

# Onkologische Pflege: Assessments im Erstgespräch

**Ausgangspunkt für interprofessionelle Zusammenarbeit** Onkologische Erkrankungen gehen bei den Betroffenen oft mit Ängsten und Fragen einher, die ganz unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse hervorrufen. Um diese richtig einschätzen zu können, ist es wichtig, alle onkologisch Erkrankten einem pflegerischen Assessment zu unterziehen, welches durch onkologisch Fachpflegende durchgeführt wird.

✍ Amrei Christin Mehler-Klamt, Matthias Naegele, Kristina Lippach

## ZUSAMMENFASSUNG

Die meisten onkologischen Patient\*innen werden während des Aufnahmeprozesses nicht ausreichend auf Symptome gescreent. Das führt dazu, dass ihre Bedarfe und Bedürfnisse nicht richtig erfasst und in die Behandlung einbezogen werden. Assessments werden momentan nur durchgeführt, wenn der betreffende pflegerische, medizinische oder soziale Dienst aktiv in die Betreuung der Patient\*innen eingebunden ist. Dies geschieht in der Regel erst, wenn ein Problem auftritt. Dem könnte durch eine in den Aufnahmeprozess eingebundene Bedarfs- und Bedürfnisanalyse, in der die Assessments gebündelt zum Einsatz kommen, entgegengewirkt werden. So könnte schon vor Entstehen eines Problems ein umfassendes Bild von den Betroffenen geschaffen werden. Auf Grundlage der Analyse durch onkologische Fachpflegende könnten dann die unterschiedlichen pflegerischen, medizinischen und sozialen Dienste direkt zu Beginn der Behandlung in die Betreuung der Patient\*innen involviert werden.

**Schlüsselwörter:** Assessment, interprofessionelle Zusammenarbeit, pflegerisches Erstgespräch, Onkologie

Verbunden mit veränderten Krebstherapien, den damit einhergehenden veränderten Nebenwirkungen und einem hohen Patient\*innenaufkommen in den Kliniken steigt auch der Bedarf an Information und Beratung bei den Betroffenen. Denn durch eine Krebserkrankung sehen sich Betroffene und Angehörige mit einer Vielzahl von verschiedenen Anforderungen und Be-

lastungen konfrontiert. Hierzu gehören nicht nur die Verarbeitung der Diagnose an sich, sondern auch der Umgang mit der zugehörigen Therapie.

Um Tumorpatient\*innen individuell zu betreuen und zu beraten, ist es notwendig, ihre individuellen Bedürfnisse und Probleme zu kennen. Denn es gibt in jeder Phase einer Krebserkrankung spezifische Situationen, in denen medizinische und pflegerische Beratung für das weitere Erleben der Erkrankung förderlich ist (Durchschlag et al. 2019). Hierbei spielen insbesondere psychosoziale Faktoren eine Rolle, die sich in Sorgen, Ängsten, Gefühlen der Hilflosigkeit und des Bedauerns, Scham, Schuld oder Wut, Demoralisierung, Verlust von Sinn und Hoffnung sowie Trauer äußern können (ebd.). Laut dem Leitlinienprogramm Onkologie (2014) erleben 48% der Krebspatient\*innen starke Ängste. Diese gehen bei bis zu 58% mit Depressivität und Niedergeschlagenheit einher. Hinzu kommt die Bedrohung des Wiederauftretens und des Fortschreitens der Erkrankung bis hin zum Tod (ebd.). Gespräche mit onkologisch Fachpflegenden, in denen Informationen weitergegeben und Patient\*innen geschult sowie gescreent werden, können dabei helfen, Ängste abzubauen, ein besseres Verständnis für bevorstehende Behandlungen herbeizuführen und Kenntnisse für den Umgang mit den Therapien zu vermitteln (Apor et al. 2018; Piombo et al. 2020).

