionen und spezifischen psychoonkologischen Interventionen in der Palliativphase wurden ergänzt.

Suchfilter zur Identifikation von systematischen Übersichtsarbeiten und RCTs wurden angewandt (siehe Tabelle 22 und Tabelle 23).

Tabelle 19: Suchstrings CDSR und CENTRAL

#	Suchbegriff	Treffer
Suche durchgeführt am 30.04.2020, 10:02 Uhr (CDSR) und 10:19 Uhr (CENTRAL)		
Zeile #1-12: Population (P) – MesH-Term + Freitext-Suche		
1	[mh neoplasms]	76583
2	cancer*:ti,ab,kw	150985
3	carcinom*:ti,ab,kw	38866
4	leuk*mia:ti,ab,kw	13481
5	lymphoma?:ti,ab,kw	11055
6	malignan*:ti,ab,kw	24271
7	melanoma?:ti,ab,kw	5093
8	neoplasm?:ti,ab,kw	75564
9	oncolog*:ti,ab,kw	24783
10	sarcoma?:ti,ab,kw	2336
11	tumo?r*:ti,ab,kw	68374
12	[1-#11]	222405
Zeile #13-18: Intervention (I) – MesH-Terms		
13	[mh Counseling]	5190
14	[mh Internet]	3776
15	[mh "Patient Education as Topic"]	8612
16	[mh Psychotherapy]	22919
17	[mh Telemedicine]	2343
18	{OR #13-#17}	37349
Zeile #19-61: Intervention (I) - Freitext		
19	"Acceptance and Commitment Therapy":ti,ab,kw	841
20	"autogenic training":ti,ab,kw	233

#	Suchbegriff	Treffer
21	autosuggest*:ti,ab,kw	31
22	(behavio?r* NEXT therap*):ti,ab,kw	22109
23	bio?feedback:ti,ab,kw	3075
24	"client education":ti,ab,kw	11
25	"coping skills training":ti,ab,kw	312
26	counsel?ing:ti,ab,kw	19873
27	desensiti?ation:ti,ab,kw	2837
28	"dignity care":ti,ab,kw	0
29	"dignity therapy":ti,ab,kw	44
30	(educational NEXT intervention?):ti,ab,kw	4267
31	existential*:ti,ab,kw	260
32	(family NEXT therap*):ti,ab,kw	1616
33	(group NEXT therap*):ti,ab,kw	3229
34	hypnosis:ti,ab,kw	1483
35	hypnotherap*:ti,ab,kw	330
36	imagery:ti,ab,kw	2371
37	logotherapy:ti,ab,kw	25
38	"managing cancer and living meaningfully":ti,ab,kw	24
39	(meaning NEXT based):ti,ab,kw	14
40	(meaning NEXT centered):ti,ab,kw	55
41	meditati*:ti,ab,kw	2678
42	(nursing NEXT intervention?):ti,ab,kw	1537
43	"nursing support":ti,ab,kw	74
44	"patient education":ti,ab,kw	12629
45	PMR:ti,ab,kw	427

#	Suchbegriff	Treffer
46	psycho?education*:ti,ab,kw	4087
47	psychoanaly*:ti,ab,kw	386
48	(psycho* NEXT intervention?):ti,ab,kw	5521
49	(psycho* NEXT support):ti,ab,kw	1092
50	(psycho* NEXT treatment?):ti,ab,kw	3230
51	psychodynamic*:ti,ab,kw	734
52	psychotherap*:ti,ab,kw	12728
53	relaxation:ti,ab,kw	11112
54	"relaxing response":ti,ab,kw	0
55	spiritual*:ti,ab,kw	1348
56	"stress management":ti,ab,kw	2223
57	"stress reduction":ti,ab,kw	1690
58	(support NEXT group?):ti,ab,kw	1715
59	visuali?ation:ti,ab,kw	3664
60	[2-#59]	95900
61	#18 OR #60	102225
62	#12 AND #61	10026
63	#62 with Cochrane Library publication date from Jan 2010 to present	8216
64	#63 in Cochrane Reviews	95
Entfernung von datenbankinternen Duplikaten (0)		95
65	#62 with Publication Year from 2010 to present, in Trials	7191
Embase: 3533 / PubMed: 2749 / CT.gov: 1193 / ICTRP: 709		
Entfernung von datenbankinternen Duplikaten (429)		6762

Tabelle 20: Suchstrings MEDLINE(R) ALL via Ovid

#	Suchbegriff	Treffer
Suche durchgeführt am 05.05.2020, 12:22Uhr		
1	exp neoplasms/	3313422
2	cancer*.mp.	1790245
3	carcinom*.mp.	863268
4	leuk?emia.mp.	318446
5	lymphoma?.mp.	242167
6	malignan*.mp.	574397
7	melanoma?.mp.	133194
8	neoplasm?.mp.	2793870
9	oncolog*.mp.	166130
10	sarcoma?.mp.	117875
11	tumo?r*.mp.	2098944
12	or/1-11	4529650
13	exp Counseling/	43502
14	exp Internet/	78049
15	exp Patient Education as Topic/	84812
16	exp Psychotherapy/	193870
17	exp Telemedicine/	27757
18	or/13-17	402909
19	"Acceptance and Commitment Therapy".ab,kw,ti.	920
20	"autogenic training".ab,kw,ti.	599
21	autosuggest*.ab,kw,ti.	49
22	(behavio?r* adj1 therap*).ab,kw,ti.	22538
23	bio?feedback.ab,kw,ti.	6846

#	Suchbegriff	Treffer
24	"client education".ab,kw,ti.	225
25	"coping skills training".ab,kw,ti.	328
26	counsel?ing.ab,kw,ti.	92651
27	desensiti?ation.ab,kw,ti.	23661
28	"dignity care".ab,kw,ti.	13
29	"dignity therapy".ab,kw,ti.	94
30	(educational adj1 intervention?).ab,kw,ti.	10988
31	existential*.ab,kw,ti.	4399
32	(family adj1 therap*).ab,kw,ti.	3803
33	(group adj1 therap*).ab,kw,ti.	12607
34	hypnosis.ab,kw,ti.	7898
35	"hypnotherap*".ab,kw,ti.	1226
36	imagery.ab,kw,ti.	14692
37	logotherapy.ab,kw,ti.	104
38	"managing cancer and living meaningfully".ab,kw,ti.	11
39	(meaning adj1 based).ab,kw,ti.	198
40	(meaning adj1 centered).ab,kw,ti.	85
41	"meditati*".ab,kw,ti.	5471
42	(nursing adj1 intervention?).ab,kw,ti.	6437
43	"nursing support".ab,kw,ti.	481
44	"patient education".ab,kw,ti.	18666
45	PMR.ab,kw,ti.	2786
46	"psycho?education*".ab,kw,ti.	4979
47	"psychoanaly*".ab,kw,ti.	17522
48	(psycho* adj1 intervention?).ab,kw,ti.	13829

#	Suchbegriff	Treffer
49	(psycho* adj1 support).ab,kw,ti.	7635
50	(psycho* adj1 treatment?).ab,kw,ti.	11690
51	psychodynamic*.ab,kw,ti.	6381
52	psychotherap*.ab,kw,ti.	45922
53	relaxation.ab,kw,ti.	117230
54	"relaxing response".ab,kw,ti.	138
55	spiritual*.ab,kw,ti.	17772
56	"stress management".ab,kw,ti.	4748
57	"stress reduction".ab,kw,ti.	3075
58	(support adj1 group?).ab,kw,ti.	7915
59	visuali?ation.ab,kw,ti.	90321
60	or/19-59	534424
61	18 or 60	813820
62	12 and 61	72446
63	62 and (English or German).la.	68230
64	63 not (Animals/ not (Animals/ and Humans/))	65159
65	limit 64 to yr="2010 -Current"	35696
Zeile #66: Filter zur Identifikation von Reviews		
(McMasters-Filter, bei Medline implementiert unter „Limits: Clinical Queries“)		
66	limit 65 to "reviews (maximizes specificity)"	1506
Entfernung von datenbankinternen Duplikaten (12)		1494
Zeile #67: Filter zur Identifikation von RCTs		
(McMasters-Filter, bei Medline implementiert unter „Limits: Clinical Queries“)		
67	limit 65 to "therapy (best balance of sensitivity and specificity)"	4072
Entfernung von datenbankinternen Duplikaten (22)		4051

Tabelle 21: Suchstrings PsycInfo via EBSCO

Search-ID	Suchstring	Treffer
Suche durchgeführt am 05.05.2020 um 12:39 Uhr		
S1	(DE "Neoplasms" OR DE "Benign Neoplasms" OR DE "Breast Neoplasms" OR DE "Endocrine Neoplasms" OR DE "Leukemias" OR DE "Melanoma" OR DE "Metastasis" OR DE "Nervous System Neoplasms" OR DE "Terminal Cancer" OR DE "Oncology")	52,498
S2	TI (neoplasm* OR cancer* OR tumor* OR tumour* OR malignan* OR oncolog* OR carcinom* OR leukemia OR leukaemia OR lymphom* OR sarcom* OR melanoma*)	44,743
S3	AB (neoplasm* OR cancer* OR tumor* OR tumour* OR malignan* OR oncolog* OR carcinom* OR leukemia OR leukaemia OR lymphom* OR sarcom* OR melanoma*)	79,534
S4	KW (neoplasm* OR cancer* OR tumor* OR tumour* OR malignan* OR oncolog* OR carcinom* OR leukemia OR leukaemia OR lymphom* OR sarcom* OR melanoma*)	54,054
S5	S1 OR S2 OR S4	85,036
S6	DE ("Psychoeducation" OR "Client Education" OR "Anxiety Management" OR "Behavior Modification" OR "Behavior Contracting" OR "Behavior Therapy" OR "Biofeedback Training" OR "Classroom Behavior Modification" OR "Contingency Management" OR "Fading Conditioning" OR "Omission Training" OR "Overcorrection" OR "Self-Management" OR "Time Out" AND "Cognitive Behavior Therapy" OR "Acceptance and Commitment Therapy" OR "Cognitive Processing Therapy" OR "Prolonged Exposure Therapy" OR "Cognitive Techniques" OR "Cognitive Restructuring" OR "Cognitive Therapy" OR "Self-Instructional Training" OR "Counseling" OR "Community Counseling" OR "Cross Cultural Counseling" OR "Educational Counseling" OR "Genetic Counseling" OR "Gerontological Counseling" OR "Grief Counseling" OR "Group Counseling" OR "Marriage Counseling" OR "Microcounseling" OR "Multicultural Counseling" OR "Occupational Guidance" OR "Pastoral Counseling" OR "Peer Counseling" OR "Premarital Counseling" OR "Psychotherapeutic Counseling" OR "Rehabilitation Counseling" OR "School Counseling" OR "Disease Management" OR "Intervention" OR "Crisis Intervention" OR "Early Intervention" OR "Family Intervention" OR "Group Intervention" OR "School Based Intervention" OR "Workplace Intervention" OR "Psychotherapy" OR "Adlerian Psychotherapy" OR "Adolescent Psychotherapy" OR "Affirmative Therapy" OR "Analytical Psychotherapy" OR "Autogenic Training" OR "Brief Psychotherapy" OR "Brief Relational Therapy" OR "Child Psychotherapy" OR "Client Centered Therapy" OR "Conversion Therapy" OR "Couples Therapy" OR "Eclectic Psychotherapy" OR "Emotion Focused Therapy" OR "Existential Therapy" OR "Experiential Psychotherapy" OR "Expressive Psychotherapy" OR "Eye Movement sensitization Therapy" OR "Feminist Therapy" OR "Geriatric Psychotherapy" OR "Gestalt Therapy" OR "Group Psychotherapy" OR "Guided Imagery" OR "Humanistic Psychotherapy" OR "Hypnotherapy" OR "Individual Psychotherapy" OR "Insight Therapy" OR "Integrative Psychotherapy" OR "Interpersonal Psychotherapy" OR "Logotherapy" OR "Narrative Therapy" OR "Network Therapy" OR "Persuasion Therapy" OR "Primal Therapy" OR "Psychoanalysis" OR "Psychodrama" OR "Psychodynamic Psychotherapy" OR "Psychotherapeutic Counseling" OR "Psychotherapeutic Techniques" OR "Rational Emotive Behavior Therapy" OR "Reality Therapy" OR "Relationship Therapy" OR "Solution Focused Therapy" OR "Strategic Therapy" OR "Supportive Psychotherapy" OR "Transactional Analysis" OR "Relaxation Therapy" OR "Progressive Relaxation Therapy" OR "Spiritual Care" OR "Stress Management" OR "Electronic Health Services" OR "Digital Interventions" OR "Mobile Health" OR "Precision Medicine" OR "Telemedicine" OR "Wearable Devices" OR "Mental Health Services" OR "Community Mental Health Services")	454,782
S7	TI ("Acceptance and Commitment Therapy" OR "autogenic training" OR autosuggest* OR (behavior#r* n1 therap*) OR bio#feedback OR "client education" OR "coping skills training" OR	180,171

Search-ID	Suchstring	Treffer
	counsel#ing OR desensiti#ation OR "dignity care" OR "dignity therapy" OR (educational n1 intervention#) OR existential* OR (family n1 therap*) OR (group n1 therap*) OR hypnosis OR "hypnotherap*" OR imagery OR logotherapy OR "managing cancer and living meaningfully" OR (meaning n1 based) OR (meaning n1 centered) OR "meditati*" OR (nursing n1 intervention#) OR "nursing support" OR "patient education" OR PMR OR "psycho#education*" OR "psycho-analy*" OR (psycho* n1 intervention#) OR (psycho* n1 support) OR (psycho* n1 treatment#) OR psychodynamic* OR psychotherap* OR relaxation OR "relaxing response" OR spiritual* OR "stress management" OR "stress reduction" OR (support n1 group#) OR visuali#ation)	
S8	AB ("Acceptance and Commitment Therapy" OR "autogenic training" OR autosuggest* OR (behavio#r* n1 therap*) OR bio#feedback OR "client education" OR "coping skills training" OR counsel#ing OR desensiti#ation OR "dignity care" OR "dignity therapy" OR (educational n1 intervention#) OR existential* OR (family n1 therap*) OR (group n1 therap*) OR hypnosis OR "hypnotherap*" OR imagery OR logotherapy OR "managing cancer and living meaningfully" OR (meaning n1 based) OR (meaning n1 centered) OR "meditati*" OR (nursing n1 intervention#) OR "nursing support" OR "patient education" OR PMR OR "psycho#education*" OR "psycho-analy*" OR (psycho* n1 intervention#) OR (psycho* n1 support) OR (psycho* n1 treatment#) OR psychodynamic* OR psychotherap* OR relaxation OR "relaxing response" OR spiritual* OR "stress management" OR "stress reduction" OR (support n1 group#) OR visuali#ation)	421,103
S9	KW ("Acceptance and Commitment Therapy" OR "autogenic training" OR autosuggest* OR (behavio#r* n1 therap*) OR bio#feedback OR "client education" OR "coping skills training" OR counsel#ing OR desensiti#ation OR "dignity care" OR "dignity therapy" OR (educational n1 intervention#) OR existential* OR (family n1 therap*) OR (group n1 therap*) OR hypnosis OR "hypnotherap*" OR imagery OR logotherapy OR "managing cancer and living meaningfully" OR (meaning n1 based) OR (meaning n1 centered) OR "meditati*" OR (nursing n1 intervention#) OR "nursing support" OR "patient education" OR PMR OR "psycho#education*" OR "psycho-analy*" OR (psycho* n1 intervention#) OR (psycho* n1 support) OR (psycho* n1 treatment#) OR psychodynamic* OR psychotherap* OR relaxation OR "relaxing response" OR spiritual* OR "stress management" OR "stress reduction" OR (support n1 group#) OR visuali#ation)	303,475
S10	S6 OR S7 OR S8 OR S9	706,533
S11	S5 AND S10	16,144
S12	S11 AND LA (English or German)	15,314
S13	S12 And limiters: year of publication 2010 - 2020	8,624
S14	Review-Filter: SIGN Adaptation (siehe unten)	986
	Entfernung von datenbankinternen Duplikaten (0)	986
S15	RCT-Filter: Kombination Haynes et al (broad) + UTH Filter Clinica Trials (siehe unten)	1806
	Entfernung von datenbankinternen Duplikaten (2)	1804

Tabelle 22: Suchstrings Review Filter zur Suche PsycInfo via EBSCO

#	Suchbegriff	Treffer
Adaptation des SIGN Suchfilters für Reviews (https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/search-filters/)		
S1	MA Meta-Analysis as Topic	1,735
S2	MA Meta-Analysis	1,758
S3	DE "Meta Analysis"	4,657
S4	MR "meta analysis"	21,769
S5	TI (meta#analy*) OR AB (meta#analy*) OR KW (meta#analy*)	755
S6	TI (systematic n1 (review# or overview#)) OR AB (systematic n1 (review# or overview#)) OR KW (systematic n1 (review# or overview#))	31,741
S7	MA Review Literature as Topic	731
S8	DE "Systematic Review"	304
S9	MR "systematic review"	24,803
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	54,228
S11	AB cochrane	6,574
S12	AB embase	7,408
S13	AB (psychlit OR psyclit)	507
S14	AB (cinahl OR cinhal)	5,739
S15	AB "science citation index"	318
S16	AB bids	2,241
S17	AB cancerlit	26
S18	AB (pubmed OR medline)	22,341
S19	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18	26,401
S20	AB (reference list*)	7,489
S21	AB (bibliography*)	12,760
S22	AB (hand#search*)	35
S23	AB (relevant journals)	90,334

#	Suchbegriff	Treffer
S24	AB (manual search*)	1,919
S25	S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24	110,562
S26	AB ("selection criteria")	2,532
S27	AB ("data extraction")	1,904
S28	S26 OR S27	4,380
S29	MA Review	3,587
S30	MR "literature review"	151,348
S31	DE "literature review"	22,603
S32	S29 OR S30 OR S31	155,090
S33	S28 AND S32	1,878
S34	S10 OR S19 OR S25 OR S33	166,685

Tabelle 23: Suchstrings RCT-Filter zur Suche PsycInfo via EBSCO

#	Suchbegriff	Treffer
Kombination aus HiRU McMaster University, Therapy MEDLINE, "Maximizes sensitivity" (https://hiru.mcmaster.ca/hiru/HIRU_Hedges_MEDLINE_Strategies.aspx) und UHealth für Clinical trials (http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_medline_filters)		
S1	TI random* OR AB random* OR KW random*	198,858
S2	TI (controlled n3 trial*) OR AB (controlled n3 trial*) OR KW (controlled n3 trial*)	45,320
S3	TI (clinical n2 trial*) OR AB (clinical n2 trial*) OR KW (clinical n2 trial*)	35,891
S4	TI ((single OR doubl* OR tripl* OR treb*) AND (blind* OR mask*)) OR AB ((single OR doubl* OR tripl* OR treb*) AND (blind* OR mask*)) OR KW ((single OR doubl* OR tripl* OR treb*) AND (blind* OR mask*))	28,724
S5	TI ("4 arm" OR "four arm") OR AB ("4 arm" OR "four arm") OR KW ("4 arm" OR "four arm")	96
S6	MR "clinical trial"	26,289
S7	DE "Clinical Trials"	11,645
S8	DE "Randomized Controlled Trials"	371
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	240,596

4.2.3.3 Auswahlprozess

Alle identifizierten Publikationen wurden in eine elektronische Datenbank (Zotero) eingefügt. Duplikate wurden entfernt.

Schritt 1: Screening von Titeln / Abstracts

Im ersten Schritt wurden die Titel und Abstracts von zwei Bewerter*innen gesichtet, um zu prüfen, welche Publikationen unter Verwendung der genannten Ein- und Ausschlusskriterien als sicher nicht relevant eingeordnet werden konnten. Aus Gründen der Effizienz und limitierter Ressourcen wurde aufgrund der hohen Anzahl an zu überprüfenden Studien auf ein mind. doppeltes Screening durch unabhängige Bewerter*innen verzichtet. Die Interrater-Reliabilität wurde zuvor an einem Pool von N=10 Studien getestet und als ausreichend befunden. In Zweifelsfällen wurden die Publikationen zunächst eingeschlossen. Alle potenziell relevanten Publikationen wurden in Schritt 2 übernommen.

Schritt 2: Prüfung von Volltextartikeln

Von allen potenziell relevanten Abstracts wurden die Volltextartikel beschafft, in denen die Studie berichtet wird. Diese wurden daraufhin von drei Bewerter*innen hinsichtlich der Einschlusskriterien geprüft. Aus Gründen der Effizienz und limitierter Ressourcen wurde aufgrund der hohen Anzahl an zu überprüfenden Studien auf eine mind. doppelte Volltextprüfung durch unabhängige Rater*innen verzichtet. Wie auch beim Screening der Titel/Abstracts in Schritt eins wurde die Interrater-Reliabilität zuvor anhand einer Substichprobe von N=10 Studien überprüft und als ausreichend befunden. Bei Unklarheiten oder nicht eindeutigen Entscheidungen wurde durch Diskussion unter den Reviewer*innen ein Konsens getroffen und die Studie daraufhin ein-oder ausgeschlossen.

Schritt 3: Zuordnung zu Interventionskategorien

Im letzten Schritt wurden die Studien einer Interventionskategorie zugeordnet. Die Kategorien entsprechen den in den Schlüsselfragen festgelegten Interventionen. Bei systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen wurden soweit möglich passende Subgruppen-Analysen verwendet um eine Zuordnung zu einer oder mehreren der Kategorien zu ermöglichen. Identifizierte RCTs wurden nur zu einer Kategorie zugeordnet. Inhaltliche Kriterien für die Zuordnung zu den Kategorien wurden aus Faller et al. (2013) [12] übernommen. Weiterhin wurde dem Medium der Interventionsvermittlung (z.B. Telefon vs face-to-face-Kontakt) Priorität bei der Zuordnung zu den Kategorien eingeräumt: Alle Interventionen die mittels moderner Informations- und Kommunikationstechnologien vermittelt wurden (z.B. Telefon, Videokonferenz), wurden der Kategorie psychoonkologischer E-Health Interventionen zugeordnet. Als spezifisch psychoonkologische Interventionen in der Palliativphase wurden alle Interventionen kategorisiert, die inhaltlich die Besonderheiten der Palliativphase thematisierten (z.B. Umgang mit Tod und Sterben) sowie Krebspatient*innen mit fortgeschrittener Erkrankung einschlossen. Bei Unklarheiten der Zuordnung wurde in Diskussion mit der Leitung der Arbeitsgruppe eine Entscheidung gefällt.

4.2.3.4 Datenextraktion

Die zentralen Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zu den aufgelisteten Outcome-Parametern wurden in a priori entworfene Evidenztabelle (siehe separates Dokument) übertragen. Die Datenextraktion wurde von vier Mitarbeiter*innen mit statistischen Fachkenntnissen durchgeführt. Aus Gründen der Effizienz und limitierter Ressourcen wurde aufgrund der hohen Anzahl relevanten Studien auf eine mind. doppelte Datenex-

traktion durch unabhängige Mitarbeiter*innen verzichtet. Bei Unklarheiten wurde in Diskussion unter den Mitarbeiter*innen eine Entscheidung getroffen. Ergebnisse einer Studie, die in mehreren Publikationen berichtet wurden (z.B. Post- und Follow-Up-Ergebnisse), wurden auf Studienebene integriert.

4.2.3.5 **Beurteilung der methodischen Qualität der ausgewählten Studien**

4.2.3.5.1 **Systematische Übersichtsarbeiten**

Zwei Raterinnen beurteilten die methodische Qualität der ausgewählten systematischen Übersichtsarbeiten. Zur Bewertung wurde das AMSTAR-2 Rating-Tool [19] angewandt. Es wurde die von Shea et al. vorgeschlagene Methodik befolgt, nach der die systematischen Reviews auf sieben kritischen Domänen und neun nicht-kritischen Domänen bewertet werden. Nach Auszählung der Mängel auf kritischen und nicht-kritischen Domänen erfolgte die Einstufung in "high quality", "medium quality", "low quality" und "critically low quality".

4.2.3.5.2 **RCTs**

Folgende Punkte wurden zur Beurteilung der methodischen Qualität eingeschlossener RCTs herangezogen und in der Evidenztabelle (separates Dokument zur Leitlinie) dokumentiert:

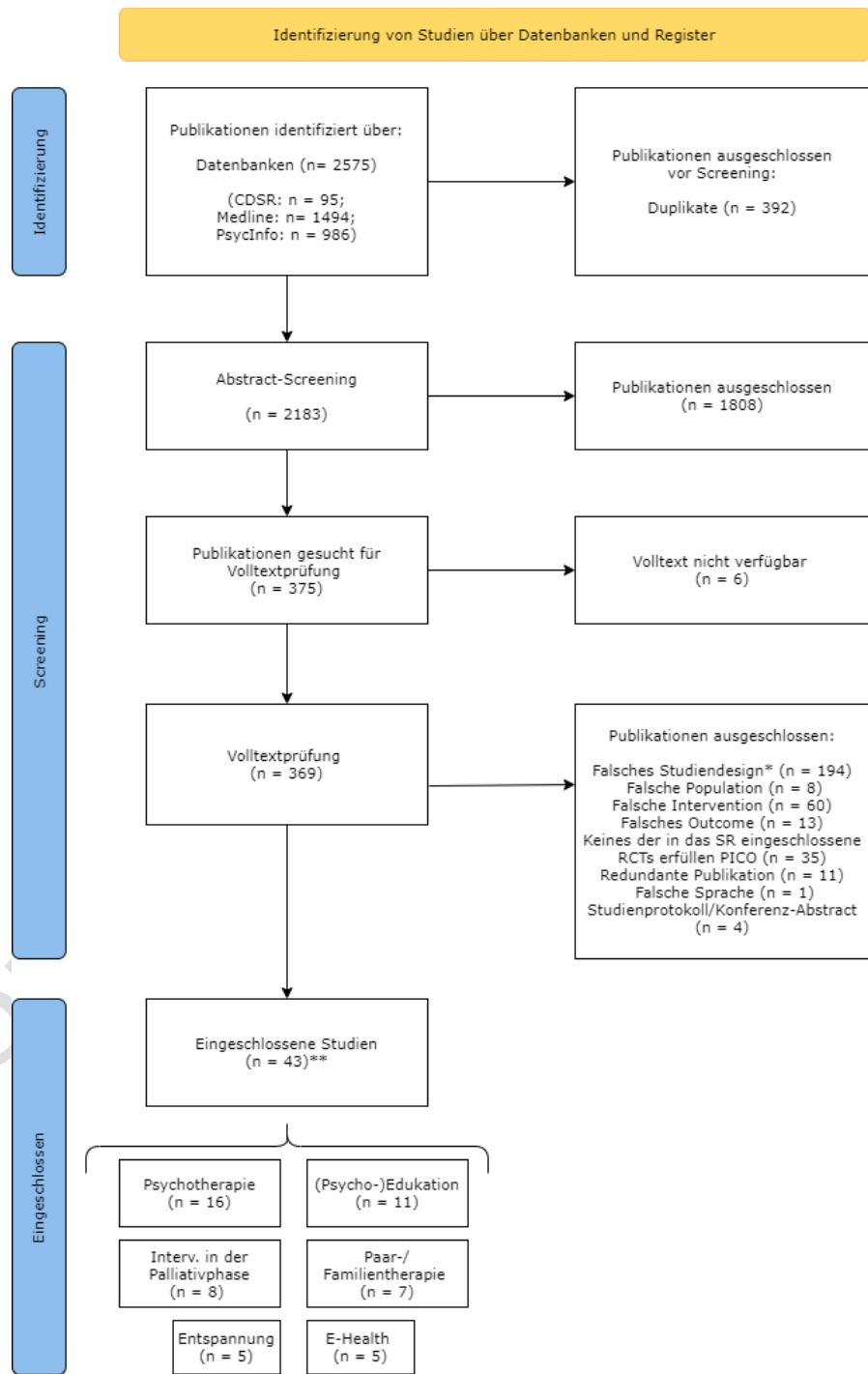
- a) Ausreichende Stichprobengröße gemäß a priori durchgeführter Fallzahlplanung
- b) Bewertung des systematischen Verzerrungsrisikos (RoB-Bewertung) mittels des Cochrane Risk of Bias Tool, Version 1 [20]. Aus Gründen der Effizienz und limitierter Ressourcen wurde auf eine doppelte, unabhängige RoB-Bewertung durch mind. zwei Rater*innen verzichtet, stattdessen aber die Interrater-Reliabilität anhand von N=10 Studien zu Beginn überprüft und als ausreichend befunden. Anschließend erfolgte die RoB-Bewertung durch zwei Raterinnen.

