

**Die Funktion des Entlassungsberichts für die psychosoziale Betreuung
von Tumorpatienten an der Schnittstelle zwischen
stationärer und ambulanter Versorgung**

Inaugural-Dissertation
in der Fakultät Humanwissenschaften
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

vorgelegt von

Katrin Book

aus München

Bamberg, den 17.10.2011

Tag der mündlichen Prüfung: 16.1.2012

Dekan: Professor Dr. Stefan Lautenbacher

Erstgutachter: Professor Dr. Hans Reinecker

Zweitgutachter: Professor Dr. Peter Herschbach

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich bei der Deutschen Krebshilfe e.V. bedanken, die diese Studie durch ihre finanzielle Unterstützung ermöglicht hat.

Mein besonderer Dank gilt:

Prof. Peter Herschbach für die Einführung in die Thematik und fachliche Unterstützung sowie für seine stetige engagierte und verständnisvolle Begleitung während des gesamten Projektverlaufs,

Prof. Hans Reinecker für seine Hilfsbereitschaft in administrativen und organisatorischen „Sonderfällen“ sowie für die inhaltliche Betreuung dieser Arbeit,

Prof. Peter Henningsen, dass er es mir ermöglichte, das Projekt an der Klinik durchzuführen und die dazu notwendigen Ressourcen bereitstellte,

Dr. Birgitt Marten-Mittag und Dr. Gerhard Henrich für ihre Beratung in methodischen Fragestellungen,

den Projektpartnern aus Leipzig, Prof. Reinhold Schwarz[†] für seine Anregungen und Ideen zu Projektbeginn sowie Claudia Stuhr und Mareike Peuker für die sowohl fachlich als auch zwischenmenschlich gute Zusammenarbeit,

den Psychologen und Ärzten der kooperierenden Kliniken, die die Durchführung der Studie vor Ort ermöglichten,

den studentischen Hilfskräften und Mitarbeitern für ihre zuverlässige Unterstützung bei der Datenerhebung,

meinen beiden Zimmerkolleginnen für die vielschichtig anregende und unterstützende „Hintergrund-Atmosphäre“,

allen Patienten und Ärzten für ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen,

meiner Familie und meinen Freunden!

1 Inhaltsverzeichnis	
1 Inhaltsverzeichnis	4
2 Abkürzungsverzeichnis	7
3 Einleitung	9
4 Stand der Forschung	11
4.1 Das deutsche Gesundheitssystem	11
4.1.1 Historie	11
4.1.2 Neue Versorgungsformen im ambulanten und stationären Sektor	15
4.1.3 Arztbrief	19
4.1.3.1 Historie	19
4.1.3.2 Leitlinien zur Erstellung von Arztbriefen	20
4.2 Onkologie	22
4.2.1 Die Komplexität onkologischer Behandlung	22
4.2.2 Die Struktur onkologischer Behandlung	23
4.2.2.1 Interdisziplinarität in der onkologischen Behandlung	24
4.2.3 Qualitätskontrolle in der Onkologie	28
4.2.3.1 Entwicklung von Leitlinien	28
4.2.3.2 Zertifizierung onkologischer Einrichtungen	29
4.2.3.3 Nationaler Krebsplan	31
4.3 Psychoonkologie	34
4.3.1 Psychosoziale Belastung von Tumorpatienten	34
4.3.2 Psychoonkologie als Fachdisziplin	38

4.3.3 Psychoonkologische Versorgungsstruktur	39
4.3.4 Integration psychoonkologischer Versorgung in die Onkologie	41
5 Zusammenfassung und aktuelle Studie	46
6 Ziel der Studie	49
7 Material und Methode	51
7.1 Erstellung des Psychoonkologischen Befunds	51
7.2 Integration des Psychoonkologischen Befunds in den Entlassungsbericht	55
7.3 Studiendesign	58
7.4 Stichprobe	59
7.5 Instrumente	61
7.6 Datenerhebung	62
7.6.1 Interviewtraining	62
7.6.2 Patientenrekrutierung	63
7.6.3 Ablauf der Befragung t1	64
7.6.4 Ablauf der Befragung t2 (Patient)	64
7.6.5 Ablauf der Befragung t2 (Arzt)	65
7.7 Statistische Auswertung	67
8 Ergebnisse	69
8.1 Stichprobenbeschreibung	69
8.1.1 Patienten	69
8.1.1.1 Psychosoziale Belastung	73

8.1.2 Ärzte	75
8.2 Die Funktion des Entlassungsberichts für die Versorgungsqualität	77
8.2.1 Zusammenhang zwischen dem PO-Befund und der Bewertung des Arztbesuchs durch die Patienten	77
8.2.2 Bedeutung des PO-Befunds für die Lebensqualität der Patienten	80
8.2.3 Zusammenhang zwischen dem PO-Befund und der Selbstbeurteilung der Ärzte	82
8.2.4 Zusammenhang zwischen soziodemographischen und medizinischen Variablen und der Kommunikation	86
8.2.5 Übereinstimmung zwischen Patienten und Ärzten	90
8.2.6 Zusammenhang zwischen dem Ansprechen des psychosozialen Befindens und der Zufriedenheit mit der Behandlung	92
8.2.7 Prüfung der „Machbarkeit“	94
9 Zusammenfassung und Diskussion	96
10 Literatur	114
11 Anhang	127
11.1 Messinstrumente	128
11.1.1 Studieninformation und Einwilligungserklärung Patienten	130
11.1.2 Studieninformation und Einwilligungserklärung Ärzte	132
11.1.3 Messinstrumente stationär (t1)	132
11.1.4 Messinstrumente nachstationär (t2) Patienten	133
11.1.5 Messinstrumente nachstationär (t2) Ärzte	135
11.2 Anleitung zur Erstellung des Psychoonkologischen Befunds	137

2 Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPB	Bundeszentrale für Politische Bildung
CAPO	Canadian Association for Psychosocial Oncology
C	Organzentrum
CC	Onkologisches Zentrum
CCC	Onkologisches Spitzenzentrum
Dapo	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e.V.
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V.
DKG	Deutsche Krebs Gesellschaft e.V.
DKH	Deutsche Krebshilfe e.V.
DMP	Disease Management Programme
DRB	Deutsche Rentenversicherung Bund
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DQS	Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen
EORTC-QLQ C30	EORTC-Quality of Life Questionnaire
FBK-R23	Fragebogen zur Belastung von Krebskranken
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HRQL	Health-related Quality of Life
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

IG	Interventionsgruppe
ISO	International Organisation for Standardisation
KG	Kontrollgruppe
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
NCCN	National Comprehensive Cancer Network (USA)
NHMRC	National Health and Medical Research Council (Australien)
NICE	National Institute for Clinical Excellence (GB)
NKP	Nationaler Krebsplan
PASQOC	Patient Satisfaction and Quality of Life in Oncological Care
PO-Befund	Psychoonkologischer Befund
PO-Bado-KF	Psychoonkologische Basisdokumentation - Kurzform
PSO	Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e.V.
RKI	Robert-Koch-Institut
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
TÜV	Technischer Überwachungsverein
WHO	Weltgesundheitsorganisation

3 Einleitung

Verbunden mit Krebserkrankungen ist eine vielfache Inanspruchnahme von Leistungserbringern nahezu aller Versorgungsbereiche. Eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der Patienten erfordert daher eine sektorenübergreifende Integration der Betreuung, die in Deutschland jedoch durch Versorgungsbrüche an den Schnittstellen zwischen stationärem und ambulantem Sektor häufig nicht gewährleistet ist. Auch das 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 140 ff. SGB V), das die Rahmenbedingungen für die *Integrierte Versorgung* geschaffen hat sowie die Entwicklung von interdisziplinären Leitlinien und Versorgungszentren können ihr Ziel nur dann erreichen, wenn die für die Behandlung wesentlichen Informationen zeitnah kommuniziert werden.

Ein zentrales Kommunikationsmedium an den Schnittstellen der Versorgung ist der Brief des Krankenhausarztes an die weiterbehandelnden Instanzen. Die Arztbriefe sind im Allgemeinen jedoch in ihrer Aussagefähigkeit beschränkt, treffen zeitverzögert im ambulanten Sektor ein und sind im Notfall schwer verfügbar (Blaser, Heger, Schnabel, Lenz, Kuhn et al., 2004; Moore, Wisnivesky, Williams & McGinn, 2003). Es ist davon auszugehen, dass etwa 25-30% der Tumorpatienten neben den körperlichen Beschwerden unter behandlungsbedürftigen psychosozialen Belastungen leiden (Mitchell, Chan, Bhatti, Halton, Grassi et al., 2011; Singer, Das-Munshi & Brähler, 2010; Zabora, Binzzenhofeszoc, Burbow, Hooker & Piantadosi, 2001). In der Regel sind Informationen zum psychosozialen Befinden des Patienten jedoch nicht im Arztbrief enthalten und auch in den Vorlagen zur Erstellung von Arztbriefen nicht vorgesehen (Kripalani, LeFevre, Phillips, Williams, Basaviah et al., 2007, Moore et al., 2003). Daher erreichen Hinweise auf eine psychische Belastung des Patienten den ambulanten Sektor im Normalfall nicht, selbst dann wenn der Patient im stationären Bereich psycho-

onkologisch behandelt worden ist. Dies hat zur Folge, dass der Kommunikationsfluss zwischen der Akutklinik und der ambulanten bzw. rehabilitativen Weiterbehandlung der Patienten bzgl. der psychosozialen Aspekte unterbrochen ist. Auf der anderen Seite demonstrieren zahlreiche Studien die positive Wirkung der Kommunikation von Lebensqualität bzw. psychosozialen Belastung (Detmar, Müller, Schornagel, Lidwina & Aaronson, 2002; Lehmann, Koch & Mehnert, 2009).

Im Mittelpunkt dieses Forschungsprojekts steht daher die Frage, ob sich die Versorgungsqualität aus Sicht des Patienten und des nachbehandelnden Arztes durch die systematische Ergänzung der stationären Entlassungsberichte um einen *Psychoonkologischen Befund* optimieren lässt.

4 Stand der Forschung

4.1 Das deutsche Gesundheitssystem

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Entwicklung des Deutschen Gesundheitssystems, der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie mit neuen, die Sektoren übergreifenden Versorgungsformen. Darüber hinaus wird die Funktion des Arztbriefes als Kommunikationsinstrument zwischen den Schnittstellen ambulanter und stationärer Versorgung dargestellt.

4.1.1 Historie

Das deutsche Gesundheitswesen ist bis heute stark durch die von Reichskanzler Otto von Bismarck im 19. Jahrhundert gegründete Sozialgesetzgebung geprägt. Im Zuge der Sozialgesetze führte Bismarck (neben der später folgenden Arbeitslosen-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) 1883 die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein, die bis heute im deutschen Gesundheitswesen eine dominierende Rolle spielt. Sie soll die Gesundheit der Versicherten erhalten, wiederherstellen und den Gesundheitszustand verbessern (Sozialgesetzbuch, SGB V, §1). Ursprünglich wurde die GKV als Pflichtversicherung für die Industriearbeiter gegründet. Ihr Charakter als eine Arbeitnehmersversicherung mit zwangsweiser Mitgliedschaft für einen Großteil der Bevölkerung ist bis heute weitgehend erhalten geblieben (Bundeszentrale für Politische Bildung; BPB, 2011).

Zu Beginn der GKV hatten die Kassen eine starke Position gegenüber der Ärzteschaft, die u.a. auf eigenen Versorgungseinrichtungen basierte, in denen Ärzte angestellt wurden. Dies führte Ende des 19. Jahrhunderts erstmals zu Auseinandersetzungen zwischen den Krankenkassen und der Ärzteschaft, die gegenüber den Kassen eine größere Autonomie und eine höhere Vergütung durchzusetzen versuchte. Im Zuge dieser Auseinandersetzungen gründete

Hermann Hartmann den *Leipziger Verband* (den heutigen *Hartmannbund*) zur Vertretung der Standesinteressen der Ärzte. Anfang des 20. Jahrhunderts gelang es der Ärzteschaft, das Monopol der niedergelassenen Kassenärzte auf die ambulante Patientenversorgung zu sichern. Seitdem müssen die Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Verträge über die ambulante Versorgung der Patienten schließen. Die Verträge sehen vor, dass die Krankenkassen der KV einen festgelegten Betrag zur Verfügung stellen, den diese an die Ärzte verteilt. Erst mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz wurde das Versorgungsmonopol der KV gelockert, so dass die Krankenkassen auch ohne Beteiligung der KV Verträge mit den Ärzten schließen können.

Eine Konsequenz dieser Entwicklung ist die für das deutsche Gesundheitssystem charakteristische Trennung zwischen stationärem und ambulatem Versorgungssektor. So dürfen beispielsweise Krankenhausärzte keine ambulanten Behandlungen durchführen, wenn dies nicht explizit von der KV genehmigt wurde. Zum Begriff *stationäre* und *ambulante Versorgung* sollte auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. März 2005 über die Definition von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung (Aktenzeichen: B 3 KR 11/04 R) hingewiesen werden, demzufolge die Aufenthaltsdauer bzw. der Behandlungsplan ausschlaggebend ist. Eine stationäre Behandlung beinhaltet demnach die Unterbringung des Patienten über Nacht, während der Patient im Rahmen einer ambulanten Behandlung am selben Tag wieder nach Hause gehen kann. Eine teilstationäre Behandlung beinhaltet die Versorgung von Patienten, die eine intensive Betreuung benötigen, aber nicht stationär aufgenommen werden müssen, deren Betreuungsbedarf jedoch für eine rein ambulante Versorgung zu hoch wäre.

Die *stationäre Versorgung* ist in zwei große Bereiche gegliedert, zum einen in den Bereich der Krankenhausversorgung und zum anderen in den Bereich der stationären medizinischen

Rehabilitation.

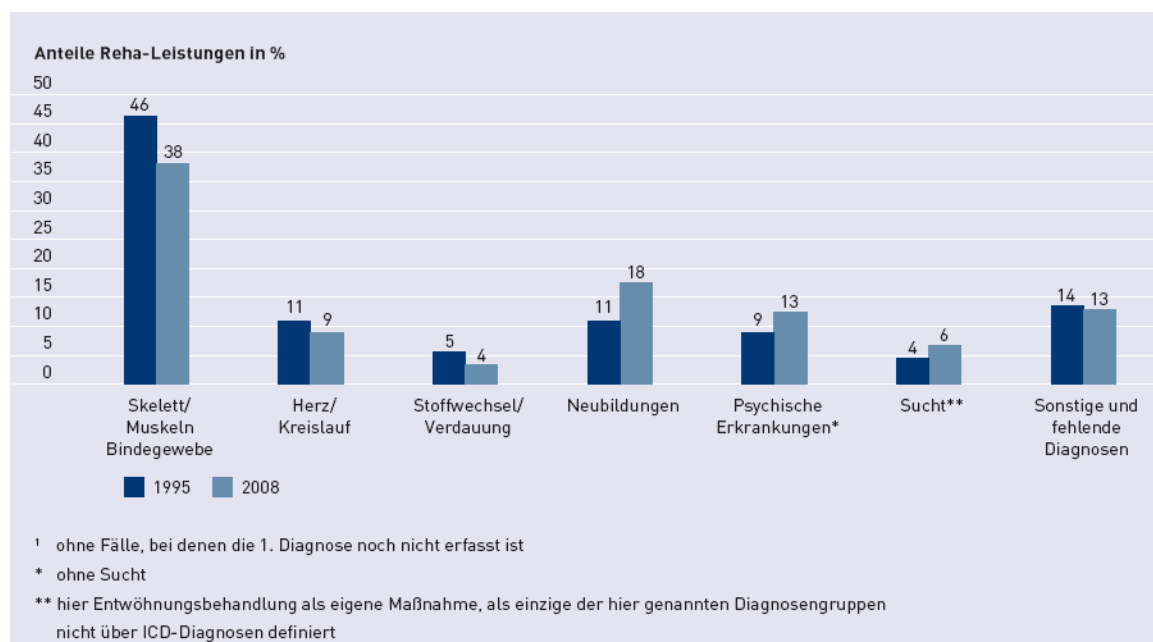
Die Krankenhausversorgung ermöglicht, „durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten [und] Krankheitsbeschwerden zu lindern“ (§ 107 I SGB V). Alle GKV-Versicherten haben einen Anspruch auf stationäre Behandlung, wenn eine „schwerwiegende akute Erkrankung“ besteht, die nicht durch vor-, nach- oder teilstationäre Behandlung oder durch ambulante Behandlung therapiert werden kann (§ 39 I SGB V).

Ziel der im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgenden stationären medizinischen Rehabilitation ist der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie den Betroffenen die Teilnahme am Alltagsleben zu ermöglichen. Neben der stationären medizinischen Rehabilitation existieren weitere Formen der Rehabilitation; dazu zählen die ambulante medizinische Rehabilitation tagsüber in Wohnortnähe, Anschlussheilbehandlung (AHB) unmittelbar nach der Akutbehandlung, Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit oder Leistungen wegen psychischer Erkrankungen (Deutsche Rentenversicherung Bund [DRB], 2011). Die häufigsten Leistungen beinhalten medizinische Reha-Maßnahmen, Umschulungen, Reha-Sport oder Nachsorge nach Krebsbehandlungen. In einer Reha-Klinik arbeiten verschiedene Berufsgruppen zusammen, die auch nicht-medizinische Maßnahmen wie Krankengymnastik, Bewegungs- und Ergotherapie durchführen (§ 107 II SGB V).

Bei der Rehabilitation zeigt sich eine weitere Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems: Rehabilitationsleistungen werden durch die Rentenversicherung finanziert, die damit der wichtigste Kostenträger ist; für Nichterwerbstätige ist u.a. die Krankenkasse oder die gesetzliche Unfallversicherung zuständig. Die Rentenversicherung verfügt über verschiedene Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, die auf bestimmte Indikationen wie Tumorer-

krankungen, Herz-Kreislaufferkrankungen, oder Suchterkrankungen ausgerichtet sind (von insgesamt 990 Fachabteilungen innerhalb der medizinischen Reha-Einrichtungen, beträgt der Anteil onkologischer Fachabteilungen etwa 10%). Die Rentenversicherung entscheidet sowohl über die Dauer und den Umfang der Maßnahmen, wie auch darüber, in welcher Einrichtung die Behandlung durchgeführt wird, wobei die Wünsche des Patienten berücksichtigt werden. Insgesamt gab es im Jahr 2009 in Deutschland 1240 Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, in denen mehr als eine Million Rehabilitationsleistungen jährlich erbracht wurden (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2011). Abbildung 1 zeigt die Entwicklung zwischen 1995 und 2008 der stationären und ambulanten Reha-Leistungen getrennt nach den häufigsten Diagnosengruppen.

Abbildung 1: Ambulante und stationäre Reha-Leistungen nach Diagnosen



Quelle: DRB, 2011

Die Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen stellen mit 46% der gesamten Reha-Leistungen im Jahr 1995 und 38% im Jahr 2008 trotz abnehmender Zahl an Leistungen nach wie vor die größte Diagnosegruppe dar. Ein deutlicher Anstieg an Leistungen ist dagegen bei

den Neubildungen (Tumorerkrankungen) und psychischen Erkrankungen zu beobachten, auf die 18% bzw. 13% der Gesamtleistungen entfallen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der stationären medizinischen Rehabilitation betrug 30 Tage (DRB, 2011).

Die *ambulante Versorgung* wird überwiegend durch niedergelassene Ärzte in Polikliniken oder Medizinischen Versorgungszentren erbracht. Seit der Gesundheitsreform können ambulante Behandlungen auch in Krankenhäusern durchgeführt werden, z.B. bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen. In der Regel kann der Patient unmittelbar nach der Behandlung bzw. dem Eingriff wieder nach Hause gehen.

Die dominierende Betriebsform des ambulanten Sektors ist die Einzelarzt-Praxis. Diese stößt jedoch schnell an ihre Grenzen bei der Behandlung von chronisch Kranken, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen erfordert. Organisationsformen, bei denen mehrere Ärzte und Therapeuten zusammen arbeiten, beinhalten zum einen Gemeinschaftspraxen (die Ärzte rechnen ihre Leistungen gemeinsam unter einer Abrechnungsziffer ab) und Praxisgemeinschaften (Ärzte rechnen getrennt ab und nutzen nur Räume und Geräte gemeinsam), die bessere Kooperationsmöglichkeiten unter den beteiligten Ärzten bieten; in den meisten Fällen jedoch bleibt der Integrationsgrad dieser Betriebsformen gering (BPB, 2011).

4.1.2 Neue Versorgungsformen im ambulanten und stationären Sektor

Aus der Kenntnis heraus, dass die Schnittstellenprobleme z. T. strukturell bedingt sind, gewinnen zunehmend Versorgungsformen an Bedeutung, die eine stärkere Koordinierung der Versorgungssektoren erlauben und zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit beitragen, wie beispielsweise das 2007 eingeführte *Hausarztmodell*. Dies wurde aufgrund der Bedeutung der hausärztlichen Versorgung für die Steuerung und Koordination der

Versorgungsabläufe entwickelt (§ 73b SGB V). Im Rahmen dieses Versorgungskonzeptes wenden sich die Patienten nicht wie bisher direkt an den Facharzt, sondern suchen zunächst einen Hausarzt auf, der dann ggf. eine Überweisung an einen Facharzt ausstellt. Der Hausarzt übernimmt damit eine Koordinierungsfunktion, die eine Zuordnung der Patienten zu den geeigneten Behandlern ermöglichen soll, von der man sich sowohl eine Verbesserung der Qualität als auch der Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhofft.

Ziel der *Disease Management Programme (DMP)* ist die sektorenübergreifende evidenzbasierte Behandlung chronisch kranker Patienten über alle Krankheitsstadien hinweg. Das DMP beinhaltet medizinische Behandlungsleitlinien, nach denen die Patienten behandelt werden. Die ersten DMP Programme wurden 2002 für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs verabschiedet. Eine zentrale Rolle übernimmt im DMP ein koordinierender Arzt, der die Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsebenen organisiert, die Behandlungsziele mit dem Patienten festlegt und die Behandlung regelmäßig dokumentiert und steuert. Durch die Einschreibung in das Programm erklären die Patienten ihrerseits ihr Einverständnis und ihre Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an der Behandlung (z.B. durch Teilnahme an Patientenschulungen). Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig, soweit die Diagnose feststeht und nicht länger als fünfeinhalb Jahre zurückliegt (Rebscher, 2003).

Eine ebenfalls die Sektoren übergreifende Versorgungsform ist die *Integrierte Versorgung* (§ 140a SGB V), häufig als die „Versorgungsform der Zukunft“ bezeichnet (Bundesministerium für Gesundheit, BMG). Ein zentrales Element der Integrierten Versorgung ist die Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche mit dem Ziel, die Versorgungsqualität zu verbessern, den Einsatz der benötigten Ressourcen zu optimieren und die Kosten zu senken. Dies beinhaltet zum einen eine qualitativ hochwertige medizinische, pflegerische und rehabilitative Betreuung der Patienten und zum anderen die Berücksichtigung von patientenorientierten

und psychosozialen Aspekten. Der Patient wird dabei sektorenübergreifend von allen Behandlungspartnern (wie Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und Apotheken) nach einem vereinbarten Behandlungskonzept therapiert, das auf Versorgungsverträgen basiert, die direkt mit den Krankenkassen abgeschlossen werden. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (§ 140a-d SGB V) wurden die rechtlichen Voraussetzungen für die Entwicklung von integrierten Versorgungsangeboten deutlich verbessert. Beispielsweise wurde durch das Gesetz die Rechtsgrundlage für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) erschaffen, „deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern liegt“ (Entwurf zum GKV-Modernisierungsgesetz, 2003, S.108). Integrierte Versorgung und DMP schließen sich gegenseitig nicht aus, d.h. Patienten, die in ein DMP eingeschrieben sind, können gleichzeitig an einer Integrierten Versorgung teilnehmen bzw. können DMP's in Form von Integrierter Versorgung durchgeführt werden (Bundesversicherungsamt, 2011).

Geeignet ist diese Behandlungsform vor allem für Erkrankungen, die komplexe Behandlungsprozesse erfordern wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bandscheibenvorfälle oder Operationen am Hüft- oder Kniegelenk. Ein Beispiel hierfür ist das Integra-Netzwerk in Halle/Saale, das 2003 gegründet wurde. Die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachdisziplinen (wie Orthopädie, Urologie, Innere Medizin oder Gynäkologie), einer Poliklinik, einem Reha-Zentrum und einem Krankenhaus ermöglicht einen verbesserten Informationsaustausch zwischen den einweisenden Haus- und Fachärzten und den kooperierenden Einrichtungen. Bei Einweisung in die Klinik werden die notwendigen Voruntersuchungen bereits von den niedergelassenen Ärzten übernommen und dem Klinikarzt übermittelt, wodurch unnötige Doppeluntersuchungen entfallen und der Klinikaufenthalt verkürzt werden kann. Niedergelassene Ärzte, die über die notwendige chirurgische Kompetenz ver-

fügen, können ihre Patienten in der Klinik selbst operieren oder sich in der nachoperativen Phase einschalten. Dies erleichtert wiederum den Übergang in die nachstationäre ambulante oder auch rehabilitative Versorgung und der Patienten kann in den meisten Fällen früher entlassen werden. Für die Fälle, in denen eine häusliche Pflege notwendig ist, kooperiert die Klinik mit dem ambulanten Pflegedienst, der die betroffenen Patienten meist schon in der Klinik besucht (Integra Halle, 2011).

Zusammengefasst wurde das deutsche Gesundheitssystem maßgeblich durch die Konzeption der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Zuge der Sozialgesetzgebung von Bismarck geprägt. Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung bestimmt bis heute das Gesundheitssystem. Die Aufteilung der verschiedenen Versorgungsbereiche in Zuständigkeit, Verantwortung und Bezahlung ermöglicht einerseits eine hohe Spezialisierung, andererseits aber besteht die Gefahr von Schnittstellenproblemen wie unterbrochenen Behandlungsabläufen und Mehrfachuntersuchungen auf der einen Seite und eine Unterversorgung vor allem chronisch kranker Patienten auf der anderen Seite. Eine Ursache hierfür ist die oft ineffiziente Koordination und Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Teilbereichen (Moore et al., 2003; Pascoe, Neal, Allgar, Selby & Wright, 2004; Rebscher, 2003). „Zwischen den Stationen bzw. Sektoren entstehen Schnittstellen, die durch Übergaben überbrückt werden müssen. Es dürfen weder Qualitäts- noch Informationsverluste zulasten von Patientinnen und Ärztinnen/Pflege entstehen“ (Hart, 2006, S.866). Dies betrifft die Überleitungsdokumentation der Schichtübergaben, vor allem aber den Arztbrief bzw. Entlassungsbericht an den weiterbehandelnden Arzt. Der Arztbrief stellt im Rahmen moderner, die stationär-ambulante Vernetzung fördernder Versorgungsformen ein zentrales Kommunikationsinstrument zwischen den sektoralen Schnittstellen dar (Campbell, Vanslembroek & Whitehead 2004).

4.1.3 Arztbrief

Der Arztbrief dient der schriftlichen Verständigung zwischen den verschiedenen Behandlern für die Fortführung bestehender Behandlungen sowie der Einleitung neuer bzw. weiterführender Behandlungen (z.B. medizinische Reha oder Psychotherapie). Darüber hinaus dient er den Rentenversicherungsträgern nach der Rehabilitation zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Patienten, dem medizinischen Dienst der Krankenversicherungen zu Prüfzwecken und nicht zuletzt spielt er zunehmend auch bei juristischen Auseinandersetzungen eine Rolle.

Inhalt und Umfang des Arztbriefes richten sich nach der erforderlichen nachfolgenden Behandlungs-/Pflegebedürftigkeit des Patienten und der Dringlichkeit (Hart, 2006). Der klassische Arztbrief enthält in der Regel Diagnose, Befunde, Therapie, Entlassungsuntersuchung und Behandlungsempfehlungen sowie Überweisungen, Einweisungen, Gutachten und Rezepte (Bausch, Boeske, Hensel, Hümmelink, Kauven et al., 2001).

Manchmal wird zwischen Arztbrief und Entlassungsbericht unterschieden, wobei der Arztbrief die vorläufige Version des Entlassungsberichts darstellt; die Praxis ist jedoch nicht einheitlich (Hart, 2006).

4.1.3.1 Historie

Die Form des Arztbriefes hat im Laufe der Zeit viele Veränderungen durchlaufen. Erste Aufzeichnungen finden sich aus der Zeit der Renaissance im Rahmen der damals aufkommenden Konsilienliteratur. Ein *Consilium* basiert auf der Beobachtung eines Falles und enthält praktische Ratschläge für die Weiterbehandlung, d.h. der krankengeschichtliche Gehalt ist sehr begrenzt. Darüber hinaus finden sich aus der Zeit *Narratio* in Form eines erzählenden Textes über die biographische Krankengeschichte. Zuletzt wird von einem *Memorandum* berichtet, in dem der damaligen Auffassung nach ungewöhnliche Fälle dokumentiert wurden (Jütte, 1992). Im 17. und 18. Jahrhundert gewann die Vorgeschichte des Patienten zunehmend an

Bedeutung; ebenso bedeutete der Tod nicht das Ende der Krankengeschichte, sondern der Sektionsbericht, in dem rückläufig der Fall aufgeklärt wurde. Die ersten Standardisierungen zur Verfassung von Krankenberichten in Form gedruckter Erhebungsbögen und formalisierter Krankenblätter fanden sich erstmals in England im 19. Jahrhundert (Jütte, 1992).

4.1.3.2 Leitlinien zur Erstellung von Arztbriefen

Obwohl sich fast jeder Arzt täglich mit dem Arztbrief beschäftigt, gibt es nach wie vor bemerkenswert wenig Literatur zu diesem Thema (Dietzfelbinger, 2009). Im Vergleich zu anderen Kommunikationsformen existieren für den Arztbrief wenig grundsätzlich gültige Konventionen über Struktur, Inhalt und Umfang (Kunze 2004). Zwar existiert Literatur zum Thema Erstellung von Arztbriefen (z.B. Heckl, 1990; Glazinski, 2007) und Empfehlungen wie der Krankenhaus-Entlassungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft. Auch liegen in einigen Kliniken abteilungsinterne Vorlagen vor (Wiesinger, 2006; Kiess, 2007); diese enthalten Einweisungsdiagnose, Hauptdiagnose, Verlauf, Befunde, Therapieempfehlung, weitere Empfehlungen und Allgemeinzustand bei Entlassung mit Angaben zum physischen und psychischen Status. Allgemeingültige Standards sind jedoch weder im Curriculum des Medizinstudiums noch in den medizinischen Lehrbüchern zu finden.

Dies betrifft zum einen die Informationsvermittlung bei der *Krankenhauseinweisung* zwischen dem einweisenden niedergelassenen Arzt und dem Klinikarzt. Der Patient erhält in der Regel handschriftliche Kurzinformationen über die Einweisungsdiagnose inkl. aktueller Untersuchungsbefunde. Aufgrund fehlender Standards sind die Vorinformationen jedoch häufig unvollständig und führen neben dem Zeitverlust durch eine erforderliche Recherche zur erneuten Durchführung bereits durchgeführter diagnostischer Untersuchungen (Bausch et al., 2001). Zum anderen ist der *Entlassungsbericht* aus der Klinik betroffen. Bei der Entlassung

wird dem Patienten häufig ein Kurzarztbrief mitgegeben, der die Entlassungsdiagnosen, wichtige zu kontrollierende Befunde, die aktuelle Therapie und eventuelle Wiedervorstellungstermine enthält. Der ausführliche endgültige Entlassungsbericht, der die stationär durchgeführte Diagnostik mit detaillierter Befundbeschreibung enthält, folgt oftmals mit einer zeitlichen Verzögerung von einigen Wochen (Blaser et al., 2004; Pascoe et al., 2004). Darüber hinaus können die Dokumente oft nur schwer in die verschiedenen Dokumentations- und Archivierungssysteme der Praxen und Krankenhäuser integriert werden. Der dadurch entstandene Zeitverzug stellt ein Behandlungshemmnis für den niedergelassenen Arzt und seinen Patienten dar (Foster, Paterson & Fairfield, 2002; Kripalani et al., 2007; Moore et al., 2003; Wilson, Ruscoe, Chapman & Miller, 2001). Darüber hinaus ist die „unzureichende Form“ der Arztbriefe bzw. Entlassungsberichte nicht selten ein Grund für Fehler in der Anschlussbehandlung (Hart, 2006). Initiativen zur Standardisierung des Arztbriefes durch klinische Informationssysteme und elektronischen Datenaustausch würden für eine schnelle, sichere und wirtschaftliche Kommunikation sorgen; bisher hat sich eine Routinisierung jedoch noch nicht flächendeckend durchgesetzt.

Insgesamt deutet die Literatur auf inhaltliche Probleme, als auch Probleme in der Übermittlung des Arztbriefes hin. Aufgrund fehlender gültiger Konventionen über Struktur, Inhalt und Umfang von Arztbriefen bleibt unklar, welche Inhalte von wem, an wen und in welcher Form zu erheben und zu übermitteln sind. Dies führt in der Praxis häufig zu Mehrfachuntersuchungen, Fehlern in der Anschlussbehandlung sowie Zeitverzögerungen im Behandlungsverlauf. „Gerade in der heutigen Zeit, in der man den objektiven Befund wieder zu relativieren beginnt und die Krankengeschichte...wieder als eine Art Urkunde von der gemeinsamen Subjektivität zweier Menschen, nämlich des Kranken und des Arztes, auffasst, lohnt es sich, über diese Grundform ärztlichen Verstehens weiter nachzudenken ...“ (Jütte, 1992, S.52).

4.2 Onkologie

Im Folgenden wird zunächst die Komplexität und Struktur der onkologischen Behandlung beschrieben. Dem folgt eine Darstellung der verschiedenen Bereiche der Qualitätskontrolle, einschließlich der Entwicklung von Leitlinien, der Zertifizierung onkologischer Einrichtungen sowie des Nationalen Krebsplans.

4.2.1 Die Komplexität onkologischer Behandlung

Die Onkologie befasst sich mit der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von malignen Tumorkrankungen. Die unterschiedlichen Tumortypen erfordern verschiedene therapeutische Maßnahmen wie chirurgische Eingriffe, Chemo- und Strahlentherapie, oder Hormontherapien. Die Behandlung zielt dabei entweder auf die Entfernung des gesamten Tumorgewebes oder die Verkleinerung des Tumors zur Entlastung betroffener Organe ab. Da die Tumorbehandlung häufig von Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen, Schleimhautentzündungen oder Haarausfall begleitet ist, spielt das Verhältnis von erwünschter Wirkung zu unerwünschter Nebenwirkung eine besondere Rolle. Insbesondere dann, wenn die Behandlung voraussichtlich nicht zu einer Heilung (*kurative Therapie*), sondern nur zu einer zeitlich begrenzten Besserung führt (*palliative Therapie*; Hiddemann, Huber, Feuring-Buske, Lindner & Bartram, 2004). Obwohl die Fortschritte in der Behandlung in den letzten Jahren bessere Heilungschancen erzielten, wird nach wie vor ein großer Teil der Patienten palliativ behandelt. Der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. zufolge widmet sich die Palliativmedizin „unheilbar kranken Menschen mit fortgeschrittenem Leiden unabhängig von der Diagnose“ (www.dgpalliativmedizin.de). Die *palliative Therapie* ist nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von

Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (www.who.int/en/). Die Palliativmedizin beschränkt sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase, sondern kann auch in frühen Krankheitsstadien in Verbindung mit anderen Therapien angewandt werden, die eine Lebensverlängerung und Verbesserung der Lebensqualität zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung.

Die Behandlung von Tumorerkrankungen umfasst nahezu alle Versorgungssektoren und erfordert ein multidisziplinäres Team, bestehend aus Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern, Psychologen, Seelsorger, Physiotherapeuten u.a.; sie zählt damit zu den komplexesten Behandlungen in der Medizin (Schwiedernoch & Özyurt, 2004).

4.2.2 Die Struktur onkologischer Behandlung

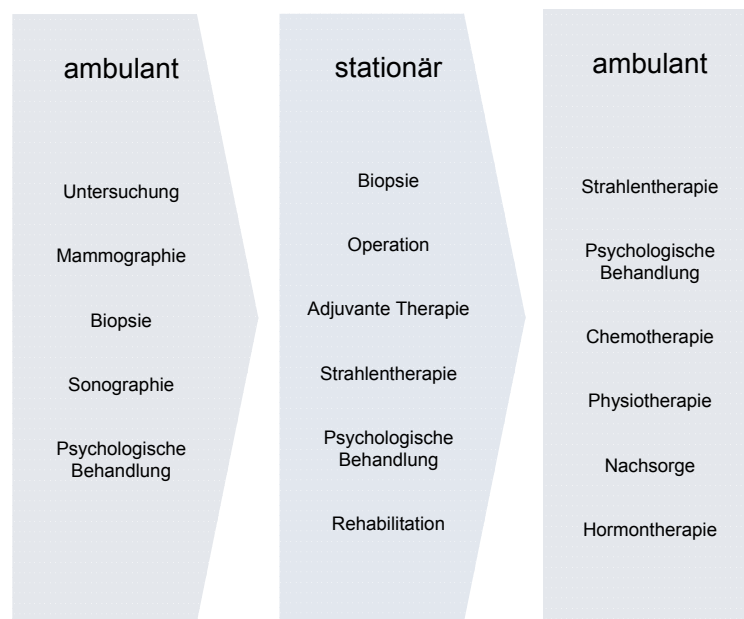
Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die an der onkologischen Behandlung beteiligten Versorgungsbereiche. Diese umfassen die akute Krankenhausversorgung, stationäre medizinische Rehabilitation sowie die ambulante ärztliche Versorgung (siehe Abbildung 2 für einen Überblick der Versorgungsbereiche am Beispiel Brustkrebs; nach Rebscher, 2003).

Die stationäre Behandlung beinhaltet ein Aufenthalt in der *Akutklinik* sowie in der Regel eine anschließende stationäre *Rehabilitation*. Rehabilitation und Nachsorge spielen bei Tumorpatienten eine besonders wichtige Rolle, da die teilweise sehr belastenden kurativen oder palliativen Behandlungen zahlreiche mittel- und auch langfristige Folgeprobleme und Funktionsstörungen bewirken (Weis & Schwarz, 2011). Die Rehabilitation liegt schwerpunktmäßig im stationären Bereich und beginnt innerhalb von zwei bis sechs Wochen nach Entlassung aus der Akutklinik.

Die teilstationäre oder ambulante Rehabilitation wird im Gegensatz zu anderen Diagnosegruppen von Krebspatienten kaum in Anspruch genommen. „Ein zentraler Bestandteil der

onkologischen Rehabilitation ist die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, die einen koordinierten, auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten ausgerichteten Diagnostik und Therapieplanung abzielt, wie sie in kaum einem anderen Bereich der medizinischen Versorgung realisiert wird“ (Weis & Schwarz, 2011). Inhaltliches Ziel der

Abbildung 2: Versorgungsbereiche der Tumorbehandlung



Rehabilitation ist neben der Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Erwerbstätigkeit, die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und Verbesserung der Lebensqualität (Teichmann, 2002). Die anschließende *Nachsorge* findet meist ambulant statt und beinhaltet Behandlungen von Strahlen- und Chemotherapie bis zur Physiotherapie und Psychosozialen Unterstützung.

4.2.2.1 Interdisziplinarität in der onkologischer Behandlung

Aktuell steht die Onkologie vor dem Hintergrund der demographischen Alterung der Bevölkerung und dem damit verbundenen Anstieg an Tumorerkrankungen vor wachsenden Herausforderungen (nach Schätzung des Robert-Koch-Instituts [RKI], hat die Zahl pro Jahr neu

aufgetretener Krebserkrankungen in Deutschland zwischen 1980 und 2006 bei Frauen um 35% und bei Männern um mehr als 80% zugenommen). Durch die Entwicklung neuer Therapiemöglichkeiten der letzten Jahre gelingt bei vielen Krebserkrankungen eine Remission oder eine Stabilisierung bei guter Lebensqualität (die relative 5-Jahres-Überlebensrate schwankt zwischen 10% und 90% je nach Tumordiagnose und liegt durchschnittlich bei etwa 60%; RKI, 2010). Krebserkrankungen können daher als chronische Erkrankung aufgefasst werden, „deren Management durch Onkologen innerhalb eines kompetenten Netzwerks zwischen stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen geleistet werden muss“ (Hiddemann et al., 2004, S.4). Während die universitären Einrichtungen über entsprechende Lehrstühle und Abteilungen für Hämatologie und Onkologie verfügen, bestehen in den Versorgungskrankenhäusern erhebliche Defizite. Diese bestehen auch in Bezug auf das Gefälle zwischen onkologischen Versorgungszentren an größeren Kliniken und der Peripherie und werden als Ursache für eine schlechtere Prognose von Tumorerkrankungen im Vergleich zu anderen Europäischen Ländern wie Schweden oder Österreich gesehen (Hiddemann et al., 2004).

Um wirkungsvolle Behandlungsangebote flächendeckend ermöglichen zu können, ist - trotz der zunehmenden Spezialisierung - eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Beteiligten sowie die Qualitätssicherung der Behandlungsabläufe Grundvoraussetzung: „Die Ergebnisse der onkologischen Versorgung sind transparent zu machen, zu sichern und zu verbessern...Bestehende Grenzen zwischen Fachgebieten und Behandlungssektoren...sollen abgebaut und überwunden werden...Interdisziplinarität und Intersektoralität sind Grundlagen einer am Patienten orientierten Krebsversorgung“ (Nationaler Krebsplan [NKP], 2010, Ziel 5, S.1).

Bereits Ende der 70 Jahre war das Ziel der ersten *Großen Krebskonferenz* ein „Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung“ zu entwickeln. Durch engere Zusammenarbeit aller an der Krebsbehandlung Beteiligten sollte das vorhandene Wissen und die bestehenden Strukturen für den einzelnen besser nutzbar gemacht werden. Es bestand Konsens darüber, dass Existenz, Verfügbarkeit und Vernetzung der verschiedenen Versorgungssektoren eine Grundvoraussetzung für das Behandlungskonzept von Tumorpatienten sind. „Erfolge werden wir nur dann haben können, wenn wir zu einer wirklich effektiven Kooperation kommen, bzw. die vorhandene Kooperation weiter ausbauen“ (Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1984, S.231). Die beteiligten Organisationen und Institutionen wurden dazu aufgerufen, unter der Leitung von drei Fachbereichskommissionen insgesamt 10 Arbeitsgruppen zu bilden, die sich mit der Weiterentwicklung der verschiedenen Bereiche der Krebsbehandlung befassen sollten.

Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der interdisziplinären Behandlung von Tumorpatienten ist die Zertifizierung von onkologischen Zentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und weiteren medizinischen Fachgesellschaften. Bei zertifizierten Zentren handelt es sich um qualifizierte, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Einrichtungen. Wesentlich ist eine von der Versorgungsstruktur unabhängige Betreuung der Patienten, d.h. unabhängig davon, ob die Behandlung in einer vertragsärztlichen Praxis oder im Krankenhaus erfolgt (NKP, 2010, Ziel 5).

Die Einrichtungen gliedern sich in drei Stufen: *Organzentren* (C) basieren auf einem Zusammenschluss verschiedener Fachrichtungen (z.B. Fachärzte der Chirurgie, Strahlen- und Chemotherapie), die sich auf eine bestimmte Tumorart spezialisiert haben. Grundlegend ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit (wie Tumordokumentation, Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätsmanagement) in allen Phasen der Erkrankung.

Onkologische Zentren (CC) stellen die nächst höhere Entwicklungsstufe der Organzentren dar; sie müssen die Anforderungen für Organzentren von mind. zwei Tumorerkrankungen erfüllen. In den Onkologischen Zentren wird die Versorgungsqualität für die einzelnen Tumorentitäten individuell gestaltet, gleichzeitig aber „werden mögliche Synergien unter den einzelnen Organ-Versorgungsstrukturen systematisch positiv beeinflusst“ (OnkoZert, 2011).

Den Onkologischen Zentren übergeordnet sind die *Onkologischen Spitzenzentren (CCC)*, die ein Onkologisches Zentrum mit Forschungsschwerpunkten darstellen. Nach dem Vorbild der amerikanischen Comprehensive Cancer Centers werden die Onkologischen Spitzenzentren im Rahmen eines Förderprogramms der Deutschen Krebshilfe e.V. (DKH) seit 2007 in Deutschland gefördert. Sie beinhalten „zentrale Anlaufstellen für Tumorpatienten, interdisziplinäre Tumor-Boards, interdisziplinäre Patientenbehandlung auf höchstem Niveau, ein modernes Qualitätssicherungssystem, klinische Forschung und Grundlagenforschung, Vernetzung und enge Kooperationen mit den umliegenden Krankenhäusern sowie den niedergelassenen Ärzten in der Region“ (DKH, 2007).

Von der DKH wurden bisher 11 Onkologische Spitzenzentren mit den Voraussetzungen für translationale Forschung in der Onkologie ernannt. Ende 2010 existierten 200 zertifizierte Brustkrebszentren an 258 Standorten, in denen gut 90% der neu erkrankten Brustkrebspatientinnen pro Jahr primär versorgt werden. Zentren für andere Tumorarten sind im Aufbau begriffen (Darmkrebszentren versorgen ca. 25% und Prostatakrebszentren ca. 23% der jährlichen Neuerkrankungen) bzw. in der Initiierungsphase (gynäkologische Tumore, Lungentumore und Hauttumore).

„Die vorgestellten Konzepte sehen vor, dass unabhängig davon, ob eine Tumorerkrankung in einem eigenständigen Organkrebszentrum, einem Onkologischen Zentrum oder Onkologi-

schen Spitzenzentrum behandelt wird, sowohl bei den Vorgaben als auch bei den Ergebnissen keine Unterschiede bestehen dürfen“ (NKP, 2010, Ziel S.7).

4.2.3 Qualitätskontrolle in der Onkologie

Vor dem Hintergrund der sich stetig verändernden Einflüsse innerhalb der onkologischen Versorgung müssen die Prozesse und Strukturen kontinuierlich angepasst werden, um für Tumorpatienten eine angemessene und wirkungsvolle Behandlung gewährleisten zu können. Zur Sicherung der onkologischen Behandlungsqualität sind „einheitliche Anforderungen für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“ zu definieren, die als Grundlage für die regelmäßige Überprüfung und Erfassung der Versorgungsqualität dienen sollen (NKP, 2010, Ziel 5). Im Folgenden werden unterschiedliche Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität in der Onkologie dargestellt.

4.2.3.1 Entwicklung von Leitlinien

Seit Anfang der 90er Jahre werden im Rahmen der gesundheitspolitischen Entwicklungen in Deutschland Leitlinien für Diagnostik und Therapie in verschiedenen Bereichen der Medizin entwickelt. Leitlinien sind systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über angemessene Maßnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen medizinischen Umständen zu unterstützen (Field & Lohr, 1990). Hierbei werden nicht nur Morbidität und Mortalität, sondern auch Patientenzufriedenheit und Lebensqualität berücksichtigt (Lorenz, Troidl, Solomkin, Nies, Sitter et al., 1999). Die Leitlinien werden differenziert nach sog. *organspezifischen Leitlinien*, die Behandlungsempfehlungen für eine spezifische Diagnose beinhalten sowie *Querschnittsleitlinien*, die sich auf die Behandlung spezifischer Symptome wie Schmerz oder Anämie bei Tumorpatienten unabhängig von der Tumordiagnose beziehen.

Leitlinien werden auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin entwickelt und entsprechend ihrer Entwicklungsstufe klassifiziert. S1-Leitlinien sind eine Empfehlung einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe; S2-Leitlinien basieren auf einer formalen Evidenz-Recherche (S2e) oder einer formalen Konsensfindung (S2k). S3-Leitlinien stellen die höchste Stufe dar mit einer systematischen Entwicklung (Logik, Konsens, Evidenzbasierung auf Basis randomisierter und kontrollierter Studien, Entscheidungsanalyse und Outcome-Analyse) und erhalten damit eine hohe wissenschaftliche Legitimation bezüglich der Methode als auch der praktischen Umsetzung (Leitlinienmanual der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.; AWMF, 2001).

In Deutschland liegen inzwischen insgesamt 81 Leitlinien zu unterschiedlichen Tumordiagnosen (organspezifisch) und Therapieformen (Querschnitts-Leitlinien zu u.a. Schmerz- oder Supportivtherapie) in unterschiedlichen Entwicklungsstufen vor. Diese Leitlinien wurden durch eine Expertengruppe entwickelt und mit der DKG sowie Fachgesellschaften und kooperierenden Institutionen abgestimmt. Sie sind im Internet als *Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien 2008* veröffentlicht (www.krebsgesellschaft.de).

4.2.3.2 Zertifizierung onkologischer Einrichtungen

Eine weitere Maßnahme zur Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung ist die Zertifizierung onkologischer Zentren (siehe auch Punkt 4.2.2.1).

Zu den Zielen der Zertifizierung heißt es im NKP (Auszüge aus Ziel 5, S.2-4):

- „Die Zertifizierung onkologischer Versorgungsstrukturen hat das Ziel der Verbesserung und Optimierung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen.
- Es muss im Rahmen von Zertifizierungsverfahren sichergestellt sein, dass die interdisziplinäre Definition und Erstellung eines Anforderungskataloges an die Zertifizierung feststehen, bevor eine unabhängige, institutionell getrennte Bewertung auf Grundlage

der Anforderungen erfolgt...

- Zertifizierungsverfahren müssen eine über die Sektorengrenzen hinausgehende interdisziplinäre Versorgung der Patienten abbilden.
- Die Betreuung der Patienten muss unabhängig von der Versorgungsstruktur... den gleichen fachlichen Qualitätsanforderungen genügen und vergleichbare Behandlungsergebnisse gewährleisten. Die Dokumentation der Befunde und Behandlungen muss die moderne, interdisziplinäre und intersektoral getragene Behandlung und deren Ergebnisse valide widerspiegeln...“

Die Zertifizierung einer Versorgungseinrichtung erfolgt durch die Prüfung einer akkreditierten Zertifizierungsstelle, die eine formale Anerkennung ihrer Kompetenz und Neutralität besitzen muss. In Deutschland existieren zahlreiche Beratungsfirmen und Zertifizierungsorganisationen, die sich in Maßnahmen, Kosten und der Qualität der Serviceleistungen unterscheiden, wie beispielsweise die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS) oder der Technische Überwachungs-Verein (TÜV). Ebenso existieren unterschiedliche Modelle der Zertifizierung, wie das Modell des Deutschen Instituts für Normung e.V. (DIN EN ISO 9001:2000) oder die Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ), die sich zwar bezüglich der Methodik in der Durchführung und dem Umfang der Evaluation unterscheiden, jedoch einheitlichen Prinzipien bezüglich der Anforderungen folgen (Kolkmann, Seyfarth-Metzger & Stobrawa, 2001). Zuständig für die Zertifizierung onkologischer Einrichtungen ist OnkoZert, das im Auftrag der DKG Organkrebszentren und Onkologische Zentren überprüft. Alle onkologischen Einrichtungen haben die Möglichkeit, an einem Zertifizierungsverfahren teilzunehmen und ein Zertifikat als Organkrebszentrum und damit die Anerkennung durch die DKG und weitere medizinischer Fachgesellschaften zu erwerben. Zurzeit wird die Überprüfung auf freiwilliger Basis durch-

geführt; ob die Zertifizierung von Zentren verbindlich vorgegeben werden soll, ist zum aktuellen Zeitpunkt noch offen. Auch bestehen unter den Experten unterschiedliche Positionen darüber, ob die Qualitätsverbesserung ausschließlich über eine Zertifizierung erreicht werden kann (NKP, 2010).

4.2.3.3 Nationaler Krebsplan

Einen wesentlichen Beitrag für die Qualitätssicherung onkologischer Versorgung leistet der im Juni 2008 vorgestellte Nationale Krebsplan (NKP), ein „Koordinierungs- und Kooperationsprogramm“ (Helou, 2010), das auf Basis von transparenten Qualitätsrichtlinien den Weg zu einer Zentrierung der onkologischen Versorgungsstrukturen eingeleitet hat. Initiiert wurde der NKP vom BMG, der DKG und DKH sowie der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren. Involviert sind u.a. die Länder, Krankenkassen, Rentenversicherung, Patientenverbände, die Leistungserbringer und die Wissenschaft. Ziel des NKP's ist eine „flächendeckende Sicherstellung von Qualität bei der Behandlung von Krebs... Das setze translationale Strukturen, nationalen und internationalen Wissensaustausch, Vergleichbarkeit, Qualitätsvorgaben und Kontrollmechanismen voraus, die nur im Zuge von Zertifizierungen und Zentrenbildungen erfüllt werden könnten. Was in Ländern wie Schweden, Dänemark oder den Niederlanden längst Alltag ist, wird sich auch bei uns allmählich durchsetzen: Krebspatienten werden ausschließlich in zertifizierten Tumorzentren behandelt, die flächendeckend eine adäquate Therapie garantieren und dokumentieren“, so Werner Hohenberger, Präsident der DKG.

Der Schwerpunkt des NKP's wurde in der ersten Phase auf vier Handlungsfelder mit mehreren Teilzielen gelegt:

- Handlungsfeld 1: Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

- Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
- Handlungsfeld 3: Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung
- Handlungsfeld 4: Stärkung der Patientenorientierung/Patienteninformation

Für die jeweiligen Handlungsfelder wurden Experten-Arbeitsgruppen aus unterschiedlichsten Einrichtungen und Organisationen von einer Steuerungsgruppe (bestehend aus Vertretern von 20 Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens) eingerichtet. Die von den jeweiligen Arbeitsgruppen vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen sollen mit der Steuerungsgruppe abgestimmt und langfristig in den gesundheitspolitischen Umsetzungsprozess eingebracht werden. Für die Bearbeitung der Handlungsfelder wurden von den Arbeitsgruppen 13 übergreifende Ziele und 40 entsprechende Teilziele definiert, die in verschiedenen Unterarbeitsgruppen bearbeitet werden.

Exemplarisch werden im Folgenden einige Ziele des 2. und 4. Handlungsfeldes dargestellt.

Als erstes Ziel des 2. Handlungsfeldes (Ziel 5) ist die Zertifizierung und Qualitätssicherung onkologischer Behandlungseinrichtungen genannt. Dies beinhaltet zum einen einheitliche Qualitätsanforderungen, Datensätze, Zertifizierungsverfahren und Bezeichnungen für onkologische Zentren sowie die Vorgabe, dass sich alle onkologischen Behandlungseinrichtungen der Qualitätstransparenz z.B. durch Zertifizierung stellen.

Darüber hinaus ist die Entwicklung und Verbreitung onkologischer Leitlinien der höchsten Entwicklungsstufe (S3) für alle Tumorarten sowie die Evaluation der Auswirkungen der Leitlinienanwendung vorgesehen (Ziel 6).

Außerdem geplant ist eine Qualitätsberichterstattung durch klinische Krebsregister (Ziel 8). Dies bezieht sich u.a. auf einen flächendeckenden Ausbau der klinischen Krebsregister zur

Erfassung der Qualität der Versorgung, die Rückmeldung der Daten an alle beteiligten Leistungserbringer, die transparente Darstellung der Versorgungsergebnisse sowie einheitliche Datensätze für die Tumordokumentation.

Zuletzt ist die angemessene und bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung genannt. Dies beinhaltet zum einen die Verbesserung der Erkennung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs und der Therapie behandlungsbedürftiger psychischer Störungen bei Krebskranken und deren Angehörigen sowie die Sicherstellung der notwendigen psychoonkologischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich (Ziel 9, weitere Details unter Punkt 4.3.4).

Als Ziele des 4. Handlungsfeldes sind zum einen qualitätsgesicherte Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote für die Betroffenen vorgesehen sowie die effiziente Vernetzung bereits bestehender Angebote (Ziel 11). Weiteres Ziel ist die kommunikative Kompetenz aller in der onkologischen Versorgung tätigen Leistungserbringer, die einen „adäquaten Umgang“ mit Krebskranken und ihren Angehörigen ermöglichen sollen. Dies bezieht sich auf eine für den Patienten „verständliche Informationsvermittlung bezüglich Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten und Verlauf der Erkrankung sowie eine patientenzentrierte, empathische Mitteilung auch von ungünstigen Nachrichten (z.B. bzgl. Diagnose, Rezidiv, Progress der Erkrankung). Gefordert sind darüber hinaus soziale und interpersonale Fähigkeiten und Fertigkeiten“ (NKP, 2010, Ziel 12a, S.2). Umgesetzt werden soll dies durch die Vermittlung adäquater Kommunikationskompetenzen in Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe. Die Kommunikationsfähigkeiten werden im Rahmen der Qualitätssicherung regelmäßig überprüft und trainiert.

Auch wenn die Abstimmungen sämtlicher Umsetzungsempfehlungen zu den Ziele-Papieren in der Steuerungsgruppe noch nicht vollständig abgeschlossen sind, haben sich die Initiatoren

des NKP's dazu entschlossen, die bereits fertig gestellten Dokumente Anfang 2011 der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, um eine Transparenz über die laufende Arbeit zu gewährleisten.

4.3 Psychoonkologie

Der folgende Abschnitt befasst sich mit den psychosozialen Belastungen von Tumorpatienten sowie der Psychoonkologie als Fachdisziplin und deren Versorgungsstruktur im stationären und ambulanten Bereich. Abschließend werden unterschiedliche Formen der Integration psychoonkologischer Versorgung in die medizinische Behandlung von Tumorpatienten vorgestellt.

4.3.1 Psychosoziale Belastung von Tumorpatienten

Abgesehen von den körperlichen Beschwerden sind Krebserkrankungen häufig mit erheblichen psychosozialen Belastungen und Einschränkung der Lebensqualität verbunden. Die psychischen Reaktionen der Betroffenen reichen von normalen Sorgen und Ängsten bis hin zu Belastungsreaktionen, die die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen. Bei der Untersuchung emotionaler Belastung von Tumorpatienten werden verschiedene Belastungskonstrukte erfasst; die häufigsten sind *Psychische Komorbidität*, *Lebensqualität* und *psychosoziale Belastung* (Herschbach & Heußner, 2008). Psychische Komorbidität bezieht sich auf Begleitstörungen gemäß der anerkannten psychiatrischen Klassifikationssysteme wie dem International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2005), oder dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000). Unter dem Begriff Lebensqualität bzw. gesundheitsbezogene Lebensqualität wird die subjektive Einschätzung somatischer, sozialer und psychischer Aspekte des Erlebens durch den Patienten verstanden. Die Einführung des Begriffs hat seit Anfang der 70er Jahre wesentlich dazu beigetragen, dass nicht nur

objektive Faktoren wie Überlebenszeit oder Nebenwirkungen für die Bewertung der Therapie berücksichtigt werden, sondern ebenso das subjektive Krankheitserleben der Patienten. Der Begriff psychosoziale Belastung bezieht sich auf spezifische Krankheitsaspekte, die für Tumorpatienten mit emotionalen Belastungsreaktionen verbunden sind (Herschbach & Heußner 2008).

Trotz der relativ großen Streuung über die einzelnen Studien hinweg, die von Erhebungsmethoden, Behandlungssettings und Krankheitsstadien beeinflusst sind, wird davon ausgegangen, dass etwa 25-30% der Patienten unter Einschränkungen in der Lebensqualität und behandlungsbedürftigen psychischen Belastungen leiden. Als Grundlage dieser Einschätzung dienen Prävalenzzahlen über psychische Komorbidität (Mitchell et al., 2011; Singer et al., 2010) oder empirische Hinweise auf ausgeprägte psychosoziale Belastungen (Herschbach, Keller, Knight, Brandl, Huber et al., 2004; Zabora et al., 2001). Tabelle 1 gibt einen aktuellen Überblick über die Häufigkeit psychischer Komorbidität bei Tumorpatienten.

Tabelle 1: Prävalenzen psychischer Störungen bei Krebspatienten

	n	% mit Störung	Major Depression	Angststörung	Gen. Angststrg.	Panik - störung	Anp. - störung	generelle PTBS
Prieto et al., 2002	220	44.1	12.3	8.2	1.8	1.4	22.7	-
Singer et al., 2008	250	19.8	5.2	-	1.9	-	4.5	0.3
Singer et al., 2009	689	32.2	9.6	-	5.7	2.9	6.8	4.2
Mitchell et al., 2011	10071	38.2	14.9	10.3	-	-	19.4	-

(Quelle: nach Scheddel, 2010 und Ergänzungen)

Diesen Studien zufolge leiden zwischen 5.2% – 44.1% der Tumorpatienten unter einer psychischen Begleitstörung, mit Anpassungsstörung und Depression als die häufigsten Störungen.

Tabelle 2 zeigt die psychosozialen Belastungen einer Stichprobe von 3389 Krebspatienten unterschiedlicher Krankheitsstadien und Diagnosen, erhoben mit dem Fragebogen zur Belas-

tion von Krebspatienten (FBK-R23, Herschbach, Marten-Mittag & Henrich, 2003). Das Belastungsspektrum variiert zwischen 0 (keine Belastung) und 4 (sehr starke Belastung). Zu der

Tabelle 2: Psychosoziale Belastung von Krebspatienten

	M	SD	% stark belastet
Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung	2,65	1,80	36,9
sich schlapp und kraftlos fühlen	2,25	1,70	26,1
Angst vor nochmaligem Krankenhausaufenthalt	2,09	1,83	27,0
unter Schlafstörungen leiden	2,02	1,80	25,8
sich oft angespannt fühlen	1,96	1,66	21,4
Hobbies weniger nachgehen können	1,88	1,79	23,2
Angst vor Schmerzen	1,83	1,75	21,4
Angst vor Arbeitsunfähigkeit	1,64	1,83	21,3
weniger sexuellen Verkehr haben	1,61	1,82	20,5
weniger unternehmungslustig sein	1,41	1,71	16,9
sich körperlich unvollkommen fühlen	1,37	1,69	15,9
Schmerzen ungeklärter Genese haben	1,29	1,65	13,7
unter Wund-/Narbenschmerzen leiden	1,28	1,54	11,4
nicht gut über soz. Unterstützungsmögl. informiert sein	1,08	1,57	11,9
keine Möglichkeit über seelische Belastungen zu sprechen	0,89	1,47	9,5
Partner ist wenig einfühlsam	0,88	1,45	9,0
nicht gut über Behandlungsmöglichkeiten informiert sein	0,86	1,39	7,7
sich unsicherer im Umgang mit Menschen fühlen	0,78	1,28	5,9
unterschiedliche Meinungen verschiedener Ärzte	0,73	1,36	7,4
die Körperpflege fällt mir schwerer	0,69	1,27	6,1
Verständnislosigkeit anderer	0,68	1,24	5,5
mangelnde Offenheit in der familiären Kommunikation	0,67	1,34	7,1
sich weniger wertvoll fühlen	0,64	1,26	6,1

(Quelle: Herschbach, 2011)

mit Abstand stärksten Belastung der Patienten zählt *Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung*, also die Ungewissheit, ob und wann Rezidive oder Metastasen auftreten werden; ebenfalls häufig wird die Belastung *Angst vor einem nochmaligen Krankenhausaufenthalt*, *sich schlapp und kraftlos fühlen*, und *unter Schlafstörungen leiden* genannt (Herschbach, 2011).

Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in anderen Studien wieder. Harrison, Young, Price, Butow & Solomon (2009) untersuchte in einer Review-Arbeit über 57 Studien die Belastung

von Tumorpatienten unterschiedlicher Diagnosen und Krankheitsstadien. Unter den psychologischen Belastungen wurde am häufigsten *Sorgen, der Krebs könne sich ausbreiten, Sorgen um die Ängste der Angehörigen* sowie *Unsicherheit über die Zukunft* genannt. Informationsmangel wurde vorwiegend in den Bereichen *Dinge, die man selbst tun kann, Wirkung und Nebenwirkungen der Behandlung* und *Information über den Remissionsstatus* genannt. Und bezüglich des Bereichs *Körperliches und Alltagsleben* wurden *Schmerzen, Energiemangel/Müdigkeit, gewohnte Dinge nicht tun können* und *Hausarbeit* als die häufigsten Belastungen genannt.

Auch bei einer aktuellen Studie mit 659 Langzeitüberlebenden (sog. *Survivors*) fünf bis 16 Jahre nach Diagnosestellung war die Angst vor dem Wiederkehren der Erkrankung die häufigste (Harrison, Watson, Ward, Khan, Turner et al., 2011).

Selbst wenn die unterschiedlichen Methoden der Studien keine allgemeine Aussage über den Verlauf und die Prädiktoren von Belastungen bei Tumorpatienten ermöglichen, wird davon ausgegangen, dass die Belastungen ein breites Spektrum an körperlichen, sozialen und emotionalen Aspekten betreffen, die zwischen den verschiedenen Patientengruppen sowie Krankheitsstadien stark variieren können (Harrison et al., 2009).

Vor diesem Hintergrund werden die psychosozialen Aspekte seit Mitte der 70er Jahre neben der medizinischen Versorgung zunehmend in die Behandlung von Tumorpatienten mit einbezogen. „When the emotional needs of cancer patients remain unresolved, patients are more likely to use community health services and to visit emergency facilities. Such patients place higher demands on scarce care-provider resources and are more likely to be offered expensive third- and fourth-line chemotherapy, inappropriately applying limited resources in an attempt to relieve anxiety usually, without extending life and often with detrimental

quality of life effects. Clinical studies have repeatedly demonstrated that patients benefit from psychosocial care...with no increased cost“ (Bultz & Carlson, 2006, S.94).

4.3.2 Psychoonkologie als Fachdisziplin

Unter dem Begriff *Psychoonkologie* oder auch *psychosoziale Onkologie* wird ein Teilgebiet der Onkologie verstanden, das sich mit den Wechselwirkungen von körperlichen, seelischen und sozialen Einflüssen der Entstehung, Diagnostik, Behandlung sowie dem Verlauf einer Krebserkrankung befasst (Weis, 2009). Ziel der Psychoonkologie ist die wissenschaftliche Untersuchung dieser Wechselwirkung sowie die Integration der Erkenntnisse in Prävention, Diagnostik, Beratung und Behandlung. Psychoonkologie umfasst die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen wie Medizin, Psychologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Soziologie u.ä. und schließt unterschiedliche Berufsgruppen (u.a. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter) ein. Die psychoonkologische Versorgung richtet sich an Patienten und deren Angehörige sowie medizinisches und pflegerisches Personal (Schwarz, 2000; Holland, 2002).

„Psychoonkologie hat nicht nur etwas mit der Patientenzufriedenheit zu tun. Sie will den Patienten auch in die Lage versetzen seinen Alltag zu gestalten, die Probleme, die durch die Therapien und durch die Krankheitssituation entstehen, zu meistern“ (Overbeck-Schulte, 2009).

Eine zentrale Aufgabe innerhalb der psychoonkologischen Versorgung beinhaltet zunächst das Erkennen bzw. Diagnostizieren behandlungsbedürftiger Patienten. Um dieser Herausforderung zu begegnen, werden einige Screeningverfahren für den Routineeinsatz in der Praxis empfohlen, die speziell für den Einsatz bei Tumorpatienten entwickelt wurden (Herschbach & Weis, 2010). Der Fokus liegt hierbei auf leicht praktikablen Erhebungsinstrumenten bzw. kurzen Fragebögen, um den Arbeits- und Zeitaufwand für Personal und Patienten möglichst

gering zu halten und dadurch die Akzeptanz der Instrumente zu erhöhen. Darüber hinaus beinhaltet die psychoonkologische Versorgung Information, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und supportive Begleitung im Einzel- und Gruppensetting, während die psychotherapeutische Versorgung Diagnostik, Krisenintervention und psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen oder komorbiden psychischen Störungen beinhaltet (NKP, 2010, S.4). Im Mittelpunkt steht die emotionale Stabilisierung sowie die Stärkung und Förderung der Ressourcen des Patienten (Weis, 2009). Die Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen hinsichtlich Erhalt bzw. Verbesserung der Lebensqualität sowie der Reduktion psychosozialer Belastungen konnte in zahlreichen Studien bestätigt werden; nicht zuletzt sind die Interventionen auch ökonomisch, da sie die medizinischen Behandlungskosten verringern können (Carlson & Bultz, 2003; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Spiegel & Kato, 2000). Aktuell existiert es keine hinreichende Evidenz dafür, dass psychoonkologische Interventionen bzw. psychologische Faktoren den somatischen Verlauf beeinflussen oder die Überlebenszeit der Patienten verlängern (Herschbach & Heußner, 2008; Behrend & Küchler, 2010).

4.3.3 Psychoonkologische Versorgungsstruktur

Psychoonkologische Versorgung von Tumorpatienten ist als integrativer Bestandteil der interdisziplinären Krebsbehandlung zu sehen, die in den Bereichen Akutversorgung, stationäre Rehabilitation und ambulanter Nachsorge vorgesehen ist (Weis & Koch, 1998).

Die psychoonkologische Betreuung in der *akuten Behandlungsphase* findet häufig direkt am Krankenbett statt und ist damit stark durch das räumliche Setting und den körperlichen Zustand des Patienten beeinflusst. Die Betreuung ist daher nur begrenzt planbar und erfordert ein hohes Maß an Flexibilität (Schuhmacher, 2004). Im Vordergrund steht das stützende Gespräch im Hinblick auf akute Probleme der Behandlung und Diagnoseverarbeitung, d.h. Kri-

senintervention nimmt eine wichtige Rolle ein. Darüber hinaus ist die Unterstützung des Behandlungsteams ein weiterer wichtiger Aspekt, dessen Belastungen u.a. durch Supervision, Balint-Gruppen oder interne Weiterbildung aufgefangen werden können.

In der Akutversorgung wird die psychoonkologische Betreuung auf Basis psychosomatischer oder psychoonkologischer Liaison- und Konsildienste organisiert. Der Liaisondienst, der die feste Zuordnung eines Psychoonkologen zu einer Station mit regelmäßiger Anwesenheit vorsieht, hat sich bisher als die beste Möglichkeit erwiesen, psychosoziale Konzepte in die medizinische Behandlung zu integrieren (Weis, Heckl, Muthny, Nowak, Stump et al., 1993). Nach wie vor jedoch ist die psychoonkologische Betreuung in den Krankenhäusern strukturell wenig ausgebaut; die Stellen beschränken sich meist auf Universitätskliniken bzw. größere Kliniken und sind häufig über Forschungsprojekte finanziert und daher zeitlich befristet.

In der *stationären Rehabilitation* liegt der Schwerpunkt psychoonkologischer Betreuung auf der Unterstützung des Umgangs mit den Einschränkungen der Erkrankung und Folgen der Behandlung sowie der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung. Selbst bei günstigem Krankheits- und Behandlungsverlauf ist der Weg zurück in das Alltagsleben für viele Patienten erschwert, d.h. der Patient muss sich unter veränderten Bedingungen mit seiner Lebensgestaltung auseinandersetzen (Schuhmacher, 2004).

Aufgrund des höheren Personalschlüssels im psychosozialen Bereich der Rehabilitationskliniken (Sozialarbeiter, Psychologen, etc.) ist die Versorgungssituation deutlich besser als in der Akutversorgung; dennoch variiert die Anzahl der Stellen in Abhängigkeit des Trägers und der Vernetzung der Versorgungsstrukturen sehr stark (Weis & Koch, 1998).

Häufig besteht auch in der *ambulanten Nachsorge* Bedarf an psychosozialer Unterstützung, da die seelische Verarbeitung des Erlebten oft erst nach der stationären Behandlungsphase einsetzt (Schuhmacher, 2004). Die Struktur psychoonkologischer Betreuung in diesem Sek-

tor ist sehr unterschiedlich ausgebaut; tendenziell ist es in Großstädten leichter eine Anlaufstelle zu finden als in strukturschwachen Gebieten. Je nach Ausbildung und Kompetenz kann die Betreuung von niedergelassenen Fachärzten, onkologischen Schwerpunktpraxen oder Hausärzten übernommen werden. Außerdem besteht die Möglichkeit der Anbindung an lokale psychoonkologische Beratungsstellen (z.B. der DKH), die psychosoziale Beratung und Weitervermittlung anbieten. Darüber hinaus bieten Selbsthilfegruppen eine wichtige Anlaufstelle, um sich mit anderen Betroffenen auszutauschen; sie stellen häufig die einzige psychosoziale Unterstützungsmöglichkeit dar. Entsprechend der Indikationsstellung kann auch eine ambulante Psychotherapie notwendig sein. Inzwischen haben sich einige niedergelassene Psychotherapeuten auf die Behandlung von Tumorpatienten spezialisiert, die Wartezeiten sind aufgrund der wenigen vorhandenen Plätze jedoch meist sehr lang (Schuhmacher, 2004; Weis & Koch, 1998).

4.3.4 Integration psychoonkologischer Versorgung in die Onkologie

„The most immediately important task of psychooncology is to close the yawning gap between current knowledge and therapeutic skills on the one hand and actual clinical care of cancer patients on the other” (Greer, 1994, S.94). Nach wie vor besteht eine der Hauptaufgaben darin, die Psychoonkologie in die Routineversorgung zu integrieren und die Erkenntnisse aus der Forschung in die Praxis umzusetzen. D.h., obwohl sich die Psychoonkologie inzwischen als fester Bestandteil der patientenzentrierten Versorgung in allen Sektoren etabliert hat, ist die Integration der psychoonkologischen Versorgung in die medizinische Behandlung von einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung noch weit entfernt (Weis, 2009). Auch nehmen nicht alle Patienten, die als *belastet* oder *unterstützungsbedürftig* klassifiziert werden, psychosoziale Unterstützung in Anspruch. Dazu zählen auf Patientenseite u.a. die Annahme, das Personal sei zu beschäftigt, Skepsis über den potentiellen Erfolg der Inter-

vention, Angst vor Stigmatisierung, der sich schnell ändernde Gesundheitszustand oder mangelnde Information über psychoonkologische Unterstützungsangebote (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins & Saul, 2001; Mehnert & Koch, 2008; Singer, Bringmann, Hauss, Kortmann, Köhler et al., 2007; Zenger, Ernst, Götze, Stolzenburg & Hinz, 2010). Auf Seiten des medizinischen Personals bestehen u.a. Unsicherheiten im Erkennen von und im Umgang mit psychisch belasteten Patienten sowie Schwierigkeiten der Zuweisung zu Unterstützungsangeboten (Kauschke, Krauß, Slesazeck & Schwarz, 2004; Mehnert, Hund & Härter, 2011).

Um die aktuelle Situation zu verbessern, wurde in den letzten Jahren auf internationaler und nationaler Ebene die Entwicklung von Versorgungsprogrammen, onkologischen Zentren und Leitlinien vorangetrieben, die einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung bedarfsorientierter psychosozialer Versorgung von Tumorpatienten leisten soll (Mehnert, Petersen & Koch 2003).

Die bereits erwähnte Einführung des *Disease Management Programms (DMP)* (Punkt 4.1.2) stellt einen wichtigen Beitrag zur Integration der psychoonkologischen Versorgung in die Behandlung von Brustkrebspatientinnen dar. In den Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Anforderungen an DMP's für Brustkrebs (2005) heißt es: „Die psychosoziale Beratung und Betreuung der Frauen soll integraler Bestandteil der Nachsorge sein. Ihr ist in diesem Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen...Der nachsorgende Arzt soll prüfen, ob die Patientin einer weitergehenden Diagnostik und/oder Behandlung bedarf (z.B. Angststörungen, depressive Störungen). Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.“ (im Internet unter: www.g-ba.de).

Außerdem wurden einige *regionale Programme* entwickelt, wie das 2002 im Raum Augsburg gestartete *mammaNetz* (www.mammanetz.de). Ziel des *mammaNetzes* ist die sektoren-

übergreifende Begleitung von Brustkrebspatientinnen von der Erstdiagnose bis zur Nachsorge. Die angewandte Methode ist das *Case Management*, das eine persönliche Betreuung über die gesamte Behandlung hinweg ermöglicht und die Kooperation der verschiedenen Behandlungsbereiche fördert. Das Case Management beinhaltet u.a. eine Erhebung des medizinischen und psychosozialen Versorgungsbedarfs, die Festlegung und Durchführen notwendiger Maßnahmen sowie deren Überwachung und Evaluation durch die *Case Managerin*. Ende 2010 musste das Modellprojekt jedoch aufgrund fehlender Finanzierung eingestellt werden.

Das *Kieler Modell* (Behrend & Küchler, 2010) des Krebszentrums Nord im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und das *Herforder Modell* der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford (Kusch, Ebmeier, Mücke, Nelle & Stecker, 2002) versuchen, auf psychoonkologische Screening-Ergebnisse gestützt, Patienten für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote zu sensibilisieren und eine den stationären und ambulanten Sektor integrierende psychoonkologische Versorgung zu implementieren.

Auch die Einführung der *Onkologischen Zentren* (siehe auch Punkt 4.2.2.1) ist ein wichtiger Ansatz zur Integration der psychoonkologischen Betreuung in die Onkologie. Dem Grundsatzpapier der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. (DGHO) zufolge muss in einem Onkologischen Zentrum „eine angemessene psychoonkologische Versorgung entsprechend den folgenden Kriterien sichergestellt sein: Diplom-Psychologen oder Ärzte jeweils mit psychotherapeutischer Weiterbildung bzw. psychoonkologischer Fortbildung...in der Leitung des Psychoonkologen-Teams“. Die Psychoonkologische Fortbildung muss offiziell anerkannt sein, wie z.B. die *Weiterbildung Psychosoziale Onkologie* von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V. (dapo) und der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e.V. in der DKG (PSO). Außerdem muss jedem Patienten „die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ortsnahe angeboten werden. Das

Angebot muss niederschwellig erfolgen. Es dürfen den Patienten keine zusätzlichen Kosten entstehen“ (DGHO, S.16).

Einen weiteren wichtigen Beitrag leisten die interdisziplinären *Leitlinien* (siehe auch Punkt 4.2.3.1). Sie dienen als Basis für die Evaluations- und Qualitätssicherungsmaßnahmen und sollen damit eine angemessene Betreuung von Tumorpatienten ermöglichen.

International existieren bereits eigenständige Leitlinien zur psychosozialen Betreuung von Tumorpatienten, wie beispielsweise in Kanada die *National Psychosocial Oncology Standards for Canada* der Canadian Association for Psychosocial Oncology - CAPO (1999), in Australien die *Clinical practice guidelines for psychosocial care of adults with cancer* der National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative (NHMRC, 2003), in den USA die *Distress - Treatment Guidelines for Patients* des National Comprehensive Cancer Network – NCCN (2004) und in Großbritannien die Leitlinie *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer* des National Institute for Clinical Excellence - NICE (2004).

In Deutschland liegt der Schwerpunkt der Leitlinien auf der medizinischen Behandlung. Psychoonkologische Aspekte sind bisher nur in diagnosespezifischen Leitlinien, wie der S2-Leitlinie für das Zervixkarzinom und Gliom oder der S3-Leitlinie für das Mammakarzinom enthalten. Eine eigenständige sektoren- und fächerübergreifende psychoonkologische Leitlinie liegt in noch nicht vor; daher hat sich die AWMF, die DKG und die DKH mit dem im Februar 2008 gestarteten Leitlinienprogramm Onkologie das Ziel gesetzt, gemeinsam die Leitlinien in der Onkologie zu fördern. In diesem Rahmen wird zurzeit eine konsensbasierte *S3-Leitlinie Psychoonkologie* zur psychoonkologischen Beratung und Betreuung entwickelt. Ebenso Berücksichtigung findet die Psychoonkologie im NKP (siehe Punkt 4.2.3.3) unter Ziel 9 „Angemessene und bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung“. Dies beinhaltet

sowohl die Verbesserung der Erkennung psychosozialen Unterstützungsbedarfs und Therapiebehandlungsbedürftiger psychischer Störungen als auch die Sicherstellung der notwendigen psychoonkologischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich. Dazu heißt es: „Eine bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung... erfordert eine genaue Kenntnis möglicher Auswirkungen der Krebserkrankung [und] ihrer Behandlung... auf die psychische, soziale und wirtschaftliche Situation des Patienten. Die aus der individuellen Beeinträchtigung abgeleitete Indikationsstellung für psychoonkologische Interventionen soll anhand geeigneter Kriterien festgestellt, dokumentiert und *innerhalb der beteiligten Versorgungsstrukturen bzw. über sektorale Schnittstellen hinweg kommuniziert werden.*“ (NKP, 2010, Ziel 9, S.5). Aktuell jedoch wird ein Mangel an flächendeckendem Einsatz von Instrumenten zur Erfassung der Belastung bzw. des Unterstützungsbedarfs sowie der Kommunikation der Befunde zwischen den beteiligten Berufsgruppen und den Versorgungssektoren genannt.

5 Zusammenfassung und aktuelle Studie

Aufgrund der bisherigen Untersuchungen kann davon ausgegangen werden, dass die Tumorerkrankung und deren Behandlung die davon betroffenen Menschen im psychosozialen Bereich in vielfältiger Weise belasten. Etwa ein Drittel aller Tumorpatienten entwickeln im Verlaufe ihrer Erkrankung eine behandlungsbedürftige psychosoziale Belastung oder psychische Störung; daher beinhaltet eine qualifizierte Krebsbehandlung auch die psychoonkologische Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Eine psychoonkologische Versorgung kann die Bewältigung der Krebserkrankung unterstützen, psychische und psychosomatische Symptome lindern sowie die Lebensqualität und Therapieadhärenz verbessern (NKP, 2010). Inzwischen existieren einige Initiativen zur Verbesserung der sektorenübergreifenden interdisziplinären Behandlung von Tumorpatienten, wie die Integrierte Versorgung, die Entwicklung von interdisziplinären Leitlinien und die Einführung des NKP's. Trotz der zunehmenden Akzeptanz und Integration der Psychoonkologie innerhalb der Medizin bestehen noch immer erhebliche Versorgungsdefizite, speziell an den Schnittstellen der verschiedenen Versorgungssektoren (Pascoe et al., 2004). Erschwerend kommt hinzu, dass sich häufig weder Arzt noch Patient dafür zuständig fühlen, psychosoziale Themen anzusprechen: „in some cases, this seems to lead to a conspiracy of silence, whereby psychosocial topics are left unaddressed because both physicians and their patients are reluctant to raise such issues without a clear signal from the other that this is appropriate and desired“ (Detmar, Aaronson, Wever, Muller & Schornagel, 2000, S. 3299).

Vor diesem Hintergrund spielt die Übermittlung psychosozialer Daten an den nachbehandelnden Arzt mittels Arztbrief eine zentrale Rolle. Dietzfelbinger (2009) zufolge sollten psychosoziale Informationen in Arztbriefen alles enthalten was zur „psychoonkologischen Weiterbildung...relevant ist, d.h. was zur Verbesserung und Optimierung der Lebensqualität

im Rahmen der onkologischen Erkrankung der Patienten beitragen kann“ (S.171). Dabei soll je nach Aufwand und Intensität in drei Stufen vorgegangen werden; die erste Stufe betrifft die Absicherung der „psychosozialen Minimalbedürfnisse“, d.h. ob der Patient über die Diagnose aufgeklärt ist und ob er sich zu Hause alleine versorgen kann. Die nächste Stufe beinhaltet Informationen, wie der Patient mit seiner Diagnose umgeht, über das Verhältnis zu seinen Angehörigen, oder welche Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität getroffen werden können. Die dritte Stufe beinhaltet eine ausführliche psychoonkologische Berichterstattung, die meist nur durch Psychoonkologen erbracht werden kann.

Da der Arzt gefolgt von Angehörigen der wichtigste Gesprächspartner bzgl. der Krankheit und damit zusammenhängender Probleme ist (Pascoe et al., 2004; Singer et al., 2007; Zenger et al., 2010), könnte der nachbehandelnde Arzt als Schlüsselperson für die weitere Versorgung die psychosoziale Betreuung des Patienten selbst übernehmen, oder den Patienten an geeignete Fachärzte, Psychoonkologen oder Psychotherapeuten überweisen. In der Regel sind Informationen zum psychosozialen Befinden des Patienten jedoch nicht im Arztbrief enthalten (Blaser et al., 2004; Kripalani et al., 2007; Moore et al., 2003), so dass Hinweise zu einer psychischen Belastung des Patienten den ambulanten Sektor meistens nicht erreichen. Das subjektive Befinden von Tumorpatienten ist für den nachbehandelnden Arzt jedoch in psychischer, somatischer und sozialer Hinsicht von großer klinischer Relevanz (Dietzfelbinger, 2009). Darüber hinaus demonstrieren zahlreiche Studien eindrucksvoll, welche positiven Wirkungen die kontinuierliche Kommunikation psychosozialer Aspekte an den behandelnden Arzt haben kann (Albert, Koller, Lorenz, Kopp, Heitmann et al., 2002; Detmar & Aaronson, 1998; Detmar et al., 2002; Dinkel, Berg, Pirker, Geinitz, Sehlen et al., 2010; Lehmann et al., 2009). Albert et al. (2002) beispielsweise erstellten eine graphische Darstellung von Ergebnissen einer Lebensqualitätsbefragung für den behandelnden Arzt. Nach Auskunft der Ärzte

erleichterte dies bei etwa der Hälfte der Befragten die Diagnosestellung und beeinflusste die Kommunikation, bzw. führte zu einer spezifischeren Befragung der Tumorpatienten. Bei Detmar et al. (2002) war die Übermittlung von Lebensqualitätsdaten in graphischer Form unmittelbar vor dem Gespräch mit einer häufigeren Thematisierung der Lebensqualität der Patienten und einem besseren Erkennen von belasteten Patienten verbunden. Dietzfelbinger (2009) zufolge würde auch die psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado; Knight, Mussell, Brandl, Herschbach, Marten-Mittag et al., 2009), eine Fremdeinschätzungsskala zum subjektiven Befinden von Tumorpatienten, im Hinblick auf Indikationsfragen und Bewertung von Therapiemaßnahmen die Versorgungsqualität verbessern.

„The introduction of standardized HRQL assessments has been advocated as a means of both identifying HRQL issues of concern to individual patients and of triggering or cueing the discussion of those issues in routine outpatient clinical practice. Future research efforts should be directed at testing empirically the value of such interventions in enhancing doctor-patient communication“ (Detmar et al., 2000, S.3300).

Vor diesem Hintergrund befasst sich die vorliegende Forschungsstudie mit der Frage, ob sich die Versorgungsqualität bzw. Kommunikation zwischen Arzt und Patient bzgl. der psychosozialen Belastung an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung durch die systematische Ergänzung der stationären Entlassungsberichte um einen *Psychoonkologischen Befund (PO-Befund)* verbessern lässt. Dies wird anhand einer Befragung von Tumorpatienten zur psychosozialen Belastung kurz vor der stationären Entlassung untersucht. Zielvariablen sind die Zufriedenheit der Patienten mit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der ambulanten Nachsorge sowie die Bewertung der um den PO-Befund erweiterten Krankenhausentlassungsberichte durch den nachbehandelnden Arzt.

6 Ziel der Studie

Im Mittelpunkt der Studie steht die Frage, welche Auswirkung der Inhalt des Entlassungsberichts auf die Kommunikation und Behandlungsentscheidungen des Arztes hat. Diese Frage wird sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus Perspektive der niedergelassenen Ärzte untersucht.

Im Einzelnen sollen folgende Fragen beantwortet werden:

Patientenbefragung

- Spricht der Arzt das psychosoziale Befinden des Patienten häufiger an, wenn ein PO-Befund im Entlassungsbericht enthalten ist (Interventionsgruppe; IG) als wenn er den herkömmlichen Entlassungsbericht ohne PO-Befund (Kontrollgruppe; KG) erhält?
- Bestehen Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der psychischen Belastung oder soziodemographischen Variablen der Patienten (z.B. Geschlecht, Krankheitsstatus) und der Häufigkeit der Ansprache des psychosozialen Befindens?
- In welchem Maße werden die Handlungsempfehlungen des Arztes vom Patienten umgesetzt?
- Ist die Zufriedenheit mit der Behandlung und die Lebensqualität der Patienten in der IG höher als in der KG?

Arztbefragung

- Wie beurteilt der niedergelassene Arzt die Nützlichkeit des Entlassungsberichts mit PO-Befund (IG) bzw. den Standardentlassungsbericht (KG)?
- Spricht der Arzt das psychosoziale Befinden des Patienten in der IG häufiger an als in der KG?
- Spielt die psychische Belastung oder die soziodemographischen Variablen der Patienten eine Rolle im Zusammenhang mit dem Ansprechen des psychosozialen Befindens?

- Bestehen Zusammenhänge zwischen Personenvariablen der Ärzte (z.B. Berufserfahrung, Weiterbildungen) und der Häufigkeit der Ansprache des psychischen Befindens der Patienten?

Prüfung der „Machbarkeit“

- Ist die Realisierung der Prozedur (Interviewtraining, Interviews, Programmierung und Einsetzen der Textbausteine in die Arztbriefe) nur durch zusätzliches Personal oder auch unter Routinebedingungen möglich?
- Wie hoch ist der zeitlich Aufwand für die Prozedur?
- Welche institutionellen Randbedingungen beeinflussen die Realisierbarkeit der Prozedur?

7 Material und Methode

Im folgenden Abschnitt wird zunächst die Erstellung des PO-Befunds und Integration in den Entlassungsbericht beschrieben. Dem folgt eine Darstellung des Studiendesigns sowie der Stichprobe und der verwendeten Fragebögen. Abschließend werden das Interviewtraining, der Ablauf der Datenerhebung und zuletzt die statistische Auswertung beschrieben.

7.1 Erstellung des Psychoonkologischen Befunds

Vor Beginn der Datenerhebung wurden die Textbausteine für den PO-Befund im Entlassungsbericht der IG (von der Arbeitsgruppe München) erstellt. Die Erstellung beinhaltete die im Folgenden beschriebenen Schritte (eine detaillierte Beschreibung der Textbausteine inkl. Behandlungsempfehlung ist im Anhang enthalten).

Zunächst wurden die fünf Ausprägungsgrade der PO-Bado-KF in die drei Kategorien *keine*, *mittlere* und *hohe* Belastung zusammengefasst (Abbildung 3). Dies soll eine übersichtlichere Darstellung für den Leser sowie eine praktikablere Programmierung der entsprechenden Behandlungsempfehlungen ermöglichen. Aus dem zuletzt genannten Grund wurden auch die fünf Einzelfragen der PO-Bado-KF in drei Belastungsbereiche eingeteilt bzw. zusammengefasst (körperlich, psychisch und sozial). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, unabhängig von der Belastungsausprägung auf *zusätzliche Belastungen* hinzuweisen (siehe *Freitext* in Abbildung 3). Diese wird dann als *Besondere zusätzliche Belastung* in den PO-Befund eingetragen (siehe Beispiel Textbaustein 2).

Abbildung 3: PO-Bado-KF Belastungskategorien für den Psychoonkologischen Befund

Belastungs- bereich:	Belastung:	keine		mittlere		hohe	
		nicht belastet	wenig belastet	mäßig belastet	ziemlich belastet	sehr belastet	
körperliche Belastung	Erschöpfung / Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
psychische Belastung	Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
soziale Belastung	Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	weitere Probleme, z.B. im sozialen / familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zusätzliche Belastung	die Probleme sind folgende (Freitext):						

Den Belastungsbereichen und Ausprägungsgraden entsprechend enthält der Textbaustein einen PO-Befund mit standardisierter Behandlungsempfehlung für den nachbehandelnden Arzt. Insgesamt ergeben sich daraus sieben Textbausteine.

Liegt *keine* Belastung vor, ist der Textbaustein folgender:

Textbaustein 1: keine Belastung

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden in den Bereichen „Erschöpfung/Mattigkeit“, „Stimmungsschwankungen“, „Angst“, „Depressivität“, „Alltagsbewältigung“ und „Sozialer/familiärer Bereich“ erhoben; es ergab sich kein Hinweis auf eine ausgeprägte Belastungsreaktion.

Liegt eine *mittlere* Belastung in mindestens einem der drei Belastungsbereiche vor, wird folgender Textbaustein mit einer allgemeinen Behandlungsempfehlung (die Belastungsbereiche sind bei mittlerer Belastungsausprägung nicht von Bedeutung) eingefügt:

Textbaustein 2: mittlere Belastung

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und ergab folgendes Ergebnis:

	Keine Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung
Erschöpfung / Mattigkeit	X		
Stimmungsschwankungen	X		
Angst		X	
Depressivität	X		
Alltagsbewältigung	X		
Sozialer/familiärer Bereich		X	

Besondere zusätzliche Belastung: Finanzielle Sorgen.

Empfehlung: Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung(en) durch gezieltes Nachfragen weiter zu verfolgen.

Bei einer *hohen* Belastung wird im Textbaustein zwischen den Belastungsbereichen bzgl. der Behandlungsempfehlung unterschieden.

Liegt eine hohe Belastung im *körperlichen* Bereich vor, ist folgender Textbaustein vorgesehen:

Textbaustein 3: hohe Belastung *körperlicher* Bereich

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und ergab folgende Belastungen:

	Keine Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung
Erschöpfung / Mattigkeit			X
Stimmungsschwankungen		X	
Angst		X	
Depressivität	X		
Alltagsbewältigung		X	
Sozialer/familiärer Bereich	X		

Empfehlung: Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung durch gezieltes Nachfragen weiter zu verfolgen.

Liegt eine hohe Belastung im *psychischen* Bereich vor, ändert sich die Behandlungsempfehlung wie folgt:

Textbaustein 4: hohe Belastung *psychischer* Bereich

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und ergab folgende Belastungen:

	Keine Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung
Erschöpfung / Mattigkeit		X	
Stimmungsschwankungen			X
Angst			X
Depressivität	X		
Alltagsbewältigung		X	
Sozialer/familiärer Bereich	X		

Empfehlung: Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung(en) durch gezieltes Nachfragen weiter zu verfolgen und ggf. eine psychotherapeutische bzw. psychopharmakologische Behandlung einzuleiten.

Für eine hohe Belastung im *sozialen* Bereich ist folgende Empfehlung vorgesehen:

Textbaustein 5: hohe Belastung *sozialer* Bereich

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und ergab folgende Belastungen:

	Keine Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung
Erschöpfung / Mattigkeit	X		
Stimmungsschwankungen		X	
Angst	X		
Depressivität	X		
Alltagsbewältigung		X	
Sozialer/familiärer Bereich			X

Empfehlung: Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung(en) durch gezieltes Nachfragen weiter zu verfolgen und ggf. eine Sozialberatung zu vermitteln.

Und für eine hohe Belastung im *psychischen* und *sozialen* Bereich lautet die Empfehlung:

Textbaustein 6: hohe Belastung *psychischer* und *sozialer* Bereich

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und ergab folgende Belastungen:

	Keine Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung
Erschöpfung / Mattigkeit		X	
Stimmungsschwankungen		X	
Angst			X
Depressivität	X		
Alltagsbewältigung		X	
Sozialer/familiärer Bereich			X

Empfehlung: Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung(en) durch gezieltes Nachfragen weiter zu verfolgen und ggf. eine psychotherapeutische bzw. psychopharmakologische Behandlung einzuleiten, sowie bei Bedarf eine Sozialberatung zu vermitteln.

Liegt eine hohe Belastung in *allen drei* Bereichen vor, ist folgender Textbaustein vorgesehen:

Textbaustein 7: hohe Belastung *alle* Bereiche

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und deutete in den Bereichen „Erschöpfung / Mattigkeit“, „Stimmungsschwankungen“, „Angst“, „Depressivität“, „Alltagsbewältigung“ und „Sozialer/familiärer Bereich“ auf eine ausgeprägte Belastung hin.

Empfehlung: Wir empfehlen die Einleitung einer psychotherapeutischen bzw. psychopharmakologischen Behandlung.

7.2 Integration des Psychoonkologischen Befunds in den Entlassungsbericht

Für die Eingabe des Interview-Ergebnisses in das Klinik-Dokumentationssystem (klinikinternes Computerprogramm zur Dokumentation von Befunden und Behandlungsmaßnahmen, SAP) wurde für die Studie eine Datenmaske eingerichtet, die dem Layout des Interviews entspricht und in die das Ergebnis direkt durch das Anklicken der zutreffenden Felder übertragen werden kann (Abbildung 4). Nach Speicherung dieser Eingabe erscheint entsprechend

Abbildung 4: Datenmaske für Eingabe der PO-Bado-KF

The screenshot displays the SAP PO-Bado-KF data mask for patient Martina Tester. The patient's name is Martina Tester, born on 13.03.1933, age 74. The mask includes a header with patient data and a navigation bar with tabs for various medical fields. The main content area is divided into several sections:

- Innerhalb der letzten 3 Tage war der Patient:** A list of symptoms with radio buttons for severity ratings: k. Ang., nicht bel., wenig bel., mittelm. bel., ziemlich bel., and sehr bel.


Symptom	k. Ang.	nicht bel.	wenig bel.	mittelm. bel.	ziemlich bel.	sehr bel.
Erschöpfung / Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Depressivität	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alltagsbewältigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialer / familiären Bereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- die Probleme sind folgende:** A text input field for describing the patient's problems.
- Empfehlung:** A text area containing the recommendation: "Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung durch gezieltes Nachfrage weiter zu verfolgen und ggf. eine psychotherapeutische, bzw. psychopharmakologische Behandlung einzuleiten".

The bottom of the screen shows the SAP status bar with the document ID 10002540026 and the time 17:26.

der Belastung die vorprogrammierte Behandlungsempfehlung (im unteren Kasten der Abbildung *Empfehlung*). Damit ist der PO-Befund in den Entlassungsbericht integriert und kann anschließend ausgedruckt werden.

Der Ausdruck eines Entlassungsberichts von einem Studienteilnehmer (IG) ist in Abbildung 5 zu sehen. Die tabellarische Darstellung des PO-Befunds wurde gewählt, da sich diese deutlicher von den übrigen Befunden abheben und auffallen sollte. Die Reihenfolge der Items wird in der Tabelle beibehalten, während die fünf Ausprägungsgrade der PO-Bado-KF, wie in Abbildung 3 dargestellt, in drei Stufen zusammengefasst werden.


Abbildung 5: Psychoonkologischer Befund im Entlassungsbericht



Urologische Klinik und Poliklinik
des Klinikums rechts der Isar
der Technischen Universität München
Anstalt des öffentlichen Rechts

Direktoren: Univ.-Prof. Dr. med. Jürgen E. Gochwest
Certified Training Center of the European Board of Urology

Poliklinik: (089) 4140-2590
Telefax: (089) 4140-4959



ARI
Anatomisches Institut
Biedersteiner Straße 22
81975 München

Direktion: (089) 4140-20/21/22
Telefax: (089) 4140-4843

Urologische Klinik und Poliklinik
Klinikum rechts der Isar, Biedersteiner Straße 22, 81975 München

Herrn
Helmut
84347 Pfarrkirchen

in Herrn Dr. med.

20.11.11

Sehr geehrter Herr
wir berichten über Ihre Behandl

Entlassungsdiagnose:
Prostatakarzinom

Diagnosen: Z. n. TUR-Prost
Unverträglichk

Maßnahmen: Radikale retro
und partielle N
15.05.2009.

Histologie: Prostatakarzinom
Gering differenz
Befall beider Sa
rechts 0,6 cm, 4
Prostatakapsel.
Resektionsstatus
radikalen Prost
zum Schnellsch
ROI, mit karzino
seitlichen Abwe
Ductus, diffuse
UICC-Klassifik
Graduierung: G
Resektionsstatus
Gleason Score
rechts: 3+3=6

Poliklinik: (089) 4140-2590
Telefax: (089) 4140-4959

/* 20.11.1939 / 962260847

Anamnese: Zur Vorgeschichte des Patienten möchten wir freundlicherw
unseren ambulanten Arztbrief vom 15.04.2009 hinweisen.
Herr Baumann stellte sich bei stanzbiptisch gesicherten
Prostatakarzinom zur Durchführung einer radikalen retropub
Prostatektomie in unserer urologischen Klinik vor. Die Mikr
war unauffällig. Der Patient berichtete über eine 2-malige N

Körperliche Untersuchung:
Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine Resistenzen.
Nierenlager bds. frei.
Penis unauffällig.
Hoden links: o.p.B.
Hoden rechts und Nebenhoden rechts: derb, sonst o.p.B.
DRU: Z. n. TUR-Prostata, links suspekt.

Labor:
vom 14.05.2009:
Kalium 4,6 mmol/l, Kreatinin 1,2 mg/dl, Leukozyten 4,9 G
15,0 g/dl.
vom 18.05.2009:
Kalium 4,0 mmol/l, Kreatinin 1,2 mg/dl, Leukozyten 5,0 G
12,8 g/dl.
Mikrobiologie vom Urin vom 14.05.2009: kein Wachstum n
Mikrobiologie vom Urin vom 18.05.2009: kein Wachstum n

Sonographie: vom 14.05.2009:
Nieren bds. o.p.B.
Blase: gut gefüllt, glatt berandet, o.p.B.
TRUS: Prostatavolumen ca. 20 ml, Z.N. TUR-Prostata, keine eindeutig
suspekten Areale.

Thorax in 2 Eb. vom 14.05.2009
Herzgröße im Normbereich, Aortensklerose und leichte
Elongation. Keine akute Stauung, kein Infiltratnachweis.

Psychoonkologischer Befund:
Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und ergab
folgende Belastungen:

	Keine Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung
Erschöpfung/Müdigkeit	X		
Stimmungsschwankungen		X	
Angst			X
Depressivität	X		
Alltagsbewältigung		X	
Sozialer/familiärer Bereich	X		

Empfehlung:
Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung durch gezieltes Nachfragen
weiter zu verfolgen und ggf. eine psychotherapeutische, bzw. psychophar-
makologische Behandlung einzuleiten.

Poliklinik: (089) 4140-2590
Telefax: (089) 4140-4959

Station 6/1: (089) 4140-2501
Telefax: (089) 4140-4819
E-Mail: mriia@trz.tu-muenchen.de

Station 6/2: (089) 4140-2502
Telefax: (089) 4140-4818

/* 20.11.1939 / 962260847

Seite 3 von 3

Verlauf: Nach entsprechender Vorbereitung und Aufklärung des Patienten führten
wir am 15.05.2009 o.g. Eingriff komplikationslos durch. Der
postoperative Verlauf gestaltete sich mit Ausnahme einer leicht erhöhten
Fördermenge der im rechten Unterbauch entleerten Drainage regelrecht.
Diese wurde bei einer Fördermenge von nur 50 ml in 24 Stunden am 10.
postoperativen Tag entfernt. Nach zeitgerechter transurethraler
Dauerkatheterentfernung bei dichter vesikourethraler Anatomie im
Zystogramm zeigte Herr Baumann eine nahezu recharakterisierte Spontanmiktio.
Wir konnten den Patienten am 25.05.2009 aus dem stationären Aufenthalt
entlassen.

Procedere: 1. Wiedervorstellung beim niedergelassenen Urologen zur
Verlaufkontrolle und Sonographie spätestens 2 Tage nach Entlassung zum
Ausschluss einer Lymphozele.
2. Onkologisches Procedere: Wir empfehlen ein PSA-getriggertes
Nachsorgekonzept. Ein Nachsorgekalender wurde dem Patienten ausgehändigt
(Nr. 15323755)
3. Zur Erlangung einer vollständigen Kontinenz empfehlen wir die
regelmäßige Durchführung von Beckenbodengymnastik.
4. Aufgrund der neuverhaltenen OP-Technik empfehlen wir die Einnahme
eines Phosphodiesterase-5-Hemmers bei Bedarf.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur
Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Klinikdirektor Dr. med. H. Oberarzt Dr. med. G. Assistenzarzt

Poliklinik: (089) 4140-2590
Telefax: (089) 4140-4959

Station 6/1: (089) 4140-2501
Telefax: (089) 4140-4819
E-Mail: mriia@trz.tu-muenchen.de

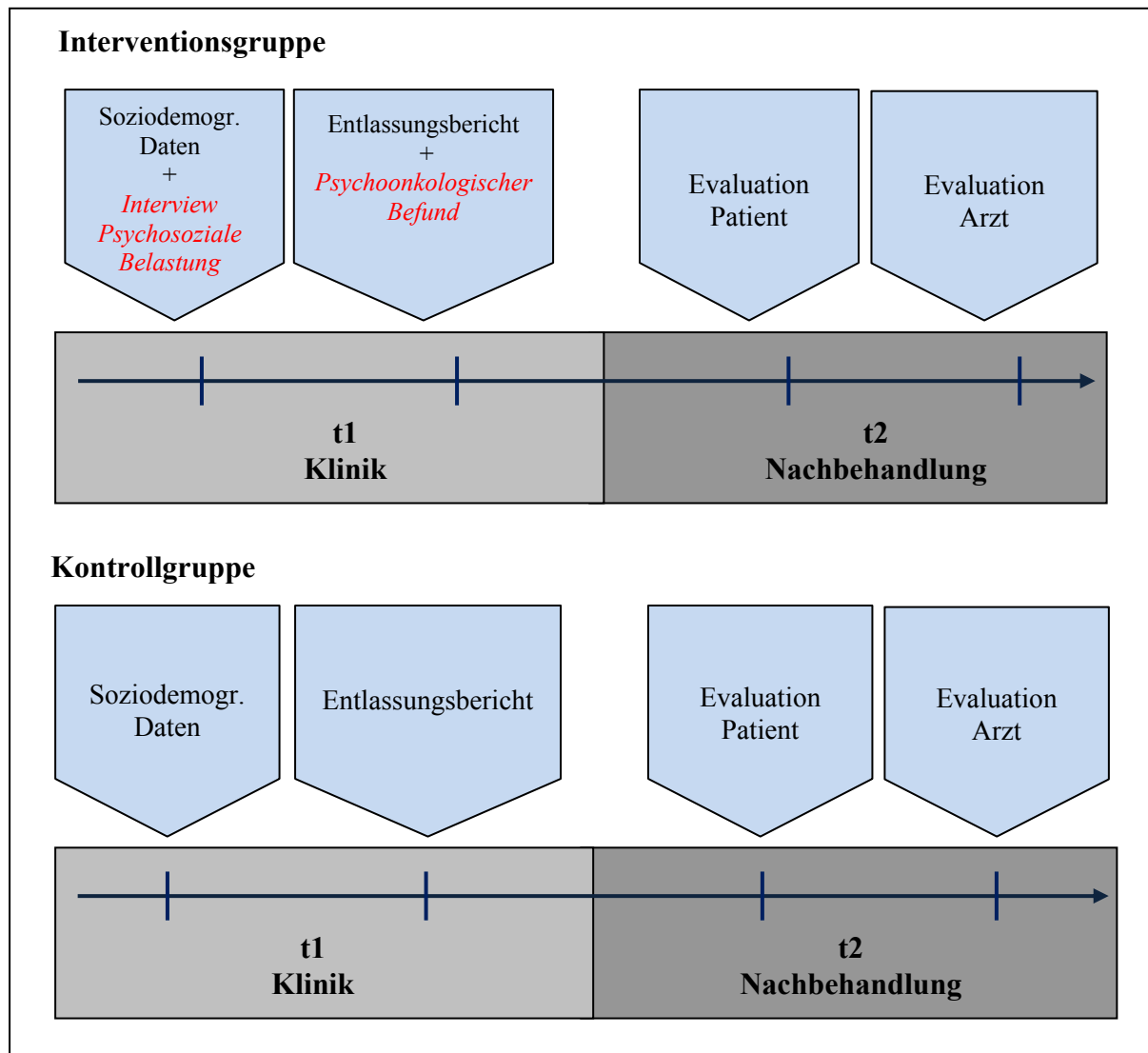
Station 6/2: (089) 4140-2502
Telefax: (089) 4140-4818

Der PO-Befund wurde in allen teilnehmenden Kliniken als letzter Befund vor den *Verlauf* in den Entlassungsbericht eingefügt.

7.3 Studiendesign

Ein Überblick über das Design bzw. den Ablauf der Studie ist in Abbildung 6 dargestellt.

Abbildung 6: Studiendesign



Die Untersuchung der Fragestellungen erfolgte durch ein prospektives randomisiertes Studiendesign über zwei Messzeitpunkte mit Gruppenzugehörigkeit (PO-Befund vs. Standardentlassungsbericht) als unabhängige Variable und die Auswirkungen auf die Kommunikation

(Ansprechen des psychosozialen Befindens), Patientenzufriedenheit und Lebensqualität als abhängige Variablen.

Der Untersuchungsplan beinhaltet, dass die Tumorpatienten der IG kurz vor der Entlassung aus der Akutklinik (t1) zu ihrer psychosozialen Belastung befragt werden. Das Ergebnis der dieser Befragung wird anschließend als standardisierter Textbaustein (PO-Befund) in den Entlassungsbericht eingefügt. Etwa 8-10 Wochen nach Entlassung wird der Patient im Anschluss an seinem Besuch beim niedergelassenen Arzt darüber befragt, ob der Arzt mit ihm über sein psychosoziales Befinden gesprochen hat und ob er mit dem Arzt-Kontakt zufrieden war. Unmittelbar darauf wird der entsprechende Arzt (Adressat des Berichts) angeschrieben und befragt, ob er den PO-Befund wahrgenommen hat und ihn als hilfreich für das Gespräch und die weitere Behandlung beurteilt. Diese Intervention (Entlassungsbericht mit PO-Befund; IG) wird verglichen mit dem herkömmlichen Entlassungsbericht ohne PO-Befund (KG). Die beiden Untersuchungsgruppen werden innerhalb einer Klinik randomisiert.

7.4 Stichprobe

Patienten

Angesprochen wurden alle Patienten, die aufgrund einer Tumordiagnose in den kooperierenden Kliniken in München und Leipzig stationär behandelt wurden. Zunächst wurden nur urologische Tumorpatienten befragt, im Verlauf der Studie wurden die Einschlusskriterien auf Patienten mit gynäkologischen Tumorerkrankungen und Patienten unterschiedlicher Tumordiagnosen, die sich in stationärer strahlentherapeutischer Behandlung befanden, ausgeweitet.

Weitere Einschlusskriterien waren:

- gesicherte Tumorerkrankung

- Mindestalter 18 Jahre
- deutsche Sprachkenntnis
- keine kognitiven Beeinträchtigungen
- Einwilligung zur Studienteilnahme
- Einwilligung zur Kontaktaufnahme der Projektmitarbeiter mit dem nachbehandelnden Arzt

Ärzte

Eingeschlossen wurden die nachbehandelnden niedergelassenen Haus- und Fachärzte bzw. die Adressaten der Entlassungsberichte.

Weitere Einschlusskriterien waren:

- Einverständnis des Patienten zur Befragung des Arztes
- in der IG muss im Entlassungsbericht ein PO-Befund enthalten sein
- Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme
- keine Belegbetten in den teilnehmenden Kliniken

Folgende Variablen wurden bei den Patienten und Ärzten erhoben:

Patienten

- soziodemographische Merkmale
- medizinische Merkmale
- Psychosoziale Belastung
- Inhalte der Arzt-Patienten-Kommunikation
- Inanspruchnahme empfohlener Unterstützungsmaßnahmen
- Zufriedenheit mit der Behandlung
- Lebensqualität

Ärzte

- soziodemographische Merkmale
- auf Ausbildung und Berufserfahrung bezogene Daten
- subjektiv empfundene Nützlichkeit des PO-Befunds inkl. Behandlungsempfehlung (IG) bzw. des herkömmlichen Entlassungsberichts (KG)
- Inhalte der Arzt-Patienten-Kommunikation und Behandlungsempfehlungen

7.5 Instrumente

Zu Beginn der Befragung erhielten alle Studienteilnehmer (Patienten und Ärzte) eine schriftliche Studieninformation und Einwilligungserklärung. Für die Befragung wurden die folgenden Fragebögen verwendet (alle Unterlagen sind im Anhang enthalten):

Patienten

Die *psychosoziale Belastung* wurde mit der *Psychoonkologische Basisdokumentation* (PO-Bado-KF; Herschbach, Book, Brandl, Keller & Marten-Mittag 2008) erhoben; Die PO-Bado-KF ist eine Fremdeinschätzungsskala für Ärzte, Psychologen, Krankenpflegekräfte und andere psychoonkologische Berufsgruppen zur Beurteilung des psychosozialen Befindens von Krebspatienten. Erhoben wird das subjektive Erleben des Patienten während der letzten drei Tage anhand eines kurzen halbstandardisierten Interviews. Die sechs Items der PO-Bado-KF gliedern sich in die drei Belastungsbereiche (körperliche, psychische und soziale Belastungen), die mit fünf Ausprägungsgraden bewertet werden. Cronbach's Alpha der PO-Bado-KF liegt bei .82.

Der *EORTC-Quality of Life Questionnaire* (EORTC-QLQ-C30; Aaronson, Ahmedzai, Bergman, Bullinger, Cull et al., 1993) diente der Erfassung der *Lebensqualität*. Bei dem Fragebogen handelt es sich um ein standardisiertes Selbstbeurteilungsverfahren, das gesundheits-

liche Beschwerden und Funktionen erfasst. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer vier-stufigen Skala. Cronbach's Alpha des Fragebogens liegt zwischen .65 und .89.

Die *Arzt-Patienten-Kommunikation* und *Patientenzufriedenheit* mit der ambulanten Nachsorge wurde anhand selbstgenerierter standardisierter Items sowie Fragen aus der PASQOC Studie (zur Qualität der ambulanten Krebsversorgung aus Patientenperspektive; Kleeberg Tews, Ruprecht, Höing, Kuhlmann et al., 2005) erhoben. Der Fragebogen gliedert sich in zwei Teile: der erste Teil erfasst die Arzt-Patienten-Kommunikation und beinhaltet fünf Fragen bezogen auf den ersten Kontakt mit dem niedergelassenen Arzt nach Entlassung aus der Klinik. Der zweite Teil zur Patientenzufriedenheit beinhaltet fünf Fragen aus dem PASQOC-Fragebogen.

Ärzte

Zur *Beurteilung des Entlassungsberichts* und Untersuchung der *Arzt-Patienten-Kommunikation* wurde ein selbst generierter standardisierter Fragebogen verwendet. Der Fragebogen enthält eine Frage zur Beurteilung des PO-Befunds (IG) bzw. zwei Fragen zum Entlassungsbericht (KG) sowie drei Fragen zum Kontakt mit dem Patienten und vier Fragen zu Berufserfahrung und Qualifikation.

7.6 Datenerhebung

7.6.1 Interviewtraining

Alle an der Patientenbefragung beteiligten Mitarbeiter wurden vor Beginn der Datenerhebung in der Durchführung des PO-Bado-KF Interviews im Zentrum München durch einen in der Anwendung des Instruments erfahrenen Psychoonkologen geschult. Bei personellen Veränderungen während der Datenerhebung nahmen die neuen Projektmitarbeiter zentrumsin-

tern an einem Training teil. Das Training beinhaltete eine etwa 30-minütige theoretische Einführung in das Thema Fremdeinschätzung der psychosozialen Belastungen bei Tumorpatienten und die spezifischen Anforderungen des PO-Bado-KF Interviews. Im Anschluss wurden den Teilnehmern drei Videos mit Interview-Aufzeichnungen von Tumorpatienten präsentiert. Aufgabe war es, die Belastung der interviewten Patienten unmittelbar einzuschätzen und anschließend mit einem „Masterrating“ zu vergleichen. Jedes Interview und das entsprechende Rating wurde mit den Teilnehmern ausführlich diskutiert. Insgesamt dauerte die Schulung etwa 2,5 Stunden.

7.6.2 Patientenrekrutierung

Die Patienten wurden im Zentrum München in der Urologischen Klinik des Klinikums rechts der Isar (TU München, Prof. Dr. med. J. E. Gschwend), im städtischen Klinikum Harlaching (Prof. Dr. med. C. Chaussy) sowie in der Frauenklinik-Innenstadt (LMU München, Prof. Dr. med. K. Friese) rekrutiert.

Im Zentrum Leipzig wurden Patienten der Urologischen Klinik (Prof. Dr. med. J.-U. Stolzenburg) sowie der Strahlenklinik (Prof. Dr. med. R.-D. Kortmann) des Universitätsklinikums Leipzig eingeschlossen.

In der Regel erfolgte die Rekrutierung der Studienteilnehmer über eine Benachrichtigung an die Projektmitarbeiter durch das Klinikpersonal der entsprechenden Station einmal pro Woche per Fax oder über ein für die Studie eingerichtetes Fach auf der Station. Darüber hinaus wurde die voraussichtliche Verweildauer bzw. der Entlassungstermin angegeben. Dementsprechend wurden die Tumorpatienten, die den Einschlusskriterien entsprachen, kurz vor der Entlassung von einem Projektmitarbeiter bzw. Arzt auf ihre Bereitschaft zur Studienteilnahme angesprochen.

7.6.3 Ablauf der Befragung t1

Die Patienten beider Gruppen wurden erstmals 1-3 Tage vor Entlassung aus der Klinik angesprochen und über die Studie (mündlich und schriftlich) durch einen Projektmitarbeiter (Psychologen oder studentische Hilfskraft) bzw. Arzt informiert. Bei Bereitschaft zur Teilnahme wurden die Patienten um die Unterschrift der Einwilligungserklärung gebeten. Dies beinhaltete auch das Einverständnis des Patienten, nach Entlassung aus der Klinik zu Hause telefonisch für die t2-Befragung kontaktiert zu werden sowie die Zustimmung zur Befragung des Arztes. Neben der Telefonnummer wurde der voraussichtliche Termin bei dem nachbehandelnden Arzt erfragt, um den Zeitpunkt der t2-Befragung einschätzen zu können.

Die anschließende Einteilung des Patienten in die IG oder KG erfolgte anhand einer im Rechenzentrum der TU-München erstellten Randomisierungsliste. Die Befragung beinhaltete in beiden Gruppen die Dokumentation der soziodemographischen und medizinischen Daten. Darüber hinaus wurden die Patienten der IG anhand des PO-Bado-KF Interviews zu ihrer psychosozialen Belastung befragt. Das Gespräch fand überwiegend in den Patientenzimmern statt, häufig im Beisein anderer Patienten/Angehöriger. Anschließend wurde das Ergebnis der Interviews (der IG) von Mitarbeitern des Kliniksekretariats in das Klinik-Dokumentationssystem SAP für die Erstellung der Entlassungsberichte eingegeben, wie unter Punkt 7.2 beschrieben. Der Zeitaufwand hierfür betrug ca. ½ Minute.

Grundsätzlich wurde in der KG keine Information über das psychische Befinden übermittelt, so dass die Arztbriefe weiterhin der konventionellen Form entsprachen.

7.6.4 Ablauf der Befragung t2 (Patient)

Nach Entlassung aus der Akutklinik gingen viele Patienten zunächst in eine Anschlussheilbehandlung/Rehabilitation. Daher wurde die Befragung meist erst ca. 8-10 Wochen nach dem Entlassungsdatum durchgeführt. Max. dreimal wurde der Versuch der Kontaktaufnahme

unternommen. Blieben die Kontaktaufnahme erfolglos, wurde der t2-Fragebogen zugestellt mit der Bitte, diesen innerhalb der nächsten 14 Tage zurückzusenden. Blieb eine Antwort aus, wurde der Patient als *nicht erreichbar* eingestuft.

Zu Beginn des Telefonats wurde der Patient darauf hingewiesen, dass sich die Angaben zum Arztbesuch auf den ersten Kontakt nach der Entlassung aus der Akutklinik beziehen und dass die Fragen streng vertraulich behandelt werden. Zunächst wurde der Patient zu der Kommunikation mit dem Arzt, zu seiner Zufriedenheit mit dem Arztbesuch und zuletzt zur Lebensqualität befragt.

7.6.5 Ablauf der Befragung t2 (Arzt)

Direkt im Anschluss an die Befragung des Patienten wurde der behandelnde Arzt (Urologe, Gynäkologe bzw. Hausarzt) kontaktiert. Die Zuteilung der Ärzte zu der IG bzw. KG entsprach der des betroffenen Patienten.

In der Regel wurden die Arztpraxen vor der Befragung telefonisch kontaktiert, um auf die Studie hinzuweisen. Direkt nach dem Telefonat – das meist mit der Sprechstundenhilfe geführt wurde – wurden die Studienunterlagen per Fax an den Arzt geschickt mit der Bitte um Rücksendung ebenfalls per Fax.

Der Arzt erhielt folgende Unterlagen:

- Studieninformation
- Fragebogen
- Einwilligungserklärung für den Arzt mit Hinweis, dass der Patient sein Einverständnis zur Befragung des Arztes gegeben hat

Ging im Laufe von ca. 9 bis 12 Tagen nach Erstkontakt keine Antwort ein, wurden die Praxen telefonisch an die Studie bzw. Rückmeldung erinnert und meist erneut die Befragungs-

unterlagen per Fax geschickt. Diese Erinnerung erfolgte maximal zweimal. Blieb eine Antwort weiterhin aus, wurde dies mit *keine Antwort* vermerkt. Im Falle einer Studienablehnung durch den Arzt wurde die Praxis für alle weiteren dort behandelten Patienten ausgeschlossen.

„Vielfacheinweiser“

Bei Ärzten, die mehrere Patienten in die Klinik überwiesen, erschien es wenig sinnvoll, eine Befragung zu jedem überwiesenen Patienten durchzuführen, da der Arzt bereits über den Inhalt der Studie durch vorangegangene Befragungen informiert war und sich ein Einfluss auf die Kommunikation mit dem Patienten und das Antwortverhalten nicht ausschließen ließ. Aus diesem Grund wurde die Anzahl der Befragungen pro Arzt begrenzt, so dass Ärzte, die mehr als zwei Patienten einwiesen, nur einmal pro IG-Patient und KG-Patient befragt wurden und damit in die Kategorie „Vielfacheinweiser“ fielen. Es schien gerechtfertigt, einen Arzt einmal pro Gruppe zu befragen, auch wenn dies einer wiederholten Befragung entspricht: für einen Arzt, der erstmals zur KG befragt wurde, war die Befragung zur IG eine neue Situation, da er bis zu diesem Zeitpunkt keine Kenntnis über einen möglichen PO-Befund im Entlassungsbericht hatte; für einen Arzt, der erstmals einen IG-Fragebogen erhalten hatte, wich der Entlassungsbericht des KG-Patienten nicht von der Norm ab, so dass er zum Zeitpunkt des Behandlungskontaktes eine Studienteilnahme des Patienten nicht vermuten konnte.

Um trotz der hohen Zahl an Vielfacheinweisern (vor allem bei den Fachärzten) möglichst viele Ärzte ansprechen zu können, wurden die Patienten, die von einem Vielfacheinweiser eingewiesen bzw. nachbehandelt wurden bereits bei der t1-Erhebung gefragt, ob es einen weiteren Arzt (z.B. Hausarzt) gäbe, den sie nach der Entlassung aufsuchen und der einen Entlassungsbericht erhalten würde. Falls dies zutraf, wurde der entsprechende Arzt zum Zeitpunkt t2 kontaktiert. Falls dies nicht zutraf, wurde nur noch der Patient befragt.

Die gleiche Vorgehensweise betraf auch Patienten, deren behandelnder Arzt zu einem früheren Zeitpunkt bei einem anderen Patienten die Teilnahme abgelehnt hatte.

7.7 Statistische Auswertung

Für die Datenanalyse kamen zur Stichprobenbeschreibung und Beantwortung der genannten Fragestellungen (Punkt 6) in Abhängigkeit vom Skalenniveau und der Verteilung der Variablen uni- und multivariate Verfahren zum Einsatz (Kontingenztabellen und Regressionsanalysen). Die Analyse erfolgte mithilfe des Programms SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Version 19).

Die Datenauswertung beinhaltete folgende Schritte:

- Zunächst wurden der Datenrücklauf und die soziodemographischen Daten (Fallzahl, Mittelwerte [M], Standardabweichung [SD], Häufigkeiten und Prozentwerte) getrennt für Patienten und Ärzte ausgewertet.
- Der PO-Befund (IG) wurde mit dem Entlassungsbericht ohne PO-Befund (KG) verglichen hinsichtlich der Auswirkung auf die Arzt-Patienten-Kommunikation, die Konsequenzen für die weitere Behandlung bzw. Inanspruchnahme empfohlener Unterstützungmaßnahmen, die Behandlungszufriedenheit sowie die Lebensqualität. Die Ergebnisse beziehen sich auf die Aussagen der Patienten.
- Im Anschluss wurde die Bedeutung des PO-Befunds aus Sicht der Ärzte dargestellt. Untersucht wurden IG und KG hinsichtlich der Bewertung des Entlassungsberichts, der Arzt-Patienten-Kommunikation sowie der Konsequenzen für die weitere Behandlung.

-
- Anschließend wurde die Rolle soziodemographischer und medizinischer Merkmale (unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit/IG oder KG) im Zusammenhang mit dem Ansprechen des psychosozialen Befindens durch den Arzt untersucht; getrennt für Patienten und Ärzte.
 - Dem folgte ein Vergleich zwischen Arzt und Patient bzgl. der Übereinstimmung der Antwort auf die o.g. Frage nach dem psychischen Befinden. Außerdem wurde der Zusammenhang zwischen dem Ansprechen des psychischen Befindens und der Zufriedenheit mit der Behandlung ausgewertet sowie der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Belastung und der Zufriedenheit.
 - Abschließend erfolgte die Überprüfung der Machbarkeit.

8 Ergebnisse

Im Folgenden werden der Datenrücklauf sowie die soziodemographischen und medizinischen Daten der Patienten und Ärzte dargestellt.

8.1 Stichprobenbeschreibung

8.1.1 Patienten

Die Randomisierung der Patienten in die IG und KG erfolgte extern durch das Rechenzentrum der TU München. Tabelle 3 zeigt den Rücklauf der Patienten-Daten zum Zeitpunkt t1 und t2 für die IG und KG getrennt nach Kliniken. 1675 Patienten erfüllten (950 in München und 725 in Leipzig) die Einschlusskriterien zum Zeitpunkt t1. Davon lehnten 129 Patienten (51 in München und 78 in Leipzig) eine Studienteilnahme ab; die häufigsten Gründe hierfür waren die bereits bestehende Teilnahme an anderen Studien auf den betroffenen Stationen, bzw. der Wunsch, nicht an einer zusätzlichen Studie teilzunehmen sowie Ablehnung von Studien generell. Weitere Gründe waren zu hohe körperliche oder emotionale Belastung.

Tabelle 3: Datenrücklauf der Patienten zu t1 und t2

		Zentrum Leipzig			Zentrum München		
Gruppe	Gesamt	Urologie Uni Leipzig	Strahlentherapie Uni Leipzig	Urologie TU München	Urologie Harlaching	Frauenklinik LMU	
t1	KG	737	311	37	217	89	82
	IG	679	270	29	222	79	80
	Gesamt	1416	581	66	439	168	162
t2	KG	615	285	27	184	77	42
	IG	564	246	23	188	59	48
	Gesamt	1179	531	50	372	136	90

Insgesamt wurden 1416 Patienten in die Studie aufgenommen, von denen ein Großteil in den urologischen Kliniken in Leipzig und München rekrutiert wurde. Die kleinste Patientengruppe stammt aus der Strahlenklinik Leipzig.

Von den zu t1 eingeschlossenen Patienten nahmen 83.2% an der t2-Befragung teil. 2.7% der Patienten lehnten eine weitere Teilnahme ab, 5.6% waren nicht erreichbar, 2.4% hatten keinen ambulanten Arzttermin und 1.8% waren verstorben; weitere Gründe (4.3%) waren kognitive Beeinträchtigung und mangelnde Deutschkenntnisse. Entsprechend der Verteilung zu t1 stammen auch bei der nachstationären telefonischen Befragung t2 die meisten Patienten aus den urologischen Kliniken. Am niedrigsten fällt die Zahl der Patienten in der Frauenklinik LMU aus im Verhältnis zu der Anzahl der Patienten, die dort zu t1 befragt wurden (dies liegt darin begründet, dass Patienten in dieser Klinik bis zum Ende der Datenerhebungslaufzeit neu eingeschlossen, aber nicht mehr nachbefragt bzw. t2-Daten erhoben wurden).

Tabelle 4 zeigt die soziodemographischen und medizinischen Daten der Patienten insgesamt und den Vergleich zwischen KG und IG.

Tabelle 4: Soziodemographische und medizinische Daten der Patienten (n = 1416)¹

	Gesamt		KG		IG		p-Wert
Alter							
M (SD)	63.65 (11.23)		63.46 (11.43)		63.86 (11.01)		n.s.
	n	%	n	%	n	%	
Geschlecht							
männlich	1102	77.8%	573	77.7%	529	77.9%	
weiblich	314	22.2%	164	22.3%	150	22.1%	n.s.

¹ Die Anzahl der Patienten pro Untergruppe variiert leicht aufgrund von Missing Data.

	Gesamt		KG		IG		p-Wert
	n	%	n	%	n	%	
Partnerschaft							
ja	1109	82.0%	543	80.4%	566	83.6%	n.s.
nein	240	17.8%	129	19.1%	111	16.4%	
unbekannt	3	0.2%	3	0.4%	0	0%	
Höchster Ausbildungsabschluss							
Lehre	519	38.4%	264	39.0%	255	37.7%	n.s.
Fachhochschule	321	23.8%	151	22.4%	170	25.2%	
Universität	335	24.8%	171	25.3%	164	24.3%	
keine Berufsausbildung	57	4.2%	31	4.6%	26	3.8%	
andere	121	8.9%	60	8.9%	61	9.0%	
Arbeitssituation							
berufstätig	408	30.2%	190	28.1%	218	32.2%	n.s.
krank geschrieben	62	4.6%	39	5.8%	23	3.4%	
arbeitslos	41	3.0%	21	3.1%	20	3.0%	
Rente	780	57.7%	391	57.9%	389	57.5%	
sonstiges	60	4.4%	34	5.0%	26	3.8%	
Tumordiagnose							
Prostata	787	55.8%	409	56.0%	378	55.7%	n.s.
Blase	204	14.5%	101	13.8%	103	15.2%	
Niere	140	9.9%	73	10.0%	67	9.9%	
Sonstige urol. Tumoren (Hoden, Penis, Harnwege)	43	3.2%	25	3.4%	18	2.6%	
Mamma	107	7.6%	55	7.5%	52	7.7%	
Sonstige gyn. Tumoren (Cervix, Ovarial, Uterus, Vulva)	83	5.9%	44	6.1%	39	5.8%	
Kopf-Hals-Tumoren	19	1.3%	13	1.8%	6	0.9%	
sonstige	27	1.9%	11	1.5%	16	2.4%	

	Gesamt		KG		IG		p-Wert
	n	%	n	%	n	%	
Metastasierung							
ja	127	9.5%	61	9.1%	66	9.9%	n.s.
nein	751	56.1%	378	56.3%	373	55.9%	
unbekannt	460	34.4%	232	34.6%	228	34.2%	
Aktueller Krankheitsstatus							
Ersterkrankung	1138	84.4%	568	84.4%	570	84.4%	n.s.
Rezidiv	105	7.8%	47	7.0%	58	8.6%	
Zweitumor	86	6.4%	46	6.8%	40	5.9%	
Remission, unbekannt	19	1.4%	12	1.7%	7	1.0%	
Dauer seit Erstdiagnose							
< 1 Monat	132	9.9%	63	9.5%	69	10.5%	n.s.
< 3 Monate	660	49.9%	327	49.3%	333	50.5%	
< 6 Monate	247	18.7%	120	18.1%	127	19.2%	
< 1 Jahr	100	7.7%	64	9.7%	36	5.5%	
> 1 Jahr	184	13.9%	89	13.4%	95	14.4%	
Aktueller Funktionsstatus							
normale Aktivität	296	22.0%	158	23.6%	138	20.4%	n.s.
Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneinge- schränkt gehfähig	228	16.9%	125	18.7%	103	15.2%	
zeitweise Bettruhe, <50% der normalen Tageszeit	260	19.3%	114	17.0%	146	21.6%	
Patient muss >50% der Tageszeit im Bett verbringen	529	39.3%	255	38.1%	274	40.5%	
Patient ist ständig bettlägerig	34	2.5%	18	2.7%	16	2.4%	
Psycholog. Vorbehandlung							
ja	180	13.3%	86	12.7%	94	13.9%	n.s.
nein	1160	85.7%	583	86.4%	577	85.1%	
unbekannt	13	1.0%	6	0.9%	7	1.0%	

Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der soziodemographischen und medizinischen Variablen. Mit 77.8% der Gesamtstichprobe sind die männlichen Patienten in der Überzahl, ebenso Patienten, die in einer Partnerschaft leben (82.0%) und berentet sind (57.7%). Bezüglich der medizinischen Variablen stellen die urologischen Tumoren die häufigste Diagnose (83.4%) dar. Die Krankheitsdauer beträgt bei gut der Hälfte der Patienten (59.8%) weniger als 3 Monate, bei 84.4% der Patienten handelt es sich um eine Ersterkrankung und bei etwa einem Drittel der Patienten war der Status der Metastasierung zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht bekannt (34.4%).

8.1.1.1 Psychosoziale Belastung

Die psychosoziale Belastung (Cut-off Kriterium der PO-Bado-KF: Summenwert >8, Herschbach et al., 2008) in der IG kurz vor der Entlassung aus der Akutklinik ist in Tabelle 5 zu sehen. Dargestellt sind die soziodemographischen und medizinischen Variablen, bei denen sich signifikante Unterschiede in der Belastung zeigen.

Tabelle 5: Psychosoziale Belastung der IG

	Gesamt	Niedrige Belastung		Hohe Belastung		p-Wert
Gesamt	678	544	80.2%	134	19.8%	
Geschlecht						
männlich	528	445	84.3%	83	15.7%	0.000
weiblich	150	99	66.0%	51	34.0%	
Diagnose						
Urologische Tumoren	565	467	82.7%	98	17.3%	0.001
Gynäkologische Tumoren	91	60	65.9%	31	34.1%	
sonstige Tumoren	22	17	3.1%	5	3.7%	

	Gesamt	Niedrige Belastung		Hohe Belastung		p-Wert
Gesamt	678	544	80.2%	134	19.8%	
Metastasierung						
ja	65	42	64.6%	23	35.4%	
nein	373	316	84.7%	57	15.3%	
unbekannt	228	176	77.2%	52	22.8%	0.000
Funktionsstatus						
normale Aktivität	138	129	93.5%	9	6.5%	
Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig	103	81	78.6%	22	21.4%	
zeitweise Bettruhe, aber <50% der normalen Tageszeit	146	123	84.2%	23	15.8%	
Patient muss >50% der Tageszeit im Bett verbringen	274	200	73.0%	74	27.0%	
Patient ist ständig bettlägerig	16	11	68.8%	5	31.3%	0.000
Psychologische Vorbehandlung						
ja	94	54	57.4%	40	42.6%	
keine	576	483	83.9%	93	16.1%	
unbekannt	7	7	100%	0	0%	0.000
Kliniken						
Urologie Uni Leipzig	270	216	80.0%	54	20.0%	
Strahlentherapie Uni Leipzig	29	25	86.2%	4	13.8%	
Urologie TU München	222	185	83.3%	37	16.7%	
Urologie Harlaching	78	69	88.5%	9	11.5%	
Frauenklinik LMU	79	49	62.0%	30	38.0%	0.000

Insgesamt sind 19.8% der Patienten hoch belastet; Im Hinblick auf Geschlechterunterschiede geben Männer durchschnittlich signifikant weniger Belastung an als die weiblichen Patienten (15.7% vs. 34.0%). In diesem Zusammenhang zeigen sich auch signifikante Unterschiede in den Diagnosegruppen; Patienten mit urologischen Tumorerkrankungen geben häufiger eine geringe Belastung an als Patienten mit gynäkologischen Tumorerkrankungen (17.3% vs.

34.1%). Eine hohe Belastung zeigen darüber hinaus am häufigsten Patienten mit Metastasierung (35.4%), mit niedrigem Funktionsstatus (31.3%) sowie Patienten, die eine psychologische/psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit hatten (42.6%). Zwischen den Erhebungszentren sind ebenfalls signifikante Unterschiede bzgl. der Belastung vorhanden; entsprechend der Diagnoseverteilung geben die gynäkologischen Patienten der Frauenklinik LMU am häufigsten eine hohe Belastung an (38.0%) verglichen mit den übrigen Kliniken. Innerhalb der übrigen soziodemographischen und medizinischen Variablen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Belastung.

8.1.2 Ärzte

Tabelle 6 zeigt den Rücklauf der Befragung der Ärzte zum Zeitpunkt t2 für beide Gruppen getrennt nach Kliniken. Entsprechend der Verteilung der Patientenstichprobe setzen sich die Daten zum Großteil aus Ärzten zusammen, die den urologischen Primärkliniken zugeordnet werden bzw. die urologischen Patienten nachbehandeln.

Tabelle 6: Datenrücklauf der Ärzte

Gruppe	Gesamt	Zentrum Leipzig		Zentrum München		
		Urologie	Strahlentherapie	Urologie	Urologie	Frauenklinik
		Uni Leipzig	Uni Leipzig	TU München	Harlaching	LMU
KG	325	94	17	126	48	40
IG	271	75	11	102	40	43
Gesamt	596	169	27	228	88	83

Von den potentiellen Studienteilnehmern (n = 1179) nahmen insgesamt 596 Ärzte bzw. 67.1% teil. 23.3% der Ärzte gaben keine Rückmeldung und 18.2% lehnten eine Studienteilnahme explizit ab.

Die soziodemographischen Variablen der Ärzte sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Soziodemographische Daten der Ärzte (n= 596)²

Gruppe	Gesamt		KG		IG		p-Wert
	n	%	n	%	n	%	
Geschlecht							
männlich	458	76.8%	245	75.4%	213	78.6%	n.s.
weiblich	138	23.2%	80	24.6%	58	21.4%	
Fachrichtung							
Urologe	316	53.1%	171	52.8%	145	53.5%	n.s.
Hausarzt	204	34.2%	115	35.5%	89	32.8%	
Gynäkologe	53	8.9%	24	7.4%	29	10.7%	
andere	22	3.7%	14	4.3%	8	3.0%	
Anteil Tumorpatienten pro Quartal							
0-5 Patienten	20	3.4%	13	4.0%	7	2.6%	n.s.
6-10 Patienten	61	10.3%	40	12.4%	21	7.8%	
11-15 Patienten	77	13.0%	36	11.2%	41	15.2%	
>15 Patienten	433	73.3%	233	72.4%	201	74.3%	
Psychosoziale Zusatzqualifikation							
Zusatzbez. Psychotherapie	26	4.4%	13	4.0%	13	4.9%	n.s. 0.026
Zusatzbez. Palliativmedizin	9	1.5%	6	1.9%	3	1.1%	
Psychosom. Grundversorgung	297	50.3%	164	50.9%	133	49.6%	
Psychoonkolog. Fortbildung	68	11.5%	41	12.7%	27	10.1%	
andere	118	20.1%	75	23.4%	43	16.0%	
Jahre Niederlassung							
> 10 Jahre	245	41.4%	134	41.5%	111	41.3%	n.s.
10.5-20 Jahre	245	41.4%	138	42.7%	107	39.8%	
20.5-40 Jahre	102	17.2%	51	15.8%	51	19.0%	

² Die Anzahl der Ärzte pro Untergruppe variiert leicht aufgrund von Missing Data.

Zwischen beiden Gruppen zeigen sich bei keiner der Variablen signifikante Unterschiede bis auf die psychosoziale Zusatzqualifikation *andere*, die häufiger in der KG angegeben ist. Ähnlich wie bei den Patienten sind auch hier die Männer mit 76.8% der Gesamtstichprobe gegenüber den Frauen in der Überzahl. Entsprechend groß ist auch der Anteil der Urologen mit 53.1%. Ein Großteil (82.8%) der Ärzte ist < 20 Jahren niedergelassen mit einem Anteil an Tumorpatienten von >15 pro Quartal in den überwiegenden Fällen (73.3%). Die häufigste Zusatzqualifikation ist die psychosomatische Grundversorgung, die etwa die Hälfte (50.3%) der befragten Ärzte angab. Unter *anderer* Zusatzqualifikation wurden am häufigsten Akupunktur (11.9%), Homöopathie (10.2%) und Naturheilkunde (10.2%) genannt. Zusatzqualifikationen, die ebenfalls erhoben wurden, aber weniger als 9 Ärzte betrafen, sind nicht näher aufgeführt. Darunter fällt die Zusatzqualifikation psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychoanalyse.

8.2 Die Funktion des Entlassungsberichts für die Versorgungsqualität

Im Folgenden wird die Funktion des PO-Befunds (IG) für die Arzt-Patienten-Kommunikation, die Konsequenzen für die weitere Behandlung bzw. Inanspruchnahme empfohlener Unterstützungsmaßnahmen, die Behandlungszufriedenheit sowie die Lebensqualität mit dem Entlassungsbericht ohne PO-Befund (KG) verglichen. Die Ergebnisse werden zunächst aus Sicht der Patienten dargestellt.

8.2.1 Zusammenhang zwischen dem PO-Befund und der Bewertung des Arztbesuchs durch die Patienten

Tabelle 8 zeigt die Antworten von KG und IG auf die Fragen zum Besuch bei dem nachbehandelnden Arzt nach Entlassung aus der Primärklinik aus Sicht der Patienten (t2).

Tabelle 8: Bewertung des Arztbesuchs – Vergleich KG-IG

Fragen t2	Gruppe	< 1 Monat		< 2 Monate		> 2 Monate		p-Wert
		n	%	n	%	n	%	
Dauer seit Arztbesuch	KG	349	59.3%	144	24.5%	95	16.2%	n.s.
	IG	336	61.1%	125	23.2%	85	15.8%	
		ja		nein				p-Wert
Hat Ihr Arzt Sie auf Ihr seelisches Befinden angesprochen?	KG	256	41.6%	359	58.4%			n.s.
	IG	224	39.9%	338	60.1%			
		ja		nein				
Hat der Arzt Ihnen Empfehlungen zur seelischen Verarbeitung gegeben?	KG	53	21.0%	199	79.0%			n.s.
	IG	38	16.9%	187	83.1%			
Waren die Empfehlungen hilfreich für Sie?	KG	47	94.0%	3	6.0%			n.s.
	IG	30	83.3%	6	16.7%			
		ja		noch nicht, aber geplant	nein, auch nicht geplant			p-Wert
Haben Sie einige der Empfehlung umgesetzt?	KG	25	51.0%	14	28.6%	10	20.4%	n.s.
	IG	19	57.6%	6	18.2%	8	24.2%	
		schlecht		gut	sehr gut			
Wie beurteilen Sie den letzten Besuch in der Praxis?	KG	63	12.5%	193	38.1%	250	49.4%	n.s.
	IG	46	10.0%	171	37.3%	243	52.8%	
		ja		manchmal	nein			
Können Sie mit Ihrem Arzt auch persönliche Dinge besprechen?	KG	477	77.9%	48	7.8%	87	14.2%	n.s.
	IG	425	75.6%	49	8.7%	88	15.7%	
		ja		einigermaßen	nein			
Wird Ihre familiäre und sonstige Lebenssituation berücksichtigt?	KG	347	56.6%	70	11.4%	196	31.9%	n.s.
	IG	305	54.6%	63	11.3%	191	34.2%	

		ja		nein		p-Wert
Worüber möchten Sie noch besser informiert werden?						
• Krankheit	KG	64	10.5%	546	89.5%	n.s.
	IG	53	9.5%	507	90.5%	
• Behandlung	KG	63	10.3%	549	89.7%	n.s.
	IG	50	8.9%	511	91.1%	
• Nebenwirkungen	KG	77	12.6%	535	87.4%	n.s.
	IG	55	9.8%	506	90.2%	
• Bewegung/Sport	KG	47	7.7%	565	92.3%	n.s.
	IG	24	4.3%	537	95.7%	
• Alternativen zur Schulmedizin	KG	37	6.0%	575	94.0%	0.015
	IG	22	3.9%	539	96.1%	
• Ernährung	KG	41	6.7%	571	93.3%	n.s.
	IG	29	5.2%	532	94.8%	
• Wissenschaftlicher Fortschritt	KG	52	8.5%	560	91.5%	n.s.
	IG	33	5.9%	528	94.1%	
• Psychotherapeutische Angebote	KG	25	4.1%	587	95.5%	n.s.
	IG	20	3.6%	540	96.4%	
• Kein Bedarf	KG	428	69.9%	184	30.1%	0.038
	IG	422	75.4%	138	24.6%	

		ja, ohne Einschränkung		ja, wahrscheinlich		nein		p-Wert
Würden Sie diese Praxis weiterempfehlen?	KG	474	77.2%	110	17.9%	30	4.9%	n.s.
	IG	451	80.4%	77	13.7%	33	5.9%	

Bei gut der Hälfte der Patienten betrug die Dauer zwischen Arztbesuch und der t2-Befragung weniger als ein Monat bzw. bei der Gesamtstichprobe durchschnittlich 33.5 Tage.

Wider Erwarten zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Einsatz des PO-Befunds und den Inhalten der Arzt-Patienten-Kommunikation, den Konsequenzen für die weitere Behandlung, der Zufriedenheit mit der Behandlung, oder der Lebensqualität der Patienten. Signifikante Unterschiede sind lediglich in dem Bedürfnis nach zusätzlicher Information über Alternativen zur Schulmedizin zu finden, das in der KG höher als in der IG ausfällt (6.0 % vs. 3.9%) sowie dem generellen Bedarf an weiterer Information, der bei Patienten der KG niedriger ist als in der IG (24.6% vs. 30.1%).

Weniger als die Hälfte der Patienten beider Gruppen (durchschnittlich 40.8%) gibt an, dass sie vom Arzt auf ihr seelisches Befinden angesprochen wurde. Von den Patienten, die auf ihr Befinden angesprochen wurden, haben durchschnittlich 19.1% eine Empfehlungen zur seelischen Verarbeitung erhalten; diese Empfehlungen beurteilen die meisten Patienten als hilfreich (durchschnittlich 89.5%). Umgesetzt wurden sie zum Zeitpunkt der Befragung von durchschnittlich 53.7% der Patienten. Hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit äußerte sich ein Großteil der Patienten zufrieden (durchschnittlich bewerteten 88.7% der Patienten den Besuch als *gut* bzw. *sehr gut*) und hatte einen recht geringen Bedarf an zusätzlicher Information; tendenziell ist das Informationsbedürfnis bzgl. Krankheit, Behandlung und Nebenwirkungen stärker ausgeprägt (zwischen 8.9% und 12.6% der Patienten äußerten Bedarf) verglichen mit den anderen Bereichen.

8.2.2 Bedeutung des PO-Befunds für die Lebensqualität der Patienten

Neben dem Besuch bei dem nachbehandelnden Arzt wurden die Patienten zu ihrer Lebensqualität anhand des EORTC-QLQ-C30 befragt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 dargestellt;

bei den Funktionsskalen deutet ein hoher Wert auf ein gutes Funktionsniveau hin; bei den Symptomskalen stehen hohe Werte für eine starke Ausprägung der Symptome.

Tabelle 9: Lebensqualität der Patienten - Vergleich KG-IG

Lebensqualität	Gruppe	n	M	SD	p-Wert
Globaler Gesundheitszustand	KG	613	63.48	19.53	n.s.
	IG	564	64.62	19.90	
Körperliche Funktion	KG	614	82.20	21.18	n.s.
	IG	564	82.97	19.86	
Rollenfunktion	KG	615	69.34	33.50	n.s.
	IG	564	70.12	32.30	
Emotionale Funktion	KG	614	78.42	23.51	n.s.
	IG	564	79.16	23.94	
Kognitive Funktion	KG	615	88.91	20.36	n.s.
	IG	563	89.57	19.83	
Soziale Funktion	KG	614	80.29	27.12	0.030
	IG	564	83.59	24.98	
Müdigkeit	KG	613	24.89	28.02	n.s.
	IG	564	24.07	28.33	
Übelkeit und Erbrechen	KG	613	3.34	12.89	n.s.
	IG	564	3.13	12.87	
Schmerzen	KG	613	16.09	25.70	n.s.
	IG	564	15.98	26.85	
Dyspnoe	KG	613	12.83	25.67	n.s.
	IG	564	10.63	24.02	
Schlafstörung	KG	613	24.46	33.10	n.s.
	IG	562	24.91	34.3	
Appetitverlust	KG	610	7.37	20.88	n.s.
	IG	562	6.70	21.16	

Lebensqualität	Gruppe	n	M	SD	p-Wert
Obstipation	KG	612	6.04	17.62	n.s.
	IG	563	6.74	21.18	
Durchfall	KG	612	6.53	19.37	n.s.
	IG	564	4.49	16.96	
Finanzielle Probleme	KG	612	13.78	28.23	n.s.
	IG	564	10.87	24.65	

Ähnlich wie bei den Fragen zum Arztbesuch zeigen sich auch bei der Lebensqualität keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bis auf die Subskala *soziale Funktion*. Hier zeigt die IG einen signifikant höheren Wert, d.h. eine bessere LQ in diesem Bereich.

8.2.3 Zusammenhang zwischen dem PO-Befund und der Selbstbeurteilung der Ärzte

Im folgenden Abschnitt wird die Bewertung des Entlassungsberichts und die Antworten der Ärzte zum Besuch des Patienten dargestellt. An dieser Stelle sollte darauf hingewiesen werden, dass sich die Bewertung des Entlassungsberichts beider Gruppen unterscheidet. Die IG bewertet nur den PO-Befund (nicht den Entlassungsbericht), während die KG den herkömmlichen Entlassungsbericht insgesamt beurteilt.

Die Beurteilung des PO-Befunds im Entlassungsbericht der Ärzte der IG ist in Tabelle 10 dargestellt. Knapp die Hälfte der Ärzte (41.3%) gibt an, dass ihnen der PO-Befund im Entlassungsbericht nicht aufgefallen sei. Die übrigen Ärzte beurteilen den Befund als positiv vor allem bzgl. der Verständlichkeit und Praxisnähe (93.5%-99.3%). Am geringsten fällt die Beurteilung hinsichtlich des Nutzens für die Weiterbehandlung mit 75.0% Zustimmung aus. Als überflüssig bewerten den Befund 19.2% der Ärzte. D.h., während der Befund von fast allen

Ärzten als verständlich und praxisnah beurteilt wird, wird der tatsächliche Nutzen für das Gespräch mit dem Patienten und die Weiterbehandlung etwas geringer eingeschätzt.

Tabelle 10: Beurteilung des PO- Befunds im Entlassungsbericht (IG)

Wie beurteilen Sie den PO-Befund im Entlassungsbericht der Klinik?	Zustimmung		Gesamt
	n	%	n
Ist mir nicht aufgefallen	112	41.3%	271
Verständlich	141	99.3%	142
Praxisnah	129	93.5%	138
Hilfreich für das Gespräch mit dem Patienten	115	79.9%	144
Hilfreich für die Weiterbehandlung	105	75.0%	140
Überflüssig	23	19.2%	120

Die Bewertung des herkömmlichen Entlassungsberichts der Ärzte der KG ist in Tabelle 11 zu sehen. Der Großteil der Ärzte beurteilt den Bericht positiv bzgl. der Verständlichkeit und

Tabelle 11: Beurteilung des Entlassungsberichts (KG)

Wie beurteilen Sie den Entlassungsbericht der Klinik?	Zustimmung		Gesamt
	n	%	n
Verständlich	311	98.1%	317
Praxisnah	293	94.8%	309
Hilfreich für das Gespräch mit dem Patienten	288	94.1%	306
Hilfreich für die Weiterbehandlung	288	94.4%	305
Enthielt der Entlassungsbericht Informationen zum psychischen Befindendes Patienten?	47	15.0%	313

Praxisnähe sowie als hilfreich für das Gespräch mit dem Patienten und die weitere Behandlung. 15.0% der Ärzte geben an, dass der Bericht Informationen zum psychischen Befinden der Patienten enthalten hätte.

Ein Vergleich der Aussagen der beiden Gruppen (KG und IG) zum Besuch bzw. Gespräch mit dem Patienten nach Entlassung aus der Primärklinik ist in Tabelle 12 präsentiert.

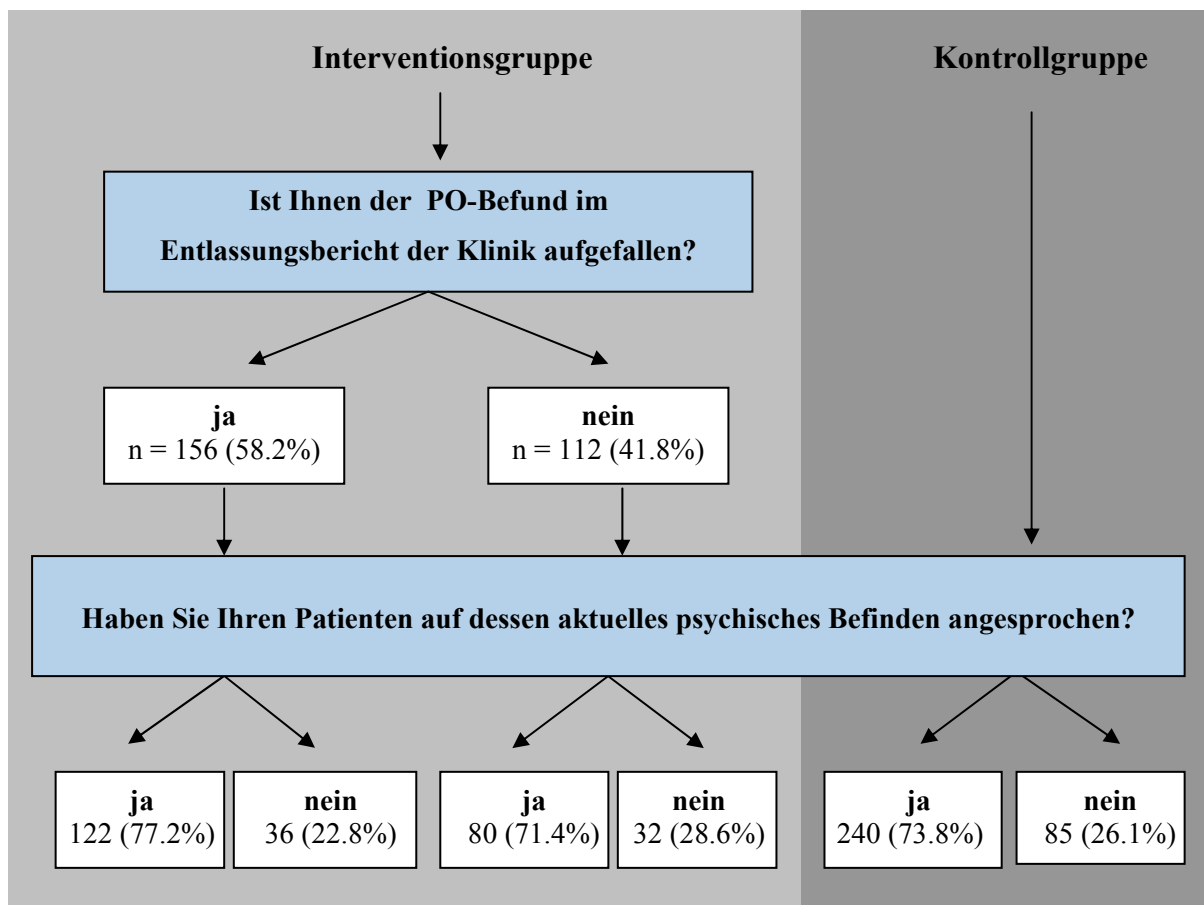
Tabelle 12: Selbstbeurteilung der Ärzte - Vergleich KG-IG

	Gruppe	Ja		Nein		Nicht angebracht		p-Wert
		n	%	n	%	n	%	
Haben Sie Ihren Patienten auf dessen psychisches Befinden angesprochen?	KG	240	73.8%	66	20.3%	19	5.8%	n.s.
	IG	202	74.8%	52	19.3%	16	5.9%	
		Ja		Nein		Nicht angebracht		
Haben Sie Ihrem Patienten Behandlungsempfehlungen gegeben?	KG	96	30.1%	121	37.9%	102	32.0%	n.s.
	IG	64	23.8%	113	42.0%	92	34.2%	

Den Ergebnissen zufolge unterscheiden sich die Antworten zu den Inhalten der Arzt-Patienten-Kommunikation und den Konsequenzen für die weitere Behandlung nicht zwischen KG und IG. Ein Großteil der Ärzte gibt an, den Patienten auf sein psychisches Befinden angesprochen zu haben (durchschnittlich 74.3%). Von diesen Ärzten (n = 442) gaben durchschnittlich 36.5% dem Patienten zusätzlich eine Behandlungsempfehlung.

Unter der Berücksichtigung, dass knapp die Hälfte der Ärzte der IG den PO-Befund im Entlassungsbericht nicht wahrgenommen hat und dies für die Kommunikation mit dem Patienten relevant sein könnte, wird diese Gruppe im Folgenden mit den Ärzten der IG, die den Befund wahrgenommen haben sowie der KG verglichen (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Selbstbeurteilung der Ärzte



1) Unterschied zwischen den Gruppen nicht signifikant ($p > 0.05$)

Den Daten nach unterscheiden sich die drei Gruppen nicht signifikant voneinander, d.h. es scheint für die Kommunikation nicht von Bedeutung zu sein, ob der PO-Befund im Entlassungsbericht enthalten ist oder nicht und ob er wahrgenommen wurde oder nicht.

Zusammenfassend besteht wider Erwarten kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem PO-Befund im Vergleich zu dem herkömmlichen Entlassungsbericht und dem Antwortverhalten der Patienten und Ärzte. Ebenso scheint für die Kommunikation auch aus Sicht der Ärzte nicht relevant, ob der PO-Befund im Entlassungsbericht enthalten ist oder ob er, falls vorhanden, wahrgenommen wurde oder nicht.

Im folgenden Abschnitt wird daher überprüft, ob andere Faktoren als der PO-Befund mögli-

cherweise im Zusammenhang mit der Bewertung des Arztbesuches stehen. Als Zielvariable wurde die Antwort auf die Frage „*Hat Ihr Arzt Sie auf Ihr seelisches Befinden oder die Bewältigung Ihrer Erkrankung angesprochen?*“ (Patienten) bzw. „*Haben Sie Ihren Patienten auf dessen aktuelles psychisches Befinden angesprochen?*“ (Ärzte) herausgegriffen, da sie ein zentrales Element patientenzentrierter Kommunikation darstellt.

8.2.4 Zusammenhang zwischen soziodemographischen und medizinischen Variablen und der Kommunikation

Die Antwort auf diese Frage wird anhand univariater und multivariater Verfahren analysiert und getrennt zunächst für Patienten und anschließend für die Ärzte dargestellt. Geprüft werden alle in Tabellen 4 und 7 aufgeführten soziodemographischen und medizinischen Variablen der Patienten und Ärzte. Die signifikanten Ergebnisse der univariaten Auswertung für die Patienten sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Bedeutung verschiedener Patienten - und Arztvariablen für die Kommunikation aus Sicht der Patienten (univariate Analyse)

Hat Ihr Arzt Sie auf Ihr seelisches Befinden angesprochen?	ja		nein		p-Wert
	n	%	n	%	
Geschlecht Patient					
männlich	369	38.4%	592	61.6%	0.000
weiblich	111	51.4%	105	48.6%	
Höchster Ausbildungsabschluss					
Lehre	179	43.1%	236	56.9%	0.026
Fachhochschule	54	34.0%	105	66.0%	
Universität	124	44.1%	157	55.9%	
keine Berufsausbildung	18	48.6%	19	51.4%	
andere	46	47.4%	51	52.6%	

Hat Ihr Arzt Sie auf Ihr seelisches Befinden angesprochen?	ja		nein		p-Wert
Diagnose					
Urologische Tumoren	396	38.7%	626	61.3%	0.002
Gynäkologische Tumoren	63	56.2%	49	43.8%	
sonstige Tumoren	19	51.4%	18	48.6%	
Metastasierung					
ja	47	51.1%	45	48.9%	0.000
nein	274	44.7%	339	55.3%	
unbekannt	136	33.8%	266	66.2%	
Geschlecht Arzt					
männlich	367	39.3%	568	60.7%	0.011
weiblich	94	49.2%	97	50.8%	
Fachrichtung					
Urologe	283	37.0%	482	63.0%	0.002
Hausarzt	135	47.4%	150	52.6%	
Gynäkologe	30	54.5%	18	53.8%	
andere	18	47.4%	30	45.5%	
Psychosoziale Zusatzqualifikation					
ja	196	50.9%	189	49.1%	0.018
nein	83	40.7%	121	59.3%	

Den Angaben der Patienten zufolge sind folgende Merkmale mit einem häufigeren Ansprechen des psychosozialen Befindens verbunden: weibliches Geschlecht des Patienten und Ausbildungsstatus (insbesondere der Status keine Berufsausbildung) und bezüglich der medizinischen Variablen, gynäkologischen Tumoren und Metastasen. Hinsichtlich der Arztvariablen sprechen weibliche Ärzte, Gynäkologen sowie Ärzte mit psychosozialer Zusatzqualifikation das psychische Befinden der Patienten am häufiger an. Bei den übrigen Variablen (Gruppe, Alter, Partnerschaft, Krankheitsstatus, psychologische Vorbehandlung und Dauer seit Erstdiagnose sowie bei den Ärzten die Jahre der Niederlassung und Anteil der Tumorpä-

tienten pro Quartal) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Ebenso wurde kein Zusammenhang zwischen der psychosozialen Belastung und dem Ansprechen des psychischen Befindens deutlich, d.h. die belasteten Patienten wurden nicht häufiger angesprochen.

In Tabelle 14 sind die Ergebnisse der multivariaten Analyse (schrittweise logistische Regression) der Antwort auf die o.g. Zielvariable aus Sicht der Patienten dargestellt. Mithilfe dieser Analyse lässt sich der Zusammenhang mehrerer unabhängigen und einer abhängigen dichotomen Variable (Ansprechen des psychischen Befindens: ja/nein) abbilden, d.h. es wird die Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit zu einer Kategorie der abhängigen Variable (ja/nein) bestimmt (Bender, Ziegler & Lange, 2002).

Tabelle 14: Bedeutung verschiedener Patienten - und Arztvariablen für die Kommunikation aus Sicht der Patienten (multivariate Analyse)

Soziodemographische und medizinische Daten	β Koeffizient	OR (95%CI)	p-Wert
Geschlecht Arzt			
männlich	-	-	
weiblich	0.419	1.52 (1.09-2.10)	0.012
Metastasierung			
unbekannt	-	-	
ja	0.606	1.83 (1.13-2.96)	0.013
nein	0.422	1.52 (1.16-1.99)	0.002

Den in Tabelle 14 (n = 1030) dargestellten Ergebnissen zufolge zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Arztes und Metastasierung und dem Ansprechen des psychosozialen Befindens nach Auskunft der Patienten. D.h. die Wahrscheinlichkeit, den Patienten auf sein Befinden anzusprechen ist bei den weiblichen Ärzten 1.52-fach höher als bei den männlichen Ärzten. Verglichen mit Patienten, deren Status zum Zeitpunkt

der Entlassung aus der Primärklinik unbekannt war, ist die Wahrscheinlichkeit bei Patienten mit Metastasierung und ohne Metastasierung höher, auf Ihr psychosoziales Befinden angesprochen zu werden (1.83-fach bzw. 1.52-fach).

Im Folgenden wird die Antwort der Ärzte auf die Zielvariable, ob das psychosoziale Befinden angesprochen wurde, anhand univariater und multivariater Verfahren untersucht. Tabelle 15 zeigt die signifikanten Ergebnisse der univariaten Analyse.

Der Auskunft der Ärzte zufolge ist weibliches Geschlecht des Arztes, gynäkologische Fachrichtung und Zusatzqualifikation mit einem häufigeren Ansprechen des psychosozialen Befindens verbunden. Bei den übrigen Behandler- und Patientenvariablen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 15: Bedeutung verschiedener Patienten - und Arztvariablen für die Kommunikation aus Sicht der Ärzte (univariate Analyse)

Haben Sie Ihren Patienten auf dessen psychisches Befinden angesprochen?	ja		nein		p-Wert
	n	%	n	%	
Geschlecht Arzt					
männlich	318	69.7%	138	30.2%	0.003
weiblich	115	83.3%	23	16.7%	
Fachrichtung					
Urologe	220	69.8%	95	30.1%	0.039
Hausarzt	160	78.8%	43	21.2%	
Gynäkologe	42	79.2%	11	20.8%	
andere	11	50.0%	11	50.0%	
Psychosoziale Zusatzqualifikation					
ja	291	75.6%	94	24.4%	0.050
nein	136	67.0%	67	33.0%	

In Tabelle 16 sind die Ergebnisse der multivariaten Auswertung dargestellt. Demzufolge stehen das Geschlecht des Arztes sowie die Zusatzqualifikation in signifikantem Zusammenhang mit dem Ansprechen des psychischen Befindens. D.h., ähnlich wie bei den Patienten ist

Tabelle 16: Bedeutung verschiedener Patienten - und Arztvariablen für die Kommunikation aus Sicht der Ärzte (multivariate Analyse)

Soziodemographische und medizinische Daten	β Koeffizient	OR (95%CI)	p-Wert
Geschlecht Arzt			
männlich	-	-	
weiblich	0.842	2.32 (1.39-3.87)	0.001
Psychosoziale Zusatzqualifikation			
ja	-	-	
nein	0.403	1.49 (1.01-2.21)	0.043

auch hier die Wahrscheinlichkeit bei den weiblichen Ärzten höher (2.32-fach) das Befinden anzusprechen verglichen mit den männlichen Ärzten; ebenso trägt die Zusatzqualifikation zum Ansprechen des Befindens bei (1.49-fach höhere Wahrscheinlichkeit).

8.2.5 Übereinstimmung zwischen Patienten und Ärzten

Insgesamt fällt bei den Ergebnissen auf, dass die Ärzte sehr viel häufiger angeben, den Patienten auf sein psychosoziales Befinden angesprochen zu haben als die Patienten selbst (vgl. Tabelle 8 und 12); darüber hinaus werden geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich, d.h. weibliche Patienten geben häufiger an, auf ihr Befinden angesprochen worden zu sein und weibliche Ärzte scheinen häufiger das Befinden des Patienten anzusprechen als männliche. Daher wurde die Höhe der Übereinstimmung bzgl. der Zielvariable insgesamt (Tabelle 17) und getrennt nach Geschlecht (Tabelle 18) ausgewertet.

Die Ergebnisse in Tabelle 17 deuten bei einer signifikant unterschiedlichen Verteilung der Antworten darauf hin, dass nur knapp über die Hälfte der Patienten (52.7%) der Aussage der Ärzte stimmen, dass das psychosoziale Befinden angesprochen wurde.

Tabelle 17: Übereinstimmung zwischen Patienten und Ärzten

	Patient: Hat Ihr Arzt Sie auf Ihr seelisches Befinden angesprochen?				p-Wert
	ja		nein		
Arzt: Haben Sie Ihren Patienten auf dessen psychisches Befinden angesprochen?	n	%	n	%	
ja	227	52.7%	204	47.3%	
nein	51	31.9%	109	68.1%	0.000

Tabelle 18 zeigt die Übereinstimmung zwischen Patient und Arzt getrennt nach Geschlecht der Patienten. Den Ergebnissen zufolge fällt die Übereinstimmung darüber, dass das psychosoziale Befinden angesprochen wurde am höchsten zwischen weiblichen Patienten und weiblichen Ärzten (61.4%) aus. Die niedrigste Übereinstimmung zeigt sich bei den weiblichen Ärzten und männlichen Patienten; hier stimmen nur 42.1% der Patienten der Aussage der Ärztin zu.

Insgesamt kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass nur etwa der Hälfte der Patienten und Ärzte in der Aussage übereinstimmen, dass das psychosoziale Befinden angesprochen wurde; diese Ergebnisse sollten vor dem Hintergrund der teilweise geringen Fallzahl jedoch mit Vorsicht interpretiert werden. Dennoch kann dies ein Hinweis darauf sein, dass das Geschlecht eine wichtige Variable in der Arzt-Patienten-Kommunikation darstellt.

Tabelle 18: Übereinstimmung zwischen Patienten und Ärzten getrennt nach Geschlecht

a) Weibliche Patienten

		Hat Ihr Arzt Sie auf Ihr seelisches Befinden angesprochen?				p-Wert
		ja		nein		
Geschlecht	Haben Sie Ihren Patienten auf dessen psychisches Befinden angesprochen?	n	%	n	%	
weiblich	ja	35	61.4%	22	38.6%	n.s.
	nein	4	44.4%	5	55.6%	
männlich	ja	33	52.4%	30	47.6%	n.s.
	nein	10	43.5%	13	56.5%	

b) Männliche Patienten

		Hat Ihr Arzt Sie auf Ihr seelisches Befinden angesprochen?				p-Wert
		ja		nein		
Geschlecht	Haben Sie Ihren Patienten auf dessen psychisches Befinden angesprochen?	n	%	n	%	
weiblich	ja	24	42.1%	33	57.9%	n.s.
	nein	5	38.5%	8	61.5%	
männlich	ja	135	53.1%	119	46.9%	0.000
	nein	32	27.8%	83	72.7%	

8.2.6 Zusammenhang zwischen dem Ansprechen des psychosozialen Befindens und der Zufriedenheit mit der Behandlung

Bei den unter Punkt 8.2.1 genannten Ergebnissen fällt auf, dass sich der überwiegende Anteil der Patienten zufrieden mit dem Arztbesuch äußerte, obwohl nur knapp die Hälfte der Patienten angeben, auf ihr psychosoziales Befinden angesprochen worden zu sein. Diesbezüglich

stellt sich die Frage, wie sich der Zusammenhang zwischen dem Ansprechen des Befindens und der Zufriedenheit mit dem Arztbesuch darstellt. Dieser Frage soll in der folgenden Auswertung nachgegangen werden.

Tabelle 19: Zusammenhang zwischen dem Ansprechen des psychosozialen Befindens und der Zufriedenheit mit der Behandlung

	Wie beurteilen Sie den letzten Besuch in der Praxis?						p-Wert
	schlecht		gut		sehr gut		
Hat Ihr Arzt Sie auf Ihr seelisches Befinden angesprochen?	n	%	n	%	n	%	
ja	18	4.3%	136	32.5%	265	63.2%	
nein	91	16.6%	228	41.7%	228	41.7%	0.000

Die in Tabelle 19 dargestellten Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und dem Ansprechen der psychosozialen Belastung besteht. Demnach beurteilen Patienten, die auf ihr Befinden angesprochen wurden den Praxisbesuch positiver (*sehr gut*) als Patienten, die nicht auf ihr Befinden angesprochen wurden (63.2% vs. 41.7%).

D.h., obwohl die Patienten insgesamt eine relativ hohe Zufriedenheit mit der Behandlung angeben, kann das Ansprechen des psychosozialen Befindens durch den Arzt die Zufriedenheit zusätzlich steigern.

Außerdem wurde analysiert, ob sich im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Behandlung Unterschiede zwischen belasteten und unbelasteten Patienten zeigen. Die Auswertung zeigt, dass Patienten, die kurz vor der Entlassung hoch belastet waren, weniger zufrieden mit der

Behandlung waren; von den belasteten Patienten beurteilten 17.5% die Behandlung als *schlecht* gegenüber 8.4% der unbelasteten Patienten; $p < 0.05$).

8.2.7 Prüfung der „Machbarkeit“

Abschließend wurde die Realisierbarkeit der Prozedur unter klinischen Routinebedingungen bewertet.

Training und Programmierung der Textbausteine

Das Interviewtraining zur Durchführung der PO-Bado-KF für die Ärzte und Projektmitarbeiter sowie die Programmierung der Textbausteine erforderte zusätzliches Personal. Das Training wurde, wie unter Punkt 7.6.1 erwähnt, von einem Psychoonkologen durchgeführt und dauerte etwa 2,5 Stunden.

Die Programmierung der Textbausteine und Hinterlegung im SAP dauerte nach Auskunft der Mitarbeiter (des Klinikums rechts der Isar, TU München und der Frauenklinik, LMU München) ca. 1,5-2 Stunden. Dies war jedoch nur in den beiden genannten Kliniken möglich. Im städt. Klinikum Harlaching war es aufgrund mangelnder personeller Ressourcen im IT-Bereich nicht möglich, in dem vorgegeben Zeitraum zu Beginn der Datenerhebung eine Datenmaske für die Eingabe der Ergebnisse zu erstellen. Im Universitätsklinikum Leipzig war es ebenfalls nicht möglich, den Textbaustein zu programmieren und im SAP zu hinterlegen, da die an der Studie beteiligten Stationen die Entlassungsberichte in Microsoft Word erstellen und diese erst nach Fertigstellung ins SAP einfügen.

Festgehalten werden kann an dieser Stelle, dass institutionelle Rahmenbedingungen einen entscheidenden Einfluss darauf haben, ob die Textbausteine programmiert werden können. Hierbei sollte jedoch beachtet werden, dass es sich um ein Forschungsprojekt handelt und daher die Priorität für die Durchführung in den EDV-Abteilungen niedriger war; sollte der

Befund routinemäßig in einer Klinik eingesetzt werden, wäre der zeitliche Aufwand für die Programmierung mit ca. 2,5 Stunden recht gering.

Interviews und Einsetzen der Textbausteine

Die t1-Interviews sollten im Zentrum München von den Ärzten durchgeführt werden; aufgrund von Zeitmangel bzw. geringen personellen Ressourcen konnte diese Vorgehensweise jedoch nicht in den dafür vorgesehenen Kliniken beibehalten werden, so dass die Befragung von zusätzlichem Personal (Projektmitarbeitern) übernommen wurde. Der Zeitaufwand für die Aufklärung über die Studie betrug ca. 5-10 Minuten und für das Interview ca. 10-20 Minuten, also insgesamt etwa 15-30 Minuten. Damit war der Zeitaufwand etwas höher als ursprünglich angenommen. Der Auskunft der Ärzte zufolge waren vor allem die studienrelevanten Aspekte der Befragung zeitaufwendig (Auswahl der Patienten und Information über die Studie), weniger die Durchführung des Interviews.

Da die Programmierung der Textbausteine, wie bereits erwähnt, nicht in allen Kliniken vorgenommen werden konnte und auch die Ergebnisse des Interviews nicht überall vom Kliniksekretariat eingegeben werden konnte, wurde die Eingabe von Projektmitarbeitern übernommen und nahm, in den Fällen, in denen die Ergebnisse manuell in das Schreibprogramm (Microsoft Word) eingegeben und in die Arztbriefe integriert werden mussten, etwa 5 Minuten in Anspruch

Insgesamt lässt sich festhalten, dass zu Beginn der Prozedur (zusätzliches) Fachpersonal für die Programmierung der Textbausteine sowie Interview-Schulung notwendig ist. Wenn diese beiden Schritte durchgeführt sind, so dass der Befund automatisch eingesetzt werden kann, ist eine Befragung und anschließende Integration des Befunds in den Entlassungsbericht unter Routinebedingungen ohne zusätzliches Personal umsetzbar.

9 Zusammenfassung und Diskussion

Zusammenfassung

Ziel des Forschungsprojektes war die Untersuchung der Frage, ob sich die intersektorielle Versorgungsqualität stationär behandelter onkologischer Patienten durch die systematische Ergänzung der stationären Entlassungsberichte um einen *Psychoonkologischen Befund (PO-Befund)* optimieren lässt. Diese Frage wurde sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus Sicht der Adressaten der Entlassungsberichte (niedergelassene Ärzte) untersucht.

Dazu wurden Tumorpatienten der Interventionsgruppe (IG) kurz vor Entlassung aus der Akutklinik mittels einer standardisierten Fremdeinschätzungsskala (PO-Bado-KF; Herschbach et al., 2008) bzgl. ihrer psychosozialen Belastung befragt. Das Ergebnis dieses Interviews wurde anschließend inkl. Handlungsempfehlungen als standardisierter Textbaustein (PO-Befund) in den Entlassungsbericht im Klinik-Dokumentationssystem eingefügt. Diese Intervention wurde verglichen mit einer Kontrollgruppe (KG), die den herkömmlichen Entlassungsbericht (ohne PO-Befund) erhielt. Etwa 4-6 Wochen nach Entlassung bzw. nach dem ersten Besuch beim nachbehandelnden Arzt (Adressat des Entlassungsberichts) wurden zunächst die Patienten (der IG und KG) telefonisch zur Kommunikation mit dem Arzt, ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung und Lebensqualität befragt. Unmittelbar im Anschluss wurde der entsprechende Arzt per Fax nach der Bewertung des PO-Befunds (IG), bzw. Entlassungsberichts (KG) und der Kommunikation mit dem Patienten befragt.

Insgesamt wurden 1416 Krebspatienten während ihres stationären Aufenthaltes aus fünf Kliniken in München und Leipzig in die Studie eingeschlossen. Patienten mit urologischen Tumorerkrankungen stellen einen Großteil der Gesamtstichprobe dar (83.4%). Die Rücklaufquote der Patienten zur Nachbefragung nach Entlassung aus der Primärklinik (t2) betrug

1179 (83.2%). Von den behandelnden niedergelassenen Ärzten nahmen 596 Personen teil (Rücklaufquote 67.1%).

Als Ergebnisse der Studie stellte sich heraus, dass sich die beiden Entlassungsberichtvarianten (mit vs. ohne PO-Befund) nicht unterschieden hinsichtlich eines Zusammenhangs mit der Arzt-Patienten-Kommunikation, den Konsequenzen für die weitere Behandlung, der Zufriedenheit mit der Behandlung, oder der Lebensqualität der Patienten.

40,5% aller Patienten gaben an, von ihrem Arzt auf ihr psychosoziales Befinden und die Krankheitsbewältigung angesprochen worden zu sein. Ein Großteil der Patienten (der IG und KG) äußerte sich zufrieden mit dem Arztbesuch (durchschnittlich bewerteten 88.7% der Patienten den Besuch als *gut* bzw. *sehr gut*) und gab eine hohe Lebensqualität an. Trotz der allgemein hohen Patientenzufriedenheit gibt es jedoch Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen dem Ansprechen psychosozialer Belastung und der Zufriedenheit der Patienten, da Patienten, die nicht auf ihr Befinden angesprochen wurden, weniger zufrieden mit der Behandlung waren. Darüber hinaus waren die hoch belasteten Patienten weniger zufrieden mit der Behandlung (sie wurden nicht häufiger auf ihr psychisches Befinden angesprochen als Patienten mit niedriger Belastung).

41.3% der Ärzte der IG gaben an, dass ihnen der PO-Befund nicht aufgefallen sei. Bei den übrigen Ärzten fiel die Beurteilung des PO-Befunds sehr positiv aus; die Ärzte der KG bewerteten den Standard-Entlassungsbericht ohne PO-Befund ebenfalls positiv. Die Mehrheit der Ärzte beider Gruppen (IG und KG) gab an, den Patienten auf sein psychisches Befinden angesprochen zu haben (74.3%).

Die Realisierung der Zielvariable („*Hat Ihr Arzt Sie auf Ihr seelisches Befinden oder die Bewältigung Ihrer Erkrankung angesprochen?*“) erwies sich insgesamt als abhängig von soziodemographischen Variablen. Demnach waren weibliches Geschlecht der Ärzte und Patienten,

Facharztweiterbildung (Gynäkologen), psychosoziale Zusatzqualifikation, Ausbildungsabschluss der Patienten (insbesondere keine Berufsausbildung), gynäkologische Tumorerkrankung sowie Metastasierung mit einem häufigeren Ansprechen des psychischen Befindens verbunden.

Ein Vergleich der Ärzte und Patienten bzgl. der Zielvariable (Ansprechen des psychischen Befindens) zeigte, dass deutlich mehr Ärzte angaben, den Patienten aus das psychische Befinden angesprochen zu haben, als dies die Patienten selbst äußerten. Die Übereinstimmung lag durchschnittlich bei nur etwa 50% und fiel am höchsten zwischen weiblichen Patienten und weiblichen Ärzten aus mit 61.4%.

Die Analyse der Machbarkeit der Prozedur (Interviewtraining, Durchführung der Interviews, Programmierung der Ergebnistextbausteine, Integration des PO-Befunds in den Entlassungsbericht) zeigte, dass in der Initialphase zusätzliche Ressourcen für das Interviewtraining und die Programmierung erforderlich sind, die Durchführung der Interviews und die Integration des PO-Befunds in den Entlassungsbericht aber unter Routinebedingungen ohne zusätzliches Personal möglich ist. Für den psychosozialen Bedarfsfall (hohe emotionale Belastung/Krisen einzelner Patienten) sollten ausgebildete Psychoonkologen bereit stehen.

Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes erörtert und im Anschluss daran die angewandten Methoden diskutiert.

Wider Erwarten zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Einsatz des PO-Befunds und den Inhalten der Arzt-Patienten-Kommunikation oder den Behandlungsempfehlungen. Auch aus Sicht der Ärzte zeigte die Erweiterung der Entlassungsberichte um einen PO-Befund keine signifikanten Unterschiede in der Kommunikation mit dem Patienten sowie der Bewertung des Befunds bzw. Entlassungsberichts. Die Bewertung fiel in beiden Gruppen

überwiegend positiv aus: Der PO-Befund wurde von den Ärzten der IG insbesondere verständlich und praxisnah beurteilt, während die Bewertung hinsichtlich des Nutzens für das Gespräch und die Weiterbehandlung etwas negativer ausfiel. Etwa ein Fünftel der Ärzte bewertete den Befund als überflüssig und knapp die Hälfte gab an, den Befund nicht wahrgenommen zu haben.

Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu Studien, die den Einfluss von Daten zur Lebensqualität bzw. psychosozialen Belastungen auf die Arzt-Patienten-Kommunikation untersuchten. Hier stand der Einsatz von Lebensqualitätsprofilen in graphischer Form im Zusammenhang mit einer spezifischeren Befragung des Tumorpatienten, einer Erleichterung in der Diagnosestellung sowie einem häufigeren Ansprechen lebensqualitätsbezogener Aspekte (Detmar et al., 2002; Albert et al., 2002; Velikova, Booth, Smith, Brown, Lynch et al., 2004; Taenzer, Bultz, Carlson, Speca, DeGagne et al., 2000) ohne die Gespräche zu verlängern (Velikova et al., 2004). In diesem Zusammenhang sollte jedoch auch erwähnt werden, dass die Ärzte Anweisungen bzw. Schulungen zur Handhabung und Interpretation der Lebensqualitätsprofile erhielten, die Profile unmittelbar vor dem Termin erstellt und in die Sprechstunde mitgebracht wurden, die Befragung wiederholt beim gleichen Patienten vor mehreren aufeinander folgenden Sitzungen stattfanden und teilweise mehrere Studienpatienten gleichzeitig von einem Arzt betreut wurden (Detmar et al., 2002; Velikova et al., 2004). Diese Vorgehensweise führte vermutlich zu einer höheren Aufmerksamkeit der Ärzte und Kompetenz im Umgang mit der psychosozialen Befindlichkeit und unterscheidet sich von der aktuellen Studie; zum Zeitpunkt der Zustellung des Entlassungsberichts wussten die Ärzte weder von der Studienteilnahme, noch erhielten sie Hinweise für die Interpretation des PO-Befunds oder darauf, diesen im Gespräch zu thematisieren. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Dinkel et al. (2010), in einer Studie zu einem computergestützten Distress-Screening während der strah-

len therapeutischen Behandlung. Die Patienten beantworteten einmalig einen Fragebogen zur Lebensqualität vor dem Gespräch mit dem Strahlentherapeuten, der anschließend in das Fach des Arztes gelegt wurde. Die Ärzte erhielten keine expliziten Anweisungen zum Umgang bzw. zur Kommunikation der Fragebogenergebnisse, sondern lediglich den Hinweis, bei ausgeprägter psychosozialer Belastung einen Psychoonkologen hinzuzuziehen. Den Ergebnissen zufolge führte die Intervention nicht zu einer häufigeren Thematisierung psychosozialer Belastung während des Gesprächs mit dem Patienten.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie der Begriff *seelisches* bzw. *psychisches Befinden* im Rahmen der Frage „*Hat Ihr Arzt Sie auf Ihr seelisches Befinden oder die Bewältigung Ihrer Erkrankung angesprochen?*“ (Patienten) bzw. „*Haben Sie Ihren Patienten auf dessen aktuelles psychisches Befinden angesprochen?*“ (Ärzte) verstanden wurde. Wie bereits erwähnt, wurde die Antwort auf diese Frage als Zielvariable herausgegriffen, da sie ein zentrales Element patientenzentrierter Kommunikation darstellt. Möglicherweise könnten sowohl Patienten als auch Ärzte bereits die Eingangsfrage wie „Wie geht es Ihnen?“ als Frage nach dem psychischen Befinden verstanden haben; ebenso wäre es möglich, dass Fragen nach dem psychischen Befinden von den Patienten nicht als solche erkannt oder erinnert wurden, d.h. dass die retrospektive Befragung zu Erinnerungsverzerrungen geführt hat (Ebner-Priemer & Trull, 2009, Wilhelm & Perrez, 2008). Dies könnte auch eine Erklärung für die relativ geringe Übereinstimmung zwischen Patienten und Ärzten in der Antwort auf die Frage nach dem psychische Befinden sein, zumal der Begriff in den Fragebögen der Ärzte und Patienten unterschiedlich formuliert wurde (psychosoziales vs. seelisches Befinden). Von der geringen Übereinstimmung in den Aussagen von Patienten und Ärzten wird auch in andere Studien berichtet; einer Untersuchung von Brown, Hill, Burant & Siminoff (2009) zufolge fiel die Übereinstimmung bzgl. behandlungsbezogener und medizinischer Themen sehr viel höher

aus als bei psychosozialen Aspekten. Die Ärzte gaben deutlich häufiger als die Patienten an, über psychische Themen gesprochen zu haben. Als möglichen Grund hierfür nannten die Autoren, dass sich die Ärzte nicht explizit genug nach den emotionalen Belangen der Patienten erkundigt hatten.

Die Frage nach dem Verständnis des Begriffs *seelisches* bzw. *psychisches Befinden* stellt sich auch vor dem Hintergrund der Angaben einiger Ärzte der KG (ohne PO-Befund). Diese gaben an, dass der Bericht Informationen zum psychischen Befinden des Patienten enthalten habe. Eine Recherche der betroffenen Arztbriefe zeigte jedoch, dass dies nicht der Fall war. Denkbar wäre, dass der im Entlassungsbericht häufig enthaltene Satz „Entlassung bei relativem Wohlbefinden“ (Universitätsklinikum Leipzig) als Information über das psychische Befinden verstanden wurde.

Insgesamt wäre in diesem Zusammenhang eine psychometrische Prüfung des Zielkriteriums im Vorfeld nützlich gewesen.

Da sich wider Erwarten kein Zusammenhang zwischen dem Einsatz des PO-Befunds und der Kommunikation (so wie sie erfragt wurde) zeigte, wurde außerdem überprüft, ob andere Faktoren wie soziodemographische oder medizinische Merkmale für die Kommunikation von Bedeutung sind. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass insbesondere das Geschlecht des Arztes und des Patienten sowie eine psychosoziale Zusatzqualifikation entscheidend sind. Hinsichtlich der Ausbildung erscheint es nahe liegend, dass Ärzte mit einer psychosozialen Zusatzqualifikation das psychische Befinden ihrer Patienten stärker in ihre Behandlung mit einbeziehen und weniger Berührungängste haben, dieses anzusprechen. Darüber hinaus könnte die geschlechtsspezifische Rollenfunktion die Kommunikation und das Verhalten beeinflussen. Demnach wären Frauen (sowohl Ärzte als auch Patienten) eher bereit, psychische Aspekte anzusprechen als Männer. D.h. entsprechend der Geschlechterverteilung der

Patienten zeigten sich in dieser Studie auch bei der Diagnose und Fachrichtung der Ärzte signifikante Unterschiede; am häufigsten wurde das psychische Befinden von Gynäkologen und bei Patienten mit einer gynäkologischen Tumorerkrankungen angesprochen. Dieses Ergebnis wird durch andere Untersuchungen bestätigt, die zeigen, dass besonders in der Geschlechterkombination weibliche Ärztin und weibliche Patientin mehr emotionaler Austausch stattfindet und die Ärztin das Gespräch weniger verbal dominiert (u.a. Pollak Arnold, Jeffreys, Alexander, Olsen et al., 2007). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich vorwiegend bei psychosozialen Themen; die Kommunikation medizinischer und krankheitsbezogener Informationen scheint davon nicht betroffen (Hall, Irish, Roter, Ehrlich & Miller, 1994; Irish & Hall, 1995; Van den Brink-Muinen, van Dulmen, Messerli-Rohrbach & Bensing 2002).

Neben den oben genannten Faktoren zeigten sich außerdem signifikante Unterschiede im Zusammenhang mit dem Metastasierungsstatus. Patienten mit Metastasen wurden am häufigsten auf ihr psychisches Befinden angesprochen verglichen mit Patienten ohne Metastasen, oder Patienten deren Status unbekannt war. Die Vermutung liegt nahe, dass die psychosoziale Belastung in dieser Gruppe am höchsten ist und Ärzte den Patienten daher häufiger auf sein Befinden ansprechen. Dies stünde jedoch im Gegensatz zu den Ergebnissen, die darauf hindeuten, dass sich die Ausprägung der Belastung nicht auf die Kommunikation auswirkte. Vielmehr scheint der Einfluss der Metastasierung in der Verteilung der Geschlechter begründet zu liegen, da in der Gruppe der Patienten mit Metastasen der Frauenanteil im Verhältnis am größten war.

Entgegen der Vermutung, dass das psychische Befinden der Patienten für die Kommunikation von Bedeutung sein könnte, zeigten sich, wie zuvor erwähnt, keine signifikanten Unterschiede zwischen belasteten und unbelasteten Patienten. Vor dem Hintergrund, dass die Be-

lastung unmittelbar vor Entlassung aus der Akutklinik erhoben wurde und der Termin bei dem niedergelassenen Arzt häufig erst einige Wochen später stattfand, ist fraglich, ob auf einen direkten Zusammenhang zwischen der Belastung und dem Kommunikationsverhalten geschlossen werden kann.

Auch bezüglich der Behandlungsempfehlungen scheint der PO-Befund nicht von Bedeutung. Nahe liegend wäre, dass dieses Ergebnis mit der Kommunikation, d.h. dem Ansprechen des psychischen Befindens zusammenhängt, bei der sich ebenfalls keine signifikanten Gruppenunterschiede zeigten. Knapp die Hälfte der Ärzte beider Gruppen, die das psychische Befinden ansprach, gaben - sowohl nach Auskunft der Patienten als auch der Ärzte selbst - Behandlungsempfehlungen zur Verbesserung des psychischen Befindens. Dass schriftliche Information zum psychosozialen Befinden zwar die Kommunikation beeinflussen kann, nicht jedoch die die Behandlungsentscheidungen, wird auch durch andere Studien bestätigt (Espalargues, Valderas & Alonso, 2000; Velikova et al., 2004, Albert et al., 2002; Greenhalgh, Long & Flynn 2005).

Analog zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Patientenzufriedenheit und Lebensqualität in beiden Untersuchungsgruppen bis auf die Subskala *soziale Funktion* im Bereich Lebensqualität. Hier gaben die Patienten der Interventionsgruppe eine signifikant höhere Lebensqualität an. Eine mögliche Ursache könnte in der Durchführung des PO-Bado-KF Interviews vor Entlassung aus der Klinik liegen, das den Patienten Zuwendung und Unterstützung im sozialen Bereich geboten hat.

Insgesamt jedoch fallen sowohl die Patientenzufriedenheit als auch die Lebensqualität in beiden Gruppen hoch aus. Da nur knapp die Hälfte der Patienten angaben, auf ihr psychisches Befinden angesprochen worden zu sein, liegt die Annahme nahe, dass die Patienten unabhängig vom Ansprechen ihres Befindens zufrieden mit der Behandlung waren.

Möglicherweise erwarten die Patienten nicht, von ihrem Arzt auf ihr psychisches Befinden angesprochen zu werden. D.h., obwohl der Arzt ein zentraler Ansprechpartner bzgl. Krankheit und damit zusammenhängender Probleme ist, gibt es Hinweise darauf, dass ein substanzieller Anteil der Patienten davon ausgeht, der Arzt sei für psychosoziale Belastungen nicht zuständig (u.a. Pascoe et al., 2004; Ryan, Schofield, Cockburn, Butow, Tattersall et al., 2005).

Außerdem wäre es möglich, dass der Bedarf an psychosozialer Betreuung bei den Patienten dieser Studie gering ist, zumal Patienten, die kurz vor der Entlassung wenig belastet waren, zufriedener mit der Behandlung waren im Vergleich zu den belasteten Patienten. Insgesamt fällt in dieser Studie die psychosoziale Belastung mit 20% hoch belasteter Patienten geringer aus als in anderen Studien mit Werten zwischen 25-45% (Grassi, 2005; Keller, Sommerfeldt, Fischer, Knight, Riesbeck et al., 2004; Herschbach et al., 2004; Mitchell et al., 2011). Es ist davon auszugehen, dass die relativ niedrigen Belastungswerte in dem hohen Anteil männlicher Patienten mit Prostatakrebs begründet liegen. Zahlreiche Studien gehen von geringeren krankheits- und behandlungsbedingten Beeinträchtigungen und Bedarf an psychosozialer Betreuung mit Prostatakrebs-Patienten im Vergleich zu Patienten mit anderen Tumorerkrankungen wie beispielsweise Brustkrebs aus (Bisson, Chubb, Bennett, Mason, Jones et al., 2002; Hinz, Krauss, Stolzenburg, Schwalenberg, Michalski et al., 2009; Detmar et al., 2000). Die Gründe hierfür sind vielfältig: neben der Auftretenshäufigkeit von Prostatakrebs im höheren Lebensalter, den insgesamt weniger eingreifenden medizinischen Behandlungen und der bei rechtzeitiger Diagnose relativ guten Prognose, spielen bei urologischen Tumorpatienten teilweise schamhaft besetzte Bereiche wie Inkontinenz und Beeinträchtigung der Sexualität eine zentrale Rolle, denen Männer häufig mit Verleugnung begegnen (Ofman, 1995). Daneben gibt es Hinweise darauf, dass Belastungen bei dieser Patientengruppe über den

Krankheitsverlauf starken Schwankungen unterliegen. In einer Studie von Hinz et al. (2009) beispielsweise fielen bei den Prostatakrebs-Patienten die zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes hohen Belastungswerte kurz vor der Entlassung unter das Niveau der Allgemeinbevölkerung. Denkbar wäre daher bezogen auf die aktuellen Ergebnisse, dass der Zeitpunkt der Datenerhebung eine entscheidende Rolle spielte. Zum einen befanden sich die Patienten in einem sehr frühen Stadium der Erkrankung, in der das Bedürfnis nach Information möglicherweise höher war als die emotionalen Belastungen bzw. der Bedarf an psychosozialer Unterstützung (Mehnert, Lehmann, Graefen, Huland & Koch, 2009). Zum anderen erscheint es nahe liegend, dass die Patienten unmittelbar nach der Behandlung (meist einer erfolgreichen Operation) in der Akutklinik eine geringe psychosoziale Belastungen angaben, bzw. sich zuversichtlich bezüglich des weiteren Krankheits- und Behandlungsverlaufs zeigten; diese Annahme wird nicht zuletzt durch die Erfahrungen der Projektmitarbeiter im Rahmen der Datenerhebung bestätigt.

Der Zeitpunkt der Datenerhebung könnte auch im Zusammenhang mit der Nachbefragung ausschlaggebend für den geringen Bedarf an psychosozialer Betreuung bzw. die hohe Zufriedenheit sein; die Nachbefragung fand meist ca. zwei Monate nach Entlassung aus der Primärklinik unmittelbar nach Rückkehr aus der Rehabilitation statt. Denkbar wäre daher, dass die Behandlung in den Rehabilitationskliniken den Bedarf an psychologischer Betreuung verringert hat. Kremsreiter, Book, Dinkel, Herschbach, Marten-Mittag et al. (2011) zufolge verbesserte sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität onkologischer Patienten im Verlauf der Rehabilitation. Auch wenn sich die Effekte in Abhängigkeit der therapeutischen Dosis unterschieden, zeigte sich eine anhaltende Verbesserung der körperlichen und psychischen Lebensqualität nach Ende der Rehabilitation.

Auffällig ist auch das recht gering ausgeprägte Bedürfnis der Patienten nach zusätzlicher Information. Lediglich etwa 10% der Patienten beider Gruppen äußerten ein Bedürfnis nach zusätzlicher Information in krankheits- und behandlungsbezogenen Bereichen. In den übrigen Bereichen wie Ernährung oder psychotherapeutische Angebote liegt der Bedarf unter 7%. Es ist daher anzunehmen, dass sich die befragten Patienten gut informiert fühlten, was ebenfalls im Zusammenhang mit einer höheren Zufriedenheit und Lebensqualität stehen könnte; denn umgekehrt zeigen Untersuchungen, dass Patienten, die sich mangelhaft oder unzureichend informiert fühlen, weniger zufrieden mit der Versorgung sowie gesundheitlichen und psychosozialen Situation sind (Tari & Heußner, 2009; Lehmann et al., 2009).

Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass die Befragung an sich die Zufriedenheit mit der Behandlung und Lebensqualität beeinflussen kann. Demzufolge könnten Patienten durch die Befragung vor Entlassung aus der Klinik dazu ermutigt werden, im Gespräch mit dem Arzt Themen von sich aus anzusprechen, unabhängig davon, ob der Arzt Information zum psychosozialen Befinden erhalten hat (Velikova et al., 2004).

Möglich wäre auch, dass der PO-Befund bzw. die „einmalige“ Frage nach dem psychosozialen Befinden als Intervention zu gering war, um einen Zusammenhang zwischen dem Kommunikationsverhalten der Ärzte und folglich auch der Zufriedenheit und Lebensqualität nachzuweisen (McLachlan, Allenby, Matthews, Wirth, Kissane et al., 2001). Andere Studien weisen darauf hin, dass eine Veränderung in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erst nach wiederholtem Ansprechen des psychosozialen Befindens in mind. drei aufeinanderfolgenden Terminen eintritt bzw. deutlich wird (Velikova et al., 2004) und Behandlungsentscheidungen im Austausch mit dem Patienten oder Kollegen über einen längeren Behandlungszeitraum hinweg getroffen werden (Greenhalgh et al., 2005).

Außerdem besteht allgemein im Zusammenhang mit Zufriedenheitsbefragungen die Tendenz zu positiven Antworten, sog. *Deckeneffekten*, die das Erkennen von Unterschieden zwischen den beiden Patientengruppen erschweren würde. Von diesem Effekt wurde in verschiedenen Studien berichtet, in denen sich Übermittlung psychosozialer Daten positiv auf die Arzt-Patienten-Kommunikation auswirkte, jedoch nicht auf die insgesamt hohe Zufriedenheit (Mazor, Clauser, Field, Yood & Gurwitz, 2002; Taenzer et al., 2000; Detmar et al., 2002). Brown et al. (2009) berichten von einer Studie, in der selbst Patienten, deren Erwartungen an das Gespräch mit dem Arzt nicht erfüllt wurden eine hohe Zufriedenheit angaben. Die Autoren gehen in diesem Zusammenhang davon aus, dass Äußerungen von Unzufriedenheit von den Patienten in Verbindung mit mangelndem Vertrauen in die Kompetenz des Arztes gebracht werden könnten in einer Phase, in der die Patienten verwundbar und abhängig von den Behandlern sind.

In der aktuellen Studie ist die Möglichkeit nicht auszuschließen, dass eine Tendenz, sozial erwünscht zu antworten vorgelegen hat - sowohl bei den Patienten, die möglicherweise (trotz Datenschutz) negative Reaktionen von ihren Ärzten oder Behandlungsnachteile befürchteten, als auch bei den Ärzten, die bei der Studienleitung einen positiven Eindruck hinterlassen wollten und psychosoziale Aspekte in die Behandlung einbeziehen (Detmar et al., 2000).

An dieser Stelle sollte jedoch darauf hingewiesen werden, dass trotz der insgesamt hohen Zufriedenheit Patienten, die auf ihr psychosoziales Befinden angesprochen wurden, zufriedener mit der Behandlung waren. D.h., auch wenn keine einheitlichen Hinweise für den Einfluss der Arzt-Patienten-Kommunikation auf die Patientenzufriedenheit und die Bewertung des Behandlers vorliegen, scheint eine affektive, empathische und emotional unterstützende Kommunikation besonders wichtig zu sein (Farin, 2010).

Im Folgenden werden vor dem Hintergrund der unerwarteten Ergebnisse die methodischen Schwächen, wie die angewandten Messinstrumente, die Art der Befragung sowie die Auswahl der Stichprobe diskutiert.

Eine psychometrische Prüfung der Instrumente für die Nachbefragung (T2) konnte vor Beginn der Studie (aus zeitlichen Gründen) nicht durchgeführt werden. Da bisher kein Messinstrument zur Evaluation der spezifischen Fragestellung existiert, wurde die Bewertung des PO-Befunds bzw. des Entlassungsberichts, die Arzt-Patienten-Kommunikation sowie die Patientenzufriedenheit mit der ambulanten Nachversorgung anhand selbstgenerierter standardisierter Items sowie Fragen aus der PASQOC Studie (Kleeberg et al., 2005) erhoben. Möglicherweise wurden daher nicht alle Aspekte der Kommunikation erfasst, die für die Interpretation der Ergebnisse relevant sind.

Dies betrifft, wie bereits erwähnt, u.a. die Frage nach dem psychischen Befinden, die möglicherweise unterschiedlich verstanden wurde. Außerdem könnten Aspekte der Kommunikation nicht berücksichtigt worden sein, die einen Einfluss auf die Zufriedenheit und Lebensqualität der Patienten haben. Kim, Kaplowitz & Johnston (2004) beispielsweise untersuchten die Wirkung des Kommunikationsstils auf die Patientenzufriedenheit und *Compliance* aus Sicht der Patienten und fanden heraus, dass Zufriedenheit und Compliance durch Informationsaustausch, wahrgenommene Kompetenz des Behandlers und zwischenmenschliches Vertrauen beeinflusst wurden.

Auch der Zeitpunkt der Nachbefragung (T2) muss vor dem Hintergrund unkontrollierter Einflussfaktoren kritisch gesehen werden. Der Arztbesuch lag zum Zeitpunkt der Befragung im Schnitt 33,5 Tage zurück; damit fand die Befragung sowohl zeitlich als auch räumlich weit getrennt von der fraglichen Situation statt. D.h. der Patient musste sich an das Gespräch mit dem Arzt und die Zufriedenheit mit dem Besuch „erinnern“. Dieses Vorgehen nimmt erheb-

liche methodische Probleme in Kauf; so ist z.B. die Erinnerung für Information, die im Zusammenhang mit positivem Affekt steht besser, wenn der Teilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung in einer guten Stimmung ist (mood congruent memory effect). Ebenso werden Ereignisse besser erinnert, die in der Vergangenheit kürzer zurückliegen (peak-end-rule; Ebner-Priemer & Trull, 2009). Mögliche Folgetermine bei demselben Arzt, die ebenfalls noch vor der Befragung stattfanden, könnten demnach das Antwortverhalten beeinflusst haben. Auch sollte hervorgehoben werden, dass sich die Befragung zur Lebensqualität auf die letzte Woche bezieht und daher ein direkter Zusammenhang mit dem Arztbesuch nicht eindeutig hergestellt werden kann. Darüber hinaus wurden die Patienten zwar gefragt, ob sie Empfehlungen zur seelischen Verarbeitung ihrer Krebserkrankung erhalten und diese auch umgesetzt haben, es wurde jedoch nicht erhoben bzw. kontrolliert, ob und wann der Patient unabhängig davon in einer Rehabilitationsklinik behandelt wurde, oder zusätzliche Therapien (wie Sport- und Bewegungsprogramme, naturheilkundliche Verfahren, etc.) in Anspruch genommen hat. Außerdem könnte die Art der Befragung das Verhalten insbesondere der Patienten beeinflussen haben, da diese telefonisch befragt wurden. Der persönliche Kontakt mit dem Interviewer hat möglicherweise die bereits genannte Tendenz, sozial erwünschte Antworten zu geben, zusätzlich verstärkt. Außerdem stellt sich die Frage, ob eine Befragung per Fragebogen ein geeignetes Verfahren zur Evaluation von Kommunikation darstellt, da dieses auf Selbstauskunft beruht „... results are based on expressed attitudes and self-reported behavior, which may differ from the actual communication behavior exhibited during medical consultations. Any bias introduced by the self-reported nature of the data would probably be in the direction of overestimating the attention directed toward psychosocial issues during outpatient medical consultations” (Detmar et al., 2000, S.3300). Eine aufwendigere, aber überprüfenswerte Methode wäre daher Anwendung von Tonband- oder Videoaufnahmen, die

in diesem Bereich bereits mehrfach erfolgreich angewandt wurde (u.a. Pollack et al., 2007; Detmar et al., 2002)

Hinsichtlich der Stichprobenselektion sind männliche Patienten mit urologischen Tumorerkrankungen gegenüber den anderen Diagnosegruppen deutlich in der Überzahl, ebenso die urologische Fachärzte. Vor dem Hintergrund der bereits erwähnten Geschlechterunterschiede im Umgang mit der Erkrankung sowie zur Verbesserung der Allgemeingültigkeit der Ergebnisse sollte die Untersuchung mit anderen Diagnosegruppen bzw. einer besseren Verteilung der Tumordiagnosen wiederholt werden. Darüber hinaus befand sich der überwiegende Teil der Patienten in der Akutphase der Erkrankung und Behandlung. Da die psychosozialen Belastungen und der Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung über den Krankheitsverlauf starken Schwankungen unterliegen (Hinz et al., 2009; Mehnert et al., 2009), sollten zukünftige Untersuchungen auf Patienten in anderen Krankheits- und Behandlungsstadien ausgeweitet werden.

Da der PO-Befund im Entlassungsbericht selbst bei Ärzten, die ihn wahrgenommen haben (58.2%) nicht dazu beigetragen hat, das seelische Befinden des Patienten während der Konsultationen häufiger anzusprechen, lassen die Ergebnisse grundsätzliche Zweifel an der Bedeutung des Mediums Arztbrief aufkommen. Eine diesbezügliche grundsätzliche empirische Prüfung scheint dringend erforderlich, die die Rezipierung der Arztbriefe durch den Adressaten untersucht im Hinblick auf Kenntnisnahme, Verständlichkeit, Länge, Form und vor allem Konsequenzen für das ärztliche Handeln. Dies ist nicht zuletzt auch deswegen wichtig, da Krankenhausärzte einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit auf das Schreiben von Entlassungsberichten verwenden.

Abgesehen davon deuten andere vergleichbare Studien (Dinkel et al., 2010) darauf hin, dass schriftliche Informationsmaterialien allein kaum in der Lage zu sein scheinen, das Interakti-

onsverhalten von Ärzten zu beeinflussen. Dies könnte u.a. darin begründet liegen, dass selbst Ärzte, die die psychosoziale Betreuung des Patienten als ihre Aufgaben sehen, sich im Umgang mit den Belastungen des Patienten häufig nicht kompetent fühlen, oder erwarten, dass der Patient selbst die Probleme anspricht (Detmar et al., 2002). Daher erscheint eine Kombination von schriftlichen Materialien mit konkreten Hinweisen und einem Kommunikations- und Verhaltenstraining (vergleichbar mit videogestützten Rollenspielübungen im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation; Lehmann et al., 2009) eine überprüfenswerte Alternative. Außerdem hat sich die wiederholte Anwendung von Lebensqualitätsprofilen als hilfreich erwiesen (u.a. Velikova et al., 2004). Dies bestätigen auch in dieser Studie die Erfahrungen der Ärzte, die die stationäre Befragung (t1) durchführten bzw. in die Studienabläufe involviert waren; den eigenen Angaben zufolge entwickelten sie eine höhere Aufmerksamkeit und Sensibilität bzgl. psychoonkologischer Aspekte bei ihren Tumorpatienten. Es ist daher anzunehmen, dass bei expliziter Einweisung in die Hintergründe der Studie und wiederholter Durchführung psychosozialer Interviews dieser Effekt auch im ambulanten Setting bzw. Nachsorge eintreten würde “practitioners [should become] active partners in the research to identify the barriers to the use of outcome measures in practice, develop an action plan...implement the use of the measures...and then reflect back and evaluate...the use of the instruments... A critical issue in changing clinician behaviour appears to be local ownership of that change. On its own, didactic education is unlikely to change clinical behaviour” (Greenhalgh et al., 2005, S.838).

Insgesamt liegt eine große multizentrische Studie vor, die relevante Hinweise auf die psychosoziale Situation von Tumorpatienten kurz vor der Entlassung aus der Primärbehandlung erbracht hat, Probleme in der intersektoriellen Kommunikation zwischen Klinik und Nach-

behandler eröffnet hat und darauf hindeutet, dass der Entlassungsbericht kein befriedigendes Medium zur Verbesserung der Kommunikation bezüglich psychosozialer Aspekte darstellt.

Darüber hinaus wird deutlich, dass die Erforschung der Arzt-Patienten-Kommunikation ausgesprochen kompliziert ist und mehr mikroanalytische Grundlagenarbeit, u.a. bzgl. der Validität der Untersuchungssitems erfordert. Um die Wirksamkeit psychosozialer Information auf die Kommunikation und Behandlungsentscheidungen des Arztes zu erhöhen, müssen eine Reihe von Faktoren berücksichtigt werden, wie die Wahl des Instruments, die Dauer und Häufigkeit der Intervention oder der wahrgenommene klinische Nutzen der Information.

Im Hinblick auf zukünftige Untersuchungen sollte der PO-Befund individueller gestaltet und ausführlichere Behandlungsvorschläge formuliert werden. Um die Sensibilität für psychosoziale Belastungen sowohl der Ärzte als auch Patienten zu erhöhen, erscheint der routinemäßige Einsatz von psychosozialen bzw. psychoonkologischen Befunden über einen längeren Zeitraum hinweg sinnvoll. Zusätzlich wäre eine Kombination von schriftlichen Materialien mit konkreten Hinweisen zur Interpretation psychosozialer Daten und einem Kommunikations- und Verhaltenstraining vielversprechend. Die „Vermittlung adäquater Kommunikationskompetenzen in Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe“ wird auch als Ziel im NKP (Ziel 12a, S.2) genannt.

Zur Analyse der Arzt-Patienten-Kommunikation hat sich der Einsatz von Tonband- oder Videogeräten bewährt, wenngleich diese Methode mit einem deutlich höheren Aufwand verbunden ist. Darüber hinaus sollte die Befragung zur Zufriedenheit mit der Behandlung unmittelbar nach dem Arztkontakt durchgeführt bzw. mögliche Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit und Lebensqualität (wie zusätzliche zwischenzeitliche Behandlungen) kontrolliert werden.

Und nicht zuletzt sollte auch die Vergütung der „sprechenden Medizin“ bzw. psychoonkologischer Leistungen bedacht werden, die jedoch aktuell im stationären Bereich im Rahmen des DRG-System keine gesonderte Berücksichtigung findet und auch im ambulanten Bereich nicht immer gewährleistet ist, da Tumorpatienten häufig unter ausgeprägten psychischen Symptomen leiden, die nicht den diagnostischen Kriterien nach ICD-10 entsprechen.

10 Literatur

- Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B., Bullinger M., Cull A., Duez N.J., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Albert U.S., Koller M., Lorenz W., Kopp I., Heitmann C., Stinner B., et al. (2002). Quality of life profile: from measurement to clinical application. *The Breast*, 11, 324-334.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.Ausgabe). Washington, DC.
- Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e.V. (PSO). Im Internet unter: www.pso-ag.de
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Leitlinienmanual von AWMF und ÄZQ. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 95, Supplement I, 2001. Im Internet unter: www.awmf.org.
- Bausch F., Boeske M., Hensel F.J., Hümmelink R., Kauven S., Mangiapane N., et al. (2001). Management-Papier „Elektronischer Arztbrief“, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen, Köln.
- Behrend M. & Küchler T. (2010). Psychoonkologische Praxis in der chirurgischen Akutklinik. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 363-373.
- Bender R., Ziegler A., Lange S. (2002). Logistische Regression - Artikel Nr. 14 der Statistik-Serie in der DMW. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 127, 11-13.
- Bisson J.I., Chubb H.L., Bennett S., Mason M., Jones D., Kynaston H. (2002). The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer. *British Journal of Urology International*, 90, 56-61.

- Blaser R., Heger O., Schnabel M., Lenz R., Kuhn K.A. (2004). Strukturierte Arztbriefschreibung und regelbasierte Vorschläge zur Qualitätsverbesserung in der unfallchirurgischen Ambulanz. Meeting abstract, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V.
- Brown R.F., Hill C., Burant C.J., Siminoff L.A. (2009). Satisfaction of early breast cancer patients with discussions during initial oncology consultations with a medical oncologist. *Psycho-Oncology*, 18, 42-9.
- Bultz B.D. & Carlson L.E. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign - future direction in cancer care. *Psycho-Oncology*, 15, 93-95.
- Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (1984). *Die 2. Grosse Krebskonferenz. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit - Band 139.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundessozialgericht. Urteil vom 17.3.2005, B 3 KR 11/04 R. Im Internet unter: http://www.lumrix.de/gesetze/bsg_urteile/ (Zugriff: 10. Mai 2011).
- Bundesversicherungsamt. Im Internet unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de>.
- Bundeszentrale für politische Bildung (BPB). Im Internet unter: www.bpb.de.
- Campbell B., Vanslembroek K., Whitehead E. (2004). Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. *British Medical Journal*, 328, 1060-1061.
- Canadian Association for Psychosocial Oncology (CAPO). (1999). *National Psychosocial Oncology Standards for Canada.* Im Internet unter: www.capo.ca/eng/finalstandards.asp (Zugriff: 15. Mai 2011)
- Carlson L. & Bultz B.D. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-9.

- Detmar S.B. & Aaronson N.K. (1998). Quality of Life Assessment in Daily Clinical Oncology Practice: a Feasibility Study. *European Journal of Cancer*, 34,1181-1186.
- Detmar S.B., Aaronson N.K., Wever L.D., Muller M., Schornagel J.H. (2000). How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 3295-3301.
- Detmar S.B., Müller M.J., Schornagel J.H., Lidwina D.V., Aaronson N.K. (2002). Health-Related Quality of Life Assessments and Patient-Physician Communication: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 288, 3027-3035.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e.V. (dapo). *Leitlinien für ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen*. Im Internet unter: www.dapo-ev.de/qs.html (Zugriff: 10. April 2008)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO). *Grundsatzpapier „Onkologische Zentren“*, Version 2.4 vom 31.3.2010. Im Internet unter: http://www.dgho.de/zertifizierungen/onkologische-zentren/DGHO-Onkolog_Zentren_Grundsatzpapier_v2.pdf (Zugriff: 10. April 2011).
- Deutsche Krebshilfe e.V. (DKH). Deutsche Krebshilfe fördert vier Spitzenzentren. *Archivmeldungen 2007*. Im Internet unter: www.krebshilfe.de (Zugriff: 10. April 2011)
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG). Im Internet unter: www.krebsgesellschaft.de
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRB). *Reha-Bericht Update 2011*. Im Internet unter: www.deutsche-rentenversicherung.de (Zugriff: 15. April 2011).
- Dietzfelbinger H. (2009). Psychoonkologische Information in Arztbriefen und Befundberichten. In Dorf Müller M., Dietzfelbinger H. (Hrsg.), *Psychoonkologie, Diagnostik - Methoden – Therapieverfahren* (S. 169-173). München: Urban & Fischer Verlag.

- Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (5. Auflage). Bern: Huber.
- Dinkel A., Berg P., Pirker C., Geinitz H., Sehlen S., Emrich M., et al. (2010). Routine psychosocial distress screening in radiotherapy: implementation and evaluation of a computerised procedure. *British Journal of Cancer*, 103, 1489-1495.
- Ebner-Priemer U. & Trull T.J. (2009). Ambulatory Assessment - An Innovative and Promising Approach for Clinical Psychology. *European Psychologist*, 14, 109-119.
- Espallargues M., Valderas J.M., Alonso J. (2000). Provision of feedback on perceived health status to health care professionals: A systematic review of its impact. *Medical Care*, 38, 175-186.
- Fallowfield L., Ratcliffe D., Jenkins V., Saul J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84, 1011-1015.
- Farin E. (2010). Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten: Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen. *Rehabilitation*, 49, 277-291.
- Field M. & Lohr K. (Hrsg.). (1990). *Clinical practice guidelines. Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Foster D.S., Paterson C., Fairfield G. (2002). Evaluation of immediate discharge documents-room for improvement? *Scottish Medical Journal*, 47, 77-79.
- GKV-Modernisierungsgesetz. *Entwurf zum GKV-Modernisierungsgesetz*. (2003). Bundestagsdrucksache 15/1525.
- Glazinski R. (2007). Arztbriefe optimal gestalten. Leitfaden zur Erstellung qualifizierter ärztlicher Berichte in Klinik und Praxis. *Eschborner Studienbuch zur Kommunikation im Gesundheitswesen* (2. Auflage). Eschborn: Brainwave Wissenschaftsverlag.

- Grassi L., Sabato S., Rossi E., Biancosino B., Marmai L. (2005). Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 74, 100-107.
- Greenhalgh J., Long A.F., Flynn R. (2005). The use of patient reported outcome measures in routine clinical practice: lack of impact or lack of theory? *Social Science and Medicine*, 60, 833-843.
- Greer S. (1994). Psycho-Oncology: It's aims, achievements and future tasks. *Psycho-Oncology*, 3, 87-101.
- Hall J.A., Irish J.T., Roter D.L., Ehrlich C.M., Miller L.H. (1994). Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology*, 13, 384-392.
- Harrison S.E., Watson E.K., Ward A.M., Khan N.F., Turner D., Adams E. et al. (2011). Primary Health and Supportive Care Needs of Long-Term Cancer Survivors: A Questionnaire Survey. *Journal of Clinical Oncology*, 29, 2091-2098.
- Harrison J.D., Young J.M., Price M.A., Butow P.N., Solomon M.J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 17, 1117-1128.
- Hart D. (2006). Vertrauen, Kooperation und Organisation - Probleme der Zusammenarbeit, der Übergabe und an Schnittstellen im Arzthaftungsrecht. In Kern B.-R., Wadle E., Schroeder K.-P., Katzenmeier C. (Hrsg.), *Humaniora: Medizin - Recht - Geschichte: Festschrift für Adolf Laufs zum 70. Geburtstag* (S. 843-880). Berlin: Springer.
- Heckl R.W. (1990). *Der Arztbrief. Eine Anleitung zum klinischen Denken*. (2. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Helou A. (2010). Warum gibt es einen Nationalen Krebsplan? *Forum*, 25, 18-22.

- Herschbach P. (2011). „Progredienzangst“, Vortrag im Rahmen der Fortbildung Psychoonkologie, Comprehensive Cancer Center Charité, September 2011.
- Herschbach P., Book, K., Brandl T., Keller M., Marten-Mittag B. (2008). The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado) - an Expert Rating Scale for the Psychosocial Experience of Cancer Patients. *Onkologie*, 31, 591-596.
- Herschbach P. & Heußner P. (2008). *Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Herschbach P., Keller M., Knight M., Brandl T., Huber B, Henrich G. et al. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91, 504-511.
- Herschbach P., Marten-Mittag B., Henrich G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12, 69-76.
- Herschbach P. & Weis J. (Hrsg.). (2010). *Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten (2. Auflage)*. Berlin: Deutsche Krebsgesellschaft.
- Hiddemann W., Huber H., Feuring-Buske M., Lindner L.H., Bartram C.R. (2004). Was ist Krebs? In Hiddemann W., Huber H., Bartram C.R. (Hrsg.), *Die Onkologie, Teil 1*. (S. 3-16). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hinz A., Krauss O., Stolzenburg J-U., Schwalenberg T., Michalski D., Schwarz R. (2009). Anxiety and depression in patients with prostate cancer and other origenital cancer: A longitudinal study. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 27, 367-372.
- Hohenberger W. (2010). Qualitätssicherung in der Onkologie: Klinikdirektor der HNO-Klinik stellt Modul Kopf-Hals-Tumoren vor. *Pressemitteilungen Archiv 2010*. Im In-

- ternet unter: http://www.uk-erlangen.de/e467/e583/e16173/e19762/index_ger.html
(Zugriff April 2011).
- Holland J.C. (2002). History of Psycho-Oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 6, 206-221.
- Integra Halle. Integrierte Versorgung in der Praxis - Das Beispiel „Integra Halle“. Im Internet unter: http://www.diakoniewerk-halle.de/test-Dateien/integra_halle_interview.pdf
(Zugriff 10. Mai 2011).
- Irish J.T., Hall J.A. (1995). Interruptive patterns in medical visits: the effects of role, status and gender. *Social Science & Medicine*, 41, 873-881.
- Jütte R. (1992). Dokumentation und Information. Vom medizinischen Casus zur Krankengeschichte. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 15, 50-52.
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Krankenhaus-Entlassungsbericht als gemeinsame Empfehlung der KV Hessen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Vertrags- und Krankenhausärzten. Im Internet unter: <http://www.kvhessen.de/kvhmedia/Downloads/Mitglieder/Sonstiges/Patientenbegleitbrief.pdf> (Zugriff 20. April 2011).
- Kauschke M., Krauß O., Slesazeck H., Schwarz R. (2004). Psychische Begleiterkrankungen: Prävalenzen und ihre Bedeutung in der Onkologie. *Forum Deutsche Krebsgesellschaft*, 18, 43-45.
- Keller M., Sommerfeldt S., Fischer C., Knight L., Riesbeck M., Löwe B. et al. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Annals of Oncology*, 15, 1243-1249.
- Kiess W. (2007). Arbeitsmappe für PJ-Studenten. Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Zentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig.

- Kim S.S., Kaplowitz S., Johnston M.V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27, 237-251.
- Kleeberg U.R., Tews J.T., Ruprecht T., Höing M., Kuhlmann A., Runge C. (2005). Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC study. *Supportive Care in Cancer*, 13, 303-310.
- Knight L., Mussell M., Brandl T., Herschbach P., Marten-Mittag B., Treiber M. et al. (2008). Development and psychometric evaluation of the Basic Documentation for Psycho-Oncology, a tool for standardized assessment of cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 373-381.
- Kolkmann F-W., Seyfarth-Metzger I., Stobrawa F. (2001). „Leitfaden: Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus“. München: Zuckerschwerdt Verlag.
- Kremsreiter K., Book K., Dinkel A., Herschbach P., Marten-Mittag B., Mayer M. et al. (2011). Einfluss stationärer Rehabilitationsleistungen auf die langfristige gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten mit Krebs und rheumatoider Arthritis: eine KTL-Daten-Analyse. Eingereicht bei: *Die Rehabilitation*.
- Kripalani S., LeFevre F., Phillips C.O., Williams M.V., Basaviah P., Baker D.W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Journal of the American Medical Association*, 29, 831-41.
- Kunze I. (2004). Arztbriefe: Anforderungen an den Arztbrief. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, 50, A-3410.
- Kusch M., Ebmeier M., Mücke K., Nelle I., Stecker R. (2002). Integrierte psychoonkologische Versorgung: Das Herforder Modell. *Prävention und Rehabilitation*, 3, 99-111.
- Lehmann C., Koch U., Mehnert A. (2009). Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

- bei Krebspatienten: Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter besonderer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, 3-27.
- Lorenz W., Troidl H., Solomkin J.S., Nies C., Sitter H., Koller M. et al. (1999). Second Step: Testing - Outcome measurements. *World Journal of Surgery*, 23, 768-780.
- Mazor K.M., Clauser B.E., Field T., Yood R.A., Gurwitz J.H. (2002). A demonstration of the impact of response bias on the results of patient satisfaction surveys. *Health Services Research*, 37, 1403-1417.
- McLachlan S.A., Allenby A., Matthews J., Wirth A., Kissane D., Bishop M. et al. (2001). Randomized trial of coordinated psychosocial interventions based on patient self-assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 4117-4125.
- Mehnert A., Hund B., Härter M. (2011). Komorbidität psychischer Störungen und psychischer Belastung bei Krebspatienten - Häufigkeiten und Besonderheiten der Diagnostik. *Nervenheilkunde*, 30, 117-123.
- Mehnert A. & Koch U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 383-91.
- Mehnert A., Lehmann C., Graefen M., Huland H., Koch U. (2009). Psychische Belastung und Lebensqualität bei Prostatakrebspatienten im Behandlungsverlauf. In Koch U., Weis J. (Hrsg.), *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung* (S.15-27). Göttingen: Hogrefe.
- Mehnert A., Petersen C., Koch U. (2003). Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 1, 77-84.

- Mitchell A.J., 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 Oncology*, 12, 160-174.
- Moore C., Wisnivesky J., Williams S., McGinn T. (2003). Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 646-651.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2004). Distress Treatment Guidelines. American Cancer Society. Im Internet unter: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp (Zugriff April 2011).
- Nationaler Krebsplan (NKP). (2010). Im Internet unter: <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/k/nationaler-krebsplan.html> (Zugriff 30. Mai 2011).
- National Breast Cancer Centre, National Cancer Control Initiative (NHMCR). (2003). Clinical practiceguidelines for the psychosocial care of adults with cancer. Commonwealth of Australia, Canberra. Im Internet unter: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp90.pdf (Zugriff 30. Mai 2011).
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004). Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. Im Internet unter: <http://www.nice.org.uk/csgsp> (Zugriff 15. Mai 2011).
- Newell S., Sanson-Fisher R.W., Savolainen N.J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancerpatients: Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 558-584.
- Ofman U.S. (1995) Preservation of function in genitourinary cancers: psychosexual and psychosocial issues. *Cancer Investigation*, 13, 125-131.
- Onkoziert. Im Internet unter: <http://www.onkoziert.de/index.htm> (Zugriff 10. April 2011).

- Overbeck-Schulte B. (2009). Im Internet unter: http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2009/mai/psychoonkologie/versorgung/index_ger.html (Zugriff 10. April 2011).
- Pascoe S.W., Neal R.D., Allgar V.L., Selby P.J., Wright E.P. (2004). Psychosocial care for cancer patients in primary care? Recognition of opportunities for cancer care. *Family Practice*, 21, 437-442.
- Pollak K.I., Arnold R.M., Jeffreys A.S., Alexander S.C., Olsen M.K., Abernethy A.P. et al. (2007). Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 5748-5752.
- Rebscher H. (2010). Die Zergliederung des deutschen Gesundheitswesens. *Forum*, 2, 20-22.
- Robert Koch-Institut. (2010). *Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends* (7. Ausgabe). Im Internet unter: www.rki.de/krebs (Zugriff 10. April 2011).
- Ryan H., Schofield P., Cockburn J., Butow P., Tattersall M., Turner J. et al. (2005). How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 14, 7-15
- Scheddel P. (2000). Psychometrische Überprüfung der Kurzform des Fragebogens zur Belastung Krebskranker (FKB-R10). Diplomarbeit, Justus-Liebig Universität Gießen.
- Schuhmacher A. (2004). Stellenwert der Psychoonkologie im neuen deutschen Gesundheitssystem. *Onkologe*, 10, 98-102.
- Schwarz R. (2000) Psychosoziale Onkologie: Position, Prinzipien und Perspektiven. *Forum*, 15, 22-24.
- Singer S., Bringmann H., Hauss J., Kortmann R-D., Köhler U., Krauß O. et al. (2007). Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132, 2071-2076.
- Singer S., Das-Munshi J., Brähler E. (2010). Prevalence of mental health conditions in cancer

- patients in acute care - a meta-analysis. *Annals of Oncology*, 21, 925-930.
- Sozialgesetzbuch (SGB). Im Internet unter: www.sozialgesetzbuch.de.
- Spiegel D. & Kato P.M. (2000). Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In Larbig W., Tschuschke V. (Hrsg.). *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnis* (S.111-150.). München: Reinhardt.
- Statistisches Bundesamt Deutschland. Im Internet unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/> (Zugriff 10. Mai 2011).
- Taenzer P., Bultz B.D., Carlson L.E., Speca M., DeGagne T., Olson K. et al. (2000). Impact of computerized quality of life screening on physician behaviour and patient satisfaction in lung cancer outpatients. *Psycho-Oncology*, 9, 203-213.
- Tari S. & Heußner P. (2009). Beratung und Information. Qualitätsgesicherte Entscheidungshilfen für onkologische Patienten und ihre Angehörigen. In Heußner P., Bessler M., Dietzfelbinger H., Fegg M., Lang K., Pouget-Schors D. et al. (Hrsg.). *Manual Psychoonkologie: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge*. (S. 103-106) München: Zuckschwerdt.
- Teichmann J.V. (2002). Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen. *Rehabilitation*, 41, 53-63.
- Van den Brink-Muinen A., van Dulmen S., Messerli-Rohrbach V., Bensing J. (2002). Do gender dyads have different communication patterns? A comparative study in western- European general practices. *Patient Education and Counseling*, 48, 253-264.
- Velikova G., Booth L., Smith A.B., Brown P.M., Lynch P., Brown J.M., et al. (2004). Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 714-724.
- Weis J. (2009). Zum Selbstverständnis der Psychoonkologie (PO). *Forum*, 24, 32-34.

- Weis J., Heckl U., Muthny F., Nowak C., Stump S., Kepplinger J. (1993). Erfahrungen mit einem psychosozialen Liaisondienst auf onkologischen Stationen einer Akutklinik. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 43, 21-29.
- Weis J. & Koch U. (1998). Betreuungsbedarf, Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmeprozesse - Eine theoretische Einführung. In Koch U. & Weis J. (Hrsg.). *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung* (S.195-182). Stuttgart: Schattauer.
- Weis J. & Schwarz R. (2011). Psychoonkologie und Rehabilitation. Im Internet unter: <http://www.pso-ag.de/intro1.htm> (Zugriff April 2011).
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). Im Internet unter: http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf (Zugriff 10. April 2011).
- Wiesinger H. (2006). Leitlinien der Allgemeinchirurgischen Abteilung (abteilungsintern). Abteilung für Allgemein- und Gefäßchirurgie, LKH Villach.
- Wilhelm P. & Perrez M. (2008). Ambulantes Assessment in der Klinischen Psychologie und Psychiatrie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 56, 169-179.
- Wilson S., Ruscoe W., Chapman M., Miller R. (2001). General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 21, 104-108.
- Zabora J., Binzenhofeszoc K., Burbow B., Hooker C., Piantadosi S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10,19-28.
- Zenger M., Ernst J., Götze H., Stolzenburg J-U., Hinz A. (2010). Betreuungsbedarf und Betreuungswunsch von Patienten mit Prostatakarzinom - eine Längsschnitterhebung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 19, 51-59.

11. Anhang

11.1 Messinstrumente

11.1.1 Studieninformation und Einwilligungserklärung Patienten

11.1.2 Studieninformation und Einwilligungserklärung Ärzte

11.1.3 Messinstrumente stationär (t1)

11.1.4 Messinstrumente nachstationär (t2) Patienten

11.1.5 Messinstrumente nachstationär (t2) Ärzte

11.2 Anleitung zur Erstellung des Psychoonkologischen Befunds

11.1 Messinstrumente

11.1.1 Studieninformation und Einwilligungserklärung Patienten

PATIENTENINFORMATION

Die Funktion des Entlassungsberichtes für die Weiterbehandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in diesem von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojekt werden zwei verschiedene Formen von Entlassungsberichten im Hinblick auf die Nützlichkeit für die Weiterbehandlung verglichen. Eine Form enthält Zusatzinformationen über Ihre Befindlichkeit auf Basis einer kurzen Befragung. Die zweite Form entspricht dem kliniküblichen Entlassungsbericht.

Grundsätzlich entsteht Ihnen durch die Zuordnung zu einer der beiden Gruppen kein Nachteil, da wir nicht wissen, welche Art des Berichtes für die Weiterbehandlung nützlicher ist.

Die Befragung findet ca. 1-2 Monate nach Ihrer Entlassung statt. Sie werden zu Ihrer Lebensqualität und Ihrer Behandlungszufriedenheit sowie zu Ihrem Arztbesuch befragt.

Die in dieser Studie erhobenen Daten werden für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und ggf. veröffentlicht. Dazu werden Ihre persönlichen Daten ohne Nennung Ihres Namens gespeichert und weitergegeben. Falls es Sie interessiert, können Sie jederzeit darüber Auskunft erhalten, welche Ihrer Daten erfasst sind.

Zur Überprüfung der Qualität der Daten werden auch Dritte Einsicht in die Originaluntersuchungsunterlagen haben. Die beteiligten Personen werden dabei die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und die ärztliche Schweigepflicht einhalten.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass daraus Nachteile für Ihre ärztliche oder pflegerische Versorgung entstehen.

Durch die Teilnahme an der Studie entstehen Ihnen keine Kosten.

Die Studie wird ausschließlich im Interesse der Technischen Universität München bzw. der Universität Leipzig durchgeführt.

Wir würden uns sehr freuen, wenn wir Ihr Interesse an einer Teilnahme wecken konnten. Sie würden einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Behandlung onkologischer Patienten leisten.

Sollten Sie weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit an die verantwortliche Projektmitarbeiterin (Name, Telefon) wenden.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**Die Funktion des Entlassungsberichtes für die Weiterbehandlung**

Hiermit erkläre ich

Vorname, Name _____ Geburtsdatum

dass ich über die Studie und deren Ablauf informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, Nachfragen zu stellen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist und ich daher die Teilnahme jederzeit ohne Begründung oder Nachteile für meine Behandlung abbrechen kann.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Patienten- und Krankheitsdaten entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt und ohne den Namen weitergegeben und ausgewertet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt angeschrieben wird und zu meinem Krankenhausentlassungsbericht befragt wird und dass ich selbst zur Weiterbehandlung befragt werde.

Meine Adresse ist:

Strasse/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Stadt: _____ Tele-
fon: _____

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung wurden mir ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift der Studienleitung

11.1.2 Studieninformation und Einwilligungserklärung Ärzte

STUDIENINFORMATION

Die Funktion des Entlassungsberichtes für die Weiterbehandlung

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir wenden uns an Sie mit der Bitte um Ihre Unterstützung eines von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojektes. Ziel ist der Vergleich zwei verschiedener Versionen von Entlassungsberichten im Hinblick auf die Nützlichkeit für die Weiterbehandlung, hier von Ihrer Patientin/Ihres Patienten _____ . Eine Version enthält Zusatzinformationen über die Befindlichkeit des Patienten, die zweite Version entspricht dem kliniküblichen Entlassungsbericht.

Wir bitten Sie, den Entlassungsbericht sowie den ersten Kontakt, den Sie mit dem o.g. Patienten nach der Entlassung aus der Klinik hatten zu beurteilen. Dies beinhaltet die Beantwortung eines kurzen Fragebogens bzw. Telefoninterviews sowie die Unterschrift der Einwilligungserklärung. Ihr(e) Patient(in) hat uns schriftlich ihr/sein Einverständnis gegeben, dass wir Sie diesbezüglich kontaktieren und befragen dürfen und dass er/sie ebenfalls zu dem Arztkontakt befragt wird.

Die in dieser Studie erhobenen Daten werden für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und ggf. veröffentlicht. Dazu werden Ihre persönlichen Daten ohne Nennung Ihres Namens gespeichert und weitergegeben. Falls es Sie interessiert, können Sie jederzeit darüber Auskunft erhalten, welche Ihrer Daten erfasst sind.

Zur Überprüfung der Qualität der Daten werden auch Dritte Einsicht in die Originaluntersuchungsunterlagen haben. Die beteiligten Personen werden dabei die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und die ärztliche Schweigepflicht einhalten.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Durch die Teilnahme an der Studie entstehen Ihnen keine Kosten.

Die Studie wird ausschließlich im Interesse der Technischen Universität München bzw. der Universität Leipzig durchgeführt.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie an der Studie teilnehmen.

Sollten Sie weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit an die verantwortliche Projektmitarbeiterin (Name, Telefon) wenden.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Die Funktion des Entlassungsberichtes für die Weiterbehandlung

Hiermit erkläre ich

Vorname, Name _____ Geburtsdatum _____,
dass ich über die Studie und deren Ablauf informiert wurde.

Ich wurde darüber informiert, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist und ich daher die Teilnahme jederzeit ohne Begründung abbrechen kann.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt und ohne den Namen weitergegeben und ausgewertet werden.

Eine Kopie der Studieninformation und der Einwilligungserklärung wurden mir zugeschickt.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift der Studienleitung

11.1.3 Messinstrumente stationär (t1)

1. Soziodemographische und medizinische Angaben

Code: _____

Soziodemographische und medizinische Angaben			
Alter:		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	
Feste Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig <input type="checkbox"/> Hausarbeit	<input type="checkbox"/> Krankgeschrieben <input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Sonstiges:.....
Höchste Berufsausbildung:	<input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> andere Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Fachhochschule <input type="checkbox"/> keine Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Universität, Hochschule
Tumor-Diagnose / Lokalisation	<input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> Hoden <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Blase	<input type="checkbox"/> Harnwege <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Nierenbecken <input type="checkbox"/> Nebenniere <input type="checkbox"/> Sonstige	
Metastasen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) /.....		<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Ersterkrankung <input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> Zweittumor <input type="checkbox"/> Remission	<input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Scala 0-4)	<input type="checkbox"/> ₀ Normale Aktivität <input type="checkbox"/> ₁ Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig <input type="checkbox"/> ₂ Zeitweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit <input type="checkbox"/> ₃ Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen <input type="checkbox"/> ₄ Patient ist ständig bettlägerig		

2. PO-Bado-Interview (Interventionsgruppe)

Innerhalb der letzten 3 Tage war der Patient:

nicht belastet	wenig belastet	mittel- mäßig belastet	ziemlich belastet	sehr belastet
----------------	----------------	---------------------------	-------------------	---------------

Erschöpfung / Mattigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteren Problemen, z.B. im sozialen / familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>die Probleme sind folgende (Freitext):</i>					

11.1.4 Messinstrumente nachstationär (t2): Patienten

Befragung zur Behandlungszufriedenheit

(wird von Studienleitung ausgefüllt)

Datum: _____

Code: _____

Urologe₁ oder Hausarzt₂: _____

Sehr geehrte(r) Patient(in),

die folgenden Fragen beziehen sich auf den ersten Kontakt mit Ihrem Urologen/ Hausarzt (bzw. dem Arzt, der Sie in die Klinik eingewiesen hat) nach Ihrer Entlassung aus der Klinik. Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen erst nach dem Besuch bei Ihrem Arzt.

1. Wann waren Sie bei Ihrem Arzt (bzw. bei dem Arzt, der Sie in die Klinik eingewiesen hat)?

Vor ____ Tagen

2. Hat Ihr Arzt bei diesem Besuch Ihr seelisches Befinden oder die Bewältigung Ihrer Erkrankung angesprochen?

₁ Ja

₂ Nein,
dann bitte weiter bei Frage 6

3. Hat der Arzt Ihnen Empfehlungen zu der seelischen Verarbeitung Ihrer Krebserkrankung gegeben?

₁ Ja, welche? _____

₂ Nein,
dann bitte weiter bei Frage 6

4. Waren die Empfehlungen hilfreich für Sie?

₁ Ja

₂ Nein

5. Haben Sie einige der Empfehlung in Anspruch genommen bzw. umgesetzt?

₁ Ja, folgende Maßnahmen:

₂ bisher noch nicht, aber geplant

₃ Nein, auch nicht geplant

6. Im Ganzen betrachtet, wie würden Sie den letzten Besuch in der Praxis beurteilen?

- ₁ Schlecht ₄ Sehr gut
₂ Mittelmäßig ₅ Ausgezeichnet
₃ Gut

7. Können Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt in der Praxis auch sehr persönliche Dinge vertrauensvoll besprechen?

- ₁ Ja, immer ₃ Nein
₂ Manchmal ₄ Möchte / brauche ich (bisher) nicht

8. Wird Ihre familiäre und sonstige Lebenssituation bei der jetzigen Behandlung ausreichend berücksichtigt?

- ₁ Ja, voll und ganz ₃ Nein
₂ Einigermaßen ₄ Nicht notwendig

**9. Worüber möchten Sie von der Praxis noch besser informiert werden?
(Mehrfachantworten möglich)**

- ₁ Meine Krankheit ₅ Alternativen zur Schulmedizin ₉ Selbsthilfegruppen
₂ Meine Behandlung ₆ Ernährung ₁₀ Sonstiges
₃ Die Nebenwirkungen ₇ Den wissenschaftlichen Fortschritt ₁₁ Kein Bedarf
₄ Bewegung/Sport ₈ Psychotherapeutische Angebote

10. Würden Sie diese Praxis bei Bedarf Ihrer Familie oder Ihren Freunden weiterempfehlen?

- ₁ Ja, ohne Einschränkungen
₂ Ja, wahrscheinlich
₃ Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

11.1.5 Messinstrumente nachstationär (t2): Ärzte

a) Kontrollgruppe

Die Funktion des Entlassungsberichtes für die Weiterbehandlung

Betrifft Ihren Patienten: _____

Sehr geehrte(r) Kollege(in),

wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Dieser bezieht sich auf den ersten Kontakt mit dem/der Patient(in) nach der Klinikentlassung.

1. Wie beurteilen Sie den Entlassungsbericht der Klinik?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| verständlich | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| praxisnah | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| hilfreich für das Gespräch mit dem Patienten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| hilfreich für die Weiterbehandlung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

2. Enthielt der Entlassungsbericht Informationen zum psychischen Befinden des Patienten?

- Ja Nein

3. Haben Sie Ihren Patienten auf dessen aktuelles psychisches Befinden angesprochen?

- Ja Nein Nicht angebracht

4. Haben Sie Ihrem Patienten Behandlungsempfehlungen zur Verbesserung seines psychischen Befindens gegeben?

- Ja, welche? _____ Nein Nicht angebracht

5. Wie häufig war der Patient bei Ihnen in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

- 1 mal 2-4 mal > 4 mal

Bitte beantworten Sie nun noch einige Fragen zu Ihrer Person/Berufserfahrung:

6. Wie viele Jahre sind Sie bereits niedergelassen?

_____ Jahre

7. Wie hoch ist der Anteil von Tumorpatienten in Ihrer Praxis?

- Patienten pro Quartal: 0-5 6-10 11-15 >15

8. Bitte geben Sie an, welche der folgenden Facharzt- bzw. Zusatzqualifikationen Sie haben:

- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- FA Psychiatrie und Psychotherapie
- Zusatzbezeichnung Psychotherapie
- Zusatzbezeichnung Psychoanalyse
- Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
- Psychosomatische Grundversorgung
- Psychoonkologische Fortbildung
- Andere (z.B. Traumatherapie, Körpertherapie) _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

b) Interventionsgruppe:**Die Funktion des Entlassungsberichtes für die Weiterbehandlung**

Betrifft Ihren Patienten: _____

Sehr geehrte(r) Kollege(in),

wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Diese beziehen sich auf den ersten Kontakt mit dem/der Patient(in) nach der Klinikentlassung.

1. Wie beurteilen Sie den „Psychoonkologischen Befund“ im Entlassungsbericht der Klinik?

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| ist mir nicht aufgefallen | <input type="checkbox"/> | Ja (dann bitte weiter bei Frage 2) | |
| verständlich | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| praxisnah | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| hilfreich für das Gespräch mit dem Patienten | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| hilfreich für die Weiterbehandlung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| überflüssig | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

2. Haben Sie Ihren Patienten auf dessen aktuelles psychisches Befinden angesprochen?

- Ja Nein Nicht angebracht

3. Haben Sie Ihrem Patienten Behandlungsempfehlungen zur Verbesserung seines psychischen Befindens gegeben?

- Ja, welche? _____ Nein Nicht angebracht

4. Wie häufig war der Patient bei Ihnen in den letzten 12 Monaten in Behandlung?

- 1 mal 2-4 mal > 4 mal

Bitte beantworten Sie nun noch einige Fragen zu Ihrer Person/Berufserfahrung:

5. Seit wie vielen Jahren sind Sie bereits niedergelassen?

Seit _____ Jahren

6. Wie hoch ist gegenwärtig der Anteil von Tumorpatienten in Ihrer Praxis?

Patienten pro Quartal: 0-5 6-10 11-15 >15

7. Bitte geben Sie an, welche der folgenden Facharzt- bzw. Zusatzqualifikationen Sie haben:

- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 FA Psychiatrie und Psychotherapie
 Zusatzbezeichnung Psychotherapie
 Zusatzbezeichnung Psychoanalyse
 Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
 Psychosomatische Grundversorgung
 Psychoonkologische Fortbildung
 Andere (z.B. Traumatherapie, Körpertherapie) _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

11.2 Anleitung zur Erstellung des Psychoonkologischen Befunds im Entlassungsbericht

UNIVERSITÄT LEIPZIG

Selbstständige Abteilung für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Psychosoziale Onkologie

 Psychosoziale
Onkologie
Klinikum rechts der Isar / TUM
Psychoonkologischer Befund

Forschungsprojekt:

Die Funktion des Entlassungsberichtes für die psychosoziale Betreuung von Tumorpatienten an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Gefördert von der Deutschen Krebshilfe e.V.

Zusammenfassung

Im Mittelpunkt dieses Forschungsprojektes steht die Frage, ob sich die Versorgungsqualität onkologischer Patienten durch die systematische Ergänzung der stationären Entlassungsberichte um einen psychoonkologischen Kurzbefund optimieren lässt. Die Intervention sieht vor, dass die behandelnden Ärzte bzw. Psychologen urologische Tumorpatienten vor der Entlassung bzgl. ihrer psychosozialen Belastung einschätzen (Kurzform der Psychoonkologischen Basisdokumentation auf der Basis eines standardisierten Kurzinterviews; PO-Bado-KF, Herschbach et al. 2008) und das Ergebnis in Form standardisierter Textbausteine (*Psychoonkologischer Befund*) in den Entlassungsbericht einfügen. Im weiteren Verlauf werden die Adressaten der Berichte (niedergelassene Urologen/Hausärzte) darüber befragt, ob sie den *Psychoonkologischen Befund* als hilfreich für das Gespräch und die weitere Behandlung empfanden. Der Patient selbst beantwortet einen Fragebogen zum Gespräch mit seinem Urologen, zur Lebensqualität und zur Patientenzufriedenheit. Diese Intervention wird verglichen mit der „Wirkung“ des herkömmlichen Entlassungsberichtes (ohne *Psychoonkologischen Befund*).

Interview (PO-Bado-KF):

Innerhalb der letzten 3 Tage war der Patient:	nicht belastet	wenig belastet	mittel-mäßig belastet	ziemlich belastet	sehr belastet
Erschöpfung / Mattigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteren Problemen, z.B. im sozialen / familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>die Probleme sind folgende (Freitext):</i>					

Anleitung zur Erstellung des *Psychoonkologischen Befunds* im Entlassungsbericht

Diese Anleitung dient der Erstellung des Textbausteines *Psychoonkologischer Befund* im Entlassungsbericht der Klinik. Dazu werden wie im Folgenden sichtbar, die Ergebnisse der Psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado-KF) in drei Belastungsbereiche (farblich gekennzeichnet) und Ausprägungsgrade (keine, mittlere, hohe Belastung) eingeteilt. Den Belastungsbereichen und Ausprägungsgraden entsprechend enthält die Anleitung einen spezifischen *Psychoonkologischen Befund* mit Behandlungsempfehlung für den nachbehandelnden Arzt. Insgesamt ergeben sich daraus 7 Textbausteine.

Belastungsbereiche und Ausprägungsgrade der PO-Bado-KF:

Die fünf Einzelfragen der PO-Bado-KF werden in drei Belastungsbereiche eingeteilt (körperlich, psychisch und sozial), ebenso werden die fünf Ausprägungsgrade in drei zusammengefasst (keine, mittlere und hohe Belastung).

		Belastung:				
		keine		mittlere	hohe	
		nicht belastet	wenig belastet	mittel-mäßig belastet	ziemlich belastet	sehr belastet
körperliche Belastung	Erschöpfung / Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychische Belastung	Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Belastung	Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	weitere Probleme, z.B. im sozialen / familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzl. Belastung	<i>die Probleme sind folgende (Freitext):</i> _____ _____					

Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, auf zusätzliche Belastungen hinzuweisen (siehe Freitext). Diese wird dann als „Besondere zusätzliche Belastung“ in den *Psychoonkologischen Befund* eingetragen. Dies ist unabhängig von der Belastungsausprägung (Beispiel siehe Seite 4).

Textbaustein 1: „Keine Belastung“

Angekreuzt ist nur die Belastungsausprägung „nicht belastet“ und „wenig belastet“ („keine Belastung“). Die einzelnen Belastungsbereiche sind dabei nicht von Bedeutung; es wird keine Behandlungsempfehlung gegeben.

	Belastung:				
	keine	keine	mittlere	mittlere	hohe
	nicht belastet	wenig belastet	mittel-mäßig belastet	ziemlich belastet	sehr belastet
Erschöpfung / Mattigkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Probleme, z.B. im sozialen / familiären Bereich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>die Probleme sind folgende (Freitext):</i>					

Eingesetzt wird folgender Textbaustein:

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden in den Bereichen „Erschöpfung / Mattigkeit“, „Stimmungsschwankungen“, „Angst“, „Depressivität“, „Alltagsbewältigung“ und „Sozialer/familiärer Bereich“ erhoben; es ergab sich kein Hinweis auf eine ausgeprägte Belastungsreaktion.

Textbaustein 2: „Mittlere Belastung“

Angekreuzt ist die Belastungsausprägung „nicht belastet“, „wenig belastet“ („keine Belastung“) und „mittelmäßig belastet“ („mittlere Belastung“).

Sobald ein Belastungsbereich „mittelmäßig belastet“ („mittlere Belastung“) angekreuzt ist, wird eine allgemeine Behandlungsempfehlung gegeben. Die Belastungsbereiche sind dabei nicht von Bedeutung.

Belastung: keine mittlere hohe

	nicht belastet	wenig belastet	mittelmäßig belastet	ziemlich belastet	sehr belastet
Erschöpfung / Mattigkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Probleme, z.B. im sozialen / familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Probleme sind folgende (Freitext): <i>finanzielle Sorgen</i>					

Beispiel

Eingesetzt wird folgender Textbaustein:

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und ergab folgendes Ergebnis:

	Keine Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung
Erschöpfung / Mattigkeit	X		
Stimmungsschwankungen		X	
Angst		X	
Depressivität	X		
Alltagsbewältigung	X		
Sozialer/familiärer Bereich		X	

Besondere zusätzliche Belastung: Finanzielle Sorgen.

Empfehlung: Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung(en) durch gezieltes Nachfragen weiter zu verfolgen.

Textbaustein 3a): „Hohe (körperliche) Belastung“

Generell gilt:

Wenn bei einem Belastungsbereich „ziemlich belastet“ **oder** „sehr belastet“ („hohe Belastung“) angekreuzt ist, wird **entsprechend der drei Belastungsbereiche** (körperlich, psychisch, sozial) **eine spezifische** Behandlungsempfehlung gegeben. Die Belastungsbereiche mit Ausprägungsgrad „nicht belastet“, „wenig belastet“ („keine Belastung“) und „mittelmäßig belastet“ („mittlere Belastung“) sind für die Behandlungsempfehlung **nicht** von Bedeutung.

Angekreuzt ist der Bereich „Erschöpfung Mattigkeit“ in der Kategorie „ziemlich belastet“ **oder** „sehr belastet“ („hohe Belastung“). In den übrigen Bereichen besteht keine oder mittlere Belastung.

D.h. eine spezifische Behandlungsempfehlung wird **nur** für „Erschöpfung Mattigkeit“ gegeben.

Belastung: keine mittlere hohe

	nicht belastet	wenig belastet	mittelmäßig belastet	ziemlich belastet	sehr belastet
Erschöpfung / Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Probleme, z.B. im sozialen / familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Probleme sind folgende (Freitext):					

Eingesetzt wird folgender Textbaustein:

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und ergab folgende Belastungen:

	Keine Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung
Erschöpfung / Mattigkeit			X
Stimmungsschwankungen		X	
Angst		X	
Depressivität	X		
Alltagsbewältigung		X	
Sozialer/familiärer Bereich	X		

Empfehlung: Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung durch gezieltes Nachfragen weiter zu verfolgen.

Textbaustein 3b): „Hohe (psychische) Belastung“

Angekreuzt ist mindestens einer der psychischen Bereiche: „Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit“, „Angst / Sorgen / Anspannung“, oder „Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität“ in der Kategorie „ziemlich belastet“ oder „sehr belastet“ („hohe Belastung“). In den übrigen Bereichen besteht keine oder mittlere Belastung. D.h. eine spezifische Behandlungsempfehlung wird **nur** für die drei u.g. psychischen Belastungen gegeben (der 1. Teil der Empfehlung bleibt in diesem Fall unspezifisch).

Belastung: keine mittlere hohe

	nicht belastet	wenig belastet	mittel-mäßig belastet	ziemlich belastet	sehr belastet
Erschöpfung / Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Probleme, z.B. im sozialen / familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Probleme sind folgende (Freitext):					

Eingesetzt wird folgender Textbaustein:

Psychoonkologischer Befund
 Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und ergab folgende Belastungen:

	Keine Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung
Erschöpfung / Mattigkeit		X	
Stimmungsschwankungen			X
Angst		X	
Depressivität	X		
Alltagsbewältigung		X	
Sozialer/familiärer Bereich		X	

Empfehlung: Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung(en) durch gezieltes Nachfragen weiter zu verfolgen und ggf. eine psychotherapeutische, bzw. psychopharmakologische Behandlung einzuleiten.

Textbaustein 3c): „Hohe (soziale) Belastung“

Angekennzeichnet ist mindestens einer der sozialen Bereiche: „Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Leben“, oder „weitere Probleme, z.B. im sozialen / familiären Bereich“, in der Kategorie „ziemlich belastet“ oder „sehr belastet“ („hohe Belastung“). In den übrigen Bereichen besteht keine oder mittlere Belastung.

D.h. eine spezifische Behandlungsempfehlung wird **nur** für die zwei u.g. sozialen Belastungen gegeben (der 1. Teil der Empfehlung bleibt in diesem Fall unspezifisch).

Belastung: keine mittlere hohe

	nicht belastet	wenig belastet	mittel-mäßig belastet	ziemlich belastet	sehr belastet
Erschöpfung / Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Probleme, z.B. im sozialen / familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
die Probleme sind folgende (Freitext):					

Eingesetzt wird folgender Textbaustein:

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und ergab folgende Belastungen:

	Keine Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung
Erschöpfung / Mattigkeit	X		
Stimmungsschwankungen		X	
Angst		X	
Depressivität	X		
Alltagsbewältigung		X	
Sozialer/familiärer Bereich			X

Empfehlung: Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung(en) durch gezieltes Nachfragen weiter zu verfolgen und ggf. eine Sozialberatung zu vermitteln.

Textbaustein 4: „Hohe (psychische und soziale) Belastung“

Angekreuzt ist mindestens einer der psychischen **und** sozialen Bereiche in der Kategorie „ziemlich belastet“ **oder** „sehr belastet“ („hohe Belastung“).

Merke: Die körperliche Belastung „Erschöpfung Mattigkeit“ ist in diesem Fall für die Empfehlung nicht von Bedeutung, da der 1. (und unspezifische) Teil der Empfehlung „Erschöpfung Mattigkeit“ bei hoher Belastung im psychischen oder sozialen Bereich **immer** vorhanden ist.

D.h. spezifische Behandlungsempfehlungen werden nur für die beiden o.g. Belastungsbereiche (psychisch und sozial) gegeben (der 1. Teil der Empfehlung bleibt wieder unspezifisch).

Belastung: keine mittlere hohe

	nicht belastet	wenig belastet	mittel-mäßig belastet	ziemlich belastet	sehr belastet
Erschöpfung / Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Probleme, z.B. im sozialen / familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
die Probleme sind folgende (Freitext): _____					

Eingesetzt wird folgender Textbaustein:

Psychoonkologischer Befund

Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und ergab folgende Belastungen:

	Keine Belastung	Mittlere Belastung	Hohe Belastung
Erschöpfung / Mattigkeit			X
Stimmungsschwankungen			X
Angst			X
Depressivität	X		
Alltagsbewältigung		X	
Sozialer/familiärer Bereich			X

Empfehlung: Wir empfehlen, den Verlauf der o.g. Belastung(en) durch gezieltes Nachfragen weiter zu verfolgen und ggf. eine psychotherapeutische, bzw. psychopharmakologische Behandlung einzuleiten und bei Bedarf eine Sozialberatung zu vermitteln.

Textbaustein 5: „Hohe (allgemeine) Belastung“

Angekreuzt sind alle Bereiche (körperlich **und** psychische **und** sozial) in der Kategorie „ziemlich belastet“ **oder** „sehr belastet“ („hohe Belastung“).

	Belastung:				
	keine		mittlere	hohe	
	nicht belastet	wenig belastet	mittel-mäßig belastet	ziemlich belastet	sehr belastet
Erschöpfung / Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst / Sorgen / Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
weitere Probleme, z.B. im sozialen / familiären Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>die Probleme sind folgende (Freitext):</i>					

Eingesetzt wird folgender Textbaustein:

Psychoonkologischer Befund
 Vor der Entlassung wurde das psychosoziale Befinden erhoben und deutete in den Bereichen „Erschöpfung / Mattigkeit“, „Stimmungsschwankungen“, „Angst“, „Depressivität“, „Alltagsbewältigung“ und „Sozialer/familiärer Bereich“ auf eine ausgeprägte Belastung hin.

Empfehlung: Wir empfehlen die Einleitung einer psychotherapeutischen, bzw. psychopharmakologischen Behandlung.