

Urologe 2020 · 59:718–722

<https://doi.org/10.1007/s00120-020-01214-9>

Online publiziert: 30. April 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Désirée Louise Dräger^{1,2}¹Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland²UroEvidence@Deutsche Gesellschaft für Urologie, Berlin, Deutschland

Wirksamkeit und Sicherheit des psychosozialen Screenings und des psychoonkologischen Unterstützungsbedarfs von Krebspatienten

Originalpublikation

Schouten B, Avau B, Bekkering GE, Vankrunkelsven P, Mebis J, Hellings J, Van Hecke A. (2019) Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No.: CD012387.

Titel. Systematische Früherkennung und Bewertung des psychosozialen Wohlbefindens und der Pflegebedürfnisse von Menschen mit einer Krebserkrankung

Hintergrund. Die Diagnose einer Krebserkrankung und die darauf folgenden mit ihr verbundenen Behandlungen können erhebliche Auswirkungen auf das körperliche und psychosoziale Wohlbefinden eines Menschen haben. Um sicherzustellen, dass bei der Krebsbehandlung alle Aspekte des Wohlbefindens berücksichtigt werden, wird ein systematisches psychoonkologisches Screening auf Distress und zusätzlichem Unterstützungsbedarf empfohlen. Ein geeignetes Screening könnte dazu beitragen, die Integration psychosozialer Ansätze im Alltag zu unterstützen, um eine ganzheitliche Krebsbehandlung zu erreichen und um sicherzustellen, dass dem besonderen Betreuungsbedarf von Krebspatienten entsprochen wird und dass die Organisation einer solchen Unterstützung optimiert wird.

Ziele. Ziel des Reviews war die Untersuchung der Wirksamkeit und Sicher-

heit des Screenings des psychosozialen Wohlbefindens und des Unterstützungsbedarfs von Krebspatienten sowie von Interventionsmerkmalen, die zur Wirksamkeit dieser Screeninginterventionen beitragen.

Suchmethoden. Im Januar 2018 durchsuchten wir fünfelektronische Datenbanken: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, Embase, PsycINFO und CINAHL. Darüber hinaus durchsuchten wir fünf Studienregister und überprüften den Inhalt relevanter Fachzeitschriften, Zitationen und Referenzen, um weitere veröffentlichte sowie unveröffentlichte Studien zu finden.

Selektionskriterien. Wir schlossen randomisierte kontrollierte Studien (RCT) und nichtrandomisierte kontrollierte Studien (NRCT) ein, in denen die Auswirkungen von psychoonkologischen Screeninginterventionen untersucht wurden, die das psychosoziale Wohlbefinden sowie den Unterstützungsbedarf von Krebspatienten im Vergleich zur Regelversorgung adressierten. Diese Screeninginterventionen könnten Selbstauskünfte von Personen unter Verwendung eines patientenberichteten Endpunkts (PROM, „patient reported outcome measures“) oder ein semistrukturiertes Interview mit einem Untersucher beinhalten und aus einer alleinigen Screeningintervention oder

einem Screening mit geführten Aktionen bestehen. Ausgeschlossen wurden Studien, in denen das Screening als Bestandteil komplexerer Interventionen bewertet wurde (z. B. Therapie, Coaching, ganze Versorgungspfade oder Versorgungsprogramme).

Datensammlung und -analyse. Zwei Reviewautoren extrahierten unabhängig voneinander die Daten und bewerteten die methodische Qualität für jede eingeschlossene Studie unter Verwendung des Cochrane-Tools für RCT und des ROBINS-I-Tools (Risiko für Bias in nichtrandomisierten Studien) für NRCT. Aufgrund des hohen Grads an Heterogenität der eingeschlossenen Studien wurden nur 3 der Studien in eine Metaanalyse einbezogen. Die Ergebnisse der verbliebenen 23 Studien wurden narrativ analysiert.

Hauptergebnisse. Wir schlossen 26 Studien (18 RCT und 8 NRCT) mit Stichprobengrößen von 41–1012 Teilnehmern ein. Insgesamt wurden 7654 Erwachsene mit Krebs eingeschlossen. Zwei Studien umfassten nur Männer oder Frauen. Alle anderen Studien umfassten beide Geschlechter. Für die meisten Studien wurden Patienten mit Brust-, Lungen-, Kopf- und Hals-, Darm-, Prostatakrebs oder mehreren dieser Diagnosen eingeschlossen. Einige Studien umfassten Menschen mit einem breiteren Spektrum an Krebsdiagnosen. Zehn Studien kon-

zentrierten sich auf eine einzelne Screeningintervention, während die verbliebenen 16 Studien eine Screeningintervention kombiniert mit geführten Aktionen untersuchten. Ein breites Spektrum von Messinstrumenten wurde verwendet und von den Autoren der Studien als Screening der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL), Distress-Screening, Bedarfsermittlung oder die Erfassung biopsychosozialer Symptome oder des allgemeinen Wohlbefindens beschrieben. In 13 Studien bestand das Screening aus einem patientenberichteten Fragebogen, während in den verbliebenen 13 Studien das Screening durch ein Interview oder eine schriftliche Befragung von einem Untersucher durchgeführt wurde. Die interventionellen Screenings in den Studien wurden 1- bis 12-mal durchgeführt, ohne Nachbeobachtung oder mit Wiederholung 4 Wochen bis 18 Monate nach dem ersten interventionellen Screening. Das Biasrisiko (Verzerrungspotential) wurde für 8 RCT als hoch, für 5 RCT als niedrig und für die 5 verbliebenen RCT als unklar bewertet. Weiterhin gab es Bedenken hinsichtlich der NRCT (1 = Studie mit kritischem Risiko; 6 = Studien mit schwerwiegendem Risiko; 1 = Studie mit unklarem Risiko).

Aufgrund der beträchtlichen Heterogenität der verschiedenen Interventions- und Studienmerkmale haben wir die Ergebnisse für den Großteil der Evidenz narrativ berichtet.

In der narrativen Synthese aller eingeschlossenen Studien fanden wir Evidenz von sehr niedriger Vertrauenswürdigkeit für den Effekt eines Screenings auf die HRQoL (20 Studien). Von diesen Studien fanden acht nutzbringende Wirkungen des Screenings auf mehrere Subdomänen von HRQoL und zehn zeigten keinen Effekt des Screenings. Eine Studie zeigte sogar unerwünschte Wirkungen, und die letzte Studie berichtete keine quantitativen Ergebnisse. Wir fanden Evidenz von sehr niedriger Vertrauenswürdigkeit für den Effekt eines Screenings auf Distress (16 Studien). Von diesen Studien fanden zwei nutzbringende Effekte des Screenings bezogen auf Distress und 14 keinen Effekt. Wir bewerteten die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für den Effekt eines Screenings auf die HRQoL insgesamt

als sehr niedrig. Wir fanden Evidenz von sehr niedriger Vertrauenswürdigkeit für den Effekt eines Screenings auf den Unterstützungsbedarf (7 Studien). Drei dieser Studien fanden nutzbringende Effekte eines Screenings auf mehrere Subdomänen zu Unterstützungsbedarf und zwei fanden keine Effekte des Screenings. Eine Studie zeigte sogar unerwünschte Wirkungen, und die letzte Studie berichtete keine quantitativen Ergebnisse. Auch hier war die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für den Effekt des psychosozialen Screenings auf die HRQoL insgesamt sehr niedrig. In keiner der Studien wurden spezifisch unerwünschte Wirkungen des Screenings ausgewertet oder berichtet. Drei Studien berichteten jedoch über nachteilige Effekte des Screenings, darunter eine niedrigere Lebensqualität, mehr unerfüllte Bedürfnisse und eine geringere Zufriedenheit.

Drei Studien konnten in eine Metaanalyse einbezogen werden. Die Metaanalyse ergab keinen nutzbringenden Effekt der Screeningintervention auf die HRQoL von Menschen mit Krebs (mittlere Differenz [MD] 1,65; 95 %-Konfidenzintervall [-KI] -4,83 bis 8,12; 2 RCT; 6 Monate Nachbeobachtung); Distress (MD 0,0; 95 %-KI -0,36 bis 0,36; 1 RCT; 3 Monate Nachbeobachtung); oder Unterstützungsbedarf (MD 2,32; 95 %-KI -7,49 bis 12,14; 2 RCT; 3 Monate Nachbeobachtung). Diese Studien bewerteten jedoch alle ein spezifisches interventionelles Screening (CONNECT) für Menschen mit Darmkrebs.

In den Studien, in denen Effekte ermittelt werden konnten, wurden keine Zusammenhänge zwischen Interventionsmerkmalen und der Effektivität der Screeninginterventionen gefunden.

Schlussfolgerung der Autoren. Wir fanden Evidenz von niedriger Vertrauenswürdigkeit, die die Effektivität des Screenings auf das psychosoziale Wohlbefinden und den Unterstützungsbedarf bei Menschen mit Krebs nicht stützt. Die Studien waren in Bezug auf die Populationen, Interventionen und Ergebnissbewertungen heterogen. Die Ergebnisse dieses Reviews deuten auf einen Bedarf an mehr Einheitlichkeit bei Endpunkten und der Berichterstattung, der Verwen-

dung von Richtlinien zur Interventionsbeschreibung, Verbesserungen der methodischen Qualität von Studien und der Kombination von subjektiven patientenberichteten Endpunkten mit objektiven Endpunkten hin.

Kommentar

Eine Krebsdiagnose ist eine große Belastung. Obwohl die Überlebenszeit durch Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für viele Tumorarten verlängert werden konnte, sind die komplexen und langwierigen Therapien für Patienten häufig mit großen Belastungen (auch aufgrund von Nebenwirkungen und Therapiefolgen) verbunden. Vor diesem Hintergrund wurde die Notwendigkeit einer begleitenden psychosozialen Behandlung in die heutige Krebstherapie integriert [1]. Psychische Belastungen aufgrund einer Krebserkrankung (Existenz- und Progredienzängste, Ungewissheit über den Krankheitsverlauf) stellen besondere Reaktionen dar und entsprechen nicht den Kriterien einer psychischen Störung. Im Gegensatz zur Angststörung sind diese nicht irrational, sondern eine normale, aber auch belastende Reaktion. Angesichts der Bedeutung, die psychische Belastungen bei Tumorkranken haben, stellt sich die Frage, wie man diese identifizieren kann, um ggf. erforderliche Hilfen zu mobilisieren. Nicht alle Patienten brauchen eine intensive psychoonkologische Intervention – die meisten bewältigen den Schock der Krankheit und deren Folgen gut. Eine Subgruppe benötigt jedoch professionelle Hilfe und dieser Bedarf muss erkannt werden [2, 3]. Der Nationale Krebsplan der Bundesrepublik Deutschland fordert, dass alle Krebspatienten bei Bedarf eine an ihre Bedürfnisse angepasste psychosoziale bzw. psychoonkologische Versorgung erhalten [4].

Um psychosoziale Risikopatienten zu identifizieren, muss deren psychische Belastung frühzeitig erkannt werden [5]. Aus Untersuchungen von Goerling et al. (2006) und Kendall et al. (2011) ergab sich, dass 30–40 % der Patienten in der perioperativen Phase bzw. vor einer Chemo- oder Strahlentherapie unter er-

höhten psychischen Belastungen leiden [6, 7]. Auch die psychische Morbidität von Patienten mit urologischen Tumorerkrankungen wurde mehrfach untersucht. Studien ermittelten bei ca. 30% aller Patienten eine behandlungsbedürftige psychosoziale Belastung [3, 8–10]. Auch deren Angehörige sind hoch belastet. Angesichts des großen psychosozialen Bedarfs durch die Belastung von Tumorpatienten stellt sich die Frage, wie man diesen „Distress“ möglichst genau und ökonomisch identifizieren kann. Unter „Distress“ versteht man nach Selye (1976) einen Zustand der Überlastung. Inwieweit Belastungssituationen zu negativem Stress werden, hängt zum einen von der Dauer der Belastung sowie den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und Erfahrungen ab, zum anderen von den wahrgenommenen Bewältigungsmöglichkeiten, d.h. der persönlichen Selbsteinschätzung [11]. Der gemeinsame Konsens zu „Distress“ definiert ein Ungleichgewicht von Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten, wobei letztere aus objektiven Faktoren wie der zur Verfügung stehenden Zeit, Arbeitsmitteln oder Kompetenzen und subjektiven Faktoren wie Zeiteinteilung, Arbeitsorganisation oder Belastbarkeit bestehen. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Bewertung einer Situation als Überforderung, Einschränkung oder nicht handhabbar [11]. Die Durchführung von entsprechenden Interviews zur Identifizierung von Stressoren ist im Klinikalltag zeitaufwändig und daher nicht zu realisieren. Das Screening psychosozialer Risikopatienten muss folglich auf standardisierte Instrumente zurückgreifen. In den letzten Jahren wurden zunehmend die Möglichkeiten der Primärversorger (Ärzte und Pflege) für die Förderung der Lebensqualität der Patienten untersucht. Der Fokus liegt dabei auf der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung [12].

Psychische Belastungen durch eine Krebserkrankung stellen besondere Reaktionen dar. Die psychische Befindlichkeit von Krebspatienten ist jedoch nicht per se zu pathologisieren. Die Ausprägungen und Inhalte der Belastungen sind von verschiedenen individuellen Faktoren abhängig (Lebensgeschichte,

Identität, Beziehungskonstellation; [13]). Durch differenziertere Behandlungsmethoden kann die Mehrzahl der urologischen Tumorpatienten heute geheilt bzw. deren Überlebenszeit deutlich verlängert werden – allerdings mit dem Risiko der Chronifizierung und potenziell lebenslanger physischer und psychischer Beeinträchtigungen. Neben chronischer Traumatisierung und rezidivierenden Progredienzängsten treten auch Probleme bei beruflicher Wiedereingliederung, Leistungseinbrüche und sozialem Abstieg auf [14]. Mehrere Cochrane Reviews haben bereits die Auswirkungen psychologischer und psychosozialer Interventionen bei Krebspatienten beschrieben [15–17]. Die Ergebnisse waren jedoch uneindeutig.

Das Cochrane Review von Schouten et al. (2019)

Im Cochrane Review von Schouten et al. (2019) wurde das Screening des psychosozialen Wohlbefindens und des Unterstützungsbedarfs von Krebspatienten evaluiert [18]. Eine Literaturrecherche ergab große Unterschiede in den Begriffen und Definitionen des Screenings, den Arten der verwendeten Messinstrumente, dem Zeitpunkt des Screenings und den eingeschlossenen Teilnehmern. Es wurden „patient-reported outcome measures“ (PROM), also vom Patienten beantwortete Fragebögen oder strukturierte Interviews als Screening akzeptiert. Bei der elektronischen Suche in den Datenbanken wurden 6703 Datensätze für MEDLINE, 9739 Datensätze für CENTRAL, 1367 Datensätze für PsycINFO, 2773 Datensätze für CINAHL und 8069 Datensätze für Embase identifiziert. Bei der Suche in den Versuchsregistern wurden 44 Datensätze für ClinicalTrials.gov, 350 Datensätze für das ISRCTN-Register, 233 Datensätze für das NRT, 103 für RePORTER und 87 für das britische National Research Register ermittelt. Nach Überprüfung wurden insgesamt 18 Studien mit einem RCT- und 8 Studien mit NRCT-Design eingeschlossen. Für alle Studien wurden Menschen mit Krebs rekrutiert, hauptsächlich beiderlei Geschlechts. Fünf verschiedene Parameter (gesund-

heitsbezogene Lebensqualität, Distress, Bedürfnisse, Zufriedenheit und psychosoziales Wohlbefinden) wurden z. T. sehr unterschiedlich untersucht. Ferner gab es eine beträchtliche Heterogenität bei den Interventionsmerkmalen, Maßnahmen und Zeitpunkten für das psychosoziale Screening.

Insgesamt konnten nur 3 Studien in eine Metaanalyse einbezogen werden. Die gepoolten Ergebnisse ergaben keine Belege für die Wirksamkeit eines Screenings des psychosozialen Wohlbefindens und Unterstützungsbedarf bei Krebspatienten. Die Ergebnisse der anderen 23 Studien waren zu unterschiedlich. Einige Studienautoren sprachen von klinischer Bedeutung, wobei aber in 12 Studien kein statistisch signifikanter Screeningeffekt gefunden werden konnte. Jedoch konnten 10 Studien positive Tendenzen bezüglich einer Verbesserung des psychischen Wohlbefindens von Krebspatienten durch ein psychoonkologisches Screening nachweisen. Obwohl in keiner der Studien unerwünschte Ereignisse berichtet wurden, zeigten allerdings auch 5 Studien negative Auswirkungen des Screenings. So berichteten Patienten von einer verringerten gesundheitsbezogenen Lebensqualität, einem ungedeckten Unterstützungsbedarf und einer Patientenunzufriedenheit. Es konnte 3 Monate nach einer Operation ein ungedeckter Informationsbedarf (MD 14,60; 95%-KI 9,12 bis 20,08; $p < 0,001$) sowie ein fehlender psychoonkologischer Unterstützungsbedarf (MD 9,00; 95%-KI 4,09 bis 13,91; $p = 0,002$) detektiert werden.

Nur 5 RCT wurden mit geringem „risk of bias“ beurteilt. Für die restlichen Studien war das Risiko „hoch“, „schwerwiegend“ oder „kritisch“. Teilweise gab es nicht genügend Informationen, um die methodische Sicherheit der Studie einzuschätzen. Der allgemein hohe „risk of bias“ beeinträchtigt massiv die Validität der Studienresultate und damit die Aussagekraft. Dieses Cochrane Review fordert daher mehr Einheitlichkeit bei der Datenerhebung und -darstellung (Richtlinien zur Beschreibung von Interventionen, Verbesserung der methodischen Sicherheit in Studien und besseres Kombinieren subjektiver und objektiver Ergebnisse). Die Entwicklung und Verwen-

derung von validierten und standardisierten HRQoL-Tools könnte die Heterogenität der Ergebnisse verringern. Darüber hinaus ist es wichtig, dass Studienautoren den Interventionsinhalt, die Instrumente, das Verfahren und die Bedingungen für die Implementierung klar beschreiben, damit andere Forscher vergleichbare Interventionen bei anderen Patientengruppen konstruieren und untersuchen können. Auf diese Weise kann Homogenität erzeugt und in Zukunft größere Metaanalysen möglich gemacht werden. Obwohl dieses Review keine Effektivität des psychoonkologischen Screenings darstellen konnte, kann es dennoch als Grundlage für weitere Untersuchungen mit besserer Methodik dienen.

In den letzten Jahrzehnten, in denen sich die Psychoonkologie in Deutschland zunehmend etabliert hat, hat sich neben der Häufigkeit des Auftretens, Diagnostik und Behandlung auch die Wahrnehmung von Krebserkrankungen in der Gesellschaft verändert. Die psychologische Morbidität von Patienten mit urologischen Tumoren wurde vielfach bestätigt [3, 8, 9]. In der multizentrischen Studie von Singer et al. wurde bei etwa 30 % der Patienten psychosozialer Stress identifiziert, der eine Intervention erforderte [3].

Die grundlegende Bedingung für die Planung und Durchführung von psychoonkologischen Interventionen ist die Identifizierung von psychosozial belasteten Patienten. Untersuchungen bestätigten immer wieder, dass eine relativ große Diskrepanz zwischen den Ergebnissen der Fragebögen und dem subjektiven Wunsch der Patienten nach psychosozialer Unterstützung besteht. Da die Mehrzahl der urologischen Tumorpatienten männlich ist und z. T. aus der Kriegsgeneration stammt, kann hier von einem *Underreporting* emotionaler Erlebnisinhalte ausgegangen werden. Umso relevanter ist der niedrigschwellige Zugang zu einem psychosozialen Unterstützungsangebot und eine sichere Identifikation der Patienten, bei denen eine psychische Komorbidität vorliegt [19]. Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Erfassung von Aspekten der Lebensqualität in der klinischen Praxis für die Identifizierung von psychoso-

zialen Problemen wertvoll ist. Die Bewältigungsmöglichkeiten des Patienten angesichts einer Krebserkrankung können schnell erschöpft sein. Es stellen sich zwangsläufig Fragen der weiteren Lebensführung, Lebensgestaltung und Lebensperspektive, sodass in einem Krebszentrum ein Zugang zu psychosozialen Interventionen sehr wichtig ist. Die Tumorpatienten müssen bei der Adaptation ihrer Leistungsansprüche, beim Setzen neuer Prioritäten und bei der Akzeptanz von Einschränkungen unterstützt werden [15, 19–22]. Eine effektive Patientenorientierung bedeutet eine stärkere Einbindung der Betroffenen in versorgungsrelevante Entscheidungsprozesse sowie zunehmend den Einsatz von Messinstrumenten, die Patienteneinschätzungen als Endpunkt in klinischen Studien erfassen. Die neue Verordnung der Europäischen Union über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln legt hierzu eine Grundlage, welche die Rolle der Patienten als Partner der klinischen Forschung verstärkt [23, 24]. Zunehmend wird auch im Rahmen der Versorgungsforschung die Effektivität von Screeninginstrumenten diskutiert, deren Implementierung allein noch keine psychoonkologische Versorgung sicherstellt. So ist derzeit unklar, inwieweit ein flächendeckendes Screening einen Einfluss auf die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe hat [25]. Nur wenn das Screening mit einer persönlichen Kontaktaufnahme kombiniert wird, erhöht sich auch die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten [26].

Zusammenfassung

Die Zahl der Studien für die Lebensqualität und PROM in der Uroonkologie wird sich weiterhin erhöhen. Untersuchungen dazu sollten daher auf einem hohen wissenschaftlichen Niveau durchgeführt werden. Die Einbeziehung von PROM zielt auf ein besseres Verständnis krankheits- und behandlungsbedingter Einschränkungen und damit auf eine zielführendere Therapieentwicklung und Versorgung ab. Rückmeldungen an Patienten über ihre subjektiven Ergebnisse (PROM) können den Betroffenen helfen, ihr Selbstmanagement zu stärken („em-

powerment“). Aus epidemiologischer Sicht geben PROM wichtige Informationen zur Deskription der gesundheitlichen Situation und zum Versorgungsbedarf verschiedener Krebspopulationen einschließlich gesundheitsökonomischer Bewertungen. Sie stellen somit vor allem für onkologische Behandler wertvolle Daten dar. Damit sie für Ärzte zukünftig einen ähnlichen Stellenwert haben wie beispielsweise Laborparameter, müssen sie einheitlich erhoben, analysiert und berücksichtigt werden.

Fazit für die Klinik

- Die Krebsdiagnose ist eine große physische und psychosoziale Belastung.
- Die grundlegende Bedingung für die Planung und Durchführung von psychoonkologischen Interventionen ist die Identifizierung von psychosozial belasteten Patienten.
- Nicht alle Patienten brauchen eine intensive psychoonkologische Intervention – die meisten bewältigen den Schock der Krankheit und deren Folgen gut. Eine Subgruppe benötigt jedoch professionelle Hilfe und dieser Bedarf muss erkannt werden.
- Die Berücksichtigung von PROM zielt auf ein besseres Verständnis krankheits- und behandlungsbedingter Einschränkungen und damit auf eine zielführendere Therapieentwicklung und Versorgung ab.

Korrespondenzadresse



Dr. med.
Désirée Louise Dräger, M.A.
Klinik und Poliklinik für
Urologie, Universitätsmedizin
Rostock
Ernst-Heydemann-Str. 6,
18057 Rostock, Deutschland
uroevidence@dgu.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. D.L. Dräger gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt.

Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. RKI (2016) Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3264/28oaKVmf0wDk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Zugegriffen: 6. Apr. 2020
2. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H et al (2014) Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* 32(31):3540–3546. <https://doi.org/10.1200/jco.2014.56.0086>
3. Singer S (2014) Psychosocial impact of cancer. *Recent Results Cancer Res*. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40187-9_1
4. Bundesgesundheitsministerium (2011) Der Nationale Krebsplan stellt sich vor. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor.html>. Zugegriffen: 6. Apr. 2020
5. Leitlinienprogramm Onkologie (2014) Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL. <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>. Zugegriffen: 6. Apr. 2020
6. Goerling U, Odebrecht S, Schiller G et al (2006) Psychosozialer Betreuungsbedarf bei stationären Tumorpatienten: Untersuchungen an einer chirurgisch-onkologischen Schwerpunktambulanz. *Chirurg* 77:41–46
7. Kendall J, Glaze K, Oakland S, Hansen J, Parry C (2011) What do 1281 distress screeners tell us about cancer patients in a community cancer center? *Psychooncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.1907>
8. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C et al (2011) Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 12(2):160–174. [https://doi.org/10.1016/S1473-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1473-2045(11)70002-X)
9. Vehling S, Koch U, Ladehoff N et al (2012) Prävalenz affektiver und Angststörungen bei Krebs: Systematischer Literaturreview und Metaanalyse. *Psychother Psychosom Med Psychol* 62(07):249–258
10. Dräger DL, Hakenberg OW (2020) The relevance of screening for identifying patients at risk of psychosocial stress in urology
11. Selye H (1976) *Stress in health and disease*. Butterworth-Heinemann, Woburn (MA)
12. Lohr KN (2010) Using patient-reported outcome measures for cancer clinical research—practical principles and an algorithm to assist non-specialist researchers
13. Orom H, Nelson CJ, Underwood W 3rd, Homish DL, Kapoor DA (2015) Factors associated with emotional distress in newly diagnosed prostate cancer patients. *Psychooncology* 24(11):1416–1422. <https://doi.org/10.1002/pon.3751>
14. Mehnert A (2011) Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 77(2):109–130. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.004>
15. Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell CR, Mills M, Donnelly M (2012) Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing

- for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD7064. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007064.pub2>
16. Parahoo K, McDonough S, McCaughan E, Noyes J, Semple C, Halstead EJ et al (2015) Psychosocial interventions for men with prostate cancer: a Cochrane systematic review. *BJU Int* 116(2):174–183. <https://doi.org/10.1111/bju.12989>
17. Semple C, Parahoo K, Norman A, McCaughan E, Humphris G, Mills M (2013) Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 7:CD9441. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009441.pub2>
18. Schouten B, Avau B, Bekkering GTE, Vankrunkelsven P, Mebis J, Hellings J et al (2019) Systematic screening and assessment of psychosocial wellbeing and care needs of people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD12387. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012387.pub2>
19. Dräger DL, Protzel C, Hakenberg OW (2017) Psychological stress in geriatric patients with genitourinary cancers. *J Geriatr Oncol* 8(3):216–219. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2016.12.005>
20. Dräger D, Schmidt S (2015) Interventionen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Patienten in der terminalen Phase einer Erkrankung. *Urologe A* 54:1795–1798
21. Dräger DL, Schmidt S (2017) Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Urologe A* 56(3):390–394. <https://doi.org/10.1007/s00120-017-0324-5>
22. Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M (2011) Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database Syst Rev* 6:CD7617. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007617.pub2>
23. Geißler J (2015) Patienten brauchen Sicherheit, aber auch Fortschritt. *Forum* 30:29–32
24. Clinical trials (EU) (2014) Regulation of the European parliament and of the council. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/reg_2014_536/reg_2014_536_en.pdf. Zugegriffen: 6. Apr. 2020
25. Braeken AP, Lechner L, Eekers DB, Houben RM, van Gils FC, Ambergen T et al (2013) Does routine psychosocial screening improve referral to psychosocial care providers and patient-radiotherapist communication? A cluster randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 93(2):289–297. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.015>
26. Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O, Bultz BD (2010) Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 28:4884–4891. <https://doi.org/10.1200/jco.2009.27.3698>

1. Bao Y, Tu X, Wei Q. Water for preventing urinary stones. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Feb 11;2:CD004292.
 Fazit: We found no RCT evidence on the role of increased water intake for primary prevention of urinary stones. For secondary prevention, increased water intake achieving a urine volume of at least 2.0 L/day may reduce urinary stone recurrence and prolong time to recurrence for people with a history of urinary stone disease. However, our confidence in these findings is limited. We did not find evidence for adverse events.

Schwerpunkt: Surgery – Urology

— Relevanz für die Praxis: ■■■■■■□
 — Ist das neu?: ■■■■■■□□

2. Petrylak DP, de Wit R, Chi KN, et al. Ramucirumab plus docetaxel versus placebo plus docetaxel in patients with locally advanced or metastatic urothelial carcinoma after platinum-based therapy (RANGE): overall survival and updated results of a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2020 Jan;21(1):105–120.

Fazit: Additional follow-up supports that ramucirumab plus docetaxel significantly improves progression-free survival, without a significant improvement in overall survival, for patients with platinum-refractory advanced urothelial carcinoma. Clinically meaningful benefit might be restricted in an unselected population.

Schwerpunkt: Oncology – Genitourinary

— Relevanz für die Praxis: ■■■■■■
 — Ist das neu?: ■■■■■■□

Empfohlen von: EvidenceUpdates (BMJ und McMaster University)