Bei psychosozialen Interventionsstudien ist eine Verblindung der Studienteilnehmer*innen und des Studienpersonals in der Regel nicht möglich. Die Endpunkterhebung erfolgt in psychosozialen Interventionsstudien sehr häufig durch Selbsteinschätzung der Proband*innen, weswegen auch hier eine Verblindung der Endpunkterhebung meist nicht möglich ist. Beide Kriterien wurden im Rahmen der RoB-Bewertung trotzdem geprüft und dokumentiert.

4.2.3.6 **Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche**

Die Literaturrecherche wurde im April und Mai 2020 in den Datenbanken Medline ALL via Ovid, PsycInfo via EBSCO sowie Cochrane CENTRAL und CDSR durchgeführt.

Abbildung 4 stellt den Prozess der Literaturrecherche bezüglich systematischer Reviews dar. Die systematische Literatursuche in den drei Datenbanken identifizierte 2575 (nach Entfernung von Duplikaten 2183) Literaturstellen, welche zunächst anhand von Titel und Abstract beurteilt wurden. Von diesen wurden 1808 als sicher nicht relevant für die Fragestellung eingeordnet und deshalb ausgeschlossen. 375 potenziell relevante Literaturstellen wurden im Volltext geprüft. Davon wurden 332 aus unterschiedlichen Gründen (siehe Abbildung 4) vom weiteren Bewertungsprozess ausgeschlossen. Im Ergebnis wurden 43 systematische Reviews in die Evidenzaufbereitung eingeschlossen.



* Kein systematisches Review/keine Meta-Analyse mit ausschließlich RCTs
 **Systematische Übersichtsarbeiten teilweise mehreren Kategorien zugeordnet

Abbildung 4. Flussdiagramm zur Literaturrecherche zu psychoonkologischen Interventionen (systematische Reviews)

Abbildung 5 stellt den Prozess der Literaturrecherche bezüglich RCTs dar. Die systematische Literatursuche in den drei Datenbanken identifizierte 12617 (nach Entfernung von Duplikaten 8430) Literaturstellen, welche zunächst anhand von Titel und Abstract beurteilt wurden. Von diesen wurden 7153 als sicher nicht relevant für die Fragestellung eingestuft und deshalb ausgeschlossen. 789 potenziell relevante Literaturstellen wur-

den im Volltext geprüft. Davon wurden 679 aus unterschiedlichen Gründen (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**5) vom weiteren Bewertungsprozess ausgeschlossen: Im Ergebnis wurden 110 RCTs in die Evidenzaufbereitung eingeschlossen.

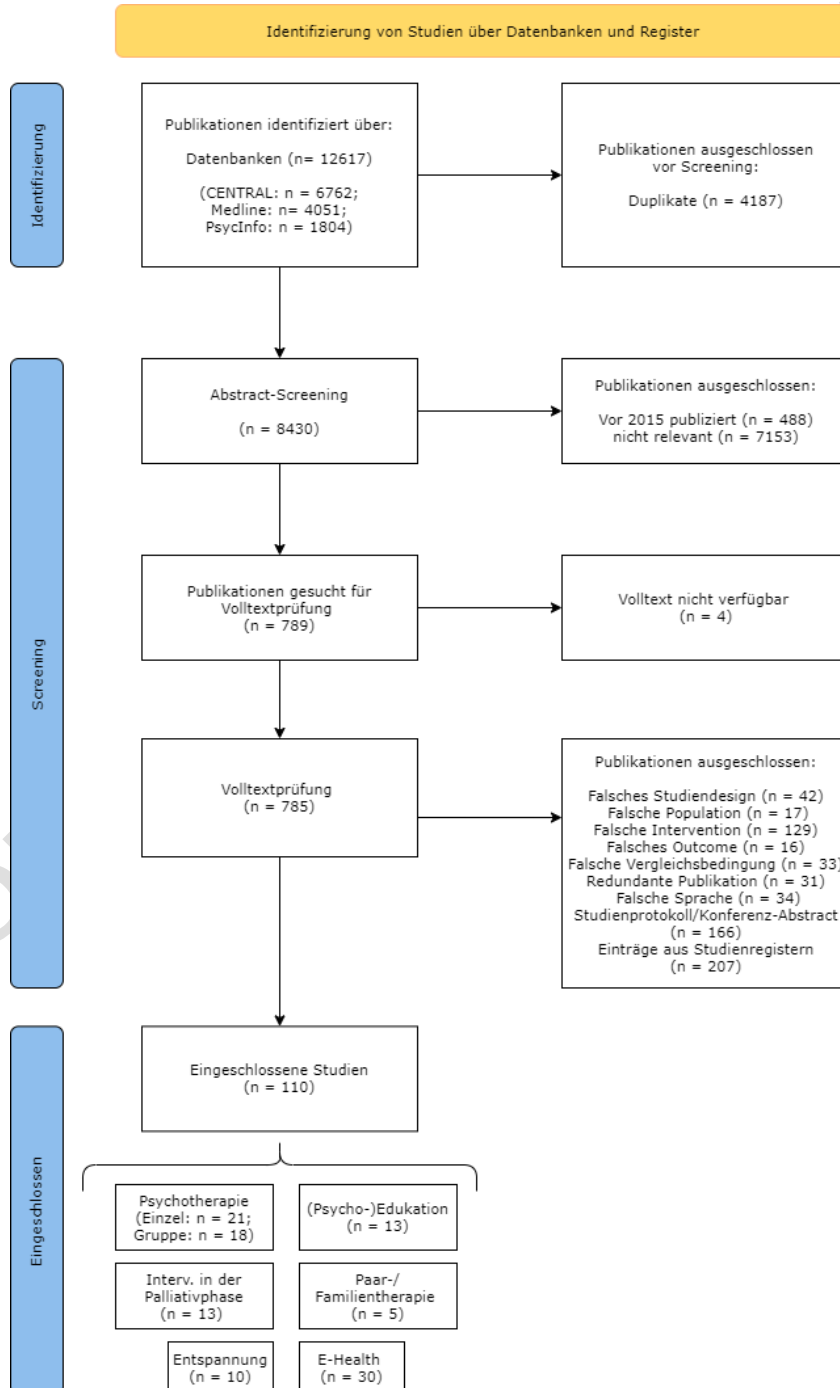


Abbildung 5. Flussdiagramm zur Literaturrecherche zu psychoonkologischen Interventionen (RCTs)

4.2.4 **Künstlerische Therapien (2012 – 2020, Kapitel 8.8)**

Zu den Künstlerischen Therapien gehören die Kunst-, Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie, die Theater-/Dramatherapie sowie die Poesie-/Bibliotherapie. Ihre Verfahren basieren auf der therapeutischen Beziehung und der Interaktion zwischen Patient*in, Therapeut*in und dem schöpferisch-künstlerischen Prozess bzw. Werk. Ziel der Künstlerischen Therapien ist die Wiedererlangung, Erhaltung und Förderung physischer, psychischer und psychosozialer Gesundheit. Unter Verwendung von Mitteln und Medien der Künste können Probleme auf sozialer, emotionaler, kognitiver und physischer Ebene behandelt werden (BAG KT, 2019).

Für die Aktualisierung der S3-Leitlinie Psychoonkologie führte die AG Künstlerische Therapien¹ eine systematische Literaturrecherche zur Wirksamkeit Künstlerischer Therapien bei erwachsenen Krebspatient*innen zwischen 2012 – Juni 2020 durch.

4.2.4.1 **Kriterien der Studienauswahl**

Die Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Literaturrecherche zwischen 2012 – Juni 2020 wurden gemäß dem PICO(S)-Schema beschrieben.

Studiendesign (S):

Zur verlässlichsten Einschätzung der Wirksamkeit Künstlerischer Therapien wurden nur Studien mit Evidenzlevel 1 gemäß des Schemas der Evidenzgraduierung nach Oxford, Version März 2009 (vollständig verfügbar unter: www.cebm.net) eingeschlossen. Dies umfasst systematische Übersichtsarbeiten (mit und ohne Meta-Analysen) von randomisiert kontrollierten Studien (RCTs) sowie einzelne RCTs.

Es wurden Publikationen berücksichtigt, die im Zeitraum zwischen 2012 – Juni 2020 veröffentlicht wurden und auf Englisch, Deutsch oder einer romanischen Sprache vorlagen. Einträge aus Studienregistern wurden nicht berücksichtigt.

Population (P):

Eingeschlossen wurden Erwachsene (18+ Jahre), die formell mit einer Krebserkrankung diagnostiziert wurden (alle Tumordiagnosen, Lokalisationen, Stadien; solide und hämatologische Tumore; unabhängig vom Behandlungsstatus, unabhängig von der Zeit seit Diagnosestellung).

Intervention (I):

Eingeschlossen wurden Studien zu Kunst-, Musik-, Tanz-, Drama-, Poesie-Therapie, expressivem Schreiben und allgemein Künstlerischen Therapien, durchgeführt von qualifizierten Künstlerischen Therapeut*innen.

Ausgeschlossen wurden Studien in denen die Intervention von anderen Berufsgruppen ohne Qualifizierung in einem Verfahren der Künstlerischen Therapien vermittelt wurde (bspw. Psycholog*innen, Ärzt*innen oder Pflegefachkräfte, aber auch Künstler*innen).

¹ Arbeitsgruppe KüTh: Prof. Dr. Harald Gruber, Prof. Dr. Sabine C. Koch, Dr. Ruth Hertrampf, und Dr. Dorothee Wiewrodt (unterstützt durch Pauline Thielen, Johanna Jost, Maria Guelguisser, Olivia Straeter, Lily Martin, Nilufar Yesmin, Seoyung Ryu, Daniel Narcisso, André Gianopoulos und Sophia Estel).

ohne therapeutische Qualifikation). Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien zu Musikmedizin².

Vergleichsbedingung (Comparison, C):

Als Vergleichsbedingung wurde jede andere Art der Versorgung (z. B. care as usual) und alternativer Intervention akzeptiert.

Zielkriterien (Outcomes, O):

Hinsichtlich relevanter Zielkriterien wurden keine Einschränkungen vorgenommen.

4.2.4.2 Suchstrategie

Die elektronische Literaturrecherche erfolgte im Juni 2020 im Bibliotheksportal PRIMO der FU Berlin (https://fu-berlin.primo.exlibrisgroup.com/discovery/search?vid=49KOBV_FUB:FUB, letzter Zugriff am 31.03.2022). PRIMO führt Resultate aus über 200 Einzeldatenbanken zusammen (Datenbankindex, siehe: <https://www.fu-berlin.de/sites/bibliotheken/literatursuche/datenbanken/Liste-der-im-Megaindex-von-Primo-aktivierten-Ressourcen-nach-Anbietern.pdf>, letzter Zugriff am 31.03.2022).

Folgende Suchbegriffe wurden ohne Feldeinschränkungen verwendet:

(art therap* OR music therap* OR dance therap* OR drama therap* OR psychodrama OR creative arts therap* OR expressive arts therap*) AND (oncology OR cancer OR neoplasm OR psycho- oncolog*) NOT (pediatric OR child)

Die Suche wurde auf den Zeitraum 2012 – Juni 2020 beschränkt.

Weiterhin wurde eine Handsuche nach Primärstudien in den Literaturverzeichnissen der aktuellsten Reviews aus der Suche, sowie in den Zeitschriftenarchiven von "The Arts in Psychotherapy" (<https://www.journals.elsevier.com/the-arts-in-psychotherapy>, letzter Zugriff 31.03.2022) durchgeführt. Eine Expertenkorrespondenz führte zu weiteren Handsuche-Resultaten.

4.2.4.3 Auswahlprozess

Alle identifizierten Publikationen wurden in eine elektronische Datenbank eingefügt. Duplikate wurden entfernt.

Schritt 1: Screening von Titeln / Abstracts

Im ersten Schritt wurden die Titel und Abstracts parallel von zwei unabhängigen Bewerter*innen gesichtet, um zu prüfen, welche Publikationen unter Verwendung der genannten Ein- und Ausschlusskriterien als sicher nicht relevant eingeordnet werden konnten. Konflikte wurden in Diskussion gelöst.

Schritt 2: Prüfung von Volltextartikeln

Von allen potenziell relevanten Abstracts wurden die Volltextartikel beschafft.

² Musikmedizin ist die Verwendung von Musik als therapeutisches Mittel durch Personen ohne therapeutische Ausbildung und außerhalb einer therapeutischen Beziehung (z.B. Aushändigen eines MP3-Players/Playlists an Patient*innen durch medizinisches Personal, das gezielte Einspielen von Musik in ein Zimmer via App zur Reduktion von Übelkeit)

Diese wurden parallel von zwei unabhängigen Bewerter*innen hinsichtlich der Einschlusskriterien geprüft. Gründe für den Ausschluss wurden notiert. Konflikte wurden in Diskussion gelöst.

Schritt 3: Zuordnung zu Interventionskategorien

Im letzten Schritt wurden die eingeschlossenen Studien parallel von zwei unabhängigen Bewerter*innen einer der vier Kategorien zugeordnet: Musiktherapie, Kunsttherapie, Tanztherapie oder übergreifende Studie zu Künstlerischen Therapien. Die Übereinstimmung betrug dabei initial 93%, alle Konflikte konnten mittels Diskussion zwischen den Bewerter*innen gelöst werden.

4.2.4.4 Datenextraktion

Die zentralen Ergebnisse der eingeschlossenen Studien wurden in eine a priori entworfene Evidenztabelle (separates Dokument zur Leitlinie) übertragen. Die Datenextraktion wurde von fünf Mitarbeiter*innen mit statistischen Fachkenntnissen durchgeführt. Aus Gründen der Effizienz und limitierter Ressourcen wurde aufgrund der hohen Anzahl relevanter Studien auf eine mindestens doppelte Datenextraktion durch unabhängige Mitarbeiter*innen verzichtet. Bei Unklarheiten wurde in Rücksprache mit der AG-Leitung eine Entscheidung getroffen.

4.2.4.5 Beurteilung der methodischen Qualität

Informationen zur methodischen Qualität eingeschlossener systematischer Übersichtsarbeiten (Ausmaß an Heterogenität, Durchführung einer Sensitivitätsanalyse, Durchführung einer RoB-Bewertung) wurden in der Evidenztabelle (separates Dokument zur Leitlinie) vermerkt.

Zur Bewertung des Verzerrungsrisikos eingeschlossener RCTs wurde das "*Revised Cochrane Risk-of-Bias Tool for randomized trials*" [21] verwendet. Drei Mitarbeiter*innen führten unabhängig voneinander die jeweiligen Beurteilungen durch. Mögliche Konflikte in der Einschätzung wurden per Diskussion geklärt. Entsprechend der Methodik des RoB 2.0 Tools führte die Einschätzung einer Domäne mit "*some concerns*" oder "*high risk of bias*" zur einer analogen Gesamtbeurteilung. Zur Visualisierung wurde das Robvis-Tool von McGuinness et al. (2021) [22] eingesetzt. (siehe Abbildungen Abbildung 7, Abbildung 8, Abbildung 9).

4.2.4.6 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Abbildung 6 stellt den Prozess der Literaturrecherche dar. Die systematische Literatursuche nach Level 1 Studien in PRIMO identifizierte 3868 Literaturstellen. Mittels Handsuche konnten weitere 47 Studien identifiziert werden. 25 Duplikate wurden entfernt. Die Publikationen wurden zunächst anhand von Titel und Abstract beurteilt. Von diesen wurden 3792 als sicher nicht relevant für die Fragestellung eingeordnet und deshalb ausgeschlossen. Für 98 potenziell relevante Literaturstellen wurde der Volltext gesucht. Der Volltext einer Literaturstelle konnte nicht gefunden werden. Die anschließende Volltextprüfung ergab den Ausschluss von 41 Artikeln entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien. Im Ergebnis wurden 56 Artikel in die Evidenzaufbereitung eingeschlossen. 31 Artikel beschrieben Musiktherapie, 11 Kunsttherapie und 8 Tanztherapie. 6 Artikel beschrieben übergreifende Studien zu künstlerischen Therapien.

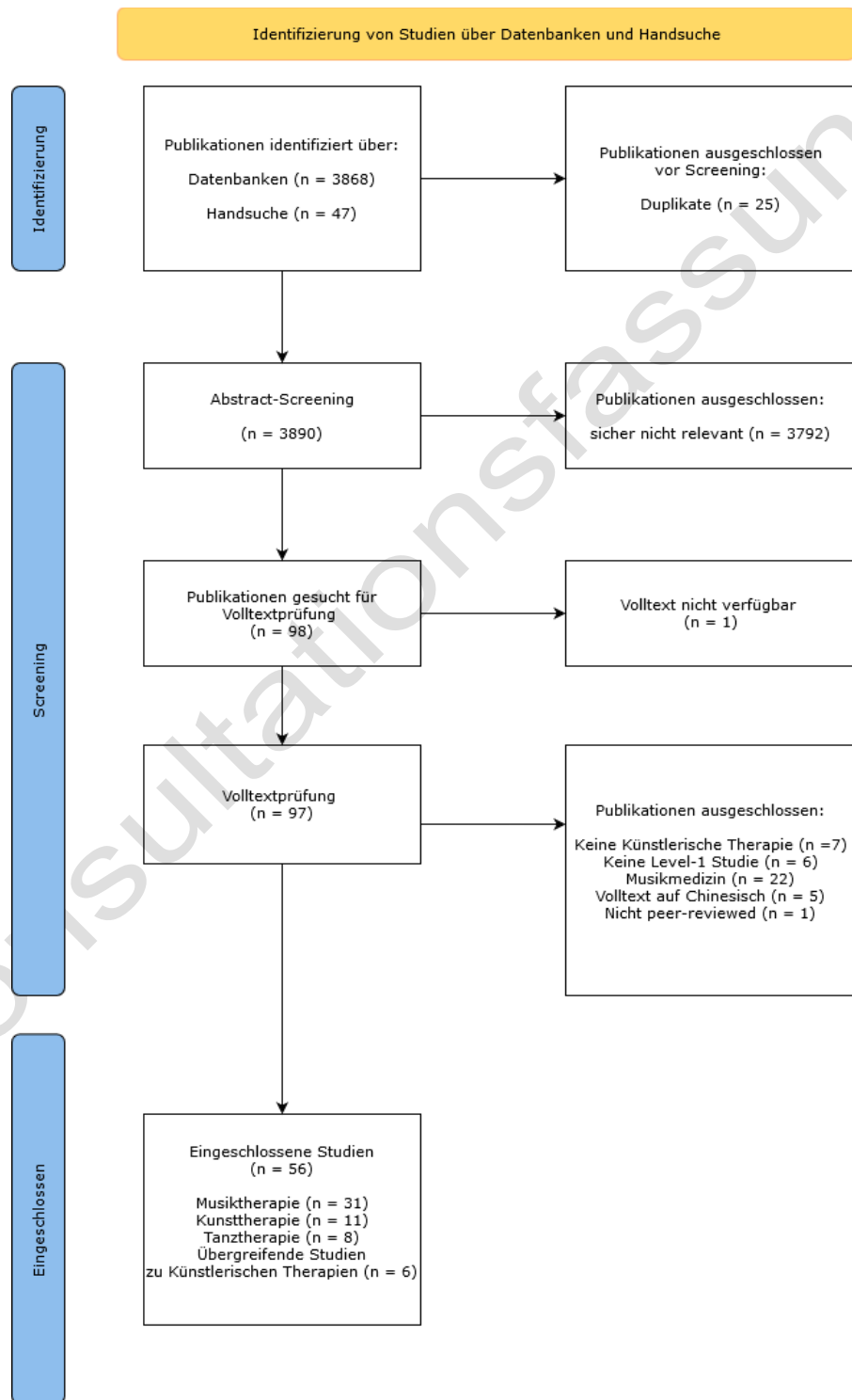


Abbildung 6. Flussdiagramm zur Literaturrecherche zu Künstlerischen Therapien

4.2.4.7 Ergebnisse der Beurteilung der methodischen Qualität eingeschlossener Studien

Abbildungen 7-9 zeigen die Ergebnisse der Bewertung des Verzerrungsrisikos der eingeschlossenen RCTs für Kunsttherapie, Tanztherapie und Musiktherapie mittels des "Revised Cochrane Risk-of-Bias Tool for randomized trials" [21].

Study	Risk of bias domains					Overall
	D1	D2	D3	D4	D5	
Czamanski-Cohen 2019	+	+	X	+	+	X
Jalabadani & Borji 2018	+	+	+	+	+	+
Jang 2016	+	+	+	+	+	+
Joly 2016	+	+	X	+	+	X
Monti 2013	+	+	X	+	+	X
Öster 2014	+	+	+	+	+	+
Radl 2018	+	+	X	+	+	X

Domains:
 D1: Bias arising from the randomization process.
 D2: Bias due to deviations from intended intervention.
 D3: Bias due to missing outcome data.
 D4: Bias in measurement of the outcome.
 D5: Bias in selection of the reported result.

Judgement
 X High
 + Low

Abbildung 7. Bewertung des Verzerrungsrisikos mittels RoB2-Tool für RCTs zu Kunsttherapie

Study	Risk of bias domains					Overall
	D1	D2	D3	D4	D5	
Crane-Okada	+	-	+	+	+	-
Ho 2016	+	-	+	+	+	-

Domains:
 D1: Bias arising from the randomization process.
 D2: Bias due to deviations from intended intervention.
 D3: Bias due to missing outcome data.
 D4: Bias in measurement of the outcome.
 D5: Bias in selection of the reported result.

Judgement
 - Some concerns
 + Low

Abbildung 8. Bewertung des Verzerrungsrisikos mittels RoB2-Tool für RCTs zu Tanztherapie

Study	Risk of bias domains					Overall
	D1	D2	D3	D4	D5	
Alcantara-Silva 2018	+	+	-	+	+	-
Cook 2013	+	+	X	-	+	X
Bradt 2015	+	+	+	+	+	+
Bieligmeier 2018	+	+	+	+	+	+
Bates 2017	+	+	X	+	-	X
Dóro 2017	+	+	+	+	-	-
Fredenburg 2014 (a)	+	+	+	+	+	+
Fredenburg 2014 (b)	+	+	+	+	+	+
Gutgsell 2013	+	+	+	+	-	-
Letwin 2017	+	+	+	+	+	+
Lin 2012	+	+	+	+	+	+
Moradian 2015	+	+	-	+	-	-
Palmer 2015	+	+	+	+	+	+
Porter 2018	+	+	X	+	+	X
Ratcliff 2014	+	+	+	+	+	+
Robb 2014	+	+	+	+	+	+
Romito 2013	+	+	+	+	+	+
Rosenow 2014	+	+	-	+	+	-
Rossetti 2017	+	+	+	+	+	+
Tuinmann 2017	+	+	-	+	+	-
Verstegen 2016	+	+	+	+	+	+
Warth 2015	+	+	+	+	+	+
Yates 2014	+	+	-	+	+	-
Zhou 2015	+	+	+	+	+	+

Domains:
 D1: Bias arising from the randomization process.
 D2: Bias due to deviations from intended intervention.
 D3: Bias due to missing outcome data.
 D4: Bias in measurement of the outcome.
 D5: Bias in selection of the reported result.

Judgement
 High
 Some concerns
 Low

Abbildung 9. Bewertung des Verzerrungsrisikos mittels RoB2-Tool für RCTs zu Musiktherapie

4.2.5 Ergotherapie (2011 – 2020, Kapitel 9.2)

Ergotherapie wird laut dem Deutschen Verband Ergotherapie e. V. (<https://dve.info/ergotherapie/definition>) definiert als therapeutisches Verfahren, das Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind, unterstützt und begleitet. Ziel der Ergotherapie ist es, die Patient*innen bei der Durchführung von Betätigungen, u. a. aus den Bereichen Selbstversorgung und Freizeit, die für sie bedeutungsvoll sind, in ihrer persönlichen Lebenswelt zu stärken. Spezifische Aktivitäten, die Anpassung der Umwelt an individuelle Bedürfnisse sowie therapeutische Beratung sollen es dem Menschen ermöglichen, seine*ihre Handlungsfähigkeit im Alltag bestmöglich zu erhalten oder wiederherzustellen, gesellschaftliche Teilhabe, Lebensqualität und Wohlbefinden zu erreichen oder zu erhalten.

Für die Aktualisierung der S3-Leitlinie Psychoonkologie wurde im Zeitraum 2011 – 2020 eine systematische Literaturrecherche nach randomisiert kontrollierten Studien (RCTs) durchgeführt, die die Wirksamkeit psychosozial ausgerichteter ergotherapeutischer Interventionen bei Krebspatient*innen untersuchte.

Des Weiteren wurden zwei systematischen Übersichtsarbeiten ([23], [24]), welche die Grundlage für die Empfehlungen der onkologischen Leitlinie des amerikanischen Ergotherapie-Verbandes [25] bilden, als aggregierte Evidenz mit einbezogen.

4.2.5.1 Kriterien der Studienauswahl

Die Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Literaturrecherche zwischen 2011 - 2020 wurden gemäß dem PICO(S)-Schema beschrieben. In Tabelle 24 werden die Ein- und Ausschlusskriterien zusammenfassend dargestellt.

Studiendesign (S):

Eingeschlossen wurden randomisierte kontrollierte Studien (RCTs).

Population (P):

Eingeschlossen wurden erwachsene Menschen, die formell die Diagnose Krebs erhalten haben. Eine Einschränkung nach Tumorart, Lokalisation, Stadium der Erkrankung, Behandlungsstatus und Zeit seit Diagnoseerstellung, wurde nicht vorgenommen. Ausgeschlossen wurden Studien, bei denen der größere Teil der Teilnehmer eine abweichende Diagnose hat.

Intervention (I):

Die Einschlusskriterien erfüllten Publikationen, die psychosoziale bzw. psychoonkologische Interventionen untersuchten, auch in Kombination mit physischen Komponenten wie Bewegung, die persönlich (Face-to-Face, telefonisch oder per Videotelefonie) erbracht oder in Kombination mit verschiedenen Medien (Instruktionsmanual etc.) von eine*r Ergotherapeut*in durchgeführt wurden. Interventionen, die auf eine Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. eine Wiedereingliederung in eine Beschäftigung zielten, wurden im Hinblick auf die Förderung gesellschaftlicher Teilhabe ebenfalls eingeschlossen.

Ausgeschlossen wurden alle Interventionen, die ausschließlich über den Einsatz von Medien erfolgten sowie Selbsthilfeinterventionen.

In Absprache mit dem Leitlinienkoordinator wurden ebenfalls Studien zu Interventionen ausgeschlossen, die aufgrund der Leitliniensystematik thematisch im Kapitel 8 "Psychoonkologische Interventionen" berichtet werden (z. B. Entspannungsverfahren oder

(Psycho-)Edukation). Ausgeschlossen wurden auch Einzelstudien, deren Fokus stark motorisch-funktionell gesetzt war, z. B. Schlucktraining bei Halstumoren oder ausschließliches Bewegungstraining bei Lymphödem nach Brustkrebs.

Vergleichsbedingung (Comparison, C):

Als Vergleichsbedingung wurde jede andere Art der Versorgung (z. B. care as usual) akzeptiert.

Zielkriterien (Outcomes, O):

Es wurden Publikationen eingeschlossen, in deren Fokus die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die psychische Verfassung, Angst, Depressivität standen, aber auch körperliche Beschwerden, wie Fatigue oder ein eingeschränktes Bewegungsausmaß, die sich hinderlich auf die Teilhabe am Alltags- und Familienleben, an der Arbeit und im Freizeitbereich auswirken können.

Tabelle 24: Ein- und Ausschlusskriterien zur Evidenzbestimmung ergotherapeutischer Interventionen

Population	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	erwachsene Krebspatienten, alle Tumordiagnosen und Stadien, unabhängig von Behandlungsstatus und Zeit seit Diagnose	(überwiegend) andere Diagnosen
Intervention	persönlich erbrachte (face-to-face und/oder telefonisch/Videotelefonie) und medial unterstützte Interventionen psychosozialer Inhalt Intervention durch Ergotherapeut*innen erbracht	ausschließliche Vermittlung via Internet, Broschüre, Telefon, Selbsthilfe
Vergleichsbedingung	andere Arten der Versorgung (z. B. usual care)	
Zielkriterien	gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychische Belastung, Angst, Depressivität körperliche Beschwerden (insbesondere Fatigue, Schwellung, eingeschränktes Bewegungsausmaß)	
Studientypen	RCTs	

4.2.5.2 Suchstrategie

Die elektronische Literaturrecherche wurde in folgenden Datenbanken durchgeführt:

- MEDLINE ALL via Pubmed
- Epistemonikos
- Livivo
- OTseeker

Eine detaillierte Auflistung der verwendeten Suchstrings geben die Tabellen 25 bis 30. Eine Einschränkung nach Sprache der Publikation wurde nicht vorgenommen.

Es wurden bei der Suche in Medline sowohl Medical Subject Headings (MeSH) als auch freie Suchbegriffe mit sprachlichen Variationen verwandt.

Eine weiteres RCT [26] wurde im kollegialen Austausch zugesandt, entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft und eingeschlossen.

Tabelle 25: Suche in Medline via Pubmed

#	Suchbegriff	Treffer
Suche durchgeführt am 31.07.2020 (Medline via PubMed)		
1	(cancer[Title/Abstract] OR oncolog*[Title/Abstract] OR sarcoma[Title/Abstract] OR melanoma[Title/Abstract] OR Leukemia[Title/Abstract] OR Leukaemia[Title/Abstract] OR neoplasm[Title/Abstract]) AND (patient*[Title/Abstract] OR adult*[Title/Abstract] OR participant*[Title/Abstract] OR women[Title/Abstract] OR survivor*[Title/Abstract])	1137299
2	wellbeing[Title/Abstract] OR depression[Title/Abstract] OR fatigue[Title/Abstract] OR anxiety[Title/Abstract] OR sleep[Title/Abstract] OR stress[Title/Abstract] OR "Activities of daily living"[Title/Abstract] OR ADL[Title/Abstract] OR relax*[Title/Abstract] OR participation[Title/Abstract] OR psychosocial[Title/Abstract] OR pain[Title/Abstract] OR leisure[Title/Abstract] OR "quality of life"[Title/Abstract] OR "self-efficacy"[Title/Abstract] OR burden[Title/Abstract]	2664879
3	occupation*[Title/Abstract] OR education*[Title/Abstract] OR activit*[Title/Abstract] OR counsel*[Title/Abstract] OR training[Title/Abstract] OR creativ*[Title/Abstract] OR recreat*[Title/Abstract]	4111250
4	"occupational therap*"[Text Word]	20230
5	occupational therapy[MeSH Terms]	13228
6	#1 AND #2 AND #3	30571
7	#4 OR #5	20230
8	#6 AND #7	181
+ Filter: ab 2011, Adult, 19+ years		
Resultat		61

Tabelle 26: Suche in Medline via PubMed

#	Suchbegriff	Treffer
Suche durchgeführt am 31.07.2020 (Medline via PubMed)		
1	(Therapy/Broad[filter] AND ("occupational therapy" AND cancer) + Filters: 2011 - 2020	176
2	#1 + Filters: Adult, 19+ years	111
Resultat		111

Tabelle 27: Suche in Medline via PubMed

#	Suchbegriff	Treffer
Suche durchgeführt am 31.07.2020 (Medline via PubMed)		
1	(Therapy/Broad[filter] AND ("occupational therapy intervention" AND cancer)	6
Resultat		6

Tabelle 28: Suche in OTseeker

#	Boolesche Operatoren	Suchfeld	Suchbegriff	Treffer
Suche durchgeführt am 01.07.2020 (OTseeker)				
1		[Diagnosis/Subdiscipline]	Oncology / palliative care	
2	AND	[Year Published]	2011 to 2020	
3	AND	[Title/Abstract]	Wellbeing OR depression OR fatigue OR anxiety OR sleep OR stress OR Activities OR ADL OR psychosocial OR participation OR pain OR leisure	
Resultat				97

Tabelle 29: Suche in Epistemonikos

#	Boolesche Operatoren	Suchfeld	Suchbegriff	Treffer
Suche durchgeführt am 07.07.2020 (Epistemonikos)				
1		[Diagnosis/Subdiscipline]	cancer OR oncolog* OR sarcoma OR melanoma OR Leukemia OR Leukemia OR neoplasm*	
2	AND	[Year Published]	Patient* OR adult* OR participant* OR women OR survivor*	
3	AND	[Title/Abstract]	occupation* OR education* OR activit* OR training OR creativ* OR recreat* OR manage* OR adapt*	
4	AND	[Title/Abstract]	intervention	
5	AND	[Title/Abstract]	wellbeing OR depression OR fatigue OR anxiety OR sleep OR stress OR "Activities of daily living" OR ADL OR relax* OR participation OR psychosocial OR pain OR leisure OR "quality of life" OR "self-efficacy" OR burden	
6	NOT	[Title/Abstract]	Yoga OR resistance OR endurance OR child* OR nursing OR psychologist OR qigong OR "tai chi" OR tai-chi OR "Qi Gong" OR pilot OR dance	
+ Filter: last 10 years				526
davon				
Systematic Reviews + Filter: Review Question: Intervention				58
Broad Synthesis				12
Structured summaries				2
RCT				59
Resultat bereinigt				131

Tabelle 30: Suche in Livio

#	Boolesche Operatoren	Suchfeld	Suchbegriff	Treffer
Suche durchgeführt am 01.07.2020 (Livio)				
1		[Keyword]	occupational therapy	
2	AND	[Keyword]	cancer	
3	AND	[Year]	2011-2020	
Resultat				15

4.2.5.3 Auswahlprozess

Alle identifizierten Publikationen wurden in eine elektronische Datenbank eingefügt.

Im Zuge des Auswahlprozesses fand eine regelmäßige Rücksprache zwischen der Arbeitsgruppe und dem Leitlinienkoordinator statt um Unklarheiten bezüglich der Auswahl und Zuordnung von Studien zu klären.

Schritt 1: Screening von Titeln / Abstracts

Nach dem Entfernen der Duplikate wurden die Ergebnisse der elektronischen Recherchen in einem ersten Schritt anhand von Titel und Abstract von einer Bewertenden hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Nur sicher nicht relevante Studien wurden ausgeschlossen.

Schritt 2: Prüfung von Volltextartikeln

Von potenziell relevanten Publikationen wurden die Volltexte beschafft und von einer Bewertenden hinsichtlich ihrer Eignung geprüft. Unklarheiten zum Ein- oder Ausschluss einer Studie wurden mit der Arbeitsgruppenleiterin der AG G diskutiert und ein Konsens herbeigeführt.

4.2.5.4 Datenextraktion

Die Extraktion der Daten erfolgte standardisiert in eine Evidenztabelle (separates Dokument zur Leitlinie) und umfasste Angaben zu dem Herkunftsland der Untersuchung, dem Publikationsjahr, der Fallzahl, dem Alter, dem Geschlecht der Teilnehmenden, der Art der Erkrankung, der Art der Intervention(en), den beteiligten Berufsgruppen, der Art der Darbringung, der Interventionsdauer, den Outcomes, inkl. der benutzten Assessment-Instrumente und dem Zeitpunkt der Erhebungen

4.2.5.5 Beurteilung der methodischen Qualität der ausgewählten Studien

Die Beurteilung der methodischen Qualität der Studien erfolgte mit Hilfe der PEDro-Skala (<https://pedro.org.au/english/resources/pedro-scale/>, letzter Zugriff 28.04.2022) bestehend aus folgenden Kriterien: (1) Randomisierte Gruppenzuteilung, (2) Verdeckte Zuordnung zu den Gruppen, (3) Vergleichbarkeit der Gruppen vor der Intervention, (4) Verblindung des Beurteilenden, (5) Verblindung des*der Therapeut*in, (6) Verblindung der Patient*innen, (7) adäquate Follow-up Untersuchung, d. h. mindestens einer der relevanten Endpunkte wurde bei mindestens 85 % der Teilnehmenden, die ursprünglich einer

der Gruppen zugeordnet wurden, erhoben; (8) Intention-to-treat-Analyse, (9) statistischer Vergleich zu mindestens einem der relevanten Endpunkte und (10) Angaben von Punkt- und Streuungsmaßen für mindestens einen der relevanten Endpunkte. Ergänzend wird erfasst, ob in der Studie die Einschlusskriterien berichtet werden. Diese Bewertung fließt jedoch nicht in die Gesamtpunktzahl der PEDro-Skala ein.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass eine Verblindung von Teilnehmenden und Therapeut*innen im Kontext psychosozialer Interventionen in der Regel nicht durchführbar ist.

4.2.5.6 **Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche**

Abbildung 10 stellt den Prozess der Literaturrecherche dar. Die systematische Literatursuche nach RCTs in den vier Datenbanken identifizierte 421 (vor Entfernung von 45 Duplikaten) Literaturstellen. Zusätzlich wurde ein RCT im kollegialen Austausch zugesandt. Die Publikationen wurden zunächst anhand von Titel und Abstract beurteilt. Von diesen wurden 273 als sicher nicht relevant für die Fragestellung eingeordnet und deshalb ausgeschlossen. 104 potenziell relevante Literaturstellen wurden im Volltext geprüft. Davon wurden 99 entsprechend der Ein- und Ausschlusskriterien vom weiteren Bewertungsprozess ausgeschlossen. Im Ergebnis wurden 5 RCTs in die Evidenzauflistung eingeschlossen.

Neben der systematischen Literatursuche wurde zusätzlich die Ergotherapie-Leitlinie des US-amerikanischen Ergotherapieverbandes [25] berücksichtigt. Diese basiert auf zwei systematischen Übersichtsarbeiten [23] [24], deren Einschlusskriterien breiter als die oben genannten ausgelegt sind.

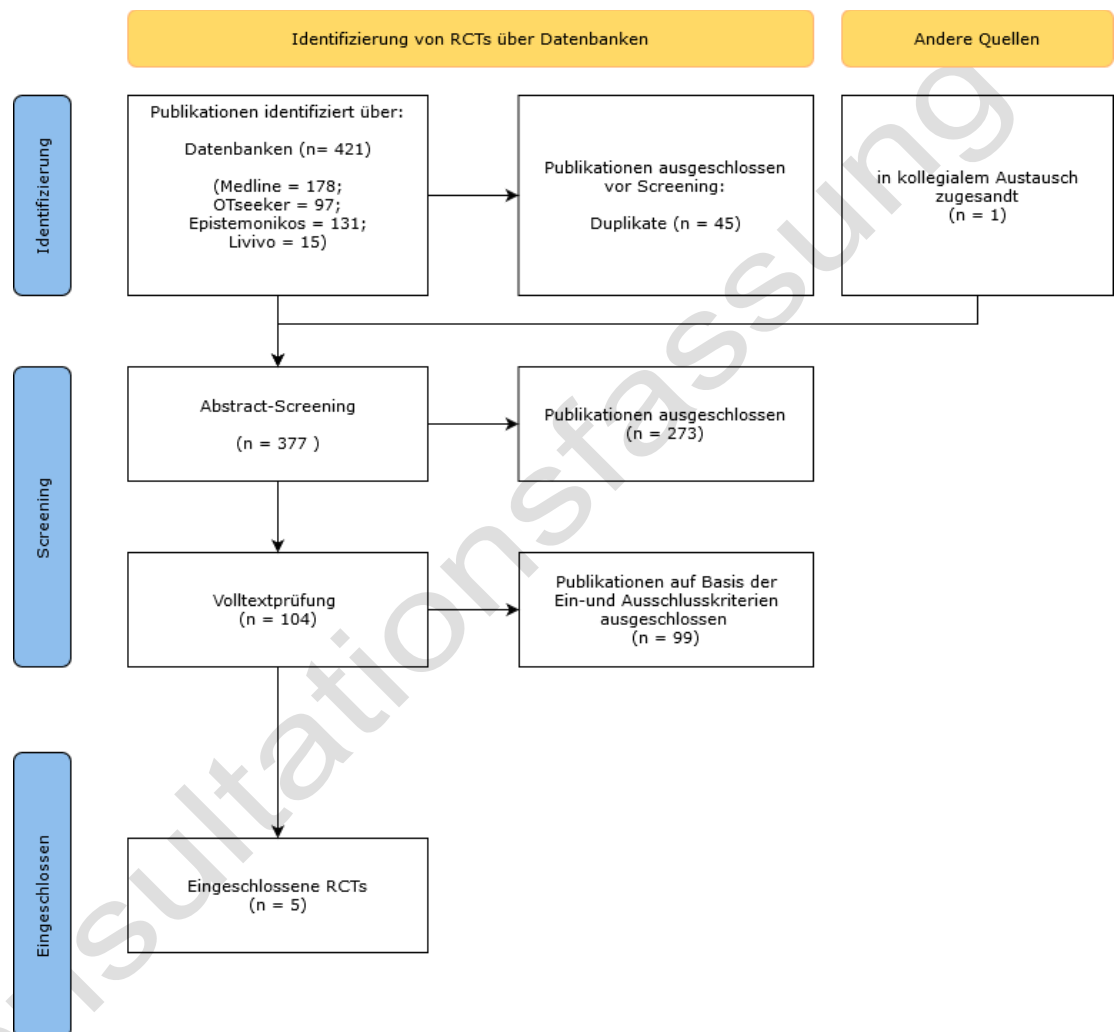


Abbildung 10. Flussdiagramm zur Literaturrecherche zu ergotherapeutischen Interventionen (RCTs)

4.2.5.7 Ergebnisse der Beurteilung der methodischen Qualität eingeschlossener Studien

In Tabelle 31 sind die Ergebnisse der Qualitätsbeurteilung der fünf eingeschlossenen RCTs mittels der PEDro-Skala aufgeführt.

Tabelle 31: Bewertung der methodischen Qualität – RCTs zu ergotherapeutischen Interventionen (2011 – 2020)

	Interne Validität								Statistische Angaben	
	Rando- mi- sierte Grup- pen-zu- teilung	Ver- deckte Zuord- nung zu den Grup- pen	Vergleichbar- keit der Grup- pen vor der Intervention	Verblin- dung Be- urteiler- *in	Verblin- dung Thera- peut*in	Verblin- dung Pa- tient*in	adä- quate Follow- up Un- ter- such- ung	Intention to treat- Analyse	statistische Vergleiche zu mind. einem der relevanten Endpunkte	Punkt- und Streuungs- maße
Huri 2015 [27] Türkei	ja	nein, k. A.	ja	nein, k. A.	nein	nein	ja	nein, k. A.	ja	ja
Petru- sevi- ciene 2018 [28] Litauen	ja	nein, k. A.	ja	nein	nein	nein, k. A.	ja	nein, k. A.	ja	ja
Pi- legaard 2018 [29] Däne- mark	ja	ja	ja	ja	nein	nein, k. A.	nein	nein	ja	ja

	Interne Validität								Statistische Angaben	
	Rando- mi- sierte Grup- pen-zu- teilung	Ver- deckte Zuord- nung zu den Grup- pen	Vergleichbar- keit der Grup- pen vor der Intervention	Verblin- dung Be- urteiler- *in	Verblin- dung Thera- peut*in	Verblin- dung Pa- tient*in	adä- quate Follow- up Un- ter- such- ung	Intention to treat- Analyse	statistische Vergleiche zu mind. einem der relevanten Endpunkte	Punkt- und Streuungs- maße
Purcell 2011 [30] Austra- lien	ja	ja	nein	ja	nein	nein, k. A.	nein	nein	ja	ja
Sadeghi 2016 [26] Iran	ja	nein, k. A.	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja

4.3 Kapitel im Expert*innenkonsens

Für Kapitel 3.4 wurde die systematische Literaturrecherche aus der ersten Version der Leitlinie (Version 1.2, Januar 2014) aktualisiert. Für alle anderen Kapitel (Kapitel 4, 5, 8.6, 8.7, 9.1, 10, 11, und 12) wurden nicht-systematische Recherchen durchgeführt. Die Bearbeitung erfolgte in den für die jeweiligen Kapitel verantwortlichen Arbeitsgruppen (siehe Langversion). Die Einschätzung der Relevanz und Gewichtung der Studienergebnisse wurde von den Expert*innen in den Arbeitsgruppen vorgenommen und sind Grundlage der jeweiligen Empfehlungen auf Basis eines Expert*innenkonsens.

4.4 Schema der Evidenzklassifikation

[z. B. Nach Oxford Version 2009]

Tabelle 32: Schema der Evidenzgraduierung nach Oxford (Version März 2009)

Level	Therapy / Prevention, Aetiology / Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis / symptom prevalence study	Economic and decision analyses
1a	SR (with homogeneity) of RCTs	SR (with homogeneity) inception cohort studies; CDR validated in different populations	SR (with homogeneity) of Level 1 diagnostic studies; CDR with 1b studies from different clinical centers	SR (with homogeneity) of prospective cohort studies	SR (with homogeneity) of Level 1 economic studies
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval)	Individual inception cohort study with > 80% follow-up; CDR validated in a single population	Validating cohort study with good reference standards; or CDR tested within one clinical centre	Prospective cohort study with good follow-up	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses
1c	All or none§	All or none case-series	Absolute SpIns and SnNouts” “	All or none case-series	Absolute better-value or worse-value analyses” ” “

Level	Therapy / Prevention, Aetiology / Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis / symptom prevalence study	Economic and decision analyses
2a	SR (with homogeneity) of cohort studies	SR (with homogeneity) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs	SR (with homogeneity) of Level >2 diagnostic studies	SR (with homogeneity) of Level 2b and better studies	SR (with homogeneity) of Level >2 economic studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)	Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR or validated on split-sample only	Exploratory cohort study with good reference standards; CDR after derivation, or validated only on split-sample or databases	Retrospective cohort study, or poor follow-up	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses
2c	"Outcomes" Research; Ecological studies	"Outcomes" Research		Ecological studies	Audit or outcomes research
3a	SR (with homogeneity) of case-control studies		SR (with homogeneity) of 3b and better studies	SR (with homogeneity) of 3b and better studies	SR (with homogeneity) of 3b and better studies
3b	Individual Case-Control Study		Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards	Non-consecutive cohort study; or very limited population	Analysis based on limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses incorporating clinically sensible variations

Level	Therapy / Prevention, Aetiology / Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis / symptom prevalence study	Economic and decision analyses
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies)	Case-series (and poor quality prognostic cohort studies)	Case-control study, poor or non-independent reference standard	Case-series or super-seeded reference standards	Analysis with no sensitivity analysis
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"

* By homogeneity we mean a systematic review that is free of worrisome variations (heterogeneity) in the directions and degrees of results between individual studies. Not all systematic reviews with statistically significant heterogeneity need be worrisome, and not all worrisome heterogeneity need be statistically significant. As noted above, studies displaying worrisome heterogeneity should be tagged with a "-" at the end of their designated level.

" Clinical Decision Rule. (These are algorithms or scoring systems that lead to a prognostic estimation or a diagnostic category.)

"_i See note above for advice on how to understand, rate and use trials or other studies with wide confidence intervals.

§ Met when all patients died before the Rx became available, but some now survive on it; or when some patients died before the Rx became available, but none now die on it.

§§ By poor quality cohort study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both exposed and non-exposed individuals and/or failed to identify or appropriately control known confounders and/or failed to carry out a sufficiently long and complete follow-up of patients. By poor quality case-control study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both cases and controls and/or failed to identify or appropriately control known confounders.

§§§ Split-sample validation is achieved by collecting all the information in a single tranche, then artificially dividing this into "derivation" and "validation" samples.

" " An "Absolute SpPin" is a diagnostic finding whose Specificity is so high that a Positive result rules-in the diagnosis. An "Absolute SnNout" is a diagnostic finding whose Sensitivity is so high that a Negative result rules-out the diagnosis.

"_i Good, better, bad and worse refer to the comparisons between treatments in terms of their clinical risks and benefits.

" " " Good reference standards are independent of the test, and applied blindly or objectively to applied to all patients. Poor reference standards are haphazardly applied, but still independent of the test. Use of a non-independent reference standard (where the 'test' is included in the 'reference', or where the 'testing' affects the 'reference') implies a level 4 study.

" " " " Better-value treatments are clearly as good but cheaper, or better at the same or reduced cost. Worse-value treatments are as good and more expensive, or worse and the equally or more expensive.

Level	Therapy / Prevention, Aetiology / Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis / symptom prevalence study	Economic and decision analyses
-------	--	-----------	-----------	---	--------------------------------

** Validating studies test the quality of a specific diagnostic test, based on prior evidence. An exploratory study collects information and trawls the data (e.g. using a regression analysis) to find which factors are 'significant'.

*** By poor quality prognostic cohort study we mean one in which sampling was biased in favour of patients who already had the target outcome, or the measurement of outcomes was accomplished in <80% of study patients, or outcomes were determined in an unblinded, non-objective way, or there was no correction for confounding factors.

**** Good follow-up in a differential diagnosis study is >80%, with adequate time for alternative diagnoses to emerge (for example 1-6 months acute, 1 - 5 years chronic)

Konsultation

Tabelle 33: Schema der Evidenzgraduierung nach SIGN³

Grad	Beschreibung
1++	Qualitativ hochwertige Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit sehr geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)
1+	Gut durchgeführte Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)
1-	Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit hohem Risiko systematischer Fehler (Bias)
1 - -	Alle-oder-Keiner
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 signifikantem Risiko, dass die Beziehung nicht ursächlich ist
3	Nicht-analytische Studien, z.B. Fallberichte, Fallserien
4	Expertenmeinung

³ Bewertung nach SIGN nur für die Screening Instrumente Tabelle 20

4.5 Formulierung der Empfehlung und formale Konsensusfindung

4.5.1 Schema der Empfehlungsgraduierung

In der Leitlinie werden zu allen evidenzbasierten Statements und Empfehlungen das Evidenzlevel der zugrunde liegenden Studien (für Screening-Fragestellungen nach SIGN-Klassifikation, ansonsten Oxford-Klassifikation, siehe Kapitel 5.4) sowie bei Empfehlungen zusätzlich die Stärke der Empfehlung (Empfehlungsgrad) ausgewiesen. Hinsichtlich der Stärke der Empfehlung werden drei Empfehlungsgrade unterschieden (siehe Tabelle 34), die sich auch in der Formulierung der Empfehlungen jeweils widerspiegeln.

Die OL-Methodik sieht die Vergabe von Empfehlungsgraden durch die Leitlinien-Autoren im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens vor. Dementsprechend wurde ein durch die AWMF moderierter, mehrteiliger nominaler Gruppenprozess durchgeführt. Am Ende dieses Gruppenprozesses wurden die Empfehlungen von den stimmberechtigten Mandatsträgern formal abgestimmt. Die Ergebnisse der jeweiligen Abstimmungen sind in der Langversion der Leitlinie ebenfalls den Empfehlungen zugeordnet.

Tabelle 34: Empfehlungsgraduierung

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

4.5.2 Festlegung des Empfehlungsgrades

Grundsätzlich erfolgte eine Anlehnung der evidenzbasierten Empfehlungen hinsichtlich ihres Empfehlungsgrades an die Stärke der verfügbaren Evidenz (siehe Abbildung 11), d.h. ein hoher Evidenzgrad (z.B. Metaanalysen/systematische Übersichten von RCTs oder mehrere methodisch hochwertige RCTs), d.h. eine hohe Sicherheit bzgl. der Ergebnisse soll in der Regel auch zu einer starken Empfehlung (Empfehlungsgrad A, „soll“) führen.

Zusätzlich wurden weitere Kriterien bei der Wahl des Empfehlungsgrades berücksichtigt. Diese folgenden berücksichtigten Kriterien konnten zu einem Abweichen der Empfehlungsstärke nach oben oder unten führen:

1. **Konsistenz** der Studienergebnisse

Bsp.: Die Effektschätzer der Studienergebnisse gehen in unterschiedliche Richtungen und zeigen keine einheitliche Tendenz.

2. **Klinische Relevanz** der Endpunkte und Effektstärken

Bsp.: Es liegen zwar Studien mit Ergebnissen in eine Richtung vor, jedoch wird die Bedeutung der gewählten Endpunkte und/oder Effektstärken als nicht relevant eingeschätzt.

3. **Nutzen-Risiko-Verhältnis**

Bsp.: Dem nachgewiesenen Nutzen einer Intervention steht ein relevanter Schadensaspekt gegenüber, der gegen eine uneingeschränkte Empfehlung spricht.

4. Ethische Verpflichtungen

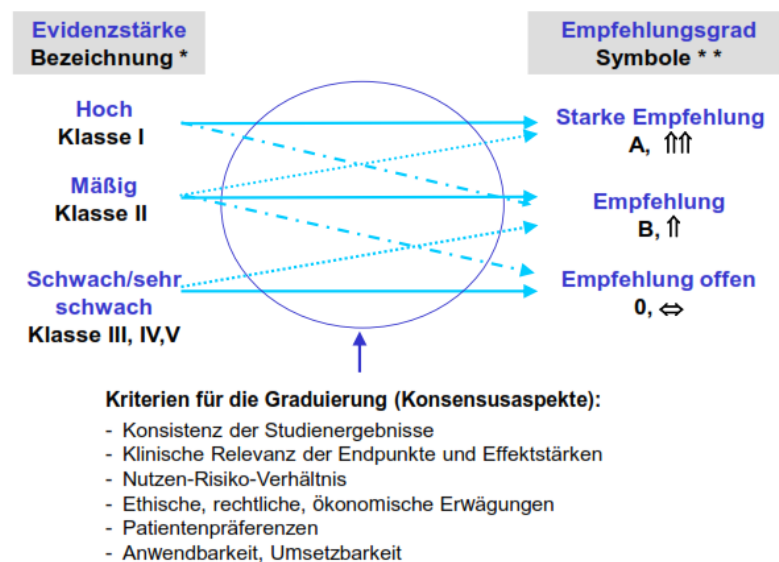
Bsp.: Downgrading: Aus ethischen Gründen kann eine Intervention mit nachgewiesenem Nutzen nicht uneingeschränkt angeboten werden. Upgrading: Starke Empfehlung auf Basis von z.B. Fall-Kontroll-Studien, da aus ethischen Gründen ein RCT nicht durchführbar ist.

5. Patientenpräferenzen

Bsp.: Eine Intervention mit nachgewiesenem Nutzen wird nicht stark empfohlen, da sie von den Patient*innen als belastend oder nicht praktikabel abgelehnt wird.

6. Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit in der Versorgung

Bsp.: Eine Intervention mit nachgewiesenen positiven Effekten kann nicht empfohlen werden, weil sie im regionalen Versorgungssystem aus strukturellen Gründen nicht angeboten werden kann.



*: blau = Evidenzstärke nach GRADE bzgl. des gesamten ‚body of evidence‘, schwarz = Evidenzklassifikation bzgl. Einzelstudien, z.B. nach Oxford;
 **: Empfehlungsgraduierung im Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. Die Empfehlungen werden nach Möglichkeit analog formuliert: Starke Empfehlung: „soll“; (abgeschwächte) Empfehlung: „sollte“; Negativ-Empfehlungen werden entweder rein sprachlich ausgedrückt („nicht“ / „kann verzichtet werden“) bei gleichen Symbolen oder sprachlich mit zusätzlich nach unten gerichteten Pfeilen; Offene Empfehlungen drücken eine Handlungsoption in Unsicherheit aus („kann erwogen werden“ / „kann verzichtet werden“).

Quelle: modifiziert AWMF-Regelwerk [33]

Abbildung 11: Schema zur Darstellung der Kriteriengestützten Entscheidungsprozesse bei der Wahl des Empfehlungsgrades.

Entscheidungen nach Expert*innenkonsens (EK)

Empfehlungen, die auf der Grundlage eines Expert*innenkonsens und nicht auf der Basis einer systematischen Suche und Bewertung oder einer Leitlinienadaptation beschlossen

wurden, sind als solche mit der Graduierung „EK“ ausgewiesen. Die Stärke der Empfehlung ergibt sich hier implizit aus der Ausdrucksweise (soll/sollte/kann, siehe Tabelle 34).

4.5.3 Formale Konsensusverfahren und Konsensuskonferenzen

Die Verabschiedung und Graduierung der Empfehlungen und Statements erfolgten im Rahmen von vier Online-Konsensuskonferenzen unter Verwendung formaler Konsensusverfahren. Hierfür wurde die Plattform *Zoom-Meetings* verwendet und die Online-Abstimmungen erfolgte über *Vevox*. In Tabelle 35 ist eine Übersicht über die Termine gegeben, zu welchen die Vorabstimmungen und Konsensuskonferenzen stattfanden.

Tabelle 35: Zeiträume der Vorabstimmungen und Konsensuskonferenzen

Arbeitsschritt	Inhalt	Zeitraum
Online-Vorabstimmung	Online-Vorabstimmung zu den Statements und Empfehlungen der bisher aktualisierten Kapitel (Kap. 3, 4, 7, 8.6, 8.7, 10 und 12) mittels Survey Monkey	26.01.2021 – 01.02.2021
1. Konsensuskonferenz	9 – 13 Uhr als Online-Meeting <ul style="list-style-type: none"> Konsentierung von Empfehlungen / Statements der Kapitel 3, 4, 7, 8.6, 8.7 und 10 im Rahmen einer strukturierten Konsensuskonferenz. Kapitel 12 wurde aus Zeitgründen nicht abgestimmt und wurde auf die 2. Konsensuskonferenz verlegt. 	11.02.2021
Online-Vorabstimmung	Online-Vorabstimmung zu den Statements und Empfehlungen der bisher aktualisierten Kapitel (Kap. 5, 6, 8.8, 9) mittels Survey Monkey	21.05.2021 – 28.05.2021
2. Konsensuskonferenz	9 – 13 Uhr als Online-Meeting <ul style="list-style-type: none"> Konsentierung von Empfehlungen / Statements der Kapitel 5, 6, 9, 12 im Rahmen einer strukturierten Konsensuskonferenz. Es wurde entschieden, dass Kapitel 8.8 "Künstlerische Therapien" überarbeitet werden sollte. 	09.06.2021
Online-Vorabstimmung	Online-Vorabstimmung zu den Statements und Empfehlungen der bisher aktualisierten Kapitel (Kap. 8.8 und 11) mittels des Leitlinienprogramm Onkologie Content Management System	25.08.2021 – 13.09.2021
3. Konsensuskonferenz	9 – 11:30 Uhr als Online-Meeting <ul style="list-style-type: none"> Konsentierung von Empfehlungen / Statements der Kapitel 8.8 und 11 im Rahmen einer strukturierten Konsensuskonferenz. 	21.10.2021
Online-Vorabstimmung	Online-Vorabstimmung zu den Statements und Empfehlungen der bisher aktualisierten Kapitel (Kap. 8.1 – 8.5) mittels des Leitlinienprogramm Onkologie Content Management System	19.11.2021 – 29.11.2021
4. Konsensuskonferenz	9 – 13:00 Uhr als Online-Meeting <ul style="list-style-type: none"> Konsentierung von Empfehlungen / Statements der Kapitel 8.1 – 8.5 im Rahmen einer strukturierten Konsensuskonferenz. 	08.12.2021

Der Konsentierungsprozess erfolgte gemäß des AWMF-Regelwerks (siehe AWMF-Regelwerk (<http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>), Version 2.0 vom 19.11.2020) in den folgenden Schritten:

- Generierung von Änderungsvorschlägen der Teilnehmenden der jeweiligen AG
- Präsentation der abzustimmenden Empfehlungen im Plenum mittels einer Online-Vorabstimmung mit Kommentarmöglichkeit
- Online Konsensuskonferenz (nach NIH Typ)
 - Präsentation der abzustimmenden Empfehlungen im Plenum
 - Gelegenheit zu Rückfragen und Einbringung von begründeten Änderungsanträgen
 - Abstimmung der Empfehlungen oder Änderungsanträge
 - Bei Bedarf: Diskussion, Erarbeitung von Alternativvorschlägen und endgültige Abstimmung

Tabelle 36 gibt eine Übersicht über die Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke.

Tabelle 36: Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke

Konsensstärke	Prozentuale Zustimmung
Starker Konsens	> 95% der Stimmberechtigten
Konsens	>75 - 95% der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	50 - 75% der Stimmberechtigten
Dissens	<50% der Stimmberechtigten

5 Ableitung der Qualitätsindikatoren

Im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie werden Qualitätsindikatoren in einem standardisierten Prozess aus den Empfehlungen der Leitlinien abgeleitet. Die detaillierte Beschreibung der Methodik findet sich auf der Homepage des Leitlinienprogramms Onkologie [31].

Die Generierung der neuen Qualitätsindikatoren wurde in folgenden Schritten durchgeführt.

5.1 Bestandsaufnahme

Bei der Suche nach bereits definierten internationalen und nationalen Qualitätsindikatoren außerhalb des OL-Verfahrens erfolgte eine Einschränkung des Suchzeitraums auf die Zeit vom 6. Mai 2012 bis zum 6. Mai 2022. Es erfolgte eine Einschränkung auf die Sprachen Deutsch und Englisch.

Die Suche wurde in folgenden Quellen durchgeführt:

Literaturdatenbanken:

PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced>

Cochrane: <https://www.cochranelibrary.com/advanced-search>

Recherchestrategie und -vokabular richten sich nach den Möglichkeiten der jeweiligen Recherchequelle. Sie wurden entsprechend modifiziert und sind mit den internationalen Qualitätsindikatoren in der Anlage 1 dargelegt.

5.2 Vorbereitung 1. Online-Sitzung (Erstellung einer Prioritätsliste potentieller Qualitätsindikatoren)

Soweit möglich, wurden im Vorfeld der ersten Online-Sitzung (siehe 6.3) aus den im Update der Leitlinie neu hinzugekommenen bzw. modifizierten starken Empfehlungen (n= 2) potentielle Indikatoren mit Definition von Zähler und Nenner abgeleitet. Zudem wurden die den bestehenden Qualitätsindikatoren zugrundeliegenden Empfehlungen auf Änderungen geprüft. Diese Liste wurde den Mitgliedern der Arbeitsgruppe im Vorfeld des Anwesenheitstreffens zugesandt. Zugleich wurde eine orientierende internationale Recherche (Fokus auf aggregierte Evidenz) beauftragt.

5.3 1. Online-Sitzung (Diskussion und primäre Sichtung)

Die Sitzung der Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren (AG QI), die aus Mitgliedern der Leitliniengruppe und Vertretern der klinischen Krebsregister, des Zertifizierungssystems, der AWMF und des onkologischen Leitlinienprogramms (OL) bestand, fand am 05.04.2022 statt. In dem Treffen wurde den Teilnehmer*innen zunächst der Prozessablauf der Erstellung von Qualitätsindikatoren sowie das Bewertungsinstrument des OL erläutert.

Auf Basis von Informationen aus der klinischen Versorgung und der ggf. im Aktualisierungsverfahren geänderten zugrundeliegenden Empfehlung wurde durch die Arbeitsgruppe entschieden, ob der Qualitätsindikator ggf. modifiziert, bestehen bleiben soll oder nicht.

Ergebnisse der Diskussion und Bewertung der bisherigen Qualitätsindikatoren (2014):

- QI 1, QI 2 und QI 6: Eingabe der AG QI zur Aufnahme der Information über psychoonkologische Unterstützungsangebote, Krebs-Selbsthilfe und Angebot einer psychosozialen Beratung in die Patient*innenbefragungen der zertifizierten Zentren
- QI 3 (Psychoonkologisches Screening): Anpassung an den neuen, organübergreifend in Umsetzung befindlichen QI im Zertifizierungssystem (leitliniengerechtes Distress-Screening)
- QI 5 (Intervention bei Anpassungsstörung) wurde gestrichen, da die Information über eine ggf. vorhandene Anpassungsstörung häufig nicht vorliegt. Zudem sind die benötigten Instrumente i.d.R. in den Zentren nicht vorhanden.
- QI 7 (Fort- und Weiterbildung Ärzt*innen): Eingabe zur Aufnahme in die Erhebungsbögen
- Folgende starke Empfehlungen sind in den Erhebungsbögen der zertifizierten Zentren abgebildet und wurden folglich nicht als potentielle QI aufgenommen (Tabelle 37):

Tabelle 37: Übersicht der nicht als potentielle Qualitätsindikatoren aufgenommenen Empfehlungen

Nummer	Empfehlungstext
4.1	In allen Kliniken der onkologischen Versorgung soll ein psychoonkologisches Versorgungsangebot durch psychoonkologisch qualifizierte Fachkräfte vorgehalten werden.
4.2	In allen stationären oder ambulanten Einrichtungen der onkologischen Rehabilitation soll ein psychoonkologisches Versorgungsangebot durch psychoonkologisch qualifizierte Fachkräfte vorgehalten werden. Starker Konsens (100%)
4.3	In allen stationären oder ambulanten Einrichtungen der onkologischen Versorgung soll ein Angebot zur sozialen Beratung durch qualifizierte Fachkräfte der Sozialdienste vorgehalten werden.
4.8	Die Unterstützungsangebote von qualifizierten Selbsthilfevertreter*innen sollen gemäß Zertifizierungsbedingungen für Krebszentren in die psychosoziale Versorgung einbezogen werden.
8.27	Krebspatient*innen und Angehörigen, die eine akute Krisenreaktion zeigen, soll in allen Versorgungssettings eine psychoonkologische Krisenintervention von psychoonkologisch weitergebildeten Fachkräften zeitnah angeboten werden.
11.7	Das Übermitteln schlechter Nachrichten ("bad news") soll nicht am Telefon oder über digitale Medien erfolgen, sondern in einem persönlichen Kontakt.

Nummer	Empfehlungstext
12.5	Im Hinblick auf die Ausstattung sollen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden, die eine ungestörte und vertrauliche psychoonkologische Beratung und Behandlung ermöglichen.

- Eingabe Sitzung OZ: Verweis auf Krebsberatungsstellen bei subsyndromalen Belastungen (vgl. Empfehlung 4.6)
- Empfehlung 8.27 (psychoonkologische Krisenintervention) soll für Update der Leitlinie ggf. modifiziert werden
- Empfehlung 9.3 (Psychopharmakotherapie) soll mit anderen Leitlinien dahingehend abgestimmt werden, ob ggf. bestehende QI genutzt werden können.
- Die Leitliniengruppe soll innerhalb der sog. 3er-AG beraten, wie Patient*innen-zentrierung (partizipative Entscheidungsfindung) gemessen/abgebildet werden kann.
- Empfehlung an Zertifizierungskommissionen, VK-Vorgaben gemäß Empfehlung 12.2 aufzunehmen.

Darüber hinaus wurde die unter 6.2 generierte Zusammenstellung aus den weiteren starken Empfehlungen der Leitlinie diskutiert und entschieden, ob aus der jeweiligen Empfehlung ein potentieller Qualitätsindikator generiert werden könne. Folgende Ausschlusskriterien kamen dabei zur Anwendung (Tabelle 38):

Tabelle 38: Gründe für einen Ausschluss der Empfehlung aus der Liste der potentiellen Qualitätsindikatoren

Nr.	1	2	3	4
Begründung	Empfehlung ist nicht operationalisierbar (Messbarkeit nicht gegeben)	Fehlender Hinweis auf Verbesserungspotential	Fehlende Verständlichkeit u/o großer Erhebungsaufwand in Verhältnis zu Nutzen	Sonstiges (mit Freitexteingabe in Liste der Empfehlungen)

Auf Basis der neuen starken Empfehlungen der Leitlinie wurden zwei potenzielle neue QI identifiziert.

5.4 Bewertung

Die potentiellen Qualitätsindikatoren wurden mit dem Bewertungsinstrument des Leitlinienprogramms Onkologie (siehe Tabelle 39) durch die Mitglieder der AG QI bewertet. Jeweils mit dem unten abgebildeten Bogen (siehe Tabelle 39) erhielten die Bewerter*innen seitens der Krebsregister und des Zertifizierungssystems der DKG für den Indikatorvorschlag die Informationen zur Datenverfügbarkeit. Angenommen wird ein Qualitätsindikator, wenn mind. 75% der Teilnehmer*innen die Kriterien 1,2,3 und 5 mit „Ja“ und das Kriterium 4 mit „Nein“ bewertet haben. Die Auswertung dieser Abstimmungen erfolgte durch einen Methodiker, der nicht am Qualitätsindikatoren-Entwicklungsprozess teilgenommen hatte.

Tabelle 39: Bewertungsinstrument des Leitlinienprogramms Onkologie

QI-Nr.	Möglicher Qualitätsindikator	Empfehlung		
1.	Z			
	N			
<p>Information zur Datenverfügbarkeit (Stand 05/2022): [dies wird von den Registern und den Zentren ausgefüllt]</p> <p>Die Erfassung ist seitens der Klinischen Krebsregister über den einheitlichen Onkologischen Basisdatensatz und seiner Module gewährleistet: ja / nein</p> <p>Die Erfassung ist Teil des Zertifizierungssystems der DKG: ja / nein</p> <p>Ggf. welche Ergänzungen wären erforderlich?</p>				
			Nein	Ja
Kriterium: Der Qualitätsindikator erfasst für den/die Patient*in relevante Verbesserungspotentiale.				
Kriterium: Der Indikator ist klar und eindeutig definiert.				
Kriterium: Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den Leistungserbringenden beeinflusst werden kann.				
Kriterium: Gibt es Risiken zur Fehlsteuerung durch den Indikator, die nicht korrigierbar sind?				
Kriterium: Die Daten werden beim Leistungsbringenden routinemäßig dokumentiert oder eine zusätzliche Erhebung erfordert einen vertretbaren Aufwand				

Zusätzlich bestand die Möglichkeit, zu den im Folgenden genannten Kriterien Kommentare abzugeben:

Tabelle 40: Kommentarmöglichkeiten zu den Qualitätsindikatoren

	Kommentar
Risikoadjustierung Können spezifische Merkmale von Patient*innen z.B. Alter, Komorbidität oder Schweregrad der Erkrankung die Ausprägung des QI beeinflussen?	
Implementierungsbarrieren Gibt es Implementierungsbarrieren, die es zu beachten gilt?	

5.5 2. Online-Sitzung

Nach der schriftlichen Bewertung erfolgte am 31.05.2022 eine 2. moderierte Online-Sitzung, in der die Ergebnisse der Bewertung diskutiert wurden. Auf Basis der Bewertungen und der Diskussion wurde das finale Set von 8 Qualitätsindikatoren konsentiert.

Außerdem wurden die Ergebnisse der internationalen QI-Recherche vorgestellt. Aus dieser ergaben sich keine weiteren Qualitätsindikatoren. Das Spektrum der dort identifizierten QI soll jedoch im Rahmen der kommenden Aktualisierung der Leitlinie berücksichtigt werden.

Die Primärliste der potentiellen Qualitätsindikatoren inklusive der Ausschlussgründe, die o.g. Zusammenstellung der internationalen Qualitätsindikatoren und die Ergebnisse der schriftlichen Bewertung sind auf Anfrage im Leitliniensekretariat oder Office des Leitlinienprogramms Onkologie erhältlich.

6 Reviewverfahren und Verabschiedung

Der präfinale Entwurf der Leitlinie wurde im September 2022 durch das Leitlinien- Office der Deutschen Krebsgesellschaft und die AWMF begutachtet.

Im Anschluss erfolgen auf der Grundlage der Konsultationsfassung die formale Freigabe durch die Vorstände der involvierten Fachgesellschaften und ein öffentliches Konsultationsverfahren. Hierzu werden die Konsultationsfassungen der Leitliniendokumente auf den Internetseiten des Leitlinienprogramms Onkologie und der AWMF für mindestens 6 Wochen eingestellt. Die eingegangenen Kommentare werden anschließend durch die Leitliniengruppe bewertet und ggf- Änderungen abgestimmt. Die Ergebnisse des Konsultationsverfahrens werden nach Abschluss an dieser Stelle im Leitlinienreport dargestellt.

Konsultationsfassung

7 Änderungen der Leitlinie im Rahmen der Aktualisierung

Bei der Aktualisierung dieser Version wurden die Hintergrundtexte und die Literatur zu allen Kapiteln von der jeweiligen Arbeitsgruppe geprüft und entsprechend überarbeitet. Hier eine Übersicht der Änderungen (Tabellen 41 bis 52):

7.1 Kapitel 3. Definition und Grundprinzipien der Psychoonkologie

Tabelle 41: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 3)

Version 1.0	Version 2.01
3.1 ST (EK)	3.1 ST (EK) Modifiziert
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.	Zentrale Aufgaben der psychoonkologischen Versorgung sind patient*innenorientierte und bedarfsgerechte Information, psychosoziale Beratung, psychoonkologische Diagnostik und psychoonkologische Behandlung der psychischen Beschwerden und Unterstützung der Krankheitsverarbeitung sowie die Verbesserung psychischer, sozialer sowie funktionaler Folgeprobleme und Belastungen.
3.2 ST (EK)	3.2 ST (EK) Modifiziert
Krebspatienten wünschen sich psychosoziale Unterstützung. Dazu zählt die Unterstützung durch Ärzte, Pflegende, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Seelsorger sowie die Unterstützung durch Gleichbetroffene (Selbsthilfe).	Krebspatient*innen wünschen sich psychosoziale Unterstützung. Psychosoziale Unterstützung von Krebspatient*innen wird vor allem realisiert durch Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen, Pflegefachpersonen und Seelsorgende sowie die Unterstützung durch Gleichbetroffene (Selbsthilfe).

Ergänzt im Spektrum der psychoonkologischen Verfahren/Methoden wurden:

- E-Health
- Kriseninterventionen
- spezielle Verfahren in der Palliativphase

7.2 Kapitel 4. Strukturelle Voraussetzung psychoonkologischer Versorgungsbereiche

Tabelle 42: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 4)

Version 1.0	Version 2.01
	<p>4.1 (EK) Neu</p> <p>In allen Kliniken der onkologischen Versorgung soll ein psychoonkologisches Versorgungsangebot durch psychoonkologisch qualifizierte Fachkräfte vorgehalten werden.</p>
	<p>4.2 (EK) Neu</p> <p>In allen stationären oder ambulanten Einrichtungen der onkologischen Rehabilitation soll ein psychoonkologisches Versorgungsangebot durch psychoonkologisch qualifizierte Fachkräfte vorgehalten werden.</p>
	<p>4.3 (EK) Neu</p> <p>In allen stationären oder ambulanten Einrichtungen der onkologischen Versorgung soll ein Angebot zur sozialen Beratung durch qualifizierte Fachkräfte der Sozialdienste vorgehalten werden.</p>
	<p>4.4 (EK) Neu</p> <p>In allen stationären Einrichtungen der Palliativversorgung sollte ein psychoonkologisches Versorgungsangebot durch psychoonkologisch (lt. S3-LL Palliativmedizin) qualifizierte und auf den Stationen integrierte Mitarbeiter*innen etabliert werden.</p>
<p>4.1 (EK)</p> <p>Krebspatienten und ihre Angehörigen sollen wohnortnah Zugang zu qualitätsgesicherten psychosozialen Unterstützungs- und Behandlungsangeboten erhalten.</p>	<p>4.5 (EK) Modifiziert (4.1 Version 1)</p> <p>Krebspatient*innen und ihre Angehörigen sollen wohnortnah Zugang zu ambulante quali-</p>

Version 1.0	Version 2.01
	<p>tätsgesicherten psychoonkologischen Unterstützungs- und Behandlungsangeboten in allen Phasen der Erkrankung erhalten.</p>
	<p>4.6 (EK) Neu</p> <p>Im ambulanten Sektor sollen psychosoziale Krebsberatungsstellen bei subsyndromalen psychosozialen Belastungen von Krebspatient*innen und Angehörigen als Anlaufstellen empfohlen werden.</p>
<p>4.2 (EK)</p> <p>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.</p>	<p>4.7 (EK) Geprüft (4.2 Version 1)</p> <p>Krebspatient*innen und ihre Angehörigen sollen über qualifizierte Unterstützungsangebote der Krebs-Selbsthilfe (Gespräche mit Gleichbetroffenen, Hilfestellungen zum Umgang mit Erkrankung, Therapien und Therapiefolgen im Alltag) in jeder Phase des Versorgungsprozesses informiert werden.</p>
	<p>4.8 (EK) Neu</p> <p>Die Unterstützungsangebote von qualifizierten Selbsthilfevertreter*innen sollen gemäß Zertifizierungsbedingungen für Krebszentren in die psychosoziale Versorgung einbezogen werden.</p>
	<p>4.9 (EK) Neu</p> <p>Die psychoonkologischen Fachkräfte in allen Versorgungsbereichen sollten mit den organisierten Selbsthilfeverbänden und/oder lokalen Selbsthilfegruppen kooperieren.</p>
<p>4.3 (EK)</p> <p>Eine patientenorientierte Information über psychoonkologische Unterstützungsangebote soll frühzeitig und krankheitsbegleitend sichergestellt werden.</p>	<p>4.10 (EK) Geprüft (4.3 Version 1)</p> <p>Eine patient*innenorientierte Information über psychoonkologische Unterstützungsangebote soll frühzeitig und krankheitsbegleitend sichergestellt werden.</p>

Version 1.0	Version 2.01
4.4 (EK)	4.11 (EK) Geprüft (4.4 Version 1)
<p>Psychoonkologische Interventionen sollten entsprechend dem individuellen Bedarf in allen Sektoren der Versorgung sowie in allen Phasen der Erkrankung angeboten werden.</p> <p>Im Hintergrundtext von Kapitel 4.3. <i>Ambulante psychoonkologische Versorgungseinrichtungen</i> wurden folgende Leistungserbringende bzw. Dienstleistungen ergänzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niedergelassene Fachärzt*innen für: Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Neurologie und Nervenheilkunde sowie primär somatisch tätige Fachärzt*innen mit Zusatzgebiet Psychotherapie • Psychoonkologische Unterstützungsangebote in der SAPV und in stationären Hospizen sowie in Palliativambulanzen bzw. tagesklinischen palliativmedizinischen Versorgungsformen (S3-LL Palliativmedizin). <p>Ebenfalls wurden die Psychosoziale Krebsberatungsstellen ausführlicher beschreiben. Zudem wird auf Kapitel 8.5 für psychosoziale Beratung mit psychologischer Schwerpunktsetzung sowie Psychosoziale Beratung mit sozialer Schwerpunktsetzung verwiesen.</p>	<p>Psychoonkologische Interventionen sollten entsprechend dem individuellen Bedarf in allen Sektoren der Versorgung sowie in allen Phasen der Erkrankung angeboten werden.</p>

7.3 Kapitel 5. Psychosoziale Belastung

Tabelle 43: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 5)

Version 1.0	Version 2.01
5.1 (EK)	5.1 ST (EK) Geprüft
<p>Krebspatienten sind mit körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen/ religiösen Problemen konfrontiert. Diese sollen in der Versorgung berücksichtigt werden.</p>	<p>Krebspatient*innen sind mit körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen/ religiösen Problemen konfrontiert. Diese sollen in der psychoonkologischen Versorgung berücksichtigt werden.</p>
5.2 ST (EK)	5.2 ST (EK) Modifiziert
<p>Zu den häufigen subsyndromalen Belastungen bei Krebspatienten zählen Distress, Ängste, Progredienzangst und Depressivität.</p>	<p>Zu den häufigen subsyndromalen Belastungen bei Krebspatient*innen zählen Distress, Ängste, Progredienz-/Rezidivangst und Depressivität.</p>

Eine Aktualisierung der Literatur wurde für Kapitel 5 durchgeführt und händisch hinzugefügt. Der Hintergrundtext wurde mit Progredienz-/Rezidivangst ergänzt.

7.4 Kapitel 6. Psychische Komorbidität

Tabelle 44: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 6)

Version 1.0	Version 2.01
6.1 ST LoE 1b	6.1 ST, LoE 1b, Geprüft
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.	Die häufigsten psychischen Störungen bei Krebspatient*innen 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 Krebspatient*innen.
6.2 GoR A, LoE 1b	6.2 Empf. A, LoE 1b, Geprüft
Vor allem bei Schmerzen, starker körperlicher Symptombelastung oder Fatigue sollen die psychische Belastung sowie das Vorliegen einer psychischen Störung abgeklärt werden.	Vor allem bei anhaltenden Schmerzen, starker körperlicher Symptombelastung oder Fatigue sollen die psychische Belastung sowie das Vorliegen einer psychischen Störung abgeklärt werden.

Eine systematische Recherche wurde für Kapitel 6 durchgeführt. Hinsichtlich Suizidalität wurden Studien mit standardisierten und validierten Selbstbeschreibungsinstrumenten berücksichtigt.

7.5 Kapitel 7. Diagnostik

Tabelle 45: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 7)

Version 1.0	Version 2.01
7.1 (EK)	7.1 (EK) Geprüft
Die Erfassung der psychosozialen Belastung und der individuellen psychoonkologischen Behandlungsbedürftigkeit sollte so früh wie möglich und dann wiederholt im Krankheitsverlauf erfolgen.	Die Erfassung der psychosozialen Belastung und des individuellen psychoonkologischen Unterstützungs- und Behandlungsbedarfes sollte so früh wie möglich und dann wiederholt im Krankheitsverlauf erfolgen.
7.2 (EK)	7.2 (EK), GoR A, Geprüft
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.	Alle Krebspatient*innen sollen ein Screening auf psychosoziale Belastungen erhalten.
	7.3 (EK) GoR B, Geprüft (7.2 Version 1)
	Ein psychoonkologisches Screening sollte frühestmöglich in angemessenen Abständen, wenn klinisch indiziert oder bei Veränderung des Erkrankungsstatus eine*s Patient*in (z. B. Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung) wiederholt im Krankheitsverlauf durchgeführt werden.
7.3 (EK)	7.4 GoR A, LoE 1b Modifiziert (7.3 Version 1)
<p>Zur Erfassung der psychosozialen Belastung sollen validierte und standardisierte Screeninginstrumente eingesetzt werden.</p> <p>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>Zur Erfassung der psychosozialen Belastung sollen validierte und standardisierte Screeninginstrumente eingesetzt werden.</p> <p>Als Screeninginstrumente sollen das Distress-Thermometer (DT), die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), der Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK), das Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) oder die Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) eingesetzt werden.</p>
	7.5 (EK), GoR A, Neu

Version 1.0	Version 2.01
7.4 (EK)	7.6 (EK), GoR A, Geprüft (7.4 Version 1)
Bei positivem Screening und/oder Patientenwunsch soll ein diagnostisches Gespräch zur Abklärung psychosozialer Belastungen und psychischer Komorbidität erfolgen.	Zusätzlich zum Belastungsscreening soll der subjektive psychosoziale Unterstützungsbedarf erfragt werden. Bei positivem Screening und/oder subjektivem Unterstützungsbedarf soll ein diagnostisches Gespräch zur Abklärung psychosozialer Belastungen, psychischer Komorbidität sowie dem Unterstützungs- und Behandlungsbedarf angeboten werden.
7.5 (EK)	7.7 (EK) GoR B, Geprüft (7.5 Version 1)
Eine weiterführende diagnostische Abklärung sollte entsprechend der im Gespräch festgestellten individuellen Probleme im psychischen/sozialen/somatischen Bereich erfolgen.	Eine weiterführende diagnostische Abklärung sollte entsprechend der im Gespräch festgestellten individuellen Probleme im psychischen/sozialen/somatischen Bereich erfolgen.

Eine systematische Recherche wurde für Kapitel 7 durchgeführt. Der Gesundheitsfragebogen für Patienten – Depressionsmodul PHQ-4 wurde zusätzlich zu den PHQ-9 eingesetzt.

7.6 Kapitel 8. Psychoonkologische Interventionen

Tabelle 46: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 8)

Version 1.0	Version 2.01
8.1 (EK)	8.1 (EK), GoR A, Modifiziert
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.	Die Indikationsstellung für psychoonkologische Interventionen soll entsprechend dem nach den Empfehlungen 7.1. bis 7.5 festgestellten individuellen Bedarf, dem Setting sowie der Krankheitsphase der Patient*innen (Erstdiagnose, Operation, adjuvante Therapie, rezidivfreie Phase, Rezidivphase, palliative Phase) erfolgen und den Wunsch der Patient*innen nach psychoonkologischer Unterstützung berücksichtigen.
8.2 (EK)	8.2 (EK) GoR A, Modifiziert
Patienten mit keiner oder geringer Belastung (festgestellt über Screening und durch weiterführende Diagnostik) sollen eine patientenorientierte Information und eine psychosoziale Beratung angeboten werden.	Patient*innen mit keiner oder geringer Belastung (festgestellt über Screening und durch weiterführende Diagnostik) sollen eine patient*innenorientierte Information und eine psychosoziale Beratung angeboten oder vermittelt werden.
8.3 GoR A, LoE 1a	8.3 GoR A, LoE 1a, Modifiziert
Patienten mit subsyndromalen psychischen Belastungen (festgestellt über Screening und durch weiterführende Diagnostik) sollen zusätzlich psychotherapeutische Einzel- und/oder Gruppenintervention angeboten werden.	Zusätzlich zu Empfehlung 8.2 sollen Patient*innen mit subsyndromalen psychischen Belastungen (festgestellt über Screening und durch weiterführende Diagnostik) psychotherapeutische/psychoonkologische Einzel- und/oder Gruppenintervention angeboten werden.
8.4 (EK)	8.4 (EK) GoR A, Geprüft
Patienten mit diagnostizierten psychischen Störungen sollen entsprechend den vorhandenen störungsspezifischen Leitlinien versorgt werden.	Patient*innen mit diagnostizierten psychischen Störungen sollen entsprechend den vorhandenen störungsspezifischen Leitlinien versorgt werden.
8.5 (EK)	8.5 (EK) GoR A, Modifiziert
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.	Patient*innen mit einer Anpassungsstörung gemäß ICD-10 (festgestellt über Screening und weiterführende Diagnostik) sollen eine patient*innenzentrierte Information und eine psychosoziale Beratung sowie zusätzlich eine psychotherapeutische Einzel- und/oder Gruppenintervention angeboten werden.

Version 1.0	Version 2.01
<p>8.6 GoR A, LoE 1a</p> <p>Entspannungsverfahren sollen Menschen mit Krebserkrankungen unabhängig vom Belastungsgrad angeboten werden.</p>	<p>8.6 GoR A, LoE 1a, Modifiziert</p> <p>Entspannungsverfahren sollen Krebspatient*innen unabhängig vom Belastungsgrad zur Reduktion von Angst, Depressivität, psychischer Belastung, Fatigue und Übelkeit sowie zur Steigerung der Lebensqualität angeboten werden.</p>
	<p>8.7 GoR O, LoE 1b, Modifiziert</p> <p>Entspannungsverfahren können Krebspatient*innen unabhängig vom Belastungsgrad zur Reduktion von Schmerzen angeboten werden.</p>
<p>8.7 GoR A, LoE 1a</p> <p>Psychoedukative Interventionen sollen Menschen mit Krebserkrankungen unabhängig vom Belastungsgrad angeboten werden.</p>	<p>8.8 GoR A, LoE 1a, Modifiziert (8.7 Version 1)</p> <p>Psychoedukative Interventionen sollen Krebspatient*innen unabhängig vom Belastungsgrad zur Reduktion von psychischer Belastung, Angst und Schmerzen sowie zur Verbesserung der Lebensqualität angeboten werden.</p>
	<p>8.9 GoR B, LoE 1a, Modifiziert (8.7 Version 1)</p> <p>Psychoedukative Interventionen sollten Krebspatient*innen unabhängig vom Belastungsgrad zur Reduktion von Depressivität und Fatigue angeboten werden.</p>
	<p>8.10 Statement, LoE 1b, Neu</p> <p>Die Studienlage zur Wirksamkeit psychoedukativer Interventionen zur Reduktion von Übelkeit und sexuellen Funktionsstörungen lässt keine Empfehlung für oder gegen den Einsatz bei diesen Beschwerden zu.</p>
	<p>8.11 GoR B, LoE 1a, Neu</p> <p>Psychoonkologische E-Health Interventionen sollten Krebspatient*innen unabhängig vom Belastungsgrad zur Verbesserung der Lebensqualität angeboten werden.</p>

Version 1.0	Version 2.01
	<p data-bbox="863 349 1153 380">8.12 GoR O, LoE 1a, Neu</p> <p data-bbox="863 421 1453 584">Psychoonkologische E-Health Interventionen können Krebspatient*innen unabhängig vom Belastungsgrad zur Reduktion von psychischer Belastung, Depressivität, Angst und Fatigue angeboten werden.</p>
	<p data-bbox="863 627 1198 658">8.13 Statement, LoE 1b, Neu</p> <p data-bbox="847 698 1453 837">Die Studienlage zur Wirksamkeit psychoonkologischer E-Health Interventionen zur Reduktion von Schmerz und sexuellen Funktionsstörungen bei Krebspatient*innen lässt keine Empfehlung für oder gegen den Einsatz bei diesen Beschwerden zu.</p>
<p data-bbox="245 875 459 907">8.8 GoR A, LoE 1a</p> <p data-bbox="231 974 842 1104">Psychotherapeutische Einzelinterventionen sollen Menschen mit Krebserkrankungen und einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung angeboten werden.</p> <p data-bbox="245 1137 815 1267">Dabei sollen die im Rahmen der Diagnostik festgestellten somatischen und sozialen Faktoren und ihre Wechselwirkungen berücksichtigt werden.</p>	<p data-bbox="863 875 1233 907">8.14 GoR A, LoE 1a, Modifiziert (8.8 Version 1)</p> <p data-bbox="863 992 1453 1189">Psychotherapeutische Interventionen sollen Krebspatient*innen mit einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung zur Reduktion von psychischer Belastung, Depressivität, Angst und Übelkeit sowie zur Verbesserung der Lebensqualität angeboten werden.</p>
	<p data-bbox="863 1305 1230 1337">8.15 GoR B, LoE 1a, Modifiziert (8.8 Version 1)</p> <p data-bbox="863 1422 1445 1552">Psychotherapeutische Interventionen sollten Krebspatient*innen mit einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung zur Reduktion von Fatigue angeboten werden.</p>
	<p data-bbox="863 1594 1153 1626">8.16 GoR O, LoE 1b, Neu</p> <p data-bbox="863 1666 1445 1863">Psychotherapeutische Interventionen können Krebspatient*innen mit einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung zur Reduktion von Schmerzen in Ergänzung einer leitliniengerechten Schmerztherapie angeboten werden.</p>
	<p data-bbox="863 1904 1198 1935">8.17 Statement, LoE 1B, Neu</p> <p data-bbox="863 1975 1445 2033">Die Studienlage zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen zur Reduktion sexuellen</p>

Version 1.0	Version 2.01
8.9 GoR A, LoE 1a	8.18 (EK), Neu
<p>Psychotherapeutische Gruppeninterventionen sollen Menschen mit 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>	<p>Die Auswahl zwischen psychotherapeutischen Interventionen im Einzel- oder Gruppensetting soll anhand der Präferenz der Krebspatient*innen getroffen werden.</p>
8.10 GoR A, LoE 1a	8.19 GoR 0, LoE 1a, Modifiziert (8.10 Version 1)
<p>Psychotherapeutische Paarinterventionen sollen Menschen mit 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>	<p>Psychotherapeutische Paar- und Familieninterventionen können Krebspatient*innen mit einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung zur Reduktion von psychischer Belastung, Depressivität und Angst sowie zur Steigerung der Lebensqualität angeboten werden.</p>
	8.20 Statement, LoE 1a, Neu
	<p>Die Studienlage zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Paar- und Familieninterventionen zur Reduktion von Schmerz, Fatigue und sexuellen Funktionsstörungen bei Krebspatient*innen lässt keine Empfehlung für oder gegen den Einsatz bei diesen Beschwerden zu.</p>
	8.21 GoR A, LoE 1a, Neu
	<p>Spezifische psychoonkologische Interventionen in der Palliativphase sollen Krebspatient*innen mit einer Anpassungsstörung oder einer subsyndromalen Belastung zur Reduktion von psychischer Belastung, Depressivität, Angst und Fatigue sowie zur Verbesserung der Lebensqualität angeboten werden.</p>
	8.22 Statement, LoE 1a, Neu

Version 1.0	Version 2.01
	<p>Die Studienlage zur Wirksamkeit spezifischer psychoonkologischer Interventionen in der Palliativphase zur Reduktion von Schmerz bei Menschen mit nicht-heilbarer Krebserkrankung lässt keine Empfehlung für oder gegen den Einsatz bei diesen Beschwerden zu.</p>
	<p>8.23 (EK), Neu</p> <p>Psychosoziale Beratung in Krebsberatungsstellen ist eine integrative Intervention, die sich sowohl auf psychologische als auch auf soziale und sozialrechtliche Fragestellungen und Probleme beziehen kann.</p>
<p>8.11 (EK)</p> <p>Psychosoziale Beratung soll Krebspatienten und ihren Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig angeboten werden.</p>	<p>8.24 (EK), Modifiziert (8.11Version 1)</p> <p>Psychosoziale Beratung mit psychologischer und sozialer Schwerpunktsetzung soll Krebspatient*innen und ihren Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig angeboten werden.</p>
	<p>8.25 ST (EK) Neu</p> <p>Personen mit reduzierten Bewältigungsressourcen, fehlender sozialer Unterstützung, multipler somatischer Symptomatik, zusätzlichen krankheitsunabhängigen Stressoren und früheren traumatischen Erfahrungen haben ein erhöhtes Risiko für akute Krisenreaktionen.</p>
	<p>8.26 ST (EK) Neu</p> <p>Eine psychoonkologische Krisenintervention durchläuft in der Regel drei Phasen: Emotionale Entlastung, Reflektion des Krisenanlasses und Reintegration und kann, wenn sie zeitnah erfolgt, der Entwicklung von psychischen Folgeproblemen vorbeugen.</p>
	<p>8.27 (EK) Neu</p> <p>Krebspatient*innen und Angehörigen, die eine akute Krisenreaktion zeigen, soll in allen Versorgungssettings psychoonkologische Krisenintervention von psychoonkologisch weitergebildeten Fachkräften zeitnah angeboten werden.</p>

Version 1.0	Version 2.01
8.13 (EK)	8.28 GoR 0, LoE 1a, Modifiziert (8.13 Version 1)
Künstlerische Therapien (Kunsttherapie, Tanztherapie, Musiktherapie u.a.) können Menschen mit Krebserkrankung unabhängig vom Belastungsgrad angeboten werden.	Kunsttherapie kann Krebspatient*innen zur Reduktion von Angst, Depressivität und Stress angeboten werden.
8.12 (EK)	8.29 GoR B, LoE 1a, Modifiziert (8.12 Version 1)
Musiktherapie kann Menschen mit Krebserkrankungen insbesondere zur Reduzierung von Ängsten angeboten werden.	Musiktherapie sollte Krebspatient*innen zur Reduktion von Angst, Depressivität, Stress und zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität angeboten werden.
	8.30 GoR 0, LoE 1a, Neu
	Musiktherapie kann Krebspatient*innen zur Reduktion von Schmerz in Ergänzung zu einer leitliniengerechten Schmerztherapie angeboten werden.
	8.31 GoR 0, LoE 1b, Modifiziert (8.13 Version 1)
	Tanz- und Bewegungstherapie kann Krebspatient*innen zur Reduktion von Schmerz, Stress und Angst sowie zur Steigerung der Lebensqualität angeboten werden.

Die psychoonkologischen Interventionen wurden in dieser Version durch Psychoonkologische E-Health Interventionen (8.4) und Spezifische psychoonkologische Interventionen in der Palliativphase (8.5.3) ergänzt. Zu den Kapiteln 8.1-8.5 *psychoonkologische Interventionen* wurde ein neues systematisches Review (dieses mal ohne Meta-Analyse) durchgeführt und der Hintergrundtext entsprechend aktualisiert. Der Versorgungsalgorithmus (Kapitel 8.1) wurde ebenfalls aktualisiert, und es wurde ein neues Format verwendet.

Der Hintergrundtext zu Kapitel 8.6, psychosoziale Beratung (vorher 8.5), wurde größtenteils überarbeitet und das Kapitel 8.7, Psychoonkologische Krisenintervention ist neu. Es definiert Krisenintervention in drei Phasen: emotionale Entlastung, Reflektion des Krisenanlasses, Reintegration.

Die künstlerischen Therapien sind in der vorliegenden Version differenzierter aufgegliedert. Die Ergebnisse einer systematischen Recherche werden in folgenden Kapiteln dargestellt: 8.8. Künstlerische Therapien (übergreifend), 8.8.1. Kunsttherapie, 8.8.2. Musiktherapie, 8.8.3. Tanz- und Bewegungstherapie. Der Hintergrundtext wurde komplett neu verfasst.

7.7 Kapitel 9. Ergänzende Therapien

Tabelle 47: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 9)

Version 1.0	Version 2.01
9.1 (EK)	9.1 (EK) GoR B, Modifiziert
<p>Die Behandlung von Tumorpatienten mit Psychopharmaka sollte immer in ein onkologisches Gesamtbehandlungskonzept eingebettet sein. Dabei sollte vor jeder psycho-pharmakologischen Therapie die medizinischen Mit-Ursachen bzw. Auslöser der psychischen Symptomatik berücksichtigt und in das Behandlungskonzept einbezogen werden.</p> <p>Insbesondere sollte beachtet werden:</p> <p>optimale Symptomkontrolle von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Fatigue usw.; Korrektur von Elektrolytstörungen</p> <p>die Diagnostik und Behandlung von tumorbedingten Ursachen (z. B. ZNS-Metastasen, ZNS-Tumoren, Meningeosis, endokrine Störungen, Hyperkalzämie)</p> <p>Abklärung des Einflusses potenziell depressiogener Medikamente (z. B. Steroide, Interferon, Tyrosinkinase-Inhibitoren)</p> <p>die Berücksichtigung von Entzugszuständen (z. B. Opiate, Benzodiazepine, Alkohol)</p> <p>die Berücksichtigung und Modifizierung potenziell angstauslösender Medikation (z. B. Kortikosteroide, Metoclopramid, Benzodiazepine)</p> <p>diagnostische Abklärung von Verwirrheitszuständen (z. B. Delir)</p>	<p>Die Behandlung von Krebspatient*innen mit Psychopharmaka sollte in ein psychoonkologisches Gesamtbehandlungskonzept eingebettet sein.</p>
	<p>9.2 (EK) GoR B, Modifiziert (9.1 Version 1)</p> <p>Somatische, psychische und soziale Faktoren sowie Folgen der onkologischen Erkrankung und Therapie sollten vor und bei einer psychopharmakologischen Behandlung mit einbezogen werden.</p>
9.2 (EK)	9.3 (EK) GoR A, Modifiziert (9.2 Version 1)

Version 1.0	Version 2.01
<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>	<p>Die Psychopharmakotherapie von Patient*innen mit ICD-10 Diagnosen einer psychischen Störung soll entsprechend der verfügbaren Leitlinien erfolgen (Unipolare Depression: AWMF-Reg.Nr. nvl-005; Traumafolgestörungen: AWMF-Reg.Nr.051/027 und 155/001; Angststörungen: AWMF-Reg.Nr.051/028; Schlafstörungen: AWMF-Reg.Nr. 063-003).</p>
9.3 (EK)	9.4 (EK) GoR B, Modifiziert (9.3 Version 1)
<p>Zur Behandlung einer akuten mittelgradigen depressiven Episode soll eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum oder eine Psychotherapie angeboten werden.</p>	<p>Eine psychopharmakologische Behandlung bei subsyndromalen Störungen oder zur Prophylaxe depressiver Störungen sollte nach strenger Indikationsstellung nur im geprüften Einzelfall erfolgen, da nicht ausreichend Evidenz besteht.</p>
9.4 GoR A, LoE 1b	
<p>Bei akuten schweren depressiven Episoden soll eine Kombinationsbehandlung mit einer medikamentösen Therapie und Psychotherapie angeboten werden.</p>	
9.5 (EK)	
<p>Bei Brustkrebspatientinnen sollten keine (Psycho-)Pharmaka mit mittlerer bis starker CYP2D6- inhibitorischer Aktivität mit Tamoxifen kombiniert werden.</p>	
9.6 (EK)	9.5 (EK) GoR B, Modifiziert (9.6 Version 1)
<p>Die Behandlung von Angststörungen und Angstzuständen bei Tumorpatienten sollte interdisziplinär und multimodal erfolgen.</p> <p>Als psychopharmakologische Behandlung sollten bei strengster Indikationsstellung insbesondere Benzodiazepine mit kurzer Wirkdauer, anxiolytisch wirksame Antidepressiva und andere Anxiolytika eingesetzt werden.</p>	<p>Die Behandlung von situativen Ängsten bei Krebspatient*innen sollte interdisziplinär und multimodal erfolgen.</p>

Version 1.0	Version 2.01
	<p>9.6 (EK) GoR 0, Modifiziert (9.6 Version 1)</p>
	<p>Als psychopharmakologische Behandlung von situativen Ängsten bei Krebspatient*innen können bei sorgfältiger Indikationsstellung anxiolytisch wirksame Substanzen über kurze Dauer angeboten werden.</p>
	<p>9.7 (EK) GoR A, Neu</p>
	<p>Bei Krebspatient*innen treten gehäuft Schlafstörungen in Folge von psychischen Belastungen (z.B. Krankheits-/Rezidivängste) und Nebenwirkungen der Behandlung (z.B. nach Steroiden, Polyneuropathie) sowie in Folge der Krebserkrankung selbst (z.B. Schlafapnoe bei Kopf-Hals-Tumoren) auf.</p> <p>Diese sollen regelmäßig erfasst und multimodal behandelt werden.</p>
	<p>9.8 (EK) GoR B, Neu</p>
	<p>Die Indikation einer psychopharmakologischen Behandlung von Schlafstörungen bei Krebspatient*innen sollte geprüft werden und unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinienempfehlungen erfolgen (S3-Leitlinien "Schlafbezogene Atmungsstörungen" (AWMF-Registernr: 063-001) und "Insomnie bei Erwachsenen" (AWMF-Registernr: 063-003)).</p>
	<p>9.9 (EK) GoR B, Neu</p>
	<p>Bei der psychopharmakologischen Behandlung von Krebspatient*innen sollten Verstärkung der Nebenwirkung bei somatischer Grunderkrankung und pharmakokinetische Interaktionen mit der Krebsbehandlung beachtet werden. Insbesondere kann die Krampfbereitschaft erhöht werden und die Inhibition oder Induktion von Leberenzymen die Wirksamkeit anti-tumoraler Substanzen beeinflussen.</p>
	<p>9.10 (EK) GoR B, Neu</p>
	<p>Vor psychopharmakologischer Behandlung von Patient*innen mit malignen ZNS Tumoren oder</p>

Version 1.0	Version 2.01
	<p>zerebralen Metastasen sollten folgende Konstellationen beachtet werden: (1) potentielle psychische Nebenwirkungen einer bestehenden antikonvulsiven Therapie und (2) potentielle Interaktion des Psychopharmakons mit einer bestehenden antikonvulsiven Therapie. Das Krampfisiko wird insbesondere durch trizyklische Antidepressiva und Maprotilin erhöht; Bupropion ist kontraindiziert.</p>
	<p>9.11 (EK) GoR B Neu</p> <p>Patient*innen mit hohem Blutungsrisiko sollten zur medikamentösen Behandlung einer Depression bevorzugt Antidepressiva mit geringer Affinität zum Serotonin-Transporter (z.B. Bupropion, Mirtazapin, Trazodon, Trimipramin) erhalten.</p>
<p>9.7 (EK)</p> <p>Ergotherapie kann Patienten mit Krebserkrankungen angeboten werden, die Einschränkungen der Funktionsfähigkeit aufweisen.</p>	<p>9.12 (EK) GoR 0, Modifiziert (9.7 Version 1)</p> <p>Ergotherapie kann Krebspatient*innen mit Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens zur Verbesserung der Lebensqualität angeboten werden.</p>
<p>9.8 GoR A, LoE 1a</p> <p>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.</p>	<p><i>Gestrichen</i></p> <p><i>Die Verfahren der Physio- und Bewegungstherapie werden nicht in dieser Leitlinie behandelt, da sich eine eigene Leitlinie für diesen Themenbereich in Vorbereitung befindet.</i></p>
<p>9.9 GoR 0, LoE 2b</p> <p>Zur Linderung von Ängsten können neben Yoga auch Massagen durchgeführt werden.</p>	<p><i>Gestrichen</i></p> <p><i>Mit Ausnahme der Entspannungsverfahren werden die in den Bereich der psychoonkologischen Interventionen zugehörigen Mind-Body Verfahren wie beispielsweise Yoga oder Achtsamkeitsbasierte Interventionen in der S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen (November 2020 AWMF-Registernummer: 032/055OL) bearbeitet und daher in dieser Leitlinie nicht ausgeführt.</i></p>

Das Kapitel 9.1. Psychopharmakotherapie wurde in der vorliegenden Version umfassend aktualisiert und ausführlicher behandelt. Die neue Gliederung ist wie folgt:

Tabelle 48: Neue Gliederung des Kapitels Pharmakotherapie (Kap. 9)

9.1.	Psychopharmakotherapie	
Tabelle 7	Kontextfaktoren mit Einfluss auf die psychische Gesundheit, die vor und bei psychopharmakologischer Behandlung berücksichtigt werden sollten	Neu
9.1.1.	Depressive Symptome und Depression	
9.1.2.	Ängste und Angststörungen	
9.1.3.	Schlafstörungen	Neu
9.1.4.	Besondere Risiken zu Neben- und Wechselwirkungen von Psychopharmaka bei Krebspatient*innen	Neu
Tabelle 8	Übersicht bedeutsamer und wichtiger Interaktionen	Neu
9.1.5.	Psychopharmakotherapie bei Menschen mit erhöhtem Risiko für epileptische Anfälle aufgrund von malignen ZNS Tumoren oder zerebralen Metastasen	Neu
9.1.6.	Blutungsrisiko unter Antidepressiva	Neu

Eine unsystematische Recherche wurde für Kapitel 9.2 Ergotherapie durchgeführt. Infolgedessen ist neue Evidenz hinzugekommen: 7 (bzw. 9) neue RCTs und 2 SRs (ATOA-LL). Die Empfehlung (9.12) wurde geändert, um die Verbesserung der Lebensqualität durch die Ergotherapie zu berücksichtigen. Der Hintergrundtext wurde ebenfalls aktualisiert und umfasst nun unterstützende Evidenz für Fatigue, Schlaf, Rollenfunktion, Aufmerksamkeit, Schmerz und Kognition.

Die Verfahren der Physio- und Bewegungstherapie (Kapitel 9.3) werden nicht in dieser Leitlinie behandelt, da sich eine eigene Leitlinie für diesen Themenbereich in Vorbereitung befindet.

7.8 Kapitel 10. Besonderheiten einzelner Diagnosegruppen und ihrer Behandlung

Tabelle 49: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 10)

Version 1.0	Version 2.01
10.1 (EK)	10.1 (EK) Geprüft
Alle Patienten mit spezifischen Beeinträchtigungen sollen entsprechend den Empfehlungen 7.0. bis 7.6. 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.	Alle Patient*innen mit spezifischen Beeinträchtigungen sollen entsprechend den Empfehlungen 7.1. bis 7.6. hinsichtlich der spezifischen psychosozialen Belastungen diagnostisch abgeklärt werden.
10.2 (EK)	10.2 (EK) Geprüft
Patienten mit Sexualstörungen sollte zusätzlich zu den Empfehlungen 8.1 – 8.5. eine Sexualberatung angeboten werden.	Patient*innen mit Sexualstörungen sollte zusätzlich zu den Empfehlungen aus Kapitel 8 das Angebot einer Sexualberatung vermittelt werden.
	10.3 ST (EK) Neu
	Langzeitüberlebende nach Krebs können auch viele Jahre nach der Therapie und Diagnose ihrer Erkrankung unter anhaltenden emotionalen, physischen und funktionellen Problemen und unerfüllten Bedürfnissen leiden, die die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen.
	10.4 (EK) Neu
	Emotionale, physische, funktionelle und soziale Probleme von Langzeitüberlebenden nach Krebs sollten in den verschiedenen Versorgungssettings identifiziert werden, um einen Beratungs- und Behandlungsbedarf abzuklären und ein entsprechendes Versorgungsangebot machen zu können.
	10.5 (EK) Neu
	Die in Kapitel 8 dargestellten Interventionen sollen auch Langzeitüberlebenden nach Krebs in der Langzeitnachsorge angeboten werden.

- Folgende Diagnosegruppen sind neu in der vorliegenden Leitlinie:
 - 10.6. Spezifische Belastungen bei Patient*innen mit Hirntumoren
 - 10.7. Spezifische Belastungen von jungen, erwachsenen Krebspatient*innen (AYAs)
 - 10.8. Spezifische Belastungen von älteren Krebspatient*innen
 - 10.9. Spezifische Belastungen von Menschen, die mit einer Krebsdiagnose leben (Cancer Survivors)

7.9 Kapitel 11. Patientenzentrierte Kommunikation

Tabelle 50: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 11)

Version 1.0	Version 2.01
11.1 ST (EK)	11.1 ST (EK) Modifiziert
<p>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.</p>	<p>Patient*innenzentrierte Kommunikation bezeichnet ein kommunikatives Verhalten, das den*die Patient*in in seiner*ihrer aktuellen körperlichen, emotionalen und sozialen Situation wahrnimmt, seine*ihre persönlichen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt und seine*ihre Selbstkompetenz, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit fördert.</p>
11.2 (EK)	11.2 (EK) Modifiziert
<p>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.</p>	<p>Kommunikation mit Krebspatient*innen und ihren Angehörigen soll durch alle in der Onkologie tätigen Berufsgruppen patient*innenzentriert erfolgen, das heißt sich an den individuellen Anliegen, Bedürfnissen, Werten und Präferenzen der Patient*innen und Angehörigen hinsichtlich Information, Aufklärung und Beteiligung an Entscheidungen orientieren.</p>
	11.3 (EK) Modifiziert (11.2 Version 1)
	<p>Die kommunikativen Präferenzen von Krebspatient*innen und ihren Angehörigen sollen wiederholt im Krankheitsverlauf, insbesondere in kritischen Krankheitsphasen (Diagnose, Progress/Rezidiv), erfragt werden.</p>
11.3 (EK)	11.4 (EK) Modifiziert (11.3 Version 1)
<p>Eine patientenzentrierte Kommunikation sollte sich an den nachfolgenden Grundprinzipien orientieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Gewährleistung einer atmosphärisch angemessenen und ungestörten Umgebung ohne Unterbrechungen 	<p>Eine patient*innenzentrierte Kommunikation soll sich an den nachfolgenden Grundprinzipien orientieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herstellen einer angemessenen, ungestörten Gesprächsatmosphäre

Version 1.0	Version 2.01
<ul style="list-style-type: none"> · 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausreichend Zeit • Aufbau einer tragfähigen, förderlichen Beziehung zu dem*der Patient*in und den Angehörigen • Gesprächsführung auf der Basis des aktiven Zuhörens • Exploration des subjektiven Informationsstands des*der Patient*in • Direktes und einfühlsames Ansprechen emotional belastender Themen • Vermittlung von bedeutsamen Informationen in einer verständlichen, möglichst einfachen Sprache • Ehrliche Vermittlung von Risiko und Prognose, die Raum für realistische Hoffnung lässt • Einsatz von Strategien, um das patient*innenseitige Verständnis und das Behalten von Informationen sicherzustellen • Ermutigung, Fragen zu stellen • Ermutigung, Gefühle auszudrücken • Ausdruck emotionaler Unterstützung • Rückversichern, ob der*die Patient*in die relevanten Informationen in der intendierten Weise verstanden hat • Einbeziehen von Angehörigen oder Bezugspersonen in Abhängigkeit vom Wunsch des*der Patient*in • Anbieten weiterführender psychologischer und sozialer Angebote
	<p data-bbox="863 1391 1018 1420">11.5 EK, Neu</p> <p data-bbox="863 1462 1436 1659">Um eine patient*innenzentrierte Kommunikation zu fördern, können im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs empirisch bewährte Hilfsmittel, wie z.B. Fragenlisten, Informationsbroschüren, Faktenboxen oder Entscheidungshilfen eingesetzt werden.</p>
	<p data-bbox="863 1700 1070 1729">11.6 ST (EK), Neu</p> <p data-bbox="863 1771 1445 2033">Im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitssystems findet die Kommunikation zwischen Behandelnden und Patient*in zunehmend über digitale Medien statt. Die Interaktion über digitale Medien weist einige Besonderheiten auf. Hierzu gehört z.B. die Tendenz zu kurzen prägnanten Satzfragmenten und der häufige Gebrauch von Abkürzungen. Diese Besonderheiten können die</p>

Version 1.0	Version 2.01
	<p>Qualität der patient*innenzentrierten Kommunikation einschränken. Patient*innenzentrierte Kommunikation über digitale Medien erfordert somit eine reflektierte Haltung und ein reflektiertes Vorgehen.</p>
	11.7 (EK), Neu
	<p>Das Übermitteln schlechter Nachrichten ("bad news") soll nicht am Telefon oder über digitale Medien erfolgen, sondern in einem persönlichen Kontakt.</p>
	11.8 (EK), Neu
	<p>In begründeten besonderen Situationen oder bei ausdrücklichem Wunsch des*der Patient*in können telemedizinische Medien für die Übermittlung schlechter Nachrichten genutzt werden.</p>
	11.9 ST (EK), Neu
	<p>Patient*innenzentrierte Kommunikation hat einen positiven Effekt auf die Behaltensleistung und Informiertheit von Patient*innen. Sie ist mit einer höheren Patient*innenzufriedenheit und einer besseren Therapieadhärenz assoziiert. Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen einer guten patient*innenzentrierten Kommunikation und besserem psychischen Befinden, höherer Selbstwirksamkeit, geringerem Entscheidungskonflikt und einer besseren Lebensqualität von Patient*innen.</p>
	11.10 ST (EK), Neu
	<p>Um einen hohen Standard in patient*innenzentrierter Kommunikation zu erreichen, ist eine kontinuierliche Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten aller in der Onkologie tätigen Behandelnden anzustreben.</p>
11.4 ST (EK)	11.11 ST(EK) Modifiziert (11.4 Version 1)
<p>Qualifizierte Fortbildung („Kommunikationstraining“, „Communication Skills Training“) verbessert nachweislich das objektive kommunikative Verhalten von Ärzten und Pflegenden.</p>	<p>Ein Training kommunikativer Fertigkeiten, das wesentliche Qualitätsmerkmale erfüllt, verbessert das patient*innenzentrierte kommunikative Verhalten von in der Onkologie Tätigen.</p>

Version 1.0	Version 2.01
11.5 (EK)	11.12 (EK) Modifiziert (11.5 Version 1)
Ärztinnen/Ärzte und andere in der Onkologie tätigen Berufsgruppen sollen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz durchlaufen.	Ärzt*innen und andere in der Onkologie tätigen Berufsgruppen sollten an einem qualitätsgesicherten Training kommunikativer Fertigkeiten zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz teilnehmen.

Kapitel 11 wurde umfassend überarbeitet und erweitert. Das Kapitel befasst sich u.a. mit Themen wie dem Umgang mit Hindernissen in der Kommunikation (z.B. fremdsprachige Patient*innen, Einsatz von Dolmetscher*innen, Patient*innen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz), der Übermittlung "schlechter Nachrichten" (breaking bad news) sowie den Herausforderungen und der Wichtigkeit einer patient*innenzentrierte Kommunikation auch bei digitalen Kanälen. Die neue Gliederung ist wie folgt:

Tabelle 51: Neue Gliederung des Kapitels patient*innenzentrierte Kommunikation (Kap. 11)

11.1.	Grundprinzipien und Einsatz patient*innenzentrierter Kommunikation
11.1.1.	Kommunikative Präferenzen von Krebspatient*innen
11.2.	Definition von patient*innenzentrierter Kommunikation
11.3.	Wirksamkeit von patient*innenzentrierter Kommunikation
11.3.1.	Behaltensleistung von Informationen
11.3.2.	Patient*innenzufriedenheit
11.3.3.	Patient*innenadhärenz
11.3.4.	Psychische Befindlichkeit, psychologische Merkmale und Lebensqualität
11.3.5.	Effekte partizipativer Entscheidungsfindung
11.3.6.	Effekte der Prognosemitteilung
11.4.	Verbesserung kommunikativer Kompetenzen
11.4.1.	Wirksamkeit von Kommunikationstrainings

7.10 Kapitel 12. Qualitätssicherung

Tabelle 52: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 12)

Version 1.0	Version 2.01
12.1 ST (EK)	12.1 (EK) Modifiziert
Alle in der Psychoonkologie tätigen Berufsgruppen sollten eine curriculare psychoonkologische Fortbildung oder Weiterbildung mit entsprechenden Inhalten absolvieren.	Alle in der Psychoonkologie tätigen Berufsgruppen sollten eine von der Deutschen Krebsgesellschaft anerkannte curriculare psychoonkologische Fortbildung oder Weiterbildung mit entsprechenden Inhalten absolvieren.
12.2 ST (EK) siehe 12.6	12.2 (EK) Neu
Spezifische Vorgaben hinsichtlich der Strukturqualität für eine qualitätsgesicherte psychoonkologische Versorgung sind: 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	In zertifizierten Zentren sowie in nicht-zertifizierten Kliniken soll für alle onkologischen Diagnosen mit Ausnahme von Prostata- oder Melanompatient*innen für 300 Fälle pro Jahr eine psychoonkologische Vollzeitkraft zur Verfügung gestellt werden.
	12.3 (EK) Neu
	In zertifizierten Zentren sowie in nicht-zertifizierten Kliniken sollte für Prostata- und Melanompatient*innen für 500 Fälle pro Jahr eine psychoonkologische Vollzeitkraft zur Verfügung gestellt werden.
	12.4 (EK) Neu
	In zertifizierten Zentren sowie in nicht-zertifizierten Kliniken sollten bei geringeren Fallzahlen als in Empfehlung 12.2 und 12.3 genannt die Stellen anteilig berechnet werden.
	12.5 (EK) Neu
	Im Hinblick auf die Ausstattung sollen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden, die eine ungestörte und vertrauliche psychoonkologische Beratung und Behandlung ermöglichen.
12.2 ST (EK) siehe 12.6	12.6 ST (EK) Modifiziert (12.2 Version 1)
Spezifische Vorgaben hinsichtlich der Strukturqualität für eine qualitätsgesicherte psychoonkologische Versorgung sind:	Spezifische Vorgaben hinsichtlich der Strukturqualität für eine qualitätsgesicherte psychoonkologische Versorgung sind:

Version 1.0	Version 2.01
<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 	<ul style="list-style-type: none"> • konzeptionelle Einbindung der Psychoonkologie in das Versorgungskonzept der jeweiligen Einrichtung und deren Leitbild • in Krankenhäusern: Organisation der psychoonkologischen Fachkräfte in eigenen Fachabteilungen oder Konsiliar-Liaisondiensten • spezifische Qualifizierung durch eine curriculare psychoonkologische Fortbildung oder Weiterbildung • angemessene räumliche Ausstattung <p>Empfehlung und Durchführung der Interventionen entsprechend dem über Screening und Diagnostik ermitteltem Bedarf.</p>
12.3 (EK)	12.7 (EK) Modifiziert (12.3 Version 1)
<p>Zur Sicherstellung der Prozessqualität der psychoonkologischen Tätigkeit sollten folgende Aspekte umgesetzt werden:</p> <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 <p>• In der vorliegenden Version wird angegeben, dass neben der Grundqualifikation spezifische psychoonkologische Fort- und Weiterbildung durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert werden müssen.</p> <p>• Die Kapitel 12.1.1 Personelle Qualifikation und 12.1.2 Personelle Erfordernisse wurden ergänzt, um die Bedürfnisse palliativmedizinischer Einrichtungen zu berücksichtigen.</p> <p>• Kapitel 12.1.3 fördert die Schaffung geeigneter Räumlichkeiten, die eine ungestörte und vertrauliche Beratung und Behandlung ermöglichen. Dies gilt auch für bettlägerige Patient*innen in Mehrbettzimmern.</p> <p>• Kapitel 12.1.5 weist darauf hin, dass die Abläufe der psychoonkologischen Diagnostik und Interventionen werden im System des Qualitätsmanagements jeder Einrichtung in einem Qualitäts-handbuch hinterlegt.</p> <p>• Kapitel 12.2 Prozessqualität hat eine neue Gliederung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 12.2.1 Screening psychosozialer Belastungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Screening psychosozialer Belastungen erfolgt nach den unter Kapitel 7.2 dargelegten Vorgehensweisen. ○ 12.2.2 Festlegung von Beratungs- bzw. Behandlungszielen ○ 12.2.3 Vernetzung und Kooperation 	<p>Zur Sicherstellung der Prozessqualität der psychoonkologischen Tätigkeit sollten folgende Aspekte umgesetzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screening psychosozialer Belastungen • Festlegung von Beratungs- oder Behandlungszielen gemeinsam mit den Patient*innen • Einbezug des subjektiven Bedarfs • Vernetzung und Kooperation • Dokumentation der Leistungen auf der Basis eines geeigneten EDV basierten Systems • patient*innenbezogene Berichterstattung • externe Supervision

- Die Vernetzung psychoonkologischer Aufgaben ist sowohl in Bezug auf einrichtungsinterne Abläufe als auch im Hinblick auf die externe Vernetzung und Kooperation zu definieren.
- 12.2.4 Dokumentation
 - Hierbei sind die Datenschutzrichtlinien der jeweiligen Einrichtungen bezogen auf Erfassung, Speicherung und Weitergabe dieser Daten zu beachten.
- 12.2.5 Patient*innenbezogene Berichterstattung
- 12.2.6 Supervision
 - Die Häufigkeit der Supervision richtet sich nach dem Bedarf des Fachpersonals in den jeweiligen Einrichtungen.

Konsultationssfassung

8 Unabhängigkeit und Umgang mit Interessenkonflikten

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, Moderator*innenhonorare, Reisekosten der Teilnehmenden). Die Erarbeitung der Leitlinie erfolgte in redaktioneller Unabhängigkeit von der finanzierenden Organisation. Es gab keine zusätzlichen Sponsor*innen. Eine standardisierte Erklärung über potentielle Interessenskonflikte wurde von allen Mitgliedern der Leitliniengruppe eingeholt. Diese wurden durch die Mitglieder der AG Interessenskonflikte (Prof. Dr. Joachim Weis, Dr. Markus Follmann, Dipl. Psych. Thorsten Kreikenbohm) gesichtet und bewertet. In einzelnen Fällen erfolgte eine Rücksprache mit den jeweiligen Mandatsträger*innen. Die Überprüfung entsprechend den unter 9.1 aufgeführten Kriterien ergab für alle Mandatsträger einen geringen Interessenskonflikt. Geringe Interessenskonflikte bestanden in der Durchführung von Vorträgen im Auftrag von Pharmafirmen zu Themen der Leitlinie, Mitgliedschaft in Berufsverbänden oder Fachgesellschaften sowie in der Zuwendung von Forschungsgeldern durch private Geldgeber. In keinem Fall bestand eine Notwendigkeit, eine*n Mandatsträger*in wegen Befangenheit von der Abstimmung über Inhalte der Leitlinie auszuschließen. Die offengelegten Interessenkonflikte sind in Tabelle 53 aufgeführt.

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

8.1 Erklärung über Interessenkonflikte

Zur Erfassung der Interessenkonflikte wurde das zum Zeitpunkt der Erstellung aktuelle Formular der AWMF verwendet. Das Formular erfasst Aspekte die auf Interessenkonflikte hinweisen und nicht älter als 3 Jahre zurückliegen. Die Folgenden Sachverhalte bzw. Beziehungen waren Gegenstand des Formulars:

1. Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung
2. Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autor*innen- oder Co-Autor*innenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung
3. Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeiter*innen der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung
4. Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z.B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)
5. Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft

6. Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft.
7. Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Mandatsträger*innen im Rahmen der Leitlinienentwicklung
8. Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wirtschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten
9. Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre

Konsultationssfassung

Tabelle 53: Ergebnisse der Interessenkonflikterklärungen

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachtertätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft ²	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
Benecke, Andrea, Dr.	Universität Mainz	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BPTK (Mandatsträgerin) Psychodiabetologie, Adipositas, Verhaltenstherapie, Supervision	gering
Blankenburg, Katrin MA	Haupt: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) Neben: Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung des Märkischen Sozialvereins; EUTB Früher: Evangelische Lungenklinik Berlin; Sozialarbeiterin im Sozialdienst	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DVSG (Stellvertreterin) Soziale Arbeit in der Onkologie Zahlreiche Tätigkeiten als DVSG Referentin 05/2016 – 12/2019	gering
Blettner, Gabriele	Stiftung Deutsche Krebshilfe Bis 31.03.2020	Nein	WPO (Weiterbildung Psychosoziale Onkologie, Sektion Psychoonkologie)	WPO (PO)	Kokon (Komplementärmed., Info)	Nein	Nein	PSO/DKG (Mandatsträgerin) Vorstand WPO e.V., BAK Mitglied, Vorstandsmittglied Hess. Krebsgesellschaft., Beauftragte Krebsberatungsstelle	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
								PO und Psychosoziale Bera-tung, Supervision	
Bohnen-kamp, Han-nah, Dipl.-Psych	Hessische Krebsgesell-schaft Psychosoziale Krebsbe-ratungsstel-len	Antragstellerin (6): Deutsche Krebshilfe, DRV Bund (Deutsche Rentensiche-rung Bund); versch. Kom-munen und Landkreise; Stiftungen Fördergelder (Personal- und Sachkosten) für den Betrieb psychosozialer Krebsbera-tungsstellen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Landeskrebsgesellschaften, Sektion A der DKG (Man-datsträgerin) Vertretung der Hessischen Krebsgesellschaft im Aus-schuss Krebsberatung der Landeskrebsgesellschaften Vorstandsmitglied Bundes-arbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung (BAK) e.V. Mitglied DKG, PSO (DKG), Hessische Krebsgesell-schaft Vereinzelt (Mit-)Autoren-schaft im FORUM der DKG Ambulante psychosoziale Krebsberatung	gering
Brosig, Burk-hard, Prof.	Universitäts-klinikum Gießen und Marburg	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Deutsche Psychoanalyti-sche Vereinigung (DPV) Mandatsträger	gering
Bruns, Gu-drun	Krebsbera-tungsstelle des Tumor-Netzwerk im Münsterland (TiM) e.V., Vorsitzende	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BAK (Mandatsträgerin) PSO AG (Arbeitsgemein-schaft für Psychoonkologie in der deutschen Krebsge-sellschaft)	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
	der Bundes-arbeitsge-meinschaft für ambu-lante psy-chosoziale Krebsbera-tung (BAK) e.V.							PO Versorgung, ambulante Krebsberatung	
Büntzel, Jens, Prof. Dr. med.	Südharz-Kli-nikum Nord-hausen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	PRio (Mandatsträger) Spre-cher Gruppe Spiritualität, DGHNO (Mandatsträger), S3LL Palliativmedizin (Man-datsträger) Palliativmedizin, Lebens-qualität, Patientenperspek-tive in Cancer Survivorship	gering
Curio, Ruth	Rentnerin Bis 05/2016 Brüderkran-kenhaus St. Josef Pader-born	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BDP (Stellvertreterin), Sek-tion Klinische Psychologie, FG Klinische Psychologie im Allgemeinkrankenhaus PSO, Dapo e.V., BAG-PVA (Bundesarbeitsge-meinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkran-kenhaus) Mandat zur Mitarbeit an der S3LL Konsiliar-Liaison-versorgung für Patienten mit psychischen/psychoso-matischen Störungen oder Belastungen im Kranken-haus (AWMF LL 051-021)	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachtertätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft ²	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
								Federführende Beteiligungen an Fortbildungen: Curriculum PO des ID Institutes Kassel (Rahmenbedingungen psychoonkologischer Tätigkeit, Leitlinien und Zertifizierungsgrundlagen)	
Cwik, Jan Christopher, Dr. rer. nat	Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie (10.2013 – 10.2017) Ruhr-Universität Bochum	Nein	Nein	Nein	Nein	Innovationsfonds des G-BA, 01.10.2017 – 30.09.2021, Wissenschaftliche Studie zu „integrierter, sektorenübergreifender Psychoonkologie (https://innovationsfonds.gba.de/projekte/neue-versorgungsformen/ispo-integriertesektorenebergreifende psychoonkologie.103)	Nein	DGPs (Stellvertreter) Wissenschaftliche Tätigkeit im Zusammenhang mit isPO sowie weitere eigene Forschungsvorhaben zum Themengebiet PO. Hieraus entstehen auch regelmäßige Publikationen. PO Versorgung im Rahmen ambulanter Richtlinienpsychotherapie (Verhaltenstherapie)	gering
Dettmers, Stephan, Prof. Dr.	Fachhochschule Kiel	Stadt Kiel: Moderation, 2018, Gemeindopsychiatrie	DRV Bund, Palliativverband SH, 2018.19, Rehabilitation	UniKlinikum SH, Medical School HH	Diverse Zeitschriftenbeiträge und Kapitelstellungen, Monografien, Handbuch;	Nein	Nein	DVSG, (Mandatsträger), Erster Vorsitzender Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, Soziale Teilhabe und qual. Netzwerkanalysen	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachtertätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft ²	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
					kontinuierlich, Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit bei unterschiedlichen med. Indikationen, Rehab				
Dick, Julia (Elternzeit)	Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, Universitätsklinikum Köln Pharma-Insight, Marktforschungsinstitut (bis 09/2016)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	AET (Mandatsträgerin) PO Profil (Distress, Ängste/Sorgen) und Beratung von Frauen mit erblichem Risiko für Brust- und/oder Eierstockkrebs	gering
Dinger-Ehrenthal, Ulrike Dr.	Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Uniklinikum Heidelberg	Nein	Nein	Nein	Nein	Innovationsfond G-BA; Psychotherapeutische Versorgungsform	Nein	DFT (Mandatsträgerin) DGPM, DKPM Psychosomatische Klinik, Psychoonkologie, Psychotherapie	gering
Dinkel, Andreas, PD Dr. rer. Nat	Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum	Swiss Cancer League (Begutachtung verschiedener Forschungsanträge)	Nein	Novartis Pharma, Ipsen Pharma – Waldburg, Zeil-Kliniken (Psychoonkologie Patiententag; Psychoonkologie)	Nein	Nein	Nein	PSO/DKG (Stellvertreter), Vorstandsmitglied Mitglied International Psychooncology Society (I-POS); Mitglied der Interessengruppe "Fear of Cancer"	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
	rechts der Isar, Fakultät für Medizin, Technische Universität München			Fortbildung Pflegefachkräfte; Psychoonkologie Fortbildung Ärzte;				<p>Recurrence" ; Mitglied Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM); Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie - Leiter AG Psychoonkologische, Palliative und Supportive Versorgung des CCC München</p> <p>Leiter des Funktionsbereichs Psychosoziale Onkologie, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar - Konsiliarische und ambulante psychoonkologische Versorgung onkologischer Patienten</p> <p>Wissenschaftliche Tätigkeit und zahlreiche Publikationen zu - Progredienzangst - Distress - Screening Psychoonkologische Interventionen Mitarbeit an der LL Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und - psychosomatik; Verantwortlicher für das Kapitel Diagnostik</p>	
Ditz, Susanne Dr.	UniKlinikum Heidelberg							<p>DGGG (Mandatsträgerin)</p> <p>DGPFG (SV)</p>	

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbe-sitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
Dräger, Dé-sirée Louise, Dr. med.	Universitäts-medizin Rostock, Kli-nik für Uro-logie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGU (Mandatsträgerin) PSO, SIOG, DPG Urologin, Uroonkologie, Psychoonkologie	gering
Eckhardt-Henn, Anne-gret, Prof. Dr. med.	Klinikum Stuttgart KBC Klinik für Psycho-somatische Medizin und Psychothera-pie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DPV (Stellvertreterin) DKPM, DGPM, DGPPN Traumafolgestörungen, Dissoziation, Psychosoma-tik in der Neurologie Psychoonkologische Ver-sorg. des Klinikums	gering
Gaspar, Man-fred	Schleswig-Holsteini-sche Krebs-gesellschaft (Freie Mitar-beit) Städtisches Kranken-haus Kiel	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	AGSMO (Stellvertreter) dapo, PSO, DGP (Mitheraus-geber Zeitschrift für Pallia-tivmedizin) Psychoonkologie	gering
Ghadjar, Pirus, Prof. Dr. med.	Charité Uni-versitätsme-dizin Berlin, Klinik für Raioonkolo-gie und Strahlenthe-rapie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DEGRO (Mandatsträger) Radiotherapie, Prostatakar-zinom, Hyperthermie	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbe-sitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitlinie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
Gruber, Ha-rald, Prof. Dr.	Alanus Hochschule Alfter / Bonn	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BAG KT (Mandatsträger) Wissenschaftliche Fachge-sellschaft Künstlerische Therapien / WFKT 2. Vor-stand Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin / DKPM European Consortium for Arts Therapie Education / ECARTE Onkologie / Palliativmedi-zin / Wirkfaktoren For-schung	gering
Härtl, Kris-tin, Prof. Dr. habil.	Hochschule Fresenius für Manage-ment, Wirt-schaft & Me-dien GmbH, Psychology School	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGVM (Mandatsträgerin) Forschungsgebiet Psychoonkologie: Lebens-qualität, Belastungen, Angst, Anpassungsstörun-gen, Fatigue; Bewegung bei (Brust-) Krebs; psycho-soziale Interventionen bei Krebs	gering
Hasenburg, Prof. Dr. med. An-nette	Universitäts-medizin Mainz	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	AGO / DGGG (Mandatsträ-gerin) Direktorin der Frauenkli-nik, verantwortlich für alle Bereiche	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
								Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V. Oberrheinische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie Deutscher Ärztinnenbund Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie, Organkommission Ovar (AGO-OVAR) European Society of Gynaecological Oncology Studienleitgruppe der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO-SLG) Informationszentrum für Sexualität und Gesundheit (ISG) International Psycho-Oncology Society (IPOS)	

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
								International Society for Sexuality & Cancer (ISSC)	
Helle, Mark, Prof. Dr. Dipl.-Psych	Hochschule Magdeburg Stendal	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	GWG (Stellvertreter)	gering
Hertrampf, Ruth, Dr.phil.	i) Praxis Sartorius, FFM: KJ Psychotherapeutin in Ausbildung ii)KESS Frühförderzentrum FFM: Psychologin iii)Helios HSK Wiesbaden (bis Mai 2018)	Nein	Nein	Nein	Promotion; Psychoonkologie & Künstler. Therapien	Aalborg University, DK Helios HSK	Nein	BAG KT (Stellvertreterin Musiktherapie) DMtG (Berufsverband Musiktherapie) Künstler Therapien, Musiktherapie in der Onkologie, Kinder und Jug. Psychotherapie	gering
Heußner, Pia, Dr. med.	Klinikum Garmisch-Partenkirchen Früher: Klinikum der Universität München	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGHO (Mandatsträgerin) Diverse LL des Programms Onkologie Psycho-Onkologie	gering
Hohenfellner, Ulrike, Dr. med.	Eigene Praxis für Urologie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Patent: PEL-VICFIT nach Dr. Ulrike	DGU (Stellvertreterin)	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
							Hohenfel-lows, (kB zur Leitlinie)	Vorsitzende des DK Psycho(?)und Sexualmedi-zin Kurs PGV der DGU Psychosomatik, Psychoon-kologie, Krebs(?), Infertio-logie, Sexualmedizin	
Horneber, Markus Dr. med.	Klinikum Nürnberg	Nein	Nein	Roche/Lilly; Fati-gue	Nein	DKH/G-BA/BMBF; In-tegr/support. Onk	Nein	DfaG (Mandatsträger) Supportivtherapie, Int.Onk., Kommunikation, Patienten-Arzt-Interaktion, Sys. Übersichtsarbeiten, Onkologie, Pneumologie, Palliativ, PO	gering
Hornemann, Beate	Universitäts-klinikum Carl Gustav Caur Dres-den	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	APM (Stellvertreterin) Vorstandsmitglied PSO der DKG (bis 09/2020) PO Versorgung von Krebs-patienten; Leitung Psycho-onkologischer Dienst am UCC	gering
Hucke, Birthe	Deutscher Verband der Ergotherapie (DVE); Vor-stand Früher: Be-rufsgenossen-schaftliches Universitäts-	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DVE (Stellvertreterin)(Ver-tritt Frau Meiling für 3 Mo-nate) Deutsche Gesellschaft für Ergotherapie-wissenschaft Council of Occupational Therapists in European Countries	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachtertätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft ²	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
	Klinikum Universitätsklinikum Bergmannsheil, Bochum							World Federation of Occupational Therapy	
Jäger, Martina	Deutsche ILCO e.V.	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BAG Selbsthilfe (Mandatsträgerin) SHO, Geschäftsstelle	keine
Jentschke, Elisabeth, Dr. phil.	Comprehensive Cancer Center Mainfranken CCCMF sowie Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Universitätsklinikum Würzburg	Nein	Wissenschaftlicher Beirat der DGP bzgl. der DGP-Kongresse	Palliativakademie Juliusspital Würzburg (Der Geriatrische Patient Umgang mit Belastungen)	Nein	Forschung zum Thema: Wirksamkeit einer achtsamkeitsbasierten Yogatherapie bei Patienten mit einer Krebserkrankung; Belastungserleben Angehöriger von Hirntumorpatienten; Unterstützungsbedarf von Müttern während der Tumortherapie; Würdezentrierte Therapie	Nein	DGP (Mandatsträgerin) Komplementär-onkologie, Würdezentrierte Therapie, Trauerforschung, Belastungserleben von Angehörigen. Leitung des Psychoonk., Gerontologieschen und neuropsychologischen Dienstes	gering
Kieseritzky, Karin Dipl.-Psych.	Paracelsus Klinik Bremen Früher:	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGPSF (Mandatsträgerin) Schmerzpsychotherapie, Palliativpsychotherapie, Psychoonkologie	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbe-sitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
	Klinikum Delmenhorst, Pius Hospital Oldenburg								
Kleespies, Prof. Dr. Axel	Helios-Am-per Klinikum Dachau, AG; Klinikum der Universität München, Campus Großhadern - Innenstadt	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	ACO (Stellvertretendes Mandat) Onkologische Chirurgie, Viszeralchirurgie, Thora-xchirurgie, Onkologie/Mo-lekulares Tumorboard	gering
Kleßmann, Rainer	Evangelisches Klini-kum Bethel; Pflegerische Klinikleitung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DPR (Stellvertreter) Psychiatrische Pflege, Fi-nanzierung, Projektma-nagement Leitung von psychiatri-schen und psychosomati-schen Kliniken	gering
Koch-(Gromus), Uwe, Prof. Dr. Dr.	UKE Ham-burg	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGRW (Stellvertreter)	gering
Koch, Sabine C., Prof. Dr.	SRH Hoch-schule Hei-delberg (50%) Alanus Hochschule Alfter (50%)	Nein	Nein	Gesellschaft für Tanzforschung (GTF): Wirkfakto-ren der Tanzthe-rapie	VG-Wort: Publikatio-nen im Be-reich Künst-ler. Thera-pien	Nein	Nein	BAG KT (Stellvertreterin) Wissenschaftliche Fachge-sellschaft für Künstlerische Therapien (WFKT) - Berufs-verband der Tanztherapeu-tInnen Deutschlands (BTD e.V.) - American Dance	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachtertätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft ²	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
				Uniklinikum Freiburg, Psychosomatik : Vorstellung empirischer Studien				Therapy Association (ADTA) - Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) Künstlerische Therapien, Tanztherapie, Körpertherapie - Embodiment, Sozialpsychologie, Methoden, Wirkfaktoren, Artsbased Research - Depression, Autismus, Schizophrenie, Trauma, Angst, Parkinson	
Köhler, Sabine, Dr. med.	Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BVDN (Mandatsträgerin) Vorsitzende Gesamtes psychiatrisches und psychotherapeutisches Versorgungsspektrum im ambulanten Setting, Konsiliartätigkeit	gering
Kramer, Klaus, Prof. Dr. med.	Uniklinikum Ulm	Nein	Nein	Nein	Nein	Uni Freiburg: EN-TAiER Studie Uni Tübingen: CCC Integrativ Studie	Nein	DGAV (Mandatsträger) Onkologie, Int. Onk., Mindfulness, GST-Register, Int. Medizin, Vertretung der Lehre Integrativer Medizin am UniKlinikum Ulm	gering
Kreikenbohm, Thorsten, M.Sc.	Kreisklinikum Siegen, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	GWG (Mandatsträger) DGVT (Stellvertreter) Patientenversorgung stationär / Konsiliarisch klinisch-psychologische Tätigkeit in der Somatik	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachtertätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft ²	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
	Honorartätigkeit: Psychotherapiezentrum am Bermannsheil Krankenhaus/Bochum								
Loquai, Dr. Carmen	Universitätsklinik Mainz, Hautklinik MVZ Doc Eins West	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	ADO (Mandatsträgerin), DKG, ADF Dermatoonkologie	gering
Maatouk, Imad, Dr. med.	UniKlinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik	Nein	PSO AG in der DKG (Abstractbegutachtung für Tagung) August 2018 + 2019	Nein	Nein	Forschungsförderung Bundesministerium für Bildung und Forschung: Psychosoziale Aspekte bei Krebsprädisposition	Nein	DKPM (Mandatsträger) Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin DGPM (Stellvertreter) Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie	gering
Mai, Sandra, Dipl. Psych.	Unimedizin Mainz III. Med. Klinik Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin	Nein	Nein	Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.	Nein	Nein	Nein	DGP (Stellvertreterin) Mitgliedschaft und Sprecherin der Sektion Psychologie in der DGP, Mitgl. Und Vorstandstätigkeit in der Mainzer Hospizgesellschaft Christophorus,	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
								Mitgl. und Vorstandstätigkeit in der Deutschen Gesellschaft für Patientenwürde Sequentielle Anwendung von psychologischen Testinstrumenten bei Palliativpatienten, Würdezentrierte Therapie, Lehre Palliativmedizin	
Marquard, Sara MScN	Universität Osnabrück Institut für Gesundheitsforschung und Bildung	Nein	Zeitschrift Onkolog. Pflege	FH Münster, Uniklinik Bonn	Autoren: versch. Verlag	Nein	Nein	DPR (Mandatsträgerin) Deutsche Pflegerat Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), Deutsches Berufsverband für Pflegeberufe	gering
Mathiak, Klaus, Univ.-Prof. Dr. med. rer. Nat.	UniKlinikum Aachen, RWTH Universität Aachen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGPPN (Mandatsträger) Ltd OA Psychosomatik	gering
Mayer-Amberg, Norbert, Dr. med.	Niedergelassener Arzt in Gemeinschaftspraxis	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BVDP (Stellvertreter) BVDN Vorsitzender Landesverband Niedersachsen ADHS, Aspergersyndrom, Depression	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
Mehnert-Theuerkauf, Anja, Prof. Dr. phil	Universitätsmedizin Leipzig	Nein	AG des Bundesministeriums für Gesundheit ‚Langzeitüberleben nach Krebs‘ Sprecherin Invited member International Facult: Global Institute of Psychosocial, Palliative and End-of-Life Care Beirat der Sächsischen Krebsgesellschaft	Nein	109 wiss. Publikationen, Schwerpunkt Psychoonkologie	20 Studien, Schwerpunkt Psychoonkologie	Nein	DKPM (Mandatsträgerin) Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO) der DKG Vorstandsmitglied der International Psycho-Oncology Society (IPOS) Wissenschaftlichen Beirat der Akademie für PO München	gering
Mehnert-Theuerkauf, Anja, Prof. Dr. phil.	Universitätsmedizin Leipzig; Leitung der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie	Nein	I. Mitglied der AG des Bundesministeriums für Gesundheit ‚Langzeitüberleben nach Krebs‘ (AG LONKO) im Nationalen Krebsplan (NKP) (Sprecherin U-AG 1) II. Invited member Int. Faculty: Global Institute of Psychosocial, Palliative and End-of-Life Care (GIPPEC) III. Beirat der Sächsischen Krebsgesellschaft (SKG)	Nein	109 wiss. Publikationen, Schwerpunkt Psychoonkologie	20 Studien Schwerpunkt Psychoonkologie	Nein	DGMP (Mandatsträgerin) DGRW (Mandatsträgerin) Vorst. Uni Zentrum für Versorgungsforschung (UZVF) der Uni Leipzig Vorst. Des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) Vorst. Der AG PO (PSO) der DKG Vorst. Der International Psycho-Oncology Society (I-POS) Mitglied des wiss. Beirats der Akademie für Psycho-	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
								Onkologie München (APOM) Wiss. Kursleitung (PT) Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO) Leipzig	
Meiling, Claudia	Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DVE (Stellvertreterin)	gering
Meiß, Dr. Frank	Universitätsklinikum Freiburg Klinik für Dermatologie und Verologie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	ADO (Stellvertreter) Mitglied AG Dermatologische Onkologie Mitglied AG Derm. Histologie Dermato-Onkologie, Melanomtherapie, Hautkrebs-therapie, Nebenwirkungsmanagement	gering
Micke, Oliver, Prof. Dr.	Franziskus Hospital Bielefeld	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	PRiO (Mandatsträger), Deutsche Krebsgesellschaft, DEGRO, BVDST (Vorstand) Gutartige Erkrankungen, Spiritualität, Komplementärmedizin; Strahlentherapie und Radioonkologie	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
Olbrich, Manfred	Bundesverband Prostatkrebs Selbsthilfe	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BPS (Mandatsträger) Patientenvertreter	keine
Olive, Elisabeth	Evangelische Lungenklinik Berlin	Nein	Nein	Nein	Nein	Zu den laufenden Studien in unserer Klinik kann ich keine Aussagen machen	Nein	POA (Stellvertreterin) Deutsche Krebsgesellschaft Schwerpunkt Thoraxonkologie	gering
Paradies, Kerstin	Nat. Gesundheits-Akademie Berlin	Nein	Astra Levera (Pflege)	Astra Levera (Pflege)	Nein	Nein	Nein	KOK (Mandatsträgerin) Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege	gering
Pech, Isabel	Paracelsus Kliniken Scheidegg	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DVE (Mandatsträgerin) Deutscher Verband der Ergotherapeuten AG Onkologie Mandatsträgerin Zertifizierungskommission Brustkrebszentren Kreative Tanz- und Ausdruckstherapeutin	gering
Protzel, Chris, Prof. Dr.med.	Helios Kliniken Schwering, Klinik für Urologie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	AUO (Mandatsträger) DGU, DKG Peniskarzinom	gering
Rabe-Menssen, Cornelia, Dr.	Deutsche Psychothera-	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DpTV (Mandatsträgerin)	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
	peuten Ver- einigung; Referatslei- tung Wissen- schaft und Forschung							Psychotherapeutische Ver- sorgungsforschung, Publi- kationen in Psychotherapie	
Rana, Majeed, Prof. Dr. med. Dr. med. dent	Univ. Klini- kum Düssel- dorf	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGMKG (Mandatsträger)	gering
Rick, Prof. Dr. med. Oli- ver	Klinik Rein- hardshöhe	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	AGORS (Stellvertreter) DKG, DGHO, DGRW, DGSMP, DGI, ESMO, ASCO Onkologischen Reha	gering
Riedner, Carola, Dr. med.	Tumorzent- rum Mün- chen der LMU Mün- chen Früher: ei- gene psychoonko- logische Pra- xis	Nein	Nein	CCCM: Schulung von Studieren- den Psychoonko- logie (nicht be- zahlt)	TZM Manual Mammakar- zinom: Co- autor Psychoonko- logie (nicht bezahlt)	Nein	Nein	DGHO (Stellvertreterin) Vorsitz der AK Psychoon- kologie Beratungsstelle für PO	gering
Riese, Sa- bine, Dr.	Praxis für Frauenheil- kunde, Pschothera- pie, Psycho- analyse;	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGTP (Stellvertreterin), Vorsitzende DGPM (Dt. Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachtertätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft ²	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
								BPM (Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychotherapie (speziell bei Sexualstörungen, Fertilitätsstörungen, Krebserkrankungen, körperlichen Erkrankungen)	
Roschmann, Rupert, Dr.	Klinikum Ingolstadt Institut für psychikalische und rehabilitative Medizin	Nein	Nein	Lehrauftrag an der Katholischen Universität Eichstätt, Seminare zu Methoden der Klinischen Psychologie	Nein	Nein	Nein	BDP (Mandatsträger) Sprecher der Fachgruppe Klinische Psychologie im Allgemeinkrankenhaus der Sektion Klinische Psychologie im BDP, Delegierter in der Delegiertenkonferenz des BDP Psychoonkologie, psychotherapie. Und neuropsych. Behandlung somatischer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus	gering
Rösler, Marie	Bremer Krebsgesellschaft e.V	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	ASO (Mandatsträgerin) Sprecherin der AG Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) der DKG, Vorstandsmitglied der DVSG Psychosoziale Beratung	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vor-trags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
Rothe-Kirch-berger, In-grid, Dr.	Niedergelas-sene Ärztin in eigener Praxis	Nein	Nein	Bezirksärzte-kammer Nord-Württemberg, Psychosomati-sche Grundver-sorgung	Nein	Nein	Nein	DGPT (Mandatsträgerin), Vorstand bis 09/2019 Mitglied in DGPM, DGPPN, BPM Landesärztekammer BW, Delegierte VV Bezirksärzte-kammer Nord-Württem-berg, Delegierte VV und Mitglied Beratender Fach-ausschuss Psychotherapie bei der KV BW	gering
Roth-Sacken-heim, Christa, Dr. med.	Freiberuf-lich, Praxis-inhaberin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BVDP (Mandatsträgerin) Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fach-ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie/Vorsit-zende DGPPN Vorstandsmitglied	gering
Schilling, Georgia, PD Dr. med.	Asklepios Klinik Altona Hamburger Krebsgesell-schaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	AGSMO (Mandatsträgerin) AIO, PSO, DGHO, ESMO, AGSMO, DKG, HKG, AGORS Cancer Survivorship, Sup-portiv Therapie	gering
Schmidt, Heike Dr. med.	Institut für Gesund-heits- und Pflegewis-senschaft Med. Fakultät der Mar-tin-Luther-	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	EbM Netzwerk Mandatsträ-gerin S3 LL Komplementärmedi-zin bei onkologischen Er-krankungen	Anmerk. d. Red. Rolle als Exper-tin, hat kein Ab-stimmungsrecht

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vor-trags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
	Universität Halle-Witten-berg Und seit 07 2019 Universitäts-klinikum Halle (Saale), Department für Strahlen-medizin, Univ.-Klinik und Polikli-nik für Strahlenthe-rapie							2. Deutsche Krebsgesell-schaft mit den Arbeitsgrup-pen PSO, AGSMO, AGORS und KOK 3. Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geri-atric (DGGG) und Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), 4. International Society of Geriatric Oncology (SIOG) 5. European Organization for Research and Treat-ment of Cancer (EORTC) Quality of Life Group 6. EORTC Task force for Cancer in the elderly (ETF) quality of life group repre-sentative	
Schneider, Sabine Prof. Dr. rer.soc.	Hochschule Esslingen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	ASO DKG e.V. (Stellvertre-terin) Sozial Arbeit	gering
Schopperth, Thomas Dr. rer. Medic.	Krebsgesell-schaft Rheinland-Pfalz	Nein	Nein	DKK, DKG/ LKGen Qualitätskrite-rien Psychosoziale Krebsbera-tung	Dapo-Jahr-bücher Fachartikel Forum (2019)	Nein	Nein	Dapo (Stellvertreter) BAK Psychosoziale Krebsbera-tung, Psychoonkologie	gering
Schulze, Friederike, Dr.	Kreiskran-kenhaus	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGVT (Mandatsträgerin)	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbe-sitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
	Mühdorf am Inn Früher: selbst-ständig, konsiliarisch tätig							Bayerische Psychothera-peutenkammer	
Siedentopf, Freiderike, PD Dr. med.	Ärztin, Praxis für Brust-erkrankungen Früher: Martin-Luther Krankenhaus, Berlin	Nein	DGPFG, Zeitschrift ‚Geburtshilfe und Frauenheilkunde‘, 2015-2019,	Dr. Kade Betins, Zeneca, Pfizer, Roche Pharma; Mammakarzinom	Nein	Nein	Nein	DGPFG (Mandatsträgerin) DGGG, DGS, DEGUM, Berliner Krebsgesellschaft, WIPF Behandlung und Diag. Mamma CA, Trauertherapie	gering
Steimann, Dr. Monika	Strandklinik Boltenhagen	Nein	Hamburger Krebsge-sellschaft: Rehabili-tation Psychoonkologische Versorgung in der Beratung	Nein	Forum der DKG: Surviv-orship	Nein	Nein	AGORS (Mandatsträgerin) DGT (Mandatsträgerin) Hamburger Krebsgesell-schaft, AK Onkologische Rehabilitation der DGHO, AIO, DÄB, BDI, Dapo Rehabilitation, Edukation, CIPN, MBOR	gering
Stockhau-sen, Dietrich, Dr. med	Marienkrankenhaus Soest	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	AOT (Mandatsträger) DGT (Mandatsträger) ESTS Allgemeine Thoraxchirur-gie	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbe-sitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
Straub, Mar-tina Dipl. Psych.	Klinikum Christophs-bad, Klinik für Psycho-somatische Medizin und Fachpsycho-therapie (seit 8/2018) (seit 1/2020 in Elternzeit) Früher: Städtisches Klinikum Dresden Friedrichstadt (bis 6/2018)	Nein	Nein	DGPSF, ISM- Institut für Schmerztherapie München, DIU Dresdner Inter-nationl Univer-sity: Schmerztherapie bei Tumorer-krankungen... Psychologische Aspekte bei Schmerztherapie	Nein	Nein	Nein	DGPSF (Stellvertreterin) DKG	gering
Tessmer, Günter, Dipl.-Psych	Evangelische Lungenklinik Berlin	Nein	Nein	Lilly Deutsch-land, 2016-18, Kommunikati-onsworkshop	Nein	Nein	Nein	Pneumologisch-Onkologi-sche Arbeitsgemeinschaf (POA) Mandatsträger psychologische Beratung von Patienten mit Atem-wegserkrankungen, Coaching, Fortbildung, Konzeptarbeit im Arbeits-bereich Palliativmedizin, Mitarbeit an der Entwick-lung des Paul Gehrhardt Diakonie Modellprojektes ,Palliativbeauftragter	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
								Innerklinische Fortbildungen im Themenbereich Kommunikation und Ethik	
Teufel, Martin, Prof. Dr.	LVR Klinikum Essen, Uni Duisburg-Essen, Klinik f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Nein	Nein	Universitäre wiss. Vorträge Buchbeiträge Fachbücher	Nein	Nein	Nein	DKPM (Mandatsträger) DGPM (Stellvertreter) DGESS, PSO Essstörungen, Psychoonkologie	gering
Thasler, Prof. Dr. Wolfgang	Rotkreuzklinikum München	Nein	European Training Committee / ESSO : Surgical oncology	Nein	Nein	Nein	Nein	ACO (Mandatsträger), DGAV (Stellvertreter) DGCH, DHG, CAO, ESSO Facharzt für Chirurgie, Allgemeine und Spezielle Viszeralchirurgie, Koloproktologie (EBSQ), Chirurgische Onkologie (EBSQ), MIC, HPB	gering
Tholen, Reina	Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	ZVK (Mandatsträgerin) Deutscher Verband für Physiotherapie	gering
Tripp, Jürgen Dr. rer. Medic.	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie	Nein	Nein	APV GmbH, Workshop zum Thema, Verhaltenstherapie bei Selbstwertprobleme ⁴	Nein	Nein	Nein	DVT (Mandatsträger) DptV Delegierter der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vor-trags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
Vordermark, Dirk, Prof. Dr. med.	Universitäts-klinikum Halle / Saale	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	ARO (Mandatsträger), DEGRO	gering
Weide, Ru-dolf Prof. Dr. med.	Arzt	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BNHO (Stellvertreter)	gering
Weis, Joachim, Prof. Dr.	Compre-hensive Cancer Center Uni-versitätskli-nikum Frei-burg	Sander Stif-tung, DFG, DKH	Nein	Roche, Novartis, Take Part	Nein	DKH, BMBF, E-ORTC, DRV	Nein	DFaG (Stellvertreter) DGMP, DGP, DKH, EORTC, IPOS Psychoonkologie S3LLPO Projekt Koordina-tor	gering
Werner, An-dreas, Dr.med.	Gegenwär-tig: eigene Praxis, Früher: Uni-versitätsme-dizin Mainz	Universitäts-medi Universi-tätsmedizin Mainz	Nein	Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz	Nein	Nein	Nein	Dapo e.V. (Mandatsträger) Kassenwart Verein Projekt Schmetter-ling e.V. 1. Stellvertreten-der Vorsitzender	gering
Wessels, Tina, Dr.	Bundespsy-chothera-peutenkam-mer (Refe-rentin)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BPtK (Stellvertreterin)	gering
Westermair, Anna, Dr. med.	Zentrum für Integriative Psychiatrie, UniKlinikum Schleswig-Holstein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGPPN (Stellvertreterin), Leitung Sektion Psychoon-kologie DKG	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴	Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
								Psychische Folgen von Traumatisierung, Psychoonkologie, Palliativmedizin, Verhaltenstherapie, Workshop „Psychoonkologie“ auf dem DGPPN Kongress	
Wickert, Martin	CCC Tübingen-Stuttgart	Nein	Nein	WPO: Weiterbildung Psychoonkologie	Nein	IMBEI Mainz/DKH: Forschung Krebsberatungsstellen	Nein	BAK (Stellvertreter) Krebsberatungsstellen, Psychoonkologie (stationär und ambulant)	gering
Wiegand, Susanne, Prof. Dr.	Universitätsklinikum Leipzig AöR	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGHNO KHC (Stellvertreterin) Kopf-Hals-Onkologie, vasculäre Fehlbildungen im Kopf-Hals-Bereich	Gering
Wiewrodt, Dorothee, PD. Dr. med. habil.	Klinik für Neurochirurgie Universitätsklinikum Münster	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGNC / NOA (Mandatsträgerin) Dt. Gesellschaft für Neurochirurgie LL Supportive Therapie (2016-19)	gering
Wirz, Stefan, Dr.	GFO-Kliniken Bonn/Betriebsstätte CURA	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGSS (Mandatsträger) Deutschen Schmerzgesellschaft Sprecher Arbeitskreis Tumorschmerz, Ad-Hoc Kommission Konvent der D. Schmerzzambulanzen, IASP, Sprecher Special Interest Group Cancer Pain	gering

	Arbeitgeber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbe-sitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
								DGP, DVSD, DBA, DGAI, Sertüner Gesellschaft	
Zimmermann, Tanja, Prof. Dr. rer nat.	Medizini-sche Hoch-schule Han-nover	Nein	BRCA-Netzwerk, seit 2017, Psychoonkolo-gie	Nein	Thieme, 2x 2018, Arti-kel im Be-reich Psychoonko-logie	Deutsche Krebs-hilfe (PI Prof. Dr. A. Mehnert, Leipzig), Längs-schnittanalyse des PO Unter-stützungsbe-darfs bei Patien-ten und deren Angehörigen stratifiziert nach biopsychosozia-len Einflussfak-toren (LUPE)	Nein	DGPs (Mandatsträgerin) Vorstandsmitglied AG PO der Deutschen Krebsgesell-schaft, Psychotherapeutenkam-mer Niedersachsen, Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM), DKG AG Psychoonkoogie (PSO)	gering
Zipfel, Ste-phan, Prof. Dr. med.	Universitäts-klinikum Tü-bingen	Nein	Nein	Nein	Nein	DKH, seit 2014, Screening, Krebsberatungs-stelle	Nein	DGS (Mandatsträger) Bis März 2018 Vorsitzen-der Deutsches Kollegium für Psychosomatische Me-dizin (DKPM) Gesamtleitung CCC-TS für den Bereich der Psychoon-kologie (siehe Publikations-verzeichnis) Ärztlicher Direktor und Vorstandsmitglied des CCC-TS	gering

1 = aktuell und in den vergangenen 3 Jahren

	Arbeit geber ¹	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ²	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ²	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ²	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*in-nenschaft ²	Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ²	Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbe-sitz) ^{2,3}	Indirekte, nicht-finanzi-elle Interessen (u.a. Mitglied in Fachge-sellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Bezie-hungen) ⁴	Von Col be-troffene The-men der Leitli-nie sowie Ein-stufung bzgl. der Relevanz Konsequenz
--	---------------------------	---	--	--	--	--	--	--	---

2 = Hier werden entsprechend §139b SGB V finanzielle Beziehungen zu Unternehmen, Institutionen oder Interessenverbänden im Gesundheitswesen erfasst. Folgende Frage wurde beantwortet: Haben Sie oder die Einrichtung, für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor Zuwendungen erhalten von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), industriellen Interessenverbänden, kommerziell orientierten Auftragsinstituten, Versicherungen/Versicherungsträgern, oder von öffentlichen Geldgebern (z.B. Ministerien), Körperschaften/Einrichtungen der Selbstverwaltung, Stiftungen, oder anderen Geldgebern?

3 = Angaben zu Mischfonds waren nicht erforderlich

4 = Hierzu wurden folgende Aspekte abgefragt: Mitgliedschaft /Funktion in Interessenverbänden; Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen; Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten; Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten; Persönliche Beziehungen (als Partner oder Verwandter 1. Grades) zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft; sonstige relevante Interessen

9 Verbreitung und Implementierung

Folgende Maßnahmen werden zur Verbreitung und Implementierung der Leitlinie in der Praxis ergriffen:

- Aktualisierung der Kurzfassung
- Übersetzung der Leitlinie in englischer Sprache
- Publikationen sowie Verlinkung der Leitlinie auf Internetseiten der beteiligten Fachgesellschaften
- Publikationen der Leitlinie in deutschen und internationalen Fachzeitschriften
- Vorstellung der Leitlinie in Fachvorträgen im Rahmen wissenschaftlicher Kongresse, Fachtagungen oder Fortbildungsveranstaltungen
- Informationen zur Aktualisierung der Leitlinie in Newslettern der beteiligten Fachgesellschaft

Konsultationsfassung

10 Anhänge

10.1 Recherche nach nationalen und internationalen Qualitätsindikatoren zum Thema Psychoonkologie

10.1.1 Rechercheauftrag

Die Recherche wurde vom Bereich Infoplattform (Steffi Derenz und Jessica Lobitz) zwischen dem 05.05.2022 und 17.05.2022 durchgeführt.

Das Recherchevokabular der Leitlinie wurde verwendet und teilweise die Syntax der durchsuchten Datenbank angepasst.

In Absprache mit der Abteilung Zertifizierung und dem Leitlinienprogramm Onkologie wurde aus Kapazitätsgründen die Suche auf aggregierte Evidenz (Systematic Reviews) eingegrenzt und auf eine Webseitenrecherche verzichtet.

Population:

Erwachsene Krebspatient*innen in psychoonkologischer Behandlung in allen Versorgungssettings (ambulant/stationär).

Intervention:

Qualitätsindikator; Qualitätsindikatoren

Quality Indicators, Health Care

"quality indicator" OR "quality indicators" OR "performance indicator" OR "performance indicators" OR "quality measure" OR "quality measures" OR "indicator of quality" OR "indicators of quality" OR "performance measure" OR "performance measures"

Bei der Suche erfolgte eine Einschränkung des Suchzeitraums auf die letzten 10 Jahre (06.05.2012 bis 06.05.2022). Sprachrestriktionen: englisch, deutsch

Weitere Einschränkungen bezüglich spezifischer Subgruppen innerhalb der Zielpopulation erfolgten nicht.

Die Suche wurde in folgenden Quellen durchgeführt:

- Literaturdatenbanken:
PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced>
- Cochrane: <https://www.cochranelibrary.com/advanced-search>

Recherchestrategie und -vokabular richten sich nach den Möglichkeiten der jeweiligen Recherchequelle. Sie wurden entsprechend modifiziert und unter Punkt 2: Recherchestrategien dargelegt.

10.1.2 Recherchestrategien

10.1.2.1 Bibliographische Datenbanken

10.1.2.1.1 PubMed *

Recherche erfolgte am: 06.05.2022



#	Suchbegriff	Treffer
1	"neoplasms"[mh]	3680058
2	cancer*[tiab]	2074119
3	carcinom*[tiab]	734326
4	leukemia[tiab] OR leukaemia[tiab]	269006
5	lymphoma*[tiab]	196852
6	malignan*[tiab]	642234
7	melanoma*[tiab]	131166
8	neoplasm*[tiab]	297606
9	oncolog*[tiab]	189489
10	sarcoma*[tiab]	108561
11	tumor*[tiab] OR tumour*[tiab]	1905967
12	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	4862258
13	"counseling"[mh]	47467
14	„internet“[mh]	92081
15	"patient education as Topic"[mh]	88344
16	"psychotherapy"[mh]	211620
17	"telemedicine"[mh]	40184
18	"psycho oncology"[mh]	210
19	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18	451697

#	Suchbegriff	Treffer
20	"acceptance and commitment therapy"[tiab]	1386
21	"autogenic training"[tiab]	623
22	autosuggest*[tiab]	76
23	behavio*[tiab] AND therap*[tiab]	135732
24	bio-feedback[tiab] OR biofeedback[tiab] OR "bio feedback"[tiab]	7802
25	"client education"[tiab]	251
26	"coping skills training"[tiab]	364
27	counsel*[tiab]	125545
28	desensitization[tiab]	23943
29	"dignity care"[tiab]	16
30	"dignity therapy"[tiab]	131
31	educational intervention*[tiab]	13461
32	existential*[tiab]	5335
33	(family therap*)[tiab]	3999
34	(group therap*)[tiab]	5316
35	hypnosis[tiab]	8473
36	"hypnotherap*"[tiab]	1331
37	imagery[tiab]	17776
38	logotherapy[tiab]	131
39	"managing cancer and living meaningfully"[tiab]	23
40	(meaning based) [tiab]	198
41	(meaning centered) [tiab]	122
42	"meditati*"[tiab]	6747

#	Suchbegriff	Treffer
43	(nursing intervention*)[tiab]	7386
44	"nursing support"[tiab]	549
45	"patient education"[tiab]	22149
46	PMR[tiab]	3017
47	"psycho-education*" [tiab] OR psychoeducation* [tiab] OR "psycho education**"	7755
48	"psychoanaly**" [tiab]	18319
49	psycho* [tiab] AND intervention* [tiab]	111390
50	psycho* [tiab] AND support [tiab]	94044
51	psycho* [tiab] AND treatment* [tiab]	186145
52	psychodynamic* [tiab]	6908
53	psychotherap* [tiab]	50973
54	relaxation [tiab]	128412
55	"relaxing response" [tiab]	142
56	spiritual* [tiab]	21250
57	"stress management" [tiab]	5833
58	"stress reduction" [tiab]	3913
59	(support group) [tiab]	8344
60	visualisation [tiab] OR visualization [tiab]	105844
61	psycho-oncolog* [tiab] OR psycho oncolog* [tiab] OR psychooncolog* [tiab] OR psycho-social [tiab] OR psycho social [tiab] OR psychosocial [tiab]	117012
62	#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61	3998466
63	#19 OR #62	4228283

#	Suchbegriff	Treffer
64	#12 AND #63	645720
65	"quality indicators, health care"[mh]	24226
66	"quality indicator"[tiab] OR "quality indicators"[tiab] OR "performance indicator"[tiab] OR "performance indicators"[tiab] OR "quality measure"[tiab] OR "quality measures"[tiab] OR "indicator of quality"[tiab] OR "indicators of quality"[tiab] OR "performance measure"[tiab] OR "performance measures"	30731
67	#65 OR #66	49131
68	#64 AND #67	1357
69	#68 NOT "The Cochrane database of systematic reviews"[Journal]	1347
70	#68 NOT "The Cochrane database of systematic reviews"[Journal] Filters: in the last 10 years	998
71	#68 NOT "The Cochrane database of systematic reviews"[Journal] Filters: in the last 10 years, English	981
72	68 NOT "The Cochrane database of systematic reviews"[Journal] Filters: in the last 10 years, English, German	991
73	#68 NOT "The Cochrane database of systematic reviews"[Journal] Filters: Systematic Review, in the last 10 years, English, German	47

** Die Strategie wurde ursprünglich für MEDLINE(R) ALL via Ovid verwendet, deshalb wurde die Syntax für die PubMed-Suche angepasst / MeSH und Freitext für „Psychoonkologie“ wurden ergänzt.*

10.1.2.1.2

Cochrane

Recherche erfolgte am: 05.06.2022

(Cochrane Database of Systematic Reviews - Issue 5 of 12, May 2022 / Cochrane Central Register of Controlled Trials - Issue 4 of 12, April 2022)

#	Suchbegriff	Treffer
1	[mh neoplasms]	87970
2	cancer*:ti,ab,kw	179996
3	carcinom*:ti,ab,kw	44699

#	Suchbegriff	Treffer
4	leuk*mia:ti,ab,kw	15255
5	lymphoma?:ti,ab,kw	126680
6	malignan*:ti,ab,kw	29070
7	melanoma?:ti,ab,kw	6008
8	neoplasm?:ti,ab,kw	87692
9	oncolog*:ti,ab,kw	29313
10	sarcoma?:ti,ab,kw	2653
11	tumo?r*:ti,ab,kw	80881
12	[1-#11]	259266
13	[mh Counseling]	5950
14	[mh Internet]	4644
15	[mh "Patient Education as Topic"]	9280
16	[mh Psychotherapy]	26691
17	[mh Telemedicine]	3206
18	[mh „Psycho Oncology“]	5
19	{OR #13-#18}	43519
20	"Acceptance and Commitment Therapy":ti,ab,kw	1284
21	"autogenic training":ti,ab,kw	288
22	autosuggest*:ti,ab,kw	34
23	(behavio?r* NEXT therap*):ti,ab,kw	25921
24	bio?feedback:ti,ab,kw	3704
25	"client education":ti,ab,kw	12
26	"coping skills training":ti,ab,kw	343

#	Suchbegriff	Treffer
27	counsel?ing:ti,ab,kw	23594
28	desensiti?ation:ti,ab,kw	3145
29	"dignity care":ti,ab,kw	1
30	"dignity therapy":ti,ab,kw	58
31	(educational NEXT intervention?):ti,ab,kw	5151
32	existential*:ti,ab,kw	316
33	(family NEXT therap*):ti,ab,kw	1792
34	(group NEXT therap*):ti,ab,kw	3667
35	hypnosis:ti,ab,kw	1754
36	hypnotherap*:ti,ab,kw	403
37	imagery:ti,ab,kw	2997
38	logotherapy:ti,ab,kw	42
39	"managing cancer and living meaningfully":ti,ab,kw	28
40	(meaning NEXT based):ti,ab,kw	17
41	(meaning NEXT centered):ti,ab,kw	64
42	meditati*:ti,ab,kw	3610
43	(nursing NEXT intervention?):ti,ab,kw	2228
44	"nursing support":ti,ab,kw	97
45	"patient education":ti,ab,kw	14362
46	PMR:ti,ab,kw	549
47	psycho?education*:ti,ab,kw	5178
48	psychoanaly*:ti,ab,kw	421
49	(psycho* NEXT intervention?):ti,ab,kw	6833

#	Suchbegriff	Treffer
50	(psycho* NEXT support):ti,ab,kw	1444
51	(psycho* NEXT treatment?):ti,ab,kw	3753
52	psychodynamic*:ti,ab,kw	810
53	psychotherap*:ti,ab,kw	14809
54	relaxation:ti,ab,kw	13136
55	"relaxing response":ti,ab,kw	0
56	spiritual*:ti,ab,kw	1742
57	"stress management":ti,ab,kw	2782
58	"stress reduction":ti,ab,kw	2211
59	(support NEXT group?):ti,ab,kw	2063
60	visuali?ation:ti,ab,kw	4522
61	(psycho* NEAR oncolog* OR (psycho?social NEXT oncolog*)):ti,ab,kw	491
62	{OR #20-#61}	115328
63	#19 OR #62	123548
64	#12 AND #63	12472
65	[mh Quality Indicators, Health Care] explode all trees]	647
66	("quality indicator" OR "quality indicators" OR "performance indicator" OR "performance indicators" OR "quality measure" OR "quality measures" OR "indicator of quality" OR "indicators of quality" OR "performance measure" OR "performance	2999
67	#65 OR #66	3409
68	#64 AND #67	51
69	#66 with Cochrane Library publication date from May 2012 to May 2022, in Cochrane Reviews	2

Anzahl der Treffer in Cochrane nach Dublikatecheck mit PubMed: 2

Anzahl der Treffer insgesamt (PubMed und Cochrane): 49 (Systematic Reviews).

10.1.3 Rechercheergebnisse

Ausschlussgründe:

A1: **kein oder kein themenspezifischer QI** (kein QI oder QI anderer Entität oder un-spezifischer QI)

A2: **Publikationsart** (z.B.: Letter, Editorial, nur Abstract), kein Systematic Review

A3: **Doppelpublikation**

A4: **Volltext nicht verfügbar**

10.1.3.1 Bibliographische Datenbanken

Anzahl der Treffer nach Titel- und Abstractsichtung: 4

Treffer nach Volltextsichtung: 3

(* Henson et al, 2020 [34] wurde eingeschlossen. Das Supplement mit den QIs konnte nicht beschafft werden.)

[35] [36]

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<p><i>Kamal et al, 2014 (Supplement) [35]</i></p> <p>QI 33: The care plan is based on the identified and expressed preferences, values, goals, and needs of the patient and family and is developed with professional guidance and support for decision making</p> <p>QI 37: An interdisciplinary team provides services to the patient and family consistent with the care plan. In addition to nursing, medicine, and social work, other therapeutic disciplines with important assessment of patients and families include physical therapists, occupational therapists, speech and language pathologists, nutritionists, psychologists, chaplains, and nursing assistants. For pediatrics, this should include child-life specialists. Complementary and alternative therapies may be included.</p> <p>QI 38: Use of standard questions to assess patient depression</p>	<p>Nein.</p>	<p>QI 33: ja, Empfehlung 4.5 und 5.1</p> <p>QI 37: ja, teilweise (Empfehlung 4.2 und 4.4 bzgl. psychoonkologisch qualifizierten Fachkräften)</p> <p>QI 38: ja, vgl. Empfehlung 7.2 und 7.4 (Screening psychosoziale Belastung)</p>

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<p>QI 164: Documentation that psychosocial support has been offered</p> <p>QI165: Psychological status is assessed and managed based upon the best available evidence, which is skillfully and systematically applied. When necessary, psychiatric issues are addressed and treated.</p> <p>QI 166: Psychological and psychiatric issues are assessed and managed in a timely, safe, and effective manner</p> <p>QI 167: Extent to which relatives indicate that there was attention and respect for the psychosocial and spiritual well-being of the patient</p> <p>QI 168: Psychological and psychiatric issues are assessed and managed based upon the best available evidence.</p> <p>QI 169: Psychosocial assessment within 4 days after admission</p> <p>QI 170: Psychological and psychiatric issues are managed in a manner that is acceptable to the patient and family</p> <p>QI 171: IF a VE's spouse or significant other dies, THEN the VE should be assessed for depression or thoughts of suicidality within 6 months</p> <p>QI 172: IF a patient with cancer is treated for depression, THEN response to therapy should be documented within 6 weeks.</p> <p>QI 173: Percentage of patients who feel depressed</p> <p>QI 174: For patients who screened positive for anxiety, the percent who receive treatment within two weeks of diagnosis</p> <p>QI 175: Percentage of patients with anxiety</p>		<p>QI 164: nein, jedoch abgebildet in Erhebungsbögen und Datenlättern der verschiedenen Zertifizierungssysteme</p> <p>QI 165: ja, vgl. Empfehlung 7.2, 7.4, 7.5 und 7.6 bzgl. Screening/Diagnostik und Empfehlung 8.1 bis 8,8 sowie 8.14, 8.18, 8.21, 8.24, 8,27 bzgl. Interventionen.</p> <p>QI 166: ja, vgl. Empfehlung 11.4</p> <p>QI 167: nein, vgl. Empfehlung 5.1 (jedoch nicht aus Angehörigenperspektive)</p> <p>QI 168: siehe QI 165</p> <p>QI 169: nein</p> <p>QI 170: ja, vgl. Empfehlung 11.3 (kommunikative Präferenzen Patienten und Angehörige)</p> <p>QI 171: nein</p> <p>QI 172: nein</p> <p>QI 173: nein, vgl. aber Beratungsquote bzw. perspektivisch Distress-Screening in den Kennzahlenbögen</p> <p>QI 174: nein, vgl. aber psychoonkologische Beratungsquote bzw. Aufgabenspektrum in den Kennzahlenbögen bzw. Erhebungsbögen</p> <p>QI 175: nein, vgl. QI 174</p>

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
QI 176: Documentation of degree and content of patient's anxiety		QI 176: nein, vgl. QI 174
QI 177: Extent to which patients receive support when they feel anxious or feel depressed		QI 177: nein, vgl. QI 174
QI 178: For patients diagnosed with depression, the percent who receive interpersonal or medication treatment within two weeks of diagnosis		QI 178: nein, Empfehlung 9.3 bezieht sich lediglich auf leitliniengerechte Psychopharmakotherapie
QI 179: For patients who screen positive for depression, the percent who receive further assessment, counseling or medication treatment		QI 179: nein, vgl. QI 174
QI 180: IF depression is diagnosed in a cancer patient, THEN a treatment plan for depression should be documented.		QI 180: nein, vgl. QI 174
QI 181: A grief and bereavement program is available to patients, families, and staff		QI 181: nein
QI 182: A grief and bereavement program is available to patients and families, based on the assessed need for services		QI 182: nein
QI 183: Documentation of emotional reaction to explanation of medical condition		QI 183: nein
QI 184: Percentage of patients with documentation that spiritual support was offered to the patient/family Length of stay \geq 3 days		QI 184: nein, vgl. Erhebungsbögen bzgl. Verfügbarkeit von Seelsorge
QI 185: Extent to which relatives indicate that there was attention and respect for the psychosocial and spiritual well-being of the patient		QI 185: vgl. QI 167
QI 186: Extent to which relatives indicate that the patient had access to a counselor for spiritual problems		QI 186: nein, vgl. QI 184 (jedoch nicht aus Angehörigenperspektive)
QI 187: Extent to which patients indicate that they feel that life is worthwhile		QI 187: nein

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<p>QI 188: Percent of patients with chart documentation of a discussion of spiritual or religious concerns</p> <p>QI 189: Documentation that spiritual support was offered</p> <p>QI 190: Spiritual, religious, and existential dimensions of care are assessed and receive a response based upon the best available evidence</p> <p>QI 191: Spiritual and existential dimensions are assessed and responded to based upon the best available evidence, which is skillfully and systematically applied.</p> <p>QI 192: Spiritual, religious, and existential dimensions are approached in a manner that is acceptable to the patient and family as they pertain to the patient's illness</p> <p>QI 193: Documentation of patient's religion</p> <p>QI 219: Signs and symptoms of impending death are recognized and communicated, and care appropriate for the phase of illness is provided</p> <p>QI 220: Signs and symptoms of impending death are recognized and communicated in developmentally appropriate language for children and patients with cognitive disabilities with respect to family preferences. Care appropriate for this phase of illness is provided to patient and family.</p> <p>QI 221: Extent to which relatives indicate that the patient received support with preparations for saying goodbye</p> <p>QI 222: Percentage of relatives who indicate that the patient had accepted her/his approaching death</p>		<p>QI 188: nein, vgl. QI 184</p> <p>QI 189: nein, vgl. QI 184</p> <p>QI 190: ja, vgl. QI 33</p> <p>QI 191: ja, vgl. QI 33</p> <p>QI 192: ja, vgl. QI 33</p> <p>QI 193: nein, vgl. jedoch QI 184</p> <p>QI 219: nein, vgl. aber Kap. 9 (Palliativversorgung) der Erhebungsbögen</p> <p>QI 220: nein, vgl. QI 219</p> <p>QI 221: nein, vgl. QI 219</p> <p>QI 222: nein</p>
<p><i>Maes-Carballo et al, 2021 (Supplement 1/ Table 2) [36]</i></p>	<p>Nein.</p>	

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<p>QI 73: Proportion of BC patients with immediate access to psychological support.</p> <p>QI 74: Psychological support access to the patient´s relatives or caregivers.</p>		<p>QI 73: nein, vgl. jedoch Vorgaben in Erhebungsbögen bzw. Kennzahl zu psychoonkologischer Beratung und perspektivisch Distree-Screening</p> <p>QI 74: nein</p>

Konsultationssfassung

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Flussdiagramm der Leitlinienrecherche zu psychoonkologisch relevanten Leitlinien	27
Abbildung 2. Flussdiagramm zur Updaterecherche (2011-2020) bezüglich psychischer Komorbidität, Vulnerabilitätsfaktoren und Suizidalität	36
Abbildung 3. Flussdiagramm zur Literaturrecherche zu geeigneten Screeningverfahren zur Erfassung psychoonkologischen Interventionbedarfs	40
Abbildung 4. Flussdiagramm zur Literaturrecherche zu psychoonkologischen Interventionen (systematische Reviews)	61
Abbildung 5. Flussdiagramm zur Literaturrecherche zu psychoonkologischen Interventionen (RCTs) .	62
Abbildung 6. Flussdiagramm zur Literaturrecherche zu Künstlerischen Therapien	66
Abbildung 7. Bewertung des Verzerrungsrisikos mittels RoB2-Tool für RCTs zu Kunsttherapie	67
Abbildung 8. Bewertung des Verzerrungsrisikos mittels RoB2-Tool für RCTs zu Tanztherapie	67
Abbildung 9. Bewertung des Verzerrungsrisikos mittels RoB2-Tool für RCTs zu Musiktherapie.....	68
Abbildung 10. Flussdiagramm zur Literaturrecherche zu ergotherapeutischen Interventionen (RCTs) .	76
Abbildung 11: Schema zur Darstellung der Kriteriengestützten Entscheidungsprozesse bei der Wahl des Empfehlungsgrades.	85

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verwendete Abkürzungen.....	7
Tabelle 2: Schlüsselfragen (Kap. 3).....	15
Tabelle 3: Schlüsselfragen (Kap. 4).....	16
Tabelle 4: Schlüsselfragen (Kap. 5).....	16
Tabelle 5: Schlüsselfragen (Kap. 6).....	17
Tabelle 6: Schlüsselfragen (Kap. 7).....	17
Tabelle 7: Schlüsselfragen (Kap. 8).....	17
Tabelle 8: Schlüsselfragen (Kap. 9).....	19
Tabelle 9: Schlüsselfragen (Kap. 10).....	19
Tabelle 10: Schlüsselfragen (Kap. 11).....	20
Tabelle 11: Schlüsselfragen (Kap. 12).....	21
Tabelle 12: Durchsuchte Datenbanken für die Leitlinienrecherche	23
Tabelle 13: Durchsuchte Internetseiten internationaler Fachgesellschaften für die Leitlinienrecherche	24
Tabelle 14: Suchstrings der Leitlinienrecherche in den Datenbanken G-I-N und Pubmed.....	25
Tabelle 15: Psychoonkologisch relevante internationale Leitlinien.....	28
Tabelle 16: Entscheidungen zur Leitlinienadaptation internationaler psychoonkologischer Leitlinien..	30
Tabelle 17: Übersicht über die identifizierten Screeninginstrumente	41
Tabelle 18: Ein- und Ausschlusskriterien zur Evidenzbestimmung psychoonkologischer Interventionen	47
Tabelle 19: Suchstrings CDSR und CENTRAL.....	49
Tabelle 20: Suchstrings MEDLINE(R) ALL via Ovid.....	52
Tabelle 21: Suchstrings PsycInfo via EBSCO	55
Tabelle 22: Suchstrings Review Filter zur Suche PsycInfo via EBSCO	57
Tabelle 23: Suchstrings RCT-Filter zur Suche PsycInfo via EBSCO	58
Tabelle 24: Ein- und Ausschlusskriterien zur Evidenzbestimmung ergotherapeutischer Interventionen	70
Tabelle 25: Suche in Medline via Pubmed	71
Tabelle 26: Suche in Medline via PubMed	72
Tabelle 27: Suche in Medline via PubMed	72
Tabelle 28: Suche in OTseeker	72

Tabelle 29: Suche in Epistemonikos	73
Tabelle 30: Suche in Livio	74
Tabelle 31: Bewertung der methodischen Qualität – RCTs zu ergotherapeutischen Interventionen (2011 – 2020)	77
Tabelle 32: Schema der Evidenzgraduierung nach Oxford (Version März 2009).....	79
Tabelle 33: Schema der Evidenzgraduierung nach SIGN	83
Tabelle 34: Empfehlungsgraduierung	84
Tabelle 35: Zeiträume der Vorabstimmungen und Konsensuskonferenzen.....	86
Tabelle 36: Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke	87
Tabelle 37: Übersicht der nicht als potentielle Qualitätsindikatoren aufgenommenen Empfehlungen..	89
Tabelle 38: Gründe für einen Ausschluss der Empfehlung aus der Liste der potentiellen Qualitätsindikatoren.....	90
Tabelle 39: Bewertungsinstrument des Leitlinienprogramms Onkologie.....	91
Tabelle 40: Kommentarmöglichkeiten zu den Qualitätsindikatoren	92
Tabelle 41: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 3).....	94
Tabelle 42: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 4).....	95
Tabelle 43: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 5).....	97
Tabelle 44: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 6).....	98
Tabelle 45: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 7).....	99
Tabelle 46: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 8).....	101
Tabelle 47: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 9).....	107
Tabelle 48: Neue Gliederung des Kapitels Pharmakotherapie (Kap. 9)	111
Tabelle 49: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 10).....	112
Tabelle 50: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 11).....	113
Tabelle 51: Neue Gliederung des Kapitels patient*innenzentrierte Kommunikation (Kap. 11)	116
Tabelle 52: Änderungen der S3LLPO im Rahmen der Aktualisierung (Kap. 12).....	117
Tabelle 53: Ergebnisse der Interessenkonflikterklärungen	122

Konsultationssfassung

13 Literaturverzeichnis

1. NHMRC. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer [Internet]. National Health & Medical Research Council; 2003 [zitiert 28. April 2022]. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjKvMTnprb3AhWbhv0HHVupA10QFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.cancer.gov.au%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fpublications%2Fpca-1-clinical-practice-guidelines-for-psychosocial-care-of-adults-with-cancer_504af02682bdf.pdf&usg=AOvVaw37Y21X-Kw4tnQ5ooxLNP-C
2. CAPO. Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families. [Internet]. Canadian Association of Psychosocial Oncology; 2010 [zitiert 28. April 2022]. Verfügbar unter: <https://www.capo.ca/guidelines>
3. Larkin D, Lopez V, Aromataris E. Managing cancer-related fatigue in men with prostate cancer: a systematic review of non-pharmacological interventions. *Int J Nurs Pract.* Oktober 2014;20(5):549–60.
4. Goedendorp MM, Gielissen MFM, Verhagen CAHHVM, Bleijenberg G. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 21. Januar 2009;(1):CD006953.
5. Hersch J, Juraskova I, Price M, Mullan B. Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psychooncology.* August 2009;18(8):795–810.
6. Taylor S, Harley C, Ziegler L, Brown J, Velikova G. Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat.* Dezember 2011;130(3):711–24.
7. Lassen B, Gattinger H, Saxer S. A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effect of psychoeducational interventions. *J Adv Nurs.* Dezember 2013;69(12):2602–12.
8. Chisholm KE, McCabe MP, Wootten AC, Abbott JAM. Review: psychosocial interventions addressing sexual or relationship functioning in men with prostate cancer. *J Sex Med.* Mai 2012;9(5):1246–60.
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009;6. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072>
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009;6. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621072>
11. Vehling S, Koch U, Ladehoff N, Schön G, Wegscheider K, Heckl U, u. a. Prävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebs: Systematischer Literaturreview und Metaanalyse. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie.* 2012;62(07):249–58.
12. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol.* 20. Februar 2013;31(6):782–93.
13. Hodges LJ, Walker J, Kleiboer AM, Ramirez AJ, Richardson A, Velikova G, u. a. What is a psychological intervention? A metareview and practical proposal. *Psychooncology.* 2011;20(5):470–8.
14. Andrykowski MA, Manne SL. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. *Ann Behav Med.* Oktober 2006;32(2):93–7.

15. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med.* 2006;36(1):13–34.
16. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1988.
17. Cochrane Deutschland Stiftung, Institut für Evidenz in der Medizin, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Freiburg, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Herausgeber. *Manual Systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien* [Internet]. 2. Auflage. Cochrane; 2019. Verfügbar unter: <https://www.cochrane.de/de/literaturrecherche>
18. Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, u. a., Herausgeber. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Internet]. version 6.3. Cochrane; 2022. Verfügbar unter: www.training.cochrane.org/handbook
19. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, u. a. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 21. September 2017;358:j4008.
20. Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Churchill R, Chandler J, Cumpston MS (editors), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 5.2.0 (updated June 2017), Cochrane, 2017.
21. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, u. a. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ.* 28. August 2019;366:l4898.
22. McGuinness LA, Higgins JPT. Risk-of-bias VISualization (robvis): An R package and Shiny web app for visualizing risk-of-bias assessments. *Res Synth Methods.* Januar 2021;12(1):55–61.
23. Hunter EG, Gibson RW, Arbesman M, D’Amico M. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 1. Impact of Physical Activity and Symptom Management Interventions. *Am J Occup Ther.* April 2017;71(2):7102100030p1–11.
24. Hunter EG, Gibson RW, Arbesman M, D’Amico M. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 2. Impact of Multidisciplinary Rehabilitation and Psychosocial, Sexuality, and Return-to-Work Interventions. *Am J Occup Ther.* April 2017;71(2):7102100040p1–8.
25. Braveman B, Hunter E. *Occupational Therapy Practice Guidelines for Cancer Rehabilitation With Adults* [Internet]. AOTA Press; 2017 [zitiert 15. Januar 2021]. Verfügbar unter: https://library.aota.org/OT_Practice_Guidelines_Cancer
26. Sadeghi E, Gozali N, Moghaddam Tabrizi F. Effects of Energy Conservation Strategies on Cancer Related Fatigue and Health Promotion Lifestyle in Breast CancerSurvivors: a Randomized Control Trial. *Asian Pac J Cancer Prev.* 1. Oktober 2016;17(10):4783–90.
27. Huri M, Huri E, Kayihan H, Altuntas O. Effects of occupational therapy on quality of life of patients with metastatic prostate cancer. A randomized controlled study. *SMJ.* 1. August 2015;36(8):954–61.
28. Petruskeviciene D, Surmaitiene D, Baltaduoniene D, Lendraitiene E. Effect of Community-Based Occupational Therapy on Health-Related Quality of Life and Engagement in Meaningful Activities of Women with Breast Cancer. *Occupational Therapy International.* 17. April 2018;2018:1–13.
29. Pilegaard MS, la Cour K, Gregersen Oestergaard L, Johnsen AT, Lindahl-Jacobsen L, Højris I, u. a. The ‘Cancer Home-Life Intervention’: A randomised controlled trial evaluating the efficacy of an occupational therapy-based intervention in people with advanced cancer. *Palliat Med.* 1. April 2018;32(4):744–56.

30. Purcell A, Fleming J, Burmeister B, Bennett S, Haines T. Is education an effective management strategy for reducing cancer-related fatigue? *Support Care Cancer*. 1. September 2011;19(9):1429-39.
31. Deutsche Krebsgesellschaft, Stiftung Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Leitlinienprogramm Onkologie. Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie [Internet]. [zitiert 30. August 2022]. Verfügbar unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/methodik/grundlegende-informationen-zur-methodik/>
32. Blumenberg, P., et al., Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege : [einschliesslich Kommentierung und Literaturstudie]. 2. Aktualisierung 2019 ed. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. 2019, Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.
33. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Ständige Kommission, L. AWMF-Regelwerk "Leitlinien". 1. Auflage 2012 [cited 09.12.2013; Available from: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-regelwerk.html>.
34. Henson, L.A., et al., Population-Based Quality Indicators for End-of-Life Cancer Care: A Systematic Review. *JAMA Oncol*, 2020. 6(1): p. 142-150.
35. Kamal, A.H., et al., Quality measures for palliative care in patients with cancer: a systematic review. *J Oncol Pract*, 2014. 10(4): p. 281-7.
36. Maes-Carballo, M., et al., Quality indicators for breast cancer care: A systematic review. *Breast*, 2021. 59: p. 221-231.