Im Rahmen der Zertifizierungsanforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) für die onkologischen Organzentren werden die patient\*innenbezogenen Aufgaben onkologischer Fachpflege beschrieben. Hierzu gehören unter anderem das fachbezogene Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen, um daraus die notwendigen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen und den individuellen Beratungsbedarf der Patient\*innen abzuleiten. Eine pflegerische Beratung würde dann strukturiert und kontinuierlich über den gesamten Krankheitsverlauf angeboten werden (Kap. 1.8.2. Erhebungsbogen; DKG 2021). Das Assessment ist eine Kernaufgabe der onkologischen Pflege, weil es die Grundlage des Pflegeprozesses bildet. Allerdings werden Scree-



**Ressourcen- und patient\*innenorientiert:** Frühzeitige Assessments verbessern die Versorgungsqualität.

© SHOTPRIME STUDIO / Stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

nings nicht nur von Pflegefachpersonen durchgeführt. Andere Fachdisziplinen, wie die Psychoonkologie oder die Palliativmedizin, arbeiten mit eigenen Instrumenten. Diese unabhängig voneinander durchgeführten Erhebungen von Symptomen durch verschiedene Berufsgruppen sind weder ressourceneffizient noch patientenorientiert. Hier ist über einen berufsgruppenübergreifenden Ansatz nachzudenken. Aufgrund der langjährigen Erfahrung der onkologischen Pflege mit Assessments und ihrer Nähe zu den Patient\*innen in allen Krankheitsphasen sind onkologische Fachpflegekräfte in der idealen Position, den interprofessionellen Prozess zu steuern.

### Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess besteht in seiner einfachsten Form aus den vier Schritten Anamnese/Assessment, Pflegeplanung, Durchführung der geplanten Interventionen und Evaluation der Wirksamkeit (Schmidt & Meißner 2008). Er bildet die Grundlage jeglichen pflegerischen Handelns und beginnt mit dem pflegerischen Erstgespräch, in dem das Assessment eine zentrale Rolle spielt. Im Erstgespräch werden alle pflegerelevanten Informationen gesammelt und die Beziehung zu den Patient\*innen aufgebaut (Hojdelewicz 2018; Stefan et al. 2006). Auf der Grundlage der ermittelten Bedarfe und Bedürfnisse werden pflegerische Interventionen geplant. Die entsprechenden Maßnahmen beinhalten auch Beratung und Edukation. Dadurch sollen die Patient\*innen in die Lage versetzt werden, mit ihren Symptomen im Alltag zurechtzukommen. Hier wird auch die Schnittstelle zum interprofessionellen Team sichtbar, das auf Grundlage des pflegerischen Assessments in die Betreuung einbezogen werden muss. Der optimale Zeitpunkt für das Erstgespräch kann, je nach Bedarf, an der Tumorerkrankung, der Therapie und dem individuellen Bedarf der Patient\*innen ausgerichtet sein. Entfällt es, können auch die angebotenen Pflegemaßnahmen nicht auf einer gründlichen Anamnese bzw. Assessment basieren, was die Qualität der Pflege negativ beeinflusst.

### Die onkologische Fachpflege

Die Durchführung des pflegerisch-onkologischen Erstgesprächs erfordert eine hohe Fach-, Sozial- und Kommunikationskompetenz und obliegt gemäß den Vorgaben der DKG onkologischen Fach-

pflegenden. Diese besitzen entweder eine zweijährige Weiterbildung gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelungen oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der DKG oder sie sind als Advanced Practice Nurse mit Master-Titel plus zwei Jahren praktischer Berufserfahrung (Vollzeitkraftäquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich tätig (Naegele et al. 2019). Nach dem Deutschen Qualitätsrahmen (DQR) sind dies Pflegenden des Niveaus 6 und 7 (Rebafka et al. 2018).

Damit die onkologische Fachpflege diese Aufgabe effektiv wahrnehmen kann, ist eine enge Zusammenarbeit mit dem interprofessionellen Team, insbesondere mit dem ärztlichen Dienst, sowie die Teilnahme an den Tumorkonferenzen notwendig, um rechtzeitig Informationen über neue Patient\*innen oder einen Therapiewechsel zu erhalten. Zudem sollten die Inhalte des Erstgesprächs fortlaufend evaluiert werden, beispielsweise durch einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch in einem festgelegten Intervall mit anderen onkologischen Fachpflegenden und weiteren Schnittstellen.

### Das Erstgespräch – Brücke zu anderen Disziplinen

Alle Patient\*innen, die in einem onkologischen Organzentrum behandelt werden, sollten ein pflegerisches Erstgespräch erhalten. Hierbei ist eine Orientierung am Behandlungspfad und eine enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzt\*innen sinnvoll, um einen für die jeweilige Entität passenden Zeitpunkt zu finden. Das Gespräch sollte in einem ruhigen, extra dafür vorgesehenen Raum durchgeführt werden, bei dem auch die Möglichkeit der Angehörigenbeteiligung besteht. Der Schwerpunkt soll in der Bedarfs- bzw. Bedürfnisanalyse der Patient\*innen mittels Screening liegen, auf Grundlage derer dann unterschiedliche weitere Disziplinen eingeschaltet werden können. Hierdurch soll eine optimale Versorgung der Patient\*innen erreicht werden.

Auf die folgenden Schnittstellen, Bereiche und Angebote der Zentren könnte innerhalb des Erstgesprächs hingewiesen werden:

**Sozialberatung und Entlassmanagement:** Die Möglichkeit, eine Sozialberatung und die Unterstützung des Entlassmanagements in Anspruch zu nehmen, sollte im pflegerischen Erstgespräch erläutert und bedarfsgerecht eingebunden werden. Themen sind u.a. Planungen zur Entlassung, Informationen zu sozialrechtlichen Fra-

**Tab. 1: Überblick über die verschiedenen Schnittstellen bzw. Angebote**

	<b>Ernährung</b>	<b>Angehörige</b>	<b>Psychologie</b>	<b>Soziales/ Finanzielles</b>	<b>Bewegung</b>	<b>Palliativversorgung</b>	<b>Sonstiges</b>
<b>Stationär</b>	Hausinterne Ernährungsberatung	<i>Psychoonkologie:</i> Bietet Familien- und Einzelsprechstunden für Angehörige an	<i>Seelsorge:</i> Hilfe bei (religiösen) Krisen, <i>Psychoonkologie</i>	<i>Sozialberatung/ Entlassmanagement:</i> Für berufliche, wirtschaftliche und soziale Fragestellungen	Bewegung und Physiotherapie	Auf palliativen Bedarf sollte beim pflegerisch-onkologischen Erstgespräch gescreent werden → konsiliarisches Hinzuziehen der Abteilung möglich	–
<b>Ambulant</b>	Externe Ernährungsberatung	<i>Psychoonkologie:</i> Bietet Familien- und Einzelsprechstunden für Angehörige an	<i>Seelsorge:</i> Hilfe bei (religiösen) Krisen, <i>Psychoonkologie</i>	<i>Haushaltshilfe-vermittlung:</i> WMD Haushaltshilfe (Kostenlose Haushaltshilfe von der Krankenkasse wmd-haushaltshilfe.de)	Bewegung und Physiotherapie	Auf palliativen Bedarf sollte beim pflegerisch-onkologischen Erstgespräch gescreent werden → Möglichkeit, ein SAPV-Team hinzuzuziehen (spezielle ambulante Palliativversorgung)	<i>Komplementärmedizin:</i> z.B. Misteltherapie, NEM, Vitamine <i>Tabakambulanz:</i> Rauchentwöhnungskurse

*In der Tab. 1 wird ein Überblick über die verschiedenen Schnittstellen bzw. Angebote unterteilt nach ambulanten und stationären Patient\*innen gegeben*

gen, Gespräche zur Entlastung und zur Entwicklung von Lösungen. Außerdem kann das Entlassmanagement bei der Weiterführung einer stationär begonnenen Therapie unterstützen. Im Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege“ (DNQP 2019) werden drei initiale Assessments aufgeführt: Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS), Post-Acute Care Discharge Scores (PACD) und Comprehensive Geriatric Assessment (CGA).

**Seelsorge:** Die Seelsorge versucht, die Menschen in unterschiedlichsten Krisen zu begleiten und persönliche Ressourcen zur Bewältigung herauszuarbeiten. Für die Gespräche gibt es keine zeitliche Begrenzung, und es findet keine Abrechnung über die Krankenkasse statt. Die Seelsorge ist sowohl Ansprechpartner für Angehörige als auch für Patient\*innen und sie ist eine Option, die sowohl für ambulante als auch für stationäre Patient\*innen und deren Angehörige angeboten wird. Sie ist für Kriseninterventionen meist 24 Stunden sieben Tage die Woche erreichbar. Themen wie Religiosität und Spiritualität sind beispielsweise Bestandteil des Distress-Thermometers (Schalhorn & Hellberg-Naegele 2018).

**Psychoonkologie:** Die Psychoonkologie leistet psychologischen Beistand, beispielsweise um eine neue Diagnose zu verarbeiten, dem inneren Leidensdruck einer Diagnose standzuhalten oder den Verlauf einer Krankheit zu verkraften. Sie behandelt nicht nur die Patient\*innen, sondern auch deren Angehörige, entweder in einer Familiensprechstunde, in die auch Kinder integriert werden können, oder in Einzelgesprächen. Um den Bedarf der psychoonkologischen Betreuung zu ermitteln, kann das Distress-Thermometer oder das Hornheider Screening (Schmidt & Meißner 2008) angewendet werden. Einige Zentren bieten speziell für geriatrische Patient\*innen und Angehörige besondere psychoonkologische An-

gebote an. Ein Überblick findet sich in der Publikation „Screeningverfahren in der Psychoonkologie“ (Herschbach & Weiß 2010). Bei einem Gespräch sollte auf die Patientenleitlinie Psychoonkologie „Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige“ (Leitlinienprogramm Onkologie 2016) hingewiesen werden.

**Gerontologie:** Patient\*innen über 65 Jahre benötigen eine besondere Betreuung während einer onkologischen Erkrankung. Bei einem pflegerisch-onkologischen Erstgespräch sollte deshalb ein besonderes Augenmerk auf die Einschätzung der Gebrechlichkeit dieser Patientengruppe gelegt werden. Hierbei kann geklärt werden, welche altersassoziierten Veränderungen schon vor der Diagnosestellung vorlagen und wie Patient\*innen auf die Therapien reagieren könnten. So kann auch abgeschätzt werden, ob sich der Patientenstatus auf die Durchführung der Therapie auswirkt. Zur Einschätzung des Zustands können geriatrische Assessments (z.B. DAFI Deficit-Accumulation Frailty Index, CGA Comprehensive Geriatric Assessment, Schalhorn & Hellberg-Naegele 2017) zum Einsatz kommen, die schon beim pflegerischen Erstgespräch erhoben werden. So können onkologische Therapien besser stratifiziert und Über- und Untertherapie vermieden werden (Wedding 2019).

**Palliativversorgung:** Zum pflegerisch-onkologischen Erstgespräch sollte unbedingt die Information über die genaue Diagnose mit Tumorklassifizierung vorliegen. Darauf aufbauend kann abgeschätzt werden, ob beispielsweise der Integrierte Palliative Outcome Scale (IPOS) oder das Minimale Dokumentationssystem für Patienten in der Palliativmedizin (MIDOS) (DGP 2016) erhoben werden sollten, um hier einen Bedarf für die palliative Begleitung zu ermitteln. Auf die Palliativversorgung sollte im Erstgespräch aber nicht explizit hingewiesen werden. Es sollte lediglich ein Screening durch-

geführt werden, wenn die Patient\*innen bereits beim Erstgespräch ein Tumorstadium 4 oder Fernmetastasen aufweisen.

**Ernährungsberatung:** Ein besonderes Augenmerk muss auf die Ernährung in der Onkologie gelegt werden, da Patient\*innen mit aktiver Tumorerkrankung häufig unzureichend Nahrung aufnehmen und erheblich an Gewicht verlieren. Dies führt zu einer eingeschränkten Lebensqualität und reduzierter Erkrankungsprognose (Arends et al. 2015). Der Bedarf einer Ernährungsberatung kann beispielsweise durch das Nutritional Risk Screening (NRS) (Kondrup et al. 2003) ermittelt werden. Auch wenn noch keine Mangelernährung vorliegt, sollte die Ernährungsberatung für alle onkologischen Patient\*innen zugänglich gemacht werden. So kann der Entstehung von Mangelernährung entgegengewirkt werden.

**Bewegung und Physiotherapie:** Bei Patient\*innen mit onkologischen Erkrankungen baut sich die Muskulatur sehr schnell ab. Sport und Bewegung können dazu beitragen, dass Komplikationen und Nebenwirkungen von Krebstherapien verringert werden. Physiotherapeuten helfen dabei, ein individuelles Bewegungsprogramm für Krebspatient\*innen zu erstellen und durchzuführen. Bewegung und Physiotherapie sind für alle Entitäten empfohlen. Der Trainingsplan ist der jeweiligen individuellen Situation anzupassen.

**Komplementäre und integrative Medizin:** Die Komplementärmedizin zielt darauf ab, schulmedizinische Therapien durch unterschiedliche Angebote zu begleiten und zu unterstützen. Hierdurch können beispielsweise Nebenwirkungen – unabhängig von der Tumorentität – gelindert werden. Sollten Patient\*innen schon beim pflegerischen Erstgespräch angeben, bereits Komplementärmedizin anzuwenden, ist darauf hinzuweisen, dass dies offen mit den behandelnden Onkolog\*innen besprochen werden muss. Nur so kann der Gefahr von Wechselwirkungen entgegengewirkt werden. Patient\*innen können auch auf die Patientenleitlinie zum Thema Komplementärmedizin hingewiesen werden (Leitlinienprogramm Onkologie 2021).

**Raucher\*innenberatung und Tabakambulanz:** Klar ist, dass das Immunsystem die Therapien deutlich besser aufnehmen kann, wenn Rauchende vor Therapiebeginn mit dem Rauchen aufhören. Die Entwöhnung hat sogar einen positiven Effekt, wenn sie erst kurz vor der angestrebten Therapie begonnen wird. Das wird etwa durch die S3-Leitlinie „Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms für Lungenkarzinome“ bestätigt (Leitlinienprogramm Onkologie 2018). Im Erstgespräch sollte erfragt werden, ob der/die Patient\*in raucht und wie er/sie über das Rauchen denkt. Besteht Interesse an einer Rauchentwöhnung, gibt es in vielen Zentren die Option eine entsprechende Beratung.

**Wichtige Hinweise:** Zusätzlich zum Schnittstellenmanagement sollte beim onkologisch-pflegerischen Erstgespräch auf folgende Punkte hingewiesen werden:

- Patient\*innen sollten Fragen immer aufschreiben, um sie bei der Visite griffbereit zu haben
- Pflegefachpersonen können bei Bedarf den Kontakt zu einem/einer Friseur\*in herstellen (z. B. bei Haarausfall)

- Patient\*innen können die Station bzw. Tagesklinik, auf der sie behandelt werden, in der Regel vorher besichtigen
- Patient\*innen sollten auf verschiedene Selbsthilfegruppen hingewiesen werden.

**Erstgespräch sollte zum Aufnahmeprozess gehören**

Im pflegerisch-onkologischen Erstgespräch als Teil des Aufnahmeprozesses werden die Bedarfe und Bedürfnisse der Patient\*innen mittels dazugehöriger (pflegerischer) Assessments erfasst. Aufgrund dessen können dann Verbindungen zu den Angeboten des Zentrums und darüber hinaus hergestellt werden (Tab. 1). Auf die genannten Themen sollten Beratende vorbereitet und in der Lage sein herauszufiltern, welche Schnittstellen für welche Themen einzuschalten sind. Hierzu sollte von allen Schnittstellen gemeinschaftlich ein Instrument entwickelt werden. Vereinheitlichung, Praktikabilität und Wissenschaftlichkeit sind zu beachten. Nur so können die Interprofessionalität effektiv gesteigert und Doppelerhebungen vermieden werden, um die Patient\*innen bedarfs- und bedürfnisgerecht und qualitativ hochwertig zu versorgen. ►

**FAZIT**

*Ein pflegerisch-onkologisches Erstgespräch sollte bei allen Patient\*innen mit einer onkologischen Erkrankung ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung geführt werden.*

*Pflegerisch-onkologische Erstgespräche sollten durch onkologisch Fachpflegende durchgeführt werden.*

*Ein Hauptschwerpunkt ist die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse mittels Assessment(s).*

*Ein wissenschaftlich validiertes Assessment, das die Interessen aller Behandler\*innen berücksichtigt, gibt es noch nicht, sollte aber unbedingt entwickelt werden.*

**📄 Eine umfangreiche Literaturliste erhalten Sie über das eMag der PflegeZeitschrift und auf [springerpflege.de](http://springerpflege.de)**

**Kontakt:**

**Amrei Christin Mehler-Klamt**, M. Ed. (Univ.), GuK, Institut für Pflegewissenschaft, LMU Klinikum München  
[amrei\\_christin.klamt@med.uni-muenchen.de](mailto:amrei_christin.klamt@med.uni-muenchen.de)

**Matthias Naegele**, Pflegeexperte APN, Netzwerk Onkologie, Kantonsspital St. Gallen, Schweiz, Zertifizierungs-AG der Konferenz onkologischer Krankenpflege (KOK), Berlin

**Kristina Lippach**, Institut für Pflegewissenschaft, LMU Klinikum München, Zertifizierungs-AG der Konferenz onkologischer Krankenpflege (KOK), Berlin