

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Sektion Psychosoziale Onkologie
Klinikum rechts der Isar
der Technischen Universität München

Zufriedenheit mit der psychoonkologischen Behandlung

Eine Qualitätssicherungsstudie an einer psychosomatischen Universitätsklinik

Torsten Frank Georg Schmitz

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier
Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. P. Herschbach
2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 06.08.2009 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 16.12.2009 angenommen.

Danksagung

Zu Beginn ist mir wichtig den Menschen zu danken, die mich während meiner Arbeit zur Dissertation begleitet haben.

An erster Stelle danke ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Peter Herschbach, der mir die Möglichkeit gab, in der von ihm geleiteten Sektion Psychosoziale Onkologie der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München diese Dissertation anzufertigen. Dabei möchte ich besonders hervorheben, dass er eine unabhängige Bearbeitung des Themas zuließ und mich stets ermutigte, offen Kritik zu üben. Er wies mich sowohl während der Arbeit am Qualitätssicherungsprojekt in seiner Sektion, als auch beim Verfassen der vorliegenden Schrift mehrfach darauf hin, dass es ihm von großer Wichtigkeit sei, dass ich Missstände, die sich zeigten, in direkter Form ansprechen und in der Dissertation beschreiben solle. Diese Arbeitsumstände waren eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Arbeit an der Qualitätssicherung und der Dissertation sinnvoll umgesetzt werden konnte. Zusätzlich bedanke ich mich für seine Hilfestellung bei der Ausarbeitung der Thematik, seine Zeit für Diskussionen, die stete Unterstützung bei auftretenden Problemen während des gesamten Forschungsverlaufes, seine konstruktiven Verbesserungsvorschläge an meiner Arbeit und seine bemerkenswerte Fairness im persönlichen Umgang.

Frau Dipl. Psych. Celia Pirker danke ich herzlich für ihre Betreuung bei dieser Doktorarbeit, für ihr Engagement und ihre Hilfsbereitschaft während der gesamten Arbeitszeit und für hilfreiche fachliche Hinweise und Informationen. Bei Frau Dr. Birgitt Marten-Mittag bedanke ich mich für die wertvolle Fachberatung zu Fragen der statistischen Auswertung.

Den am Projekt beteiligten Psychoonkologinnen danke ich sehr für ihre Bereitschaft an dieser Arbeit mitzuwirken, für den zusätzlichen Arbeitsaufwand und ihre Offenheit mit der sie mir in Gesprächen und in den Teamsitzungen ihre Sichtweisen und Erfahrungen darlegten, für die Arbeit der Erstellung des Fragebogens EPOQ sowie ihre Dokumentationen, die wesentlich zu meinen Erkenntnissen beitrugen. Insbesondere geht mein Dank an Frau Dipl. Psych. Ene Kukk für die Arbeiten im Vorfeld des Projektes, an Frau Dipl. Psych. Katrin Book für Tipps und Korrekturen zu Form- und Verständnisfehlern in der Dissertation sowie an die „gute Seele“ des Hauses Frau Ingeborg Reiner für ihre große Hilfe bei Logistik- und Koordinationsaufgaben im Sekretariat.

Herrn Prof. Dr. Peter Henningsen, dem Direktor der Klinik, danke ich für seine uneingeschränkte Unterstützung dieses Vorhabens und die Bereitstellung sämtlicher Ressourcen, die zur Organisation und Durchführung der Qualitätssicherungs-Studie erforderlich waren.

Mein besonderer Dank gilt allen Frauen und Männern, die trotz ihrer akuten Krebserkrankung die Mühe auf sich nahmen, sich an den Fragebogenerhebungen zu beteiligen.

Für wichtige fachliche Ratschläge, bereichernde Diskussionen und Informationen zu aktuellsten Entwicklungen in den Fachgebieten der Psychoonkologie und des Qualitätsmanagements danke ich Herrn Prof. Dr. Joachim Weis, Frau Dr. Andrea Bernklau, Frau PD Dr. Susanne Sehlen, Frau Prof. Dr. Jimmie Holland und Herrn Dr. Ueli Caflisch ebenso wie meinen Freunden Hansjörg Baurecht und Lukas Bischof.

Von ganzem Herzen möchte ich mich schließlich bei meiner Familie bedanken. Meine Eltern Bettina und Erich waren eine große Hilfe während der Einarbeitungszeit in die wissenschaftliche Tätigkeit und bei Korrekturen des Manuskriptes. Besonders dankbar bin ich Ihnen dafür, dass es Ihnen gelungen ist, mich während meiner gesamten Bildungs- und Ausbildungszeit in meinem Tun zu bestärken. Durch ihre verlässliche Unterstützung gaben sie mir die Möglichkeit meine beruflichen Ziele zu erreichen und gleichzeitig mein Leben frei zu entfalten. Meine Geschwister Markus und Dominik mit Ihren Freundinnen Iris und Irma haben die Unterstützung der Familie jeder auf seine besondere Art bereichert.

Das Leben von Menschen wie Hildegard Fußangel, Susan Wooller und Doris Wegmann – das, was sie miteinander verbindet, aber auch das, was sie von einander unterscheidet – gab mir die Motivation, an diesem Thema zu arbeiten. Ihnen möchte ich diese Arbeit widmen.

Vorbemerkung:

Um den Sprachfluss nicht zu stören, wurde in dieser Dissertation für die Bezeichnung von Personengruppen beiderlei Geschlechts jeweils nur ein generisches Genus verwendet. Alle femininen oder maskulinen Personen-, Berufs- oder Funktionsbezeichnungen beziehen sich jedoch, wenn nicht anders vermerkt, in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	2
Inhaltsverzeichnis.....	4
Verzeichnis der Abkürzungen.....	7
1 Einleitung.....	9
2 Theoretischer Hintergrund	10
2.1 Qualitätsmanagement.....	10
2.1.1 Geschichte und Entwicklung des Qualitätsmanagements.....	10
2.1.2 Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Markt, Wettbewerb und Qualitätsbestrebungen	11
2.1.3 Begriffe und Verfahren des Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.....	12
2.1.3.1 Definition von Qualität im Gesundheitswesen	12
2.1.3.2 Qualitätsmanagement (QM).....	13
2.1.3.3 Qualitätssicherung (QS).....	14
2.1.3.4 Total Quality Management (TQM).....	14
2.1.3.5 Das Plan–Do–Check–Act Schema.....	15
2.1.3.6 Dimensionen des Qualitätsmanagements.....	16
2.1.4 Implementierung von TQM im Gesundheitswesen	17
2.1.5 Internes Qualitätsmanagement – „top-down“ und „bottom-up“	18
2.1.6 Externes Qualitätsmanagement.....	20
2.1.6.1 Externe vergleichende Qualitätssicherung / Benchmarking	20
2.1.6.2 Zertifizierung	21
2.1.6.3 Ziele und Ablauf der Zertifizierung	22
2.1.6.4 Beispiel für Externes QM in der Onkologie – Portrait der Zertifizierung des interdisziplinären Brustzentrum am Klinikum rechts der Isar München.....	23
2.1.7 Methoden der Qualitätssicherung	27
2.1.7.1 Patientenbefragung.....	27
2.1.7.2 Qualitätszirkel	27
2.1.7.3 Leitlinien	28
2.2 Patientenzufriedenheit.....	31
2.2.1 Der Stellenwert der Patientenzufriedenheit innerhalb des Qualitätsmanagements	31
2.2.2 Das Konstrukt Patientenzufriedenheit – Definition, Messbarkeit, Einflüsse.....	31
2.2.2.1 Definition	31
2.2.2.2 Methoden der Zufriedenheitsmessung	32
2.2.2.3 Einflüsse auf die Zufriedenheit	33
2.2.3 Patient-reported Outcomes und Zufriedenheitsbefragungen als QS-Maßnahme	34

2.3 Psychoonkologie	36
2.3.1 Definition und historische Entwicklung der Psychoonkologie.....	36
2.3.1.1 Definition	36
2.3.1.2 Geschichtliche Hintergründe, Entstehung, Entwicklung bis heute.....	36
2.3.2 Strukturelle Versorgungsbedingungen.....	39
2.3.2.1 Aufgaben und Struktur der psychoonkologischen Versorgung	39
2.3.2.2 Forschungsbereiche und Publikationen	40
2.3.2.3 Zukunftsaufgaben der Psychoonkologie.....	41
2.3.3 Psychoonkologische Versorgung in Deutschland.....	42
2.4 Qualitätssicherung in der Psychoonkologie	44
2.4.1 Curriculum „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“	44
2.4.2 Leitlinien der Psychoonkologie	44
2.4.3 Screeningverfahren in der Psychoonkologie.....	47
2.4.3.1 Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado).....	47
2.4.3.2 Global Assessment of Functioning (GAF-Skala)	50
2.4.4 QM-Besonderheiten in der Psychoonkologie	50
2.5 Zusammenfassung.....	54
3 Fragestellung	56
3.1 Hintergrund der Fragestellung	56
3.2 Ziele der Untersuchung.....	56
3.2.1 Aufwand-Nützlichkeits-Analyse (Feasibility Studie).....	56
3.2.2 Determinanten der Patientenzufriedenheit.....	57
4 Material und Methode	58
4.1 Versorgungspraxis der „Sektion Psychosoziale Onkologie“ am MRI.....	58
4.1.1 Psychoonkologischer Konsiliardienst.....	59
4.1.2 Psychoonkologische Ambulanz	60
4.1.3 Struktur des Psychoonkologen-Teams.....	61
4.2 Messinstrumente und verwendete Variablen	62
4.2.1 Ausgangspunkt der Untersuchung	62
4.2.2 Messinstrumente	62
4.2.3 Entwicklung des Fragebogens zur Evaluation Psychoonkologischer Qualität (EPOQ)...	63
4.3 Durchführung der Untersuchung	65
4.3.1 Einschlusskriterien	65
4.3.2 Datenerhebung mittels des Fragebogens EPOQ	66
4.3.3 Datenerhebung mittels PO-Bado und GAF	67
4.4 Statistische Auswertung.....	68

4.5	Therapeuten-Feedback und Benchmarking	70
5	Ergebnisse	71
5.1	Beschreibung der Stichprobe der untersuchten Patienten.....	71
5.1.1	Soziodemographische Daten der Patienten.....	73
5.1.2	Medizinische Merkmale der Patienten.....	75
5.1.3	Merkmale der Belastung der Patienten	77
5.1.4	Soziodemographische Daten der Therapeutinnen.....	78
5.2	Ergebnisse der Feasibility-Studie – Analyse von Aufwand und Nützlichkeit.....	80
5.2.1	Beschreibung des erforderlichen Arbeitsaufwandes zur Durchführung der Untersuchung ..	80
5.2.2	Auftretende Probleme bei Implementierung und Durchführung der QS-Maßnahme.....	82
5.2.3	Folgen der QS-Maßnahme – Veränderungen, Reaktionen, Konsequenzen.....	83
5.2.4	Zusammenfassung der Analyse	84
5.3	Ergebnisse des Fragebogens zur Evaluation Psychoonkologischer Qualität (EPOQ) – Zufriedenheitsbewertung der Patienten	85
5.3.1	Ergebnisse der Zufriedenheitsanalyse bewertet nach Einzelfragen (Items)	85
5.3.2	Vergleich der Zufriedenheit zwischen den Gruppen Konsil/Ambulanz und Lang/Kurz..	90
5.3.3	Zufriedenheitswerte in den soziodemographischen Untergruppen.....	92
5.3.4	Zufriedenheitswerte in den Untergruppen medizinischer Variablen	95
5.3.5	Zufriedenheitswerte in den Untergruppen der Belastung	96
5.3.6	Zufriedenheitswerte in den Untergruppen der Therapeutenmerkmale	98
6	Diskussion	99
6.1	Diskussion der Stichprobe	99
6.2	Diskussion der Ergebnisse der Feasibility-Studie.....	101
6.3	Diskussion der Zufriedenheitsbewertung der Patienten.....	104
6.3.1	Patientenzufriedenheit mit einzelnen Teilbereichen ihrer Betreuung.....	105
6.3.2	Beeinflussung der Patientenzufriedenheit durch Determinanten.....	108
6.4	Diskussion der Methodik	110
7	Zusammenfassung und Ausblick.....	113
8	Literaturverzeichnis.....	116
	Verzeichnis der Abbildungen.....	121
	Verzeichnis der Tabellen	122
	Anhang.....	123

Verzeichnis der Abkürzungen

Abb.	Abbildung
Anm.	Anmerkung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPOS	British Psychosocial Oncology Society
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
bzgl.	bezüglich
CAPO	Canadian Association for Psychosocial Oncology
CSCC	Canadian Strategy for Cancer Control
CSQ	Client Satisfaction Questionnaire
Dapo	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie
Def.	Definition
ders.	derselbe
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DKG	Deutsche Krebs Gesellschaft
DKH	Deutsche Krebshilfe
DQS	Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group (USA)
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
EPOQ	Fragebogen zur Evaluation Psychoonkologischer Qualität
EPOQ-K	EPOQ-Version für Kurzzeitpatienten
EPOQ-L	EPOQ-Version für Langzeitpatienten
et al.	et alii
FBK	Fragebogen zur Belastung von Krebskranken
F-GZ	Faktor der globalen Zufriedenheit
GAF	Global Assessment of Functioning
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ggf.	gegebenenfalls
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale (Deutsche Version)
HRQoL	Health-related Quality of Life
i.d.R.	in der Regel
IBZ	Interdisziplinäres Brustzentrum
IPOS	International Psycho-Oncology-Society
ISO	International Organisation for Standardisation
ISTO	Informationszentrum für Standards in der Onkologie
JCI	Joint Commission International
KH	Krankenhaus
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

KV	Krankenversicherung
M	Mittelwert
MBNQA	Malcolm Baldrige National Quality Award (USA)
MRI	Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
n	Fallzahl
NCCN	National Comprehensive Cancer Network (USA)
NHMRC	National Health and Medical Research Council (Australien)
NICE	National Institute for Clinical Excellence (GB)
p	p-Wert (Überschreitungswahrscheinlichkeit)
PASQOC	Patient Satisfaction and Quality of Life in Oncological Care
PDCA	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
PO	Psychoonkologie
PO-Bado	Psychoonkologische Basisdokumentation
PROs	Patient-reported Outcomes
PSO	Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
S.	Seite
s.	siehe
s.o.	siehe oben
s.u.	siehe unten
SCL-90	Symptom Checklist-90
SD	Standardabweichung
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
Tab.	Tabelle
TQM	Total Quality Management
TUM	Technische Universität München
TÜV	Technischer-Überwachungs-Verein
u.ä.	und ähnliche
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
V-Eff	Variable der Zufriedenheit mit den Effekten der Gespräche
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation der Vereinten Nationen
z.T.	zum Teil
zit.	zitiert
ZR	Zufriedenheitsrating
ZUF-8	Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit

1 Einleitung

Krebskranke Menschen werden oft wegen ihres vermeintlich schrecklichen Schicksals von ihrem Umfeld bemitleidet. In der Tat bedeutet die Eröffnung einer Krebsdiagnose für die Patienten ein einschneidendes Ereignis in ihrem Leben, das meist starke psychosoziale Belastungssituationen mit sich bringt. Doch die Betroffenen kommen oft mit der Rolle des Bemitleideten nicht zurecht, sie hilft ihnen in ihrer Situation nicht weiter. Die Psychoonkologie beschäftigt sich mit der angemessenen Betreuung dieser Patienten und ihrer Angehörigen. Bei dieser Arbeit wird versucht den Vorstellungen der Betroffenen zu begegnen. Daher ist es essentiell, diese Patientenwünsche aufzunehmen, zu analysieren und wo dies möglich ist, die Behandlung daran auszurichten. Folglich kann die Zufriedenheit der Patienten erhöht werden und damit ein Teil der Versorgungsqualität. Diese ist ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung, welche in zunehmendem Maße auch von den Trägern der medizinischen Versorgung und vom Gesetzgeber gefordert wird.

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Untersuchung die Implementierung einer Qualitätssichernden Maßnahme analysiert. Bei dieser Arbeit handelt es sich um die exemplarische Darstellung eines Qualitätsmanagementprojektes für eine psychoonkologische Versorgungseinrichtung eines Universitätsklinikums. Dabei sollen Verbesserungsmöglichkeiten nicht nur in der Patientenversorgung, sondern auch bei der Durchführung solcher Qualitätssichernden Maßnahmen aufgezeigt werden. Die Arbeit wurde in der Sektion Psychosoziale Onkologie der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München erstellt. Sie wurde durchgeführt durch die Mitarbeiter der Psychoonkologischen Sektion in den Versorgungsbereichen der Psychoonkologische Ambulanz wie auch des Konsil- und Liaisondienstes.

Das Thema der Untersuchung umfasst zwei theoretische Bereiche: Qualitätsmanagement in der Medizin und die Psychoonkologie. Die Schnittmenge beider Bereiche ist die Patientenzufriedenheit in Verbindung mit höchstmöglicher Lebensqualität, da sie einen zentralen Inhalt beider Fachgebiete darstellt. Zunächst wird daher im Theorieteil dieser Arbeit der Bereich Qualitätsmanagement erläutert. Als spezieller Aspekt des Qualitätsmanagements wird daraufhin das Thema Patientenzufriedenheit vorgestellt. Es schließt sich ein theoretischer Überblick über die Psychoonkologie mit Vorstellung ihrer Entwicklung und Prinzipien, den Stand der Forschung und die Versorgungsstruktur in Deutschland an. Abschließend werden Besonderheiten des Qualitätsmanagements in der Psychoonkologie dargelegt.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Qualitätsmanagement

Das folgende Kapitel befasst sich mit Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Im Einzelnen werden die Entstehung und Entwicklung des Systems, die wichtigsten Begriffe sowie die zentralen Prinzipien, Verfahren und Methoden des Qualitätsmanagements vorgestellt.

2.1.1 Geschichte und Entwicklung des Qualitätsmanagements

Seit sich im menschlichen Zusammenleben die Produktion und der Handel von Gütern und Dienstleistungen entwickelten, prägte sich gleichzeitig auch ein Verständnis für Qualität. Die Prüfung der geforderten Qualität war dabei zunächst unbewusster, subjektiver Art. Erst mit Beginn des Industriezeitalters entwickelten sich erste Systeme zur Gewährleistung von Qualität. Diese sollten den neu aufkommenden Forderungen nach steigender Produktivität und Kostenreduzierung nachkommen, sowie zur Vermeidung von Fehlern und Verlusten beitragen.

Der amerikanische Statistiker und Wirtschaftspionier William E. Deming (1900-1993) erstellte in den 50er Jahren in Japan ein umfassendes Konzept für qualitätssichernde Unternehmensführung. Neu war hierbei, dass die Kundenorientierung in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückte. Sein Kollege Juran prägte die Formel: „Quality is fitness for use“ (Zollondz 2006, S. 93)¹. Ein weiterer Schritt hin zum heutigen Total Quality Management war Feigenbaums 1956 erschienenes Werk über Total Quality Control. Er forderte, dass alle Beschäftigten eines Betriebs sich in Bezug auf qualitätssichernde Maßnahmen verantwortlich fühlen sollen (Knon 2004).

Doch obwohl diese Prinzipien in Japan über Jahre hinweg mit großem Erfolg praktiziert wurden, schenkte die westliche Welt ihnen lange Zeit keine Beachtung. Erst Anfang der 80er Jahre fand eine Wende statt: Die amerikanisch/europäische Wirtschaftswelt erkannte den Erfolg des japanischen Modells und nahm es sich zum Vorbild. Damit begann die Entwicklung unseres heutigen Qualitätsverständnisses und die Entstehung des modernen Qualitätsmanagements.

In den letzten Jahrzehnten wurde der kommerzielle Wettbewerb zunehmend härter, bedingt durch Zeiten starken Wirtschaftswachstums und durch die voranschreitende Globalisierung: Parallel dazu stieg in der freien Wirtschaft die Forderung nach höchster Qualität, als strategischem Wettbewerbsfaktor. Auf diese Forderung folgte sukzessive die Einführung von Qualitäts-

¹ Mit dieser einfachen Definition für Qualität unterstreicht der rumänisch-amerikanische Wirtschaftsingenieur Joseph Juran (*1904) den hohen Stellenwert der Kundenorientierung im japanischen Wirtschaftssystem und gab damit eine Richtung für späteres Denken und Handeln in der internationalen Wirtschaftswelt vor (s. Zollondz 2006).

managementsystemen, z.B. durch die International Organization for Standardization (ISO) und das Deutsche Institut für Normung (DIN), zunächst in Betrieben der industriellen Massenproduktion und mit Verzögerung schließlich auch im Dienstleistungssektor.

Diese Entwicklung betraf mittelfristig auch den Bereich des Gesundheitswesens. Auslöser hierfür war die Reformpolitik der Reagan-Administration in den USA und der Thatcher-Regierung in Großbritannien. Die Gesundheitsversorgung, welche im traditionellen Verständnis eine sozial-solidarische Leistung war, musste sich in diesen Ländern zunehmend an den Gesetzen der freien Marktwirtschaft orientieren. Obwohl nicht alle Industrieländer diesem Reformkurs strikt folgten, setzte sich diese Entwicklung global fort und wurde auch im deutschen Gesundheitswesen spürbar.

2.1.2 Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Markt, Wettbewerb und Qualitätsbestrebungen

Unser heutiges medizinisches Versorgungssystem ist durch den zunehmend größeren Einfluss von Markt und Wettbewerb, sowie durch die wachsende Globalisierung mit fundamentalen Veränderungen konfrontiert. In Zeiten knapper öffentlicher Haushaltskassen sind die Regierungen verstärkt zu Einsparungen gezwungen. Gleichzeitig steigen gerade im Gesundheitsbereich die Kosten immens, bedingt durch den zunehmenden medizin-technischen Fortschritt und durch den demographischen Wandel der Gesellschaft, welcher durch eben diesen Fortschritt stark vorangetrieben wird. Dies erhöht den Druck auf die medizinischen Versorgungseinrichtungen, wie Krankenhäuser und Arztpraxen, sich dem Prozess der „Ökonomisierung“² anzupassen. Eine Folge davon ist ein Bedeutungswandel hinsichtlich der Rolle des Patienten. Er wird nicht mehr wie ursprünglich als ‚Bittsteller‘ vor dem Arzt als ‚Experten‘, sondern zunehmend als frei wählender Kunde angesehen, per definitionem also als eine „Person, die ein Produkt empfängt“ (Sens et al. 2007, S.13).

Allerdings besteht in unserer Gesellschaft ein Widerstreben, Patienten nur als „Kunden“ zu betrachten, da diese Ansichtswiese dem gesellschaftlichen Verständnis für ärztliches Handeln widerspricht (vgl. Jacob 2000). Patienten sind keine Konsumenten im klassischen Sinne und können daher auch nicht als Kunden bezeichnet werden. Ihre Motivation, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, ist meist nicht freiwilligen Ursprungs.

Im Kontext des medizinischen Qualitätsmanagements wird den Patienten dennoch die Rolle eines Kunden zugeschrieben. Damit soll verdeutlicht werden, dass in der heutigen medizinischen

² Dahrendorf benennt mit dem Begriff der „Ökonomisierung“ die unkontrollierte Übertragung ökonomischer Gesetze und Instrumente auf außerökonomische Bereiche und Probleme. Kritisch betrachtet: die Reduktion des Menschen auf das Konstrukt des homo oeconomicus (s. Deppe 1998).

Versorgung Patienten viel stärker als früher in die Behandlungsprozesse eingebunden werden. Sie werden als mündige, frei wählende Menschen angesehen; ihre Wünsche, Meinungen oder Befürchtungen werden in das Behandlungskonzept mit einbezogen und berücksichtigt.

Hier zeigt sich, dass sich das zentrale Prinzip der „Kunden-Souveränität“ aus der freien Marktwirtschaft auf die Gesundheitsversorgung übertragen hat. Verdeutlicht wird diese Entwicklung durch den zunehmenden „Medizintourismus“, also die Entscheidung von Patienten, medizinische Leistungen in kostengünstigeren Regionen (bsp. EU-Nachbarstaaten) in Anspruch zu nehmen. Die dadurch verstärkte Fokussierung auf die Patienten hat gleichzeitig eine gesteigerte Vermarktung des Produkts ‚medizinische Dienstleistung‘ zur Folge. Soll die Vermarktung erfolgreich sein, sind sorgfältiges Qualitätsmanagement, die Nachweisbarkeit hoher Qualität und die Transparenz ihrer Überprüfung unerlässlich.

Auf Grund dieser Entwicklung treten auch in der Medizin Qualitätsbestrebungen immer stärker in den Vordergrund. Die Wirtschaftlichkeit ist nur ein Grund hierfür. Außerdem begründet sich das Streben nach bestmöglicher Qualität auf medizinische Effizienz und ethisch-moralische Aspekte. Das ärztliche Handeln basiert in viel stärkerem Maß als andere Arbeitsgebiete auf einer vertrauensvollen Beziehung des Patienten zum Arzt. Diese Vertrauensbasis ist allerdings kleiner geworden. Gründe dafür sind z.B. die fortschrittsbedingte Komplexität des Fachgebiets mit ihrer schnellen wissenschaftlich-technischen Weiterentwicklung. Der vermeintlichen Undurchsichtigkeit des ärztlichen Handelns kann jedoch durch Transparenz im Hinblick auf objektive Qualitätskriterien in der medizinischen Versorgung begegnet werden (Bundesärztekammer 2003, S.4 ff.).

2.1.3 Begriffe und Verfahren des Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

2.1.3.1 Definition von Qualität im Gesundheitswesen

Avedis Donabedian, der als einer der Gründer der Qualitätsforschung im Gesundheitssektor gilt, entwarf 1966 eine erste Definition für den Qualitätsbegriff: „Quality of care is the extent to which actual care is in conformity with present criteria for good care“ (Sens et al. 2007, S.3). In Tabelle 1 sind drei wesentliche Kriterien für gute Qualität aufgeführt.

Tabelle 1: Definition für gute Qualität (nach Kolkmann et al. 2001)

Definition für gute Qualität

1. Das erreichbare Ziel wird erreicht
2. Unnötiges Risiko wird vermieden
3. Unnötiger Aufwand wird vermieden

Es ist offensichtlich, dass die Umsetzung dieser Kriterien eine gut organisierte Struktur und systematische Koordination in einem Betrieb erfordert. Ein System, das diese Umsetzung systematisch nach betriebswirtschaftlichen Methoden betreibt, ist das Qualitätsmanagement.

2.1.3.2 Qualitätsmanagement (QM)

Qualitätsmanagement wird als „eine Managementmethode verstanden, die auf die Mitwirkung aller Mitarbeiter gestützt die Qualität in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt und kontinuierlich bestrebt ist, die Bedürfnisse der Patienten, Mitarbeiter, Angehörigen oder beispielsweise auch der zuweisenden Ärzte zu berücksichtigen“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2005, S.2). Grundprinzip des QM ist es also, durch die Implementierung von definierten Prozessen die Qualität sicherzustellen und kontinuierlich zu verbessern.

Für jeden Betrieb und jede Versorgungseinrichtung lässt sich anhand ihrer **Aufgabe** ein Leitbild ihrer Tätigkeit erstellen.³ Ausgehend von diesem **Leitbild** werden konkrete **Qualitätsziele** (Soll-Werte) für die Einrichtung definiert (z.B.: Wir wollen erreichen, dass mindestens 80% der Patienten ihre stationäre Unterbringung als angenehm empfinden).

³ Im englischsprachigen Raum werden hierfür gerne die Begriffe „mission“ und „vision“ verwendet.

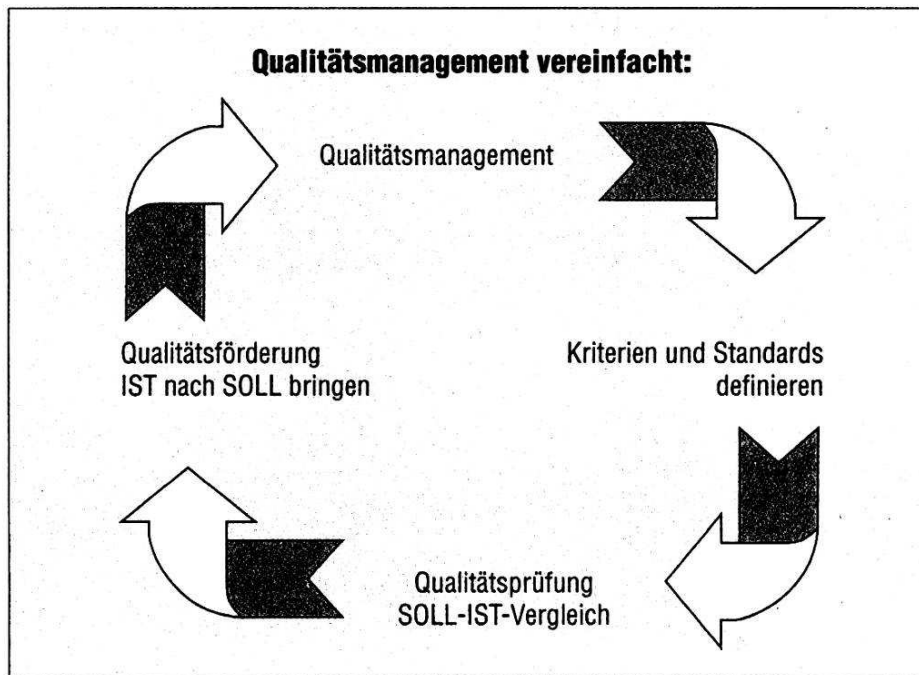


Abbildung 1: Die Arbeitsschritte der Qualitätsmanagement-Verfahren im fortwährenden Kreislauf (nach Kolkmann 2001)

Zum Erreichen der Ziele sollen so genannte **Qualitätssicherungs-Maßnahmen** (QS-Maßnahmen) zur Anwendung kommen (vgl. Abbildung 1). Durch sie sollen systematisch die Unterschiede zwischen angestrebten (Soll) und tatsächlich erreichten Leistungsresultaten (Ist) aufgezeigt werden, die Ursachen dafür analysiert und Verbesserungen eingeleitet werden (Kolkmann et al. 2001).

2.1.3.3 Qualitätssicherung (QS)

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sind Begriffe, die im allgemeinen Sprachgebrauch häufig fälschlicherweise synonym verwendet werden. Qualitätssicherung (QS) bezeichnet (im Gesundheitswesen) „die Gesamtheit der organisatorischen, technischen, normativen und motivierenden Maßnahmen, die geeignet sind, die Qualität der Versorgung der Patienten zu sichern, zu verbessern und der Weiterentwicklung des (...) Wissens anzupassen“ (Kolkmann et al. 2001, S.6) und ist somit lediglich ein Teilprozess des QM.

2.1.3.4 Total Quality Management (TQM)

Im Total Quality Management findet die erwünschte kontinuierliche Verbesserung der Qualität auf allen Ebenen einer Organisation statt. Alle Mitglieder einer Organisation sollen über die Qualitätssicherungs-Vorgänge informiert sein und so ein Bewusstsein für die Qualität entwickeln und damit aktiv am Qualitätsmanagementsprozess teilnehmen (vgl. Kamiske et al. 2001).

2.1.3.5 Das Plan–Do–Check–Act Schema

Bei der Umsetzung dieser QS-Maßnahmen in der Praxis empfiehlt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)⁴ nach dem sog. Plan-Do-Check-Act Schema („Deming Cycle“)⁵ vorzugehen, welches sich zur Überprüfung, Analyse und Behebung von möglichen Problemen bewährt hat (Gemeinsamer Bundesausschuss 2005 S.1).

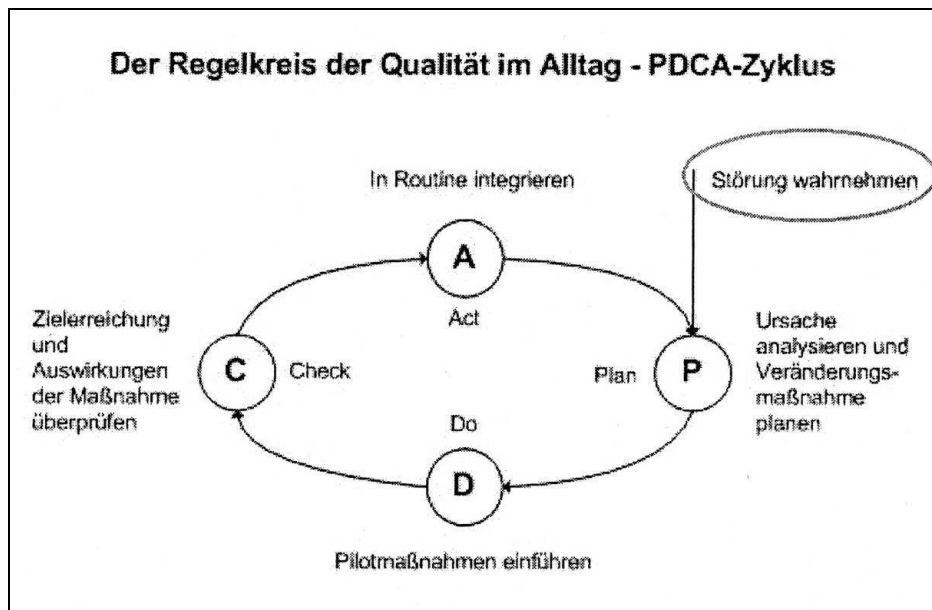


Abbildung 2: Die Schritte des PDCA-Zyklus – „Regelkreis der Qualität“⁶

Wie in den Abbildungen 2 und 3 dargestellt, werden dabei vier Aktionen in fortlaufenden Zyklen durchgeführt: Ein Problem wird erkannt, seine Ursache analysiert und die erforderlichen Verbesserungsmaßnahmen geplant (Plan). Daraufhin werden die zum Erreichen dieses Ziels erforderlichen Maßnahmen getroffen (Do), der Erfolg der durchgeführten Maßnahmen und das Erreichen des Ziels wird analysiert (Check). Schließlich werden die Maßnahmen in die Routineabläufe integriert (Act). Ausgehend vom nun neu definierten Standard wird darauf aufbauend ein nächster PDCA-Zyklus initiiert, indem ein neuer Plan für weitergehende Verbesserung entworfen wird (Plan).

⁴ Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern, unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. Er ist für die verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung verantwortlich.

⁵ Die Beschreibung des Plan-Do-Check-Act-Zyklus wird Deming zugeschrieben. Er selbst wies jedoch darauf hin, dass Walter A. Shewhart diesen als erster beschrieben hatte. In Japan wurde diese Methodik als erste vom Autohersteller Toyota mit Erfolg angewendet.

⁶ nach: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ. Abrufbar über: www.aezq.de (Zugriff: 12.10.2008)

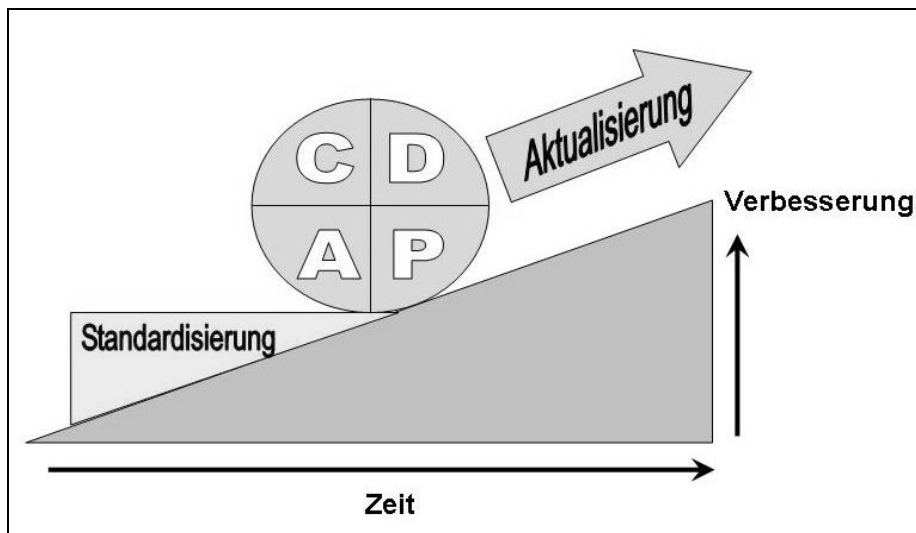


Abbildung 3: Das PDCA-Schema als Methode des endlosen kontinuierlichen Verbesserungsprozesses

2.1.3.6 Dimensionen des Qualitätsmanagements

Um diese Systematik praxisbezogen anwenden zu können, ist es notwendig, zunächst die unterschiedlichen Bereiche der Qualität in einem Betrieb zu definieren. Nach Donabedian werden drei Teilbereiche, so genannte Qualitätsdimensionen, unterschieden, von denen jede ihren individuellen Teil zur Gesamtqualität beiträgt. Gleichzeitig herrscht eine wechselseitige Beeinflussung der einzelnen Dimensionen vor (s. Sens et al. 2007).

Die **Strukturqualität** bildet die Basis für die Gewährleistung guter Qualität in einer medizinischen Einrichtung. Donabedian formuliert die Annahme, dass das Vorhandensein eines angemessenen Rahmens und entsprechender Instrumentarien die Grundlage für gute medizinische Versorgung ist. Die Ebene der Strukturen beschreibt er folgendermaßen:

"The settings in which (the process) takes place and the instrumentalities of which it is the product. This (...) may include administrative and related processes that support and direct the provision of care (...) Such things as the adequacy of facilities and equipment; the qualifications of medical staff and their organization; the administrative structure and operations of programs and institutions providing care; fiscal organization and the like" (zit. nach: Sens et al. 2007, S.18).

Die **Prozessqualität** beinhaltet alle Maßnahmen, die während der Dauer des Patientenkontakts ergriffen oder unterlassen werden. Die ablaufenden Prozesse stützen sich dabei auf die vorhandenen Strukturen der Einrichtung. Zu den Prozessen in einer medizinischen Einrichtung zählen:

"The appropriateness, completeness and redundancy of information obtained through clinical history, physical examination and diagnostic tests; justification of diagnosis and therapy; technical competence in the performance of diagnostic and therapeutic procedures, including surgery;

evidence of preventive management in health and illness; coordination and continuity of care; acceptability of care to the recipient and so on" (vgl. Sens et al. 2007, S.18).

Prozessqualität ist schwieriger messbar als die Qualität des resultierenden Ergebnisses. Da die ablaufenden Prozesse die resultierenden Ergebnisse wesentlich beeinflussen, kann die Prozessqualität als zentrale Stellschraube der Qualitätssicherung angesehen werden. Eine Bewertung der sachgerechten medizinischen Arbeit ist daher von hohem Stellenwert.

Die **Ergebnisqualität** umfasst den Effekt der medizinischen Handlungen.

"Examples are studies of perinatal mortality, surgical fatality rates and social restoration of patients discharged from psychiatric hospitals. (...) Outcomes, by and large, remain the ultimate validators of the effectiveness and quality of medical care" (ders. S.18).

Neben den genannten Ergebnissen, die das Erreichen des anfänglich gesetzten Ziels darstellen, werden unabhängig vom Resultat der Behandlung zusätzlich die Patientenzufriedenheit und die Zufriedenheit aller am Prozess beteiligten Mitarbeiter als Teil der Ergebnisqualität erachtet (s. Kapitel 2.2).

2.1.4 Implementierung von TQM im Gesundheitswesen

Im Zuge der beschriebenen Veränderungen im Gesundheitssystem (steigende medizinische Anforderungen bei gleichzeitig leeren öffentlichen Haushaltskassen (vgl. Kapitel 2.1.2)), stehen die Versorgungsträger vor der Herausforderung, mit immer weniger finanziellen Mitteln dennoch eine bestmögliche Betreuung, Pflege und Hilfe zu gewährleisten (vgl. Deppe 1998). Dabei besteht die Gefahr, dass durch kostensenkende Maßnahmen die Qualität der medizinischen Leistungen in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Bundesärztekammer stellte dieser Befürchtung in ihrem Curriculum für Ärztliches QM einen Leitsatz des Qualitätsmanagement entgegen:

„Wer vor allem die Kosten beachtet, senkt die Qualität – wer vor allem die Qualität beachtet, senkt die Kosten“ (Bundesärztekammer 2007, S.6).

Der Gesetzgeber in Deutschland reagierte auf die Entwicklung, indem er klare Vorgaben zum Qualitätsmanagement formulierte und die Verpflichtung zur Qualitätssicherung gesetzlich fest schrieb. Gemäß der Forderungen des GBA sind in Deutschland „Leistungserbringer (...) zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. (...) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, [...] sind verpflichtet, 1. sich an einrichtungsinternen Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und 2. einrichtungsintern ein

Qualitätsmanagement einzuführen und weiter-zuentwickeln“ (Bundesministerium der Justiz, §135a SGB V).

Außer den erwähnten internen Maßnahmen gibt es zudem externe QS-Maßnahmen, welche parallel zur Anwendung kommen und somit das TQM komplettieren (s. Kapitel 2.1.6).

2.1.5 Internes Qualitätsmanagement – „top-down“ und „bottom-up“

Das empfohlene Modell des GBA für interne QM-Maßnahmen sieht eine hierarchisch gegliederte Aufbauorganisation vor („top-down QM“), die möglichst sektorenübergreifend agiert (s. Abbildung 4). In diesem Modell steht ein zentrales Gremium im Sinne einer „Steuerungsgruppe“ den weiteren Strukturen übergeordnet. Sie steht in engem Kontakt zum Vorstand der Einrichtung und hat die Steuerung, Koordination und Realisierung der QM-Maßnahmen zur Aufgabe. In ihr sind leitende Mitarbeiter der einzelnen Abteilungen vertreten, um die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen auf allen Arbeitsebenen zu realisieren, sowie dezentrale Arbeitsgruppen zu informieren und zu beraten.

Die Steuerungsgruppe wird von einem hauptverantwortlichen QM-Beauftragten geführt. Die Ärztekammer bietet für diese Personen spezielle QM-Weiterbildungsprogramme an. Nach drei absolvierten Kursstufen von je 80 Stunden Seminaren und Kursen, sowie bestandener Prüfung, wird den Teilnehmern die Zusatzbezeichnung „Qualitätsmanager“ verliehen.

Zur Bearbeitung der internen Qualitätssicherungsaufgaben werden dezentrale QM-Projektgruppen eingesetzt, die mit konkreten Aufgabenstellungen betraut werden (s. Kapitel 2.1.7.2).

Zudem verpflichtet der GBA die Krankenhäuser zur Erarbeitung eines QM-Handbuches, das jedem Mitarbeiter frei zugänglich sein soll. In diesem werden hausinterne Regelungen festgelegt, die sich an den konkreten einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Anforderungen orientieren und sich flexibel an diese anpassen können.

Außerdem verpflichtend ist die Veröffentlichung eines strukturierten Qualitätsberichts im Abstand von zwei Jahren, in dem der Stand der Qualitätssicherung im Hinblick auf die beschriebenen Anforderungen, sowie die Umsetzung der gesetzlichen QS-Regelungen dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und wird von den Landesverbänden der Krankenkassen im Internet zugänglich gemacht.

In Abbildung 4 wird die mögliche Struktur eines solchen internen QM-Systems veranschaulicht. Beispielhaft dafür wird hier das QM-System am Klinikum rechts der Isar (MRI) der Technischen Universität München gezeigt.

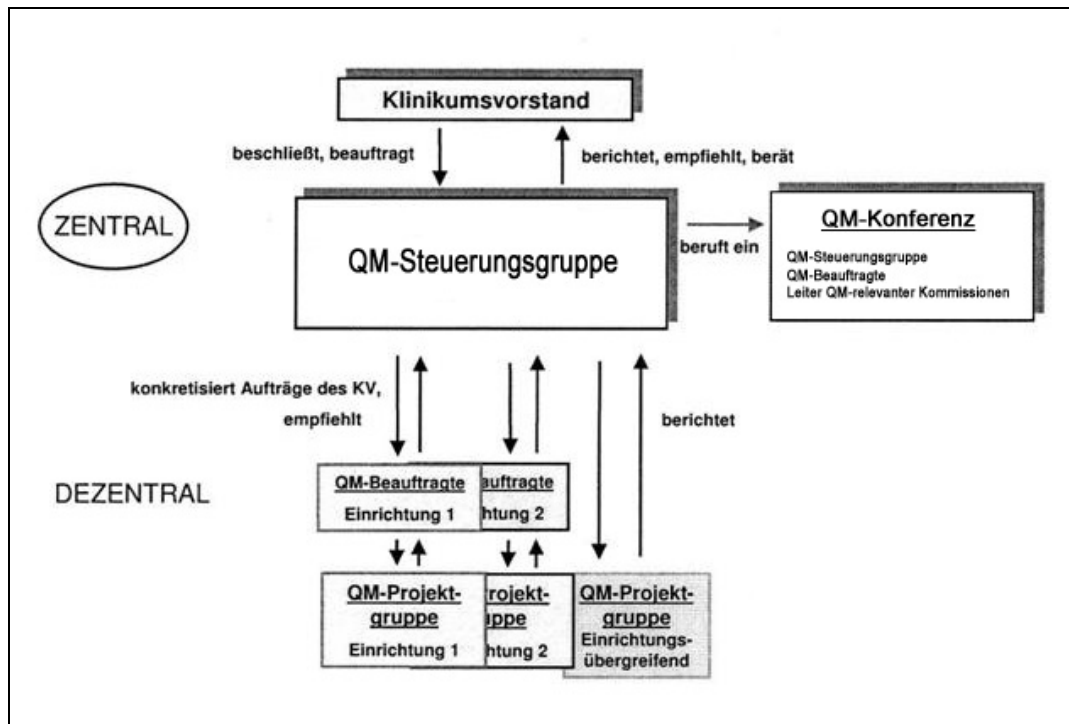


Abbildung 4: Organigramm der Struktur eines internen QM-Systems am Beispiel des MRI⁷

Es besteht eine gewisse Gefahr, dass Qualitätsmanagementmaßnahmen zu sinnloser Bürokratie entarten, wenn die hierarchisch implementierten Top-down-Strukturen zum Selbstzweck werden. Der Nutzen eines funktionierenden QM-Systems sollte jedem einzelnen Mitarbeiter bewusst sein: Ziel des QM ist es nicht, nur Schwachstellen zu identifizieren im Sinne reiner Qualitätskontrolle. Mit Kontrollen bringen die Mitarbeiter möglicherweise Strafen und Sanktionen in Zusammenhang. Ein solches Empfinden ist demotivierend und im Hinblick auf Qualitätsverbesserung kontraproduktiv (Bundesärztekammer 2003, S.7).

Ziel des QM ist es hingegen, aufgedeckte Schwachstellen zu beseitigen, im Sinne einer Hilfestellung zur Verbesserung der Arbeitsqualität der Mitarbeiter. Damit verbindet sich natürlicherweise auch höhere Motivation und eine größere Freude an der geleisteten Arbeit.

Insofern ist es für die Realisierung des TQM unerlässlich, parallel zum Top-down-System, die Qualitätssicherung auf der Ebene des einzelnen Mitarbeiters zu garantieren („bottom-up“). Sowohl

⁷ Abbildung der Grafik mit freundlicher Genehmigung von Dr. A. Bernklau, Leiterin der QM-Steuerungsgruppe des MRI

das Qualitätsverständnis als auch die Forderung nach hoher Qualität gegenüber den Vorgesetzten soll im Bewusstsein aller Mitarbeiter fest verankert sein. Den Problemen und Sorgen der Belegschaft bei ihrer täglichen Arbeit, genauso wie daraus resultierenden Fehlern, muss sorgfältig nachgegangen werden. Dadurch wird für jeden die eigene Arbeit transparenter, bestehende Defizite werden ausgeglichen und durch den kollegialen Austausch wird bestehendes Verbesserungspotential deutlich.

Internes QM kann durch zwei Leitsätze zusammenfassend beschrieben werden:

„Qualitätsmanagement muss top-down gesteuert werden.

Qualitätsmanagement muss bottom-up aufgebaut werden“ (Kolkmann 2001, S.68).

2.1.6 Externes Qualitätsmanagement

Die beschriebenen Internen QS-Maßnahmen sollen zusätzlich durch Externe Maßnahmen unterstützt werden. Zu diesen zählen die vom Gesetzgeber verpflichtende „externe vergleichende Qualitätssicherung“, sowie die Möglichkeit der Zertifizierung der Versorgungseinrichtung.

2.1.6.1 Externe vergleichende Qualitätssicherung / Benchmarking

Die externe vergleichende Qualitätssicherung wurde ebenfalls vom Bundesministerium für Justiz in §135 SGB V als verpflichtende QS-Maßnahme für alle Krankenhäuser festgeschrieben. Jede Einrichtung dokumentiert qualitätsrelevante Daten für bestimmte Leistungsbereiche und reicht diese bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) ein. Die BQS wurde vom GBA mit der Durchführung der externen QS betraut, sie wertet die Daten nach festgelegten Konzepten aus und veröffentlicht die Ergebnisse in Form von Berichten und Empfehlungen.⁸

Die medizinische Versorgungseinrichtung sieht so den eigenen Qualitätsstand im Vergleich zu anderen, kann „sich an den ‚Besten‘ messen und die Qualität dieser Vorbilder ebenfalls anstreben. Dieses Verfahren wird „Benchmarking“ genannt und führt in der Regel dazu, dass sich bei allen Krankenhäusern die Qualität der verglichenen Leistung verbessert“ (Gemeinsamer Bundesausschuss (2)).

Leistungserbringer die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten, müssen Konsequenzen insbesondere Vergütungsabschläge seitens des GBA befürchten.

⁸ Für detaillierte Informationen bzgl. Auswertungs- und Veröffentlichungsverfahren s. www.bqs-online.de

2.1.6.2 Zertifizierung

Die Zertifizierung einer Versorgungseinrichtung ist das Resultat einer Prüfung durch einen unparteiischen Dritten. Sie bestätigt die Konformität sowohl des Prozesses, als auch der Resultate nach Kriterien der Güte, für eine bestimmte Zeitperiode. Die Prüfung muss durch eine akkreditierte Stelle erfolgen, das heißt, Zertifizierungsstellen müssen formale Anerkennung sowohl ihrer Kompetenz als Prüfungsstelle sowie ihrer Neutralität und Integrität besitzen. In Deutschland gibt es derzeit ein unübersichtliches Angebot an Zertifizierungsmodellen, Beratungsfirmen und Zertifizierungsorganisationen, was eine große Bandbreite hinsichtlich der Maßnahmen, Kosten und der Qualität der Serviceleistungen mit sich bringt. Akkreditierte Prüfungsstellen sind beispielsweise die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS) oder der Technische Überwachungs-Verein (TÜV) (Kolkmann 2001, S.62).

Die Zertifizierung kann nach verschiedenen Modellen (z.B. dem Modell des Deutschen Instituts für Normung e.V. (DIN EN ISO 9001:2000), der KTQ[®] (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) oder der Joint Commission International)⁹ erfolgen. Sie setzen jeweils unterschiedliche Schwerpunkte in der Qualitätsüberprüfung, folgen aber dennoch einheitlichen Prinzipien bezüglich der Anforderungen. Unterschiede zwischen den Modellen bestehen u.a. bei der Methodik in der Durchführung und im Umfang der Evaluation. Der Gemeinsame Bundesausschuss lässt den Gesundheitseinrichtungen freie Hand bei der Wahl des Zertifizierungsmodells.

Knon formulierte hierzu einige wichtige Aspekte, die es bei der Durchführung zu beachten gilt: „Unabhängig, welches Modell zur Umsetzung kommt, sollte sich das Krankenhaus niemals dem Qualitätsmanagementmodell ‚unterwerfen‘, sondern immer das Modell an die Gegebenheiten des Krankenhauses anpassen:

- Das Modell darf nie Selbstzweck werden, sondern muss immer Werkzeug zur Umsetzung der Anforderungen der Interessengruppen sein.
- Eine Überdokumentation der Abläufe ist unbedingt zu vermeiden.
- Die Projektbeteiligten sollten einen ‚Wettbewerb der besten Idee‘ und eine konstruktive Feedbackkultur zulassen.
- Allen Modellen übergeordnet sind der gesunde Menschenverstand und die Plausibilität“ (Knon 2004, S.18; Kamiske 2001).

⁹ Für ausführlichere Informationen hierzu s. www.din.de, www.ktq.de, www.jointcommissioninternational.org

2.1.6.3 Ziele und Ablauf der Zertifizierung

Bei der Zertifizierung wird u.a. die Implementation des Internen QMs überprüft. Dabei werden beispielsweise die qualifizierte Ausbildung des Personals, die Berücksichtigung und Anwendung von Leitlinien der Fachgesellschaften, sowie die Alltagstauglichkeit des internen QM-Systems bewertet. Ein einheitlicher Kriterienkatalog der Zertifizierungsgesellschaft kann im Vorfeld eine erste Ist-Stand-Tendenz durch so genannte interne „Audits“¹⁰ ermitteln.

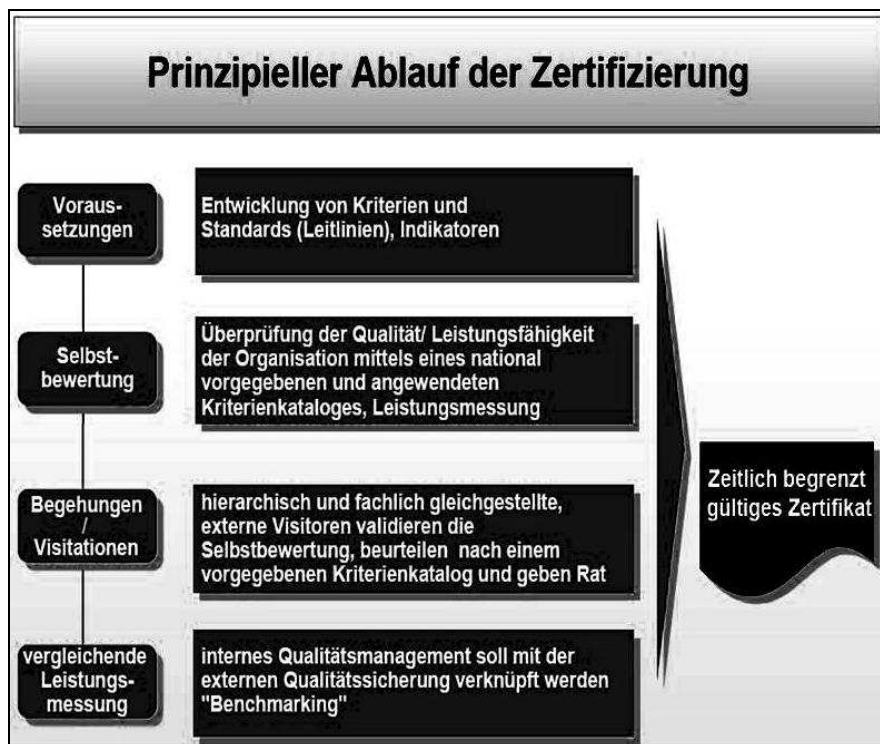


Abbildung 5: Ablaufschema eines Zertifizierungsprozesses (nach Ollenschläger et al. 2007)

Nachfolgend schließt sich die Begehung, im Gesundheitsbereich als „Visitation“ bezeichnet, der Versorgungseinrichtung durch externe Visatoren an, bei welcher die Einrichtung begutachtet und nach exakt definierten Kriterien validiert wird. Werden die konkreten Anforderungen erfüllt, erhält die Einrichtung ein zeitlich begrenzt gültiges Zertifikat (bei den meisten Modellen für drei Jahre).

Durch die Zertifizierung erfährt das QM-System der geprüften Einrichtung eine öffentliche Anerkennung (intern und extern). „Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen unterstützen die wichtigeren internen Qualitätssicherungsmaßnahmen“ (Bundesärztekammer 2003, S.9). Gleichzeitig werden die Mitarbeiter motiviert, aktiv an der Qualitätssicherung mitzuwirken. Insgesamt entstehen dadurch Anreize für weitere (langfristige) Qualitätsverbesserung, wie beispielsweise die Neuorientierung der Kommunikation („Lorbeer auf Zeit“).

¹⁰ Definition: Audit. Interne Ermittlung mittels Fragen- und Checkliste von expliziten Auditkriterien, inwieweit die QM-Anforderungen im eigenen Betrieb erfüllt sind. Die Auswertung wird durch einen möglichst unvoreingenommenen und unabhängigen (leitenden) Auditor durchgeführt (Sens et al. 2007, S.39).

Kapitel der DIN EN ISO 9001:2000:5 Verantwortung der Leitung			
5.1 Verpflichtung der Leitung			
Themenfeld	Nachweis Dokumentation	Bewertung	Erläuterung
• Wirksamkeit des QS-Systems sicherstellen	Review	• z.T. erfüllt	• Ressource Pflegepersonal nicht mit in Review aufgenommen
• Kundenanforderungen ermitteln	Q-Politik	• z.T. erfüllt	• Nicht alle Kundengruppen erfasst (z.B. einweisende Ärzte)
• Behördliche Anforderungen	Schulungsplan	• vollst. erfüllt	
• Gesetzliche Anforderungen	Personalplan	• vollst. erfüllt	
• Q-Politik festlegen	Q-Pläne	• vollst. erfüllt	
• Q-Ziele festlegen	Aushang	• vollst. erfüllt	
• Review durchführen	Investpan	• vollst. erfüllt	
• Verfügbarkeit der Ressourcen sicherstellen		• z.T. erfüllt	• Einsatzplan Pflegepersonal unstrukturiert

Abbildung 6: Beispiel für internes Audit, Bereich „Verpflichtungen der Leitung“ (Auszug aus: DIN EN ISO 9000:2000:5)

Neben der beschriebenen freiwilligen Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000:2000 gibt es noch andere Zertifikate, durch welche Qualität in einem Betrieb bestätigt werden kann. Es existiert eine Vielzahl verschiedener Auszeichnungsverfahren, Gütesiegel sowie die Verleihung unterschiedlicher Qualitätspreise. Als erster Qualitätspreis wurde der Deming Quality Award in Japan bekannt, später folgten diverse Preise wie beispielsweise der amerikanische Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA), sein europäisches Pendant der o.g. European Quality Award (1992 erstmals verliehen) oder der Ludwig-Erhard-Preis in Deutschland (Kolkmann 2001). Bei Betrachtung der Entwicklung des zunehmenden Einflusses von ursprünglich industriellen QM-Systemen im Gesundheitswesen, kann angenommen werden, dass auch der Verleihung von Qualitätspreisen, die ursprünglich ebenso aus der Industrie stammen, zukünftig im Gesundheitswesen mehr Bedeutung zukommen könnte.

2.1.6.4 Beispiel für Externes QM in der Onkologie – Portrait der Zertifizierung des interdisziplinären Brustzentrum am Klinikum rechts der Isar München

Das Fachgebiet Onkologie zeichnet sich durch eine weit verzweigte Interdisziplinarität aus. Befunde, Diagnosen sowie Behandlungen und Therapiekonzepte erfordern fächerübergreifende Zusammenarbeit. Um diese Zusammenarbeit möglichst reibungslos zu organisieren und effektiv zu koordinieren, empfiehlt sich hier im Besonderen die Anwendung von einheitlichen Leitlinien. Eine

wichtige Voraussetzung für deren Implementierung in der medizinischen Praxis stellt die Zertifizierung der einzelnen Fachabteilungen dar.

Um die Zertifizierung spezialisierter Organtumorzentren zu organisieren, wurde 2003 im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) das unabhängige Zertifizierungsinstitut „OnkoZert“ gegründet. Bisher waren es weitgehend Brustzentren, die eine Zertifizierung durchgeführt haben: über 120 Zentren zwischen 2003 und 2006. Mittlerweile hat sich die Zertifizierung in Deutschland auf spezialisierte Zentren für Gastrointestinale-, Lungen-, Haut- und Prostatatumorzentren ausgeweitet.

Nachfolgend soll der **Zertifizierungsprozess eines Organtumorzentrums** vorgestellt werden, am Beispiel des interdisziplinären Brustzentrums (IBZ) des Klinikum rechts der Isar (MRI) der Technischen Universität München, das sich 2006 durch „OnkoZert“ (Deutsche Krebsgesellschaft und Deutsche Gesellschaft für Senologie) zertifizieren ließ.¹¹

Das interdisziplinäre Brustzentrum wurde im Rahmen der onkologischen Schwerpunktversorgung am MRI im Februar 2005 gegründet. Daran beteiligt sind neben der Frauenklinik noch die Abteilungen der Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Hämatonkologie, Pathologie, Plastischen Chirurgie, Psychosomatik / Psychoonkologie und Anästhesie.

Am 13.09.2005 wurde auf einer gemeinsamen Sitzung die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 beschlossen. Daraufhin wurde mit den Leitern der beteiligten Abteilungen ein Kooperationsvertrag mit QM-Vereinbarungen geschlossen. Der Vertrag legte mit jeder der Abteilungen die Zusicherung eines definierten Qualitätsstandards fest, sowie die Zusage, diesen jährlich anhand der erforderlichen Daten zu dokumentieren.

Der Zertifizierungsprozess wurde von der Direktion der Frauenklinik initiiert und vom QM-Beauftragten der Frauenklinik, einem Funktionsoberarzt, gemeinsam mit einer Krankenschwester mit Weiterbildung „QM-Beauftragte im Gesundheitswesen“, koordiniert. Neben den IBZ-Abteilungen waren außerdem die Pflegedirektion, die Technische-, Hauswirtschafts-, Sicherheits-, Einkaufs- und Hygieneleitung sowie das gesamte Personal der Frauenklinik von der Zertifizierung betroffen.

Im Oktober 2005 engagierte die Direktion eine Unternehmensberatungsfirma für den QM Prozess bis hin zur Zertifizierung. Sie erstellte nach einigen Betriebsbesichtigungen und Gesprächen ein betriebsinternes QM-Handbuch, beriet außerdem zu Fragestellungen der Arbeitsabläufe und der Prozessbeschreibung, legte Verfahrensanweisungen fest und erstellte einen Terminplan bis zum

¹¹ s. auch: www.onkozert.de/ablauf.htm

Zeitpunkt der geplanten Zertifizierungsvisitation. Zwischen Dezember 2005 und April 2006 wurden diese Beschreibungen und Anweisungen in die Praxis umgesetzt und die Mitarbeiter wurden im Umgang mit dem QM-Handbuch geschult.

Am 25. April 2006 fand daraufhin durch die Beratungsfirma ein internes Audit („Probendurchlauf“) statt, bei welchem vier Abweichungen von den geforderten Normen festgestellt und elf Verbesserungshinweise gegeben wurden. Diese sollten bis zur Zertifizierungsvisitation behoben bzw. umgesetzt werden.

Der schriftliche Antrag auf Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 bei OnkoZert musste mindestens sechs Wochen vor dem geplanten Audittermin eingereicht werden. Der ausgefüllte Erhebungsbogen (s. Abbildung 7) und der vom QM-Beauftragten angefertigte QM-Bericht musste bei der Zertifizierungsstelle vier Wochen vor dem Termin der Visitation eingereicht werden, welche für den 10. Mai 2006 angesetzt worden war. Sie erstreckte sich über einen gesamten Tag, nach einem vorher ausgehändigtem Auditplan, in welchem die Auditoren festlegt hatten, wann sie welchen Teil des IBZ zu besichtigen beabsichtigten. Das Audit wurde von einem Mitarbeiter der Firma „LGA-Interzert“ (zuständig für die ISO-Normen) und einem Oberarzt der Gynäkologie vorgenommen, der für „OnkoZert“ den medizinischen Teil des Audits durchführte. Begutachtet wurden die Bereiche der beiden Stationen, der OP mit Sterilgutversorgung, die Brustsprechstunde/Ambulanz, die Mamma-Tumorkonferenz sowie die Schnittstellenregelungen zu den beteiligten interdisziplinären Abteilungen des IBZ.

Hierbei wurde beispielsweise durch die fehlende Validierung eines Sterilisationsgerätes eine grobe Abweichung festgestellt. Innerhalb von acht Wochen musste sie behoben werden, damit die Zertifizierung erteilt werden konnte. Großen Zuspruch bei den Auditoren fand hingegen die Tatsache, dass in der Frauenklinik eine Psychoonkologin mit einer halben Planstelle angestellt ist, da dies in deutschen Brustzentren bisher nur äußerst selten der Fall ist.

Nachdem die Behebung der Abweichung nachgewiesen wurde, konnte die erfolgreiche Zertifizierung des IBZ ausgesprochen werden.

Nach jeder erfolgreichen Zertifizierung folgt im jährlichen Rhythmus ein kurzes Überwachungsaudit, bei welchem Abweichungen und die Berücksichtigung der beim letzten Audit gegebenen Hinweise und Empfehlungen, überprüft werden. Bei auftretenden Abweichungen kann das Zertifikat wieder entzogen werden. Nach drei Jahren ist in jedem Fall eine komplette Re-Zertifizierung erforderlich.

1.5 Psychosoziale und -onkologische Betreuung

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Brustzentrums
1.5.1	<p>Psycho-Onkologie - Räumlichkeiten Ausstattung Für die psychoonkologischen Patientengespräche ist geeigneter Raum bereitzustellen. Dieser kann auch parallel für andere Zwecke genutzt werden, z.B. für Selbsthilfegruppen, Sozialdienst.</p> <p>Ressourcen Pro Brustzentrum ist mindestens eine 0,5 Stelle für die Versorgung einzurichten (bezogen auf 150 Fälle). Pro Standort mindestens 0,25 Stellen. Die Leistungen können auch durch niedergelassene Psycho-Onkologen erbracht werden. Die Versorgung von mehreren Standorten ist durch geeigneten Organisationsplan zu regeln. Die Anzahl der Patientinnen, welche eine Psycho-Onkologische Betreuung erfahren haben, ist zu erfassen.</p>	<p>Ein Raum ist auf der Station xy vorhanden. Wird von „Patientinnen beraten Patientinnen“ e. V. 1x/Woche mitbenutzt.</p> <p>Sektion Psychoonkologie (Tumortherezentrum des MRI)</p> <p>0,5 Stellen seit 10/94. 2006 Betreuung von mindestens n = x (im SAP dokumentierten) Pat., davon x Mamma-Pat. mit insgesamt x (im SAP dokumentierten) Gesprächen, davon x mit Mamma-Pat.</p>
1.5.2	<p>Psycho-Onkologie - Qualifikation Psychologen oder Ärzte (mit psychoonkologischer Spezialausbildung) sowie spezifische Kenntnisse in der Betreuung onkologischer Patientinnen durch eine spezielle Fort-/Weiterbildung. Der Nachweis ist über ein Ausbildungscurriculum zu erbringen. Die Wahrnehmung von psycho-onkologischen Aufgaben durch Sozialdienst, Selbsthilfegruppen oder Seelsorge ist nicht ausreichend.</p>	<p>Dipl.-Psychologin, Dr. phil., psychologische Psychotherapeutin m. Approbation u. Kassenzulassung (KV Bayern). Seit 10/94 Vorlesungen/Seminare und Kurse für Medizinstudenten zur psychoonkolog. Betreuung in der Frauenklinik.</p>
1.5.3	<p>Psycho-Onkologie - Aufgaben Es die psycho-onkologische Betreuung von Patientinnen in allen Phasen der Versorgung anzubieten (Diagnose, stationär, poststationär).</p> <p>Empfehlung: Es sollte auch eine Betreuung der Mitarbeiter angeboten werden. Die Mitarbeiter sollten von dem Psycho-Onkologen im Umgang mit Patienten geschult werden. Die Psycho-Onkologen sollten Ihre Eindrücke mindestens 6 x jährlich dem pflegerischen und ärztlichen Bereich protokolliert mitteilen.</p>	<p>Psychoonkolog. Betreuung wird in allen Phasen der Versorgung angeboten. Darüber hinaus werden Adressen von niedergelassenen Psychoonkologen u./od. Beratungsstellen auch in der weiteren Umgebung von München vermittelt. Betreuung von Mitarbeitern wird angeboten, einzeln oder in Gruppen (z. B. balintartig für Mitarbeiter auf der Chemostation). Besprechen d. bes. Bedürfnisse/Probleme d. pat. m. Ärzten u. Pflegern geschieht laufend z. B. b. Teilnahme an Visiten u. Dokumentationen in Krankenakte (im Rahmen d. Schweigepflicht).</p>
1.5.4	<p>Sozialdienst Dem Zentrum hat mind. 1 SozialarbeiterIn zur Verfügung zu stehen (Stellenplan)</p> <p>Mindestaufgaben Sozialdienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung in sozialrechtlichen Fragen • Beratung zu unterstützenden Angeboten • Vermittlung von Kuren und AHB <p>Beratungsgespräch Sozialdienst Jeder Patientin muss ein Beratungsgespräch mit dem Sozialdienst angeboten werden. Die Anzahl der durch den Sozialdienst beratenden Patientinnen mit Primärtfall ist zu erfassen.</p>	<p>Ansprechpartnerin Sozialdienst (Tel. xxxx) Anzahl Beratungen bei primärerkrankten Patienten: x Stk.</p>

Abbildung 7: Auszug aus dem OnkoZert-Erhebungsbogen (Abschnitt 1.5: Psychosoziale und -onkologische Betreuung) mit Angaben des IBZ zum Ist-Stand (rechte Spalte)

2.1.7 Methoden der Qualitätssicherung

Um auf sämtlichen Ebenen eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität zu erreichen (TQM) existieren eine Vielzahl von Instrumenten, welche je nach den spezifischen Anforderungen einer Einrichtung und deren Struktur zur Anwendung kommen können. In der Medizin empfehlen sich beispielsweise die Analyse von Routinedaten (Out-Come-Analyse), die Befragung von Patienten und Mitarbeitern, die Arbeit in Qualitätszirkeln, die Anwendung von Fehler-Erkennungs-Systemen, die Fortbildung und Supervision der Mitarbeiter oder die konsequente Anwendung von Leitlinien. Die Grundlage für alle Maßnahmen bildet eine gründliche und umfassende Dokumentation. Auf einige dieser Instrumente soll im Folgenden genauer eingegangen werden.

2.1.7.1 Patientenbefragung

Im Zuge der Entwicklung, Patienten verstärkt als Kunden einer (Gesundheits-)Dienstleistung zu betrachten, fokussiert sich auch im medizinischen QM die Aufmerksamkeit zunehmend auf die Patientenperspektive. Sie ist eine der zentralen Dimensionen im Qualitätsmanagement. Vor diesem Hintergrund sind die rein medizinischen Resultate (wie z.B. Mortalität und Morbidität) zur Beurteilung der Angemessenheit und Qualität medizinischer Versorgung jedoch zu wenig aussagekräftig. Daher wird zunehmend die Erfassung so genannter „Health Outcomes“ maßgeblich. Dies sind patientenzentrierte gesundheitsbezogene Ergebnisse, in welchen zusätzlich auch Parameter wie Lebensqualität und Patientenzufriedenheit berücksichtigt werden (Deutsche Krebsgesellschaft 2003, S.1).

Durch Patientenbefragungen soll es ermöglicht werden, die Gesamtqualität beurteilen zu können und gleichzeitig ein quantitatives Maß für Ergebnisqualität zu erhalten (s. Kapitel 2.2). Erhoben werden wichtige Informationen über die Ansprüche der Patienten an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität; Wünsche, Kritik und Anregungen zu konkreten Aspekten des Versorgungsablaufs finden hier eine Plattform. Die Analyse dieser Befragungen bildet den Ausgangspunkt für Verbesserungsmaßnahmen, mit deren Ausarbeitung ein Qualitätszirkel beauftragt werden kann. Durch dieses systematische Vorgehen soll erreicht werden, die Versorgung für die Patienten bedarfs- und qualitätsgerecht durchführen zu können.

2.1.7.2 Qualitätszirkel

Qualitätszirkel sind auf Dauer angelegte Projektgruppen, die sich aus wenigen Mitarbeitern zusammensetzen, welche meistens einer hierarchischen Ebene angehören. Sie treffen sich regelmäßig um Lösungsmöglichkeiten für bestehende Fehler oder Problemen einer Einrichtung strukturiert zu erarbeiten. Idealerweise wird die Arbeit der Zirkel von einem geschulten (internen

oder externen) Moderator koordiniert und unterstützt. Die erarbeiteten Lösungsvorschläge werden der Leitungsebene zur Entscheidung vorgelegt, dort kritisch geprüft und wenn möglich realisiert. Daraufhin wird erneut evaluiert, wie effizient die Lösung zur Behebung des Problems war.

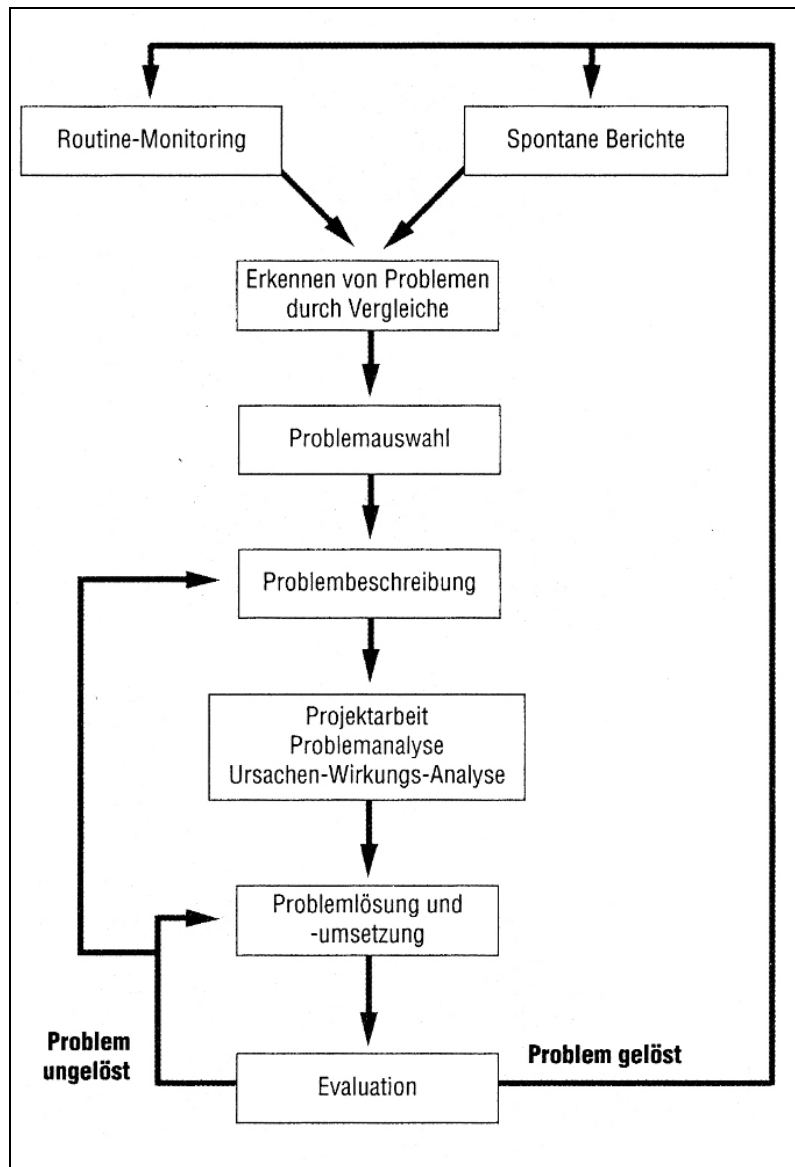


Abbildung 8: Arbeitsschritte der Qualitätssicherungsprozesse. Bsp.: QS-Algorithmus des KH München Schwabing (nach Kolkmann 2001, S.79)

Die Arbeitsschritte eines Qualitätszirkels werden in Abbildung 8 veranschaulicht, am Beispiel eines Algorithmus, der am Krankenhaus München Schwabing eingesetzt wird.

2.1.7.3 Leitlinien

Ein geeignetes Mittel zum Erreichen der im QM geforderten Qualitätsstandards ist die Anwendung von fachspezifischen Leitlinien. Leitlinien sind wissenschaftlich begründete, praxisorientierte

Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen mit dem Ziel, das kontinuierlich zunehmende und sich verändernde medizinische Wissen zu werten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das jeweilige Vorgehen der Wahl zu definieren. Zielgrößen sind neben Morbidität und Mortalität auch Patientenzufriedenheit und Lebensqualität (AWMF 2001).

Tabelle 2: Klassifikation von Leitlinien in die Entwicklungsstufen S1-S3 (nach AWMF 2001)

Klassifikation von Leitlinien nach AWMF	
S1	Handlungsempfehlung einer repräsentativen Expertengruppe, Verabschiedung durch die dazu legitimierte Institution z.B. die wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaft
S2 k	Konsensbasierte Leitlinie (auf der Basis S1) als nominaler Gruppenprozess, Konsensus- oder Delphikonferenz
S2 e	Evidenzbasierte Leitlinie
S3	Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie nach systematischer Entwicklung (auf der Basis S2) mit allen fünf Elementen

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Entwicklungsstufen von Leitlinien. Hintergrund für die Einstufung ist die methodische Vorgehensweise bei der Ausarbeitung. Diese richtet sich nach der Größe der zur Verfügung stehenden Datenlage (Prinzip der Evidence Based Medicine)¹² und ggf. der Orientierung an möglichen Vorgängermodellen.

Die Erarbeitung von Leitlinien folgt einem 3-stufigem Prozess:

- Stufe 1: Die Leitlinie wird im informellen Konsens einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe erarbeitet.
- Stufe 2: Eine vorhandene S1-Leitlinie wird in einem strukturierten Konsensusverfahren (nominaler Gruppenprozess, Konsensus- oder Delphikonferenz) beraten und als Leitlinie S2 verabschiedet.
- Stufe 3: Auf der Basis einer S2-Leitlinie wird die neue Leitlinie um fünf weitere Komponenten erweitert: Logik, Konsens, Evidenzbasierung, Entscheidungsanalyse und Outcome-Analyse. Dabei werden systematisch Daten aus randomisiert-kontrollierten Studien einbezogen. S3-Leitlinien sind somit die höchste Stufe der Leitlinienentwicklung. Durch die Kombination aus Evidenzbasiertheit und Expertenkonsens erhalten sie sowohl hohe wissenschaftliche Legitimation bezüglich der Methode als auch bezüglich der Umsetzung in der Praxis.

¹² Anm.: Der Begriff „Evidence Based Medicine“ beschreibt die gewissenhafte, genaue und vernünftige Anwendung der derzeitigen besten wissenschaftlichen Evidenz zur Entscheidungsfindung bei der Behandlung von einzelnen Patienten. In der praktischen Anwendung bedeutet Evidenz Basierte Medizin, klinische Expertise mit der bestzugänglichen klinischen Evidenz der systematischen Forschung zu vereinen (Sackett et al. 1996).

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), befasst sich mit der Entwicklung solcher Leitlinien, deren qualitativen Überprüfung und deren Implementierung in die Versorgungspraxis. Dabei ist das Ziel, den Konsens über Diagnostik und Therapie für die Praxis anwendbar zu machen, Lobbyismen und Fächeregoismen zu eliminieren, die Praktikabilität und die Finanzierbarkeit zu klären, sowie das für Patienten und Ärzte zu tragende Restrisiko zu beschreiben und in der Rechtsetzung und -sprechung zu berücksichtigen.

In der Praxis haben Leitlinien den Zweck, einen Handlungskorridor für die ärztlichen Entscheidungen vorzugeben, der die bestmögliche Therapie ermöglichen soll. Wo individuelle Fälle dies erfordern, ist es möglich bzw. sogar erwünscht, abweichend von den Vorgaben zu handeln. Abweichungen müssen begründet und dokumentiert werden.

Leitlinien haben, im Gegensatz zu Richtlinien, primären Empfehlungscharakter, können und sollen jedoch auf die jeweils gegebene Situation flexibel angepasst und angewendet werden; es besteht also ein gewisser Ermessensspielraum.

Durch die große Bedeutung von ökonomischer Effizienz im heutigen Gesundheitswesen kommt Leitlinien inzwischen ein hoher Stellenwert zu. Dies führt zu einer institutionellen Verankerung (z.B. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ, Clearingverfahren für Leitlinien 59) bis hin zur Verknüpfung an die Vergütung (§ 137f SGB V) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme.

Die gesundheitspolitische Relevanz von Leitlinien hat auf der Ebene der Fachgesellschaften und Verbände eine zunehmende Auseinandersetzung mit Leitlinien zur Folge. Aus diesen Aktivitäten resultieren zunehmend methodisch hochwertige Leitlinien und sog. Nationale Versorgungsleitlinien (Sens et al. 2007).

2.2 Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit nimmt einen zentralen Platz im Qualitätsmanagement des Gesundheitswesens ein. Das folgende Kapitel befasst sich daher mit der Erfassung der Patientenzufriedenheit und der Schwierigkeit, diese für Zwecke der Qualitätssicherung fassbar zu machen.

2.2.1 Der Stellenwert der Patientenzufriedenheit innerhalb des Qualitätsmanagements

Nach Kutz wird die Qualität eines Versorgungsprozesses neben objektiven Kriterien wie Lebenserwartung, Mortalität, Morbidität, Behandlungserfolg oder Verweildauer auch durch subjektiv erlebte Anteile des Qualitätserlebens wie Zufriedenheit mit dem Versorgungssystem, dem Grad des bio-psycho-sozialen Wohlbefindens, der Lebensqualität, bestimmt (Kutz 2007, S.4). In der Literatur besteht Konsens über die große Wichtigkeit der Patientenzufriedenheit für die Beurteilung der Versorgungsqualität (vgl. Weis et al. 2007, Kleeberg et al. 2005). Konsequenterweise nimmt sie auch einen zentralen Platz innerhalb der beschriebenen Qualitätsansprüche von Zertifizierungsinstitutionen ein: Die Beurteilung durch den Kunden ist das endgültige Maß für die Qualität einer Dienstleistung (s. Hannover 2000). Im Zuge der oben beschriebenen zunehmenden Ökonomisierung erhält das Kriterium „höchstmögliche Patientenzufriedenheit“ für die Versorgungseinrichtung einen erhöhten Stellenwert, da es u.a. als Wettbewerbsargument oder auch als Diskussionshilfe gegenüber den Kostenträgern herangezogen werden kann (vgl. Helmig 1997, Klotz et al. 1996).

2.2.2 Das Konstrukt Patientenzufriedenheit – Definition, Messbarkeit, Einflüsse

2.2.2.1 Definition

Über die Bedeutung der Patientenzufriedenheit besteht in der einschlägigen Literatur weitgehend Einigkeit (vgl. Kutz 2007, Kleeberg et al. 2005, Hannover et al. 2000, Sitzia et al. 1997). Jedoch sind die Greifbarkeit des Konstruktes Patientenzufriedenheit und ihre Messung komplexer als allgemein angenommen wird (Carr-Hill, 1992). “The concept of patient satisfaction can be regarded in the wider context of the rise of consumerism in Western medical practice but (...) the concept has suffered lack of formal attention to its meaning” (Sitzia et al. 1997, S.1840). Mit diesen Worten beschreibt Sitzia eine Hauptschwierigkeit in der Zufriedenheitsforschung. Die Problematik zeigt sich bereits in der geringen Bereitschaft vieler Autoren, den Begriff Patientenzufriedenheit exakt zu definieren. Eine mögliche Definition lautet: „Patientenzufriedenheit ist die Reaktion eines Empfängers medizinischer Fürsorge, auf wesentliche Aspekte seines Erlebens der Dienstleistung.

Sie besteht aus einer kognitiven Bewertung und einer emotionalen Reaktion auf Struktur, Prozess und Ergebnis der Dienstleistungen“ (Cleary 1988, S.26).

2.2.2.2 Methoden der Zufriedenheitsmessung

Bei der Analyse der zahlreichen Studien zur Erfassung der Patientenzufriedenheit wird schnell deutlich, dass hierbei eine große Bandbreite sehr unterschiedlicher Messmethoden angewendet wird, es bislang jedoch noch keine einheitlich etablierten Messinstrumente gibt. Bisher wurden in Deutschland der Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8), eine deutsche Adaptation des Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) und der PASQOC[®] Fragebogen (Kleeberg et al. 2005) zur Patientenbefragung eingesetzt.

Der Patient Satisfaction and Quality of Life in Oncological Care Fragebogen (PASQOC[®]) wurde zwischen 1998 und 2002 in einem groß angelegten Forschungsprojekt (in Kooperation mit der Deutschen Krebsgesellschaft) entwickelt mit dem Ziel, die Patientenzufriedenheit ambulant betreuter Krebspatienten (in onkologischen Praxen und Tageskliniken) zu erfassen. Die Untersuchung mittels des PASQOC[®] ist die erste und bisher einzige Studie zur Evaluation der Patientenzufriedenheit im Bereich der Onkologie (Kleeberg et al. 2008).

In vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung ist die Tendenz zu beobachten, dass häufig (mangels verfügbarer Alternativen) selbständig erarbeitete ad-hoc Fragebögen und Messinstrumente zur Patientenbefragung eingesetzt werden, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Versorgungseinrichtung zugeschnitten sind (Hannöver 2000, Deutsche Krebsgesellschaft 2003).

In vorangegangenen Studien hat sich gezeigt, dass einige wichtige Anforderungen an die Erhebungsinstrumente wesentlich sind, um die Güte von Zufriedenheitsbefragungen zu gewährleisten (Helmig 1997). Dazu gehören u.a. die Mehrdimensionalität der Befragung und die Eindeutigkeit des zu untersuchenden Ziels. Mehrdimensionalität der Befragung bedeutet, dass Fragen zur Qualität unterschiedlicher Versorgungsbereiche gestellt werden sollen. Beispielsweise können die Bereiche „Ärztliche Kompetenz und Betreuung“, „Verpflegung und Unterbringung“, „Verwaltung und Tagesablauf“ mit gezielten Fragen allgemein (Mittelwert der Antworten) und in Einzelaspekten untersucht werden. Bei einem solchen Vorgehen kann in der Auswertung zunächst der Versorgungsbereich identifiziert werden, in welchem gravierende Mängel zu erwarten sind (z.B. Verpflegung / Unterbringung). Zusätzlich lassen sich innerhalb dieses Bereiches die jeweiligen Schwachstellen von positiv bewerteten Aspekten abgrenzen (z.B. Zufriedenheit mit dem Essen, jedoch große Unzufriedenheit mit der Hygiene auf der Station).

Des Weiteren empfiehlt sich, die Ziele der Untersuchung vorher genau zu definieren und die Fragen in einem Pre-Test vor Durchführung der Hauptuntersuchung auf ihre Verständlichkeit zu überprüfen. Bezüglich der Antwortmöglichkeiten hat sich eine Abstufung in fünf Antwortkategorien (z.B. von 1 = „sehr unzufrieden“ bis 5 = „sehr zufrieden“), sowie der Wechsel von positiv und negativ formulierten Fragen als sinnvoll erwiesen (Klotz 1996). Durch Anwendung dieser Methodik soll erreicht werden, dass die gemessenen Parameter möglichst präzise die wirkliche Meinung bzw. die Situation der Befragten widerspiegeln.

Zudem gilt als nicht unerhebliches Merkmal, dass der Aufwand sowohl für die Patienten (Länge der Befragung, Verständlichkeit etc.) als auch für das Personal (Zusatzarbeit und Kosten, Logistik, Auswertung etc.) so gering wie möglich zu halten ist.

2.2.2.3 Einflüsse auf die Zufriedenheit

Die Zufriedenheit eines Menschen wird von zahlreichen individuell unterschiedlichen Faktoren negativ bzw. positiv beeinflusst. In wie weit beispielsweise Kognition oder Emotion bei der Entstehung von Zufriedenheit einer Person entscheidend sind, hängt stark von Persönlichkeitsmerkmalen ab. Trotz des Forschungsansatzes, mittels Regressionsanalyse in der statistischen Auswertung, Korrelationen der Zufriedenheit mit weiteren individuellen Merkmalen (z.B. soziodemographischen oder medizinischen Merkmalen) aufzuzeigen, sind Zusammenhänge nicht durchgängig einheitlich empirisch greifbar und werden in der Literatur teilweise widersprüchlich bewertet.

Einigkeit besteht in der Beobachtung, dass mit dem Alter der Patienten die Zufriedenheit im Allgemeinen steigt. Zudem korreliert eine hoch gemessene Lebensqualität weitgehend mit hohen Zufriedenheitswerten. Das Geschlecht hat dagegen keine Auswirkung auf die gemessene Zufriedenheit. Uneinig sind sich die Autoren gegenüber Beeinflussung der Zufriedenheit durch den Bildungsstand, durch die Erwartungen an die Behandlung und deren Resultat, durch unterschiedliche Diagnosen und die Dauer der Behandlung (vgl. Rahmqvist 2001, Jacob 2000, Klotz 1996). Bei der Untersuchung der bereits ermittelten Einflussfaktoren wird jedoch auch deutlich, dass die objektiven Parameter nicht ausreichen, um alle Einflüsse auf die Zufriedenheit eines Patienten zu erfassen.

Durchgängig zeigt sich in empirischen Studien, dass bei Befragungen zur Zufriedenheit stets hoch positive Werte ermittelt werden. „Grundsätzlich werden Zufriedenheitsitems von mehr als 80% aller Patienten unabhängig vom Iteminhalt im Sinne hoher Zufriedenheit beantwortet“ (Jacob et al. 2000, S.286). Es gibt viele unterschiedliche Erklärungsansätze für diese Art „sozio-psychologischer

Artefakte“. Sie beziehen sich u.a. auf soziale Erwünschtheit, Angst vor negativen Konsequenzen auf die Behandlung sowie auf das Problem, dass verstärkt sehr zufriedene Patienten am Evaluationsprozess teilnehmen („Selbstselektion“). Hierbei gilt zu beachten, dass durch allgemein hoch angegebene Werte, die statistische Auswertung durch den so genannten Ceiling-Effekt verzerrt werden kann. Dies bedeutet, dass sobald der Mittelwert einer Messung sehr nah am Maximum der Maßskala liegt, keine Normalverteilung der Werte mehr existiert. Dadurch wird der Bezug des Ergebnisses zu anderen Variablen verschleiert (vgl. Sitzia et al. 1997, Lewis 1994, Fitzpatrick 1991).

2.2.3 Patient-reported Outcomes und Zufriedenheitsbefragungen als QS-Maßnahme

Zur Analyse und Verbesserung der Versorgungsqualität können Informationen aus verschiedenen Datenquellen (Screeningverfahren, subjektive Verlaufsbeurteilungen des Patienten, Befragungen zur sog. Health-related Quality of Life (HRQoL) u.a.) eingesetzt werden, welche sog. Patient-reported Outcomes (PROs) erfassen. PROs geben dem medizinischen Personal spezifische Rückmeldung über das Befinden des Patienten während der Behandlungsphase und in der Zeit der Nachsorge. Anhand dieser Rückmeldung besteht die Möglichkeit, die Probleme des Patienten frühzeitig zu identifizieren, sie besser zu verstehen, auf aktuelle Veränderungen im Befinden des Patienten zu reagieren und das Prozedere bereits während der laufenden Behandlung besser auf die gegebene Situation abzustimmen (Greenhalgh 2009).

PROs sind somit auch hilfreich zur Erfassung der Patientenzufriedenheit, die laut Kleeberg (2005) ein Hauptindikator der Ergebnisqualität ist. Aufgrund der oben angesprochenen methodischen Problematik bei der Messung (s. Kapitel 2.2.2), wird die Einbeziehung sog. background factors, wie z.B. Alter, Geschlecht und Krankheitsstatus in die Gesamtanalyse der Patientenzufriedenheit empfohlen. „When instruments for measuring patient satisfaction are used as tools for comparing health care units or for following time trends, dominant background factors should be controlled for in order to make comparisons reliable“ (Rahmqvist 2001, S.386).

Informationen aus Zufriedenheitsbefragungen dienen auch der Aufdeckung von Fehlern und Mängeln in den Versorgungsabläufen. Aus den Ergebnissen der Befragungen können sich konkrete Verbesserungsansätze im Sinne von QS-Maßnahmen ergeben (Klotz 1996). Zudem ist es sinnvoll für die Ergebniskontrolle nach einer durchgeführten QS-Maßnahme, also für den kontinuierlichen Vergleich des Ist-Standes mit Vor-Werten, wie auch im TQM gefordert, eine Patientenbefragung mit dem gleichen Instrument erneut durchzuführen.

Allerdings besteht zwischen den wissenschaftlichen Forschungsgruppen keine Einigkeit über eine empfehlenswerte einheitliche Vorgehensweise. Weder besteht Konsens über die Aussagekraft von Patientenbefragungen als Messinstrument für Patientenzufriedenheit, noch über die Art der Anwendung und Interpretation von PROs im klinischen Alltag. Dies hat zur Folge, dass die Akzeptanz bestimmter Methoden zwischen den Klinikern sehr unterschiedlich ist und demnach der routinemäßige Einsatz der Erhebungsinstrumente sehr stark variiert. Eine Zukunftsaufgabe wird daher sein, die beschriebenen Methoden besser an die Bedürfnisse von Patienten und medizinischem Personal sowie an die Gegebenheiten des Versorgungssystems anzupassen (Greenhalgh 2009, Donaldson 2008). Eine einheitliche und transparente Erfassung der PROs ist für das Qualitätsmanagement von großer Bedeutung, da so die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten besser berücksichtigt werden können.

2.3 Psychoonkologie

Die bisher beschriebenen Überlegungen zum Qualitätsmanagement in der Medizin sollen im nächsten Schritt exemplarisch an einer psychoonkologischen Versorgungseinrichtung zur Anwendung kommen. Um hierbei die besonderen Anforderungen der Psychoonkologie besser einschätzen zu können, wird zunächst das Fachgebiet in groben Zügen vorgestellt.

2.3.1 Definition und historische Entwicklung der Psychoonkologie

2.3.1.1 Definition

Die Psycho-Onkologie¹³ ist ein Teilgebiet der Krebsheilkunde und Krebsforschung (Onkologie); charakterisiert durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete wie Medizin, Psychologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Soziologie. Sie befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Einflüssen in der Entstehung und im Verlauf einer Krebserkrankung im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter (Weis et al. 2007, S.185).

2.3.1.2 Geschichtliche Hintergründe, Entstehung, Entwicklung bis heute¹⁴

Der britische Psychoonkologe Steven Greer beschreibt die Entstehungsgeschichte der Psychoonkologie mit dem treffenden Satz: „It has not been an easy birth“ (Greer 1994, S.88). Die erst knapp 30 Jahre junge Fachdisziplin musste in ihrer Entwicklungsgeschichte fortlaufend zahlreiche gesellschaftlich weit verbreitete Mythen und Stigmata bezüglich Krebs und krebserkrankten Menschen sowie andere medizinische und gesellschaftliche Hindernisse überwinden, um sich etablieren zu können.

Bis ins 19. Jahrhundert war eine Krebsdiagnose gleichbedeutend mit einem Todesurteil, da ein ausreichendes Verständnis der Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten fehlten. So galt es damals als die humanitärste Lösung für die Ärzte, den Patienten ihre Diagnose nicht zu eröffnen. Durch diesen unklaren, geheimnisumwobenen Umgang mit dem Thema Krebs in der Öffentlichkeit entstanden in der Bevölkerung Mythen um das Thema, die teilweise heutzutage bei Patienten noch zu finden sind. Beispielsweise kommt es vor, dass Krebskranke aus bestehenden

¹³ Vor allem im englischen Sprachraum wird häufig der Begriff ‚psychosocial-oncology‘ synonym verwendet.

¹⁴ In den folgenden Kapiteln 2.3.1.2-2.3.2.3 bezieht sich der Autor, wenn nicht anderweitig gekennzeichnet, auf Informationen aus einem persönlichen Gespräch mit Prof. Jimmie Holland (Gesprächsprotokoll vom 7.03.2007, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York).

Gesellschaftsstrukturen wie einer Dorfgemeinschaft oder Familie ausgegrenzt werden, da das Thema Krebs nach wie vor tabuisiert wird und vielen Menschen unheimlich ist.

Besonders in der Zeit bevor wissenschaftliche Erklärungen zur Entstehung von Krebskrankheiten erforscht waren, wurden Krebskranke stigmatisiert, Gefühle der Scham und Schuld begleiteten die Krankheit und in die Unwissenheit der Menschen mischte sich sogar die Angst vor möglicher Ansteckungsgefahr. Die Patienten wurden mit ihren Problemen und Sorgen weitgehend allein gelassen.

Bis in die 1950er Jahre änderte sich daran wenig, trotz der sich zügig weiterentwickelnden Therapieoptionen, wie neuen Operationstechniken und den ersten Ansätzen der Bestrahlungs- und Chemotherapie. Erst mit dem steigendem Einfluss der Psychoanalyse auf die Medizin und der beginnenden Integration von Psychiatrie und Psychologie in die medizinische Versorgung, entstand das Bestreben, die Menschen ganzheitlich zu behandeln. Der Psychiater Arthur Sutherland errichtete 1950 im Memorial Sloan-Kettering Hospital in New York erstmals eine psychiatrische/psychologische Versorgungsstation in einem Krebskrankenhaus. Hierdurch erhielten Patienten erstmals, über die bisherigen, zaghaften Ansätze von Selbsthilfegruppen u.ä. hinaus, ein ausgeweitetes Unterstützungsangebot.

In den Folgejahren entwickelte sich die Idee einer psychodynamisch-psychosomatischen Ursachenhypothese von Krebserkrankungen. Mitte der 50er Jahre wurden einige Studien veröffentlicht, die einen Zusammenhang zwischen „psychologischen Faktoren und Krebs“ nahe legten (Blumberg et al., 1954)¹⁵. Während unter Psychologen dieser Forschungsansatz auf Interesse stieß, wurde der spekulativen Hypothese zur Ätiologie in der medizinischen Onkologie keine Beachtung geschenkt.

Die Folge war, dass in den 60er und 70er Jahren innerhalb der psychosomatischen Krebsforschung und Behandlung zwei unterschiedliche Richtungen eingeschlagen wurden. Eine Gruppe befasste sich mit Fragestellungen zur Psychoneuroimmunologie. Ihre Arbeit lieferte hilfreiche Ergebnisse zum besseren Verständnis von konditionierten Behandlungsnebenwirkungen wie beispielsweise Übelkeit und Erbrechen. Die Hypothese, dass das psychische Befinden von Patienten Einfluss auf die Krebsentstehung habe, wurde inzwischen durch mehrere methodisch gute Studien widerlegt. Bezüglich eines erhöhten Krebsrisikos, des schnelleren Fortschreitens oder der erhöhten Mortalität konnten bis zum heutigen Tag keine eindeutigen Zusammenhänge mit psychischen Faktoren wissenschaftlich belegt werden (Holland 2004). Dennoch bleiben diese Theorien zu seelischen

¹⁵ Blumberg, West, Ellis (1954) „A possible relationship between psychological factors and human cancer“. Zit. nach: Holland 2002, S.211

Krebsursachen in den Gedanken vieler Menschen weiterhin bestehen. „Es ist ein interessantes Phänomen, dass diese Befundlage nicht rezipiert wird, nicht in der Laienpresse (...), nicht bei Patienten (die in ihrer Erklärungsnot auch eigene Schuld erwägen) und nicht einmal in Expertenkreisen“ (Herschbach, Heußner 2008, S.54).

Das zweite Arbeitsfeld, das aus der Psychosomatischen Medizin heraus entstand, war der psychiatrische Konsilar-Liaisondienst. Vertreter dieser Forschungsrichtung, zu der Sutherland sowie die Psychoonkologen Jimmie Holland und Steven Greer zählen, konzentrierten sich in ihrer Arbeit mit den Patienten auf die psychosoziale Begleitsymptomatik, die mit der Krebskrankheit einhergeht. Jede Diagnosestellung einer Krebserkrankung bringt ein breites Spektrum von psychischen Problemen und Belastungen für die Betroffenen mit sich: Angefangen von körperlichen Empfindungen wie Schmerzen, Abgeschlagenheit, Sorgen und Fatigue auch durch Nebenwirkungen der Behandlung bedingt, über existenzielle Sorgen, Trauer, Angst vor dem Tod, Versorgung der Familie etc., bis hin zu seelischen Belastungen philosophischen, religiösen oder spirituellen Ursprungs.

Dieses eher unspezifische Leiden der Krebspatienten, von Shakespeare treffend als „suffering of the mind with the body“ beschrieben¹⁶, verdeutlichte den Wissenschaftlern und Therapeuten dieser Forschungsrichtung den Bedarf, neben der rein medizinischen Versorgung, Patienten zusätzlich mental zu unterstützen und ihnen damit ein ganzheitliches Behandlungsangebot zu bieten.

Unterstützung erhielt ihr Ansatz durch eine in den 60er Jahren verstärkt aufkommende Debatte in der Medizin: es wurde gefordert, dass krebskranke Menschen über ihre Krankheit aufgeklärt werden müssen und den Bedürfnissen von Krebspatienten größere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, damit eine Enttabuisierung des Themas Krebs stattfinden kann. Wesentlichen Anteil an dieser Enttabuisierung hatte die Arbeit der Psychiaterin Elizabeth Kübler-Ross. „(She) galvanized both public and medical attention to recognize the isolation of dying patients and their need for dialogue about their situation“ (Holland 2002, S.213). Dies hatte zur Folge, dass auch von zunehmend mehr Patienten der Wunsch nach offener und ehrlicher Aufklärung geäußert wurde. Um diesen Wünschen zu begegnen, suchten die Onkologen verstärkt die Unterstützung von Psychologen, Psychiatern, Seelsorgern und weiteren Berufsgruppen.

In Europa wurde diese Entwicklung maßgeblich durch den Schweizer Nervenarzt und Psychoanalytiker Fritz Meerwein vorangetrieben, der konstatierte, es sei „unwesentlich, ob eine psychische Störung des Patienten Ursache oder Folge der Tumorerkrankung sein; vielmehr stehe ein angemessener Umgang mit den psychischen Prozessen im Vordergrund“ (Schwarz 2007, S.247). An

¹⁶ In Anlehnung an Shakespeares: 'King Lear' (Zit. aus: Holland 2002, S.215)

seiner Universitätsklinik in Zürich gestaltet Meerwein den notfallärztlichen Konsiliardienst in ein verbindliches Liaisonmodell zwischen der Psychosomatischen und den Hämatologischen- und Onkologischen Abteilungen um.

Die Weiterentwicklung dieser ersten Ansätze aus New York und Zürich, führten Mitte der 1970er Jahre zur Entstehung einer neuen Wissenschaft: der heutigen Psychoonkologie. Das System der Konsiliar-Liaison-Dienste wurde in der Folge durch ambulante Versorgungsangebote ergänzt. Dennoch dauerte es trotz der anerkannten Erfolge der psychoonkologischen Arbeit einige Jahrzehnte lang, bis diese junge Wissenschaft sich institutionell und finanziell etablieren konnte. Greer beschreibt seine anfänglichen Erfahrungen folgendermaßen: „Psycho-oncology then has developed in response to a clinical need. It has not been an easy birth. For collaboration between oncologists and psychiatrists to take place, it was necessary to break down the territorial boundaries which divide the various specialities within Medicine. Moreover, both oncologists and psychiatrists have had to question the common assumption that, because anxiety and depression are natural, understandable reactions to cancer, psychological treatment is not feasible. This assumption is incorrect” (Greer 1994, S.88). Diese wichtige Grunderkenntnis prägte die weitere Entwicklung der psychoonkologischen Arbeit in beträchtlicher Weise.

Die beschriebene frühe Spaltung in der Ätiologieforschung in verschiedene ideologische Richtungen sieht Holland als einen wesentlichen Grund für die Anlaufschwierigkeiten der jungen onkologischen Teildisziplin in der Forschung, wie in der Integration in den medizinischen Versorgungsalltag: „The ‘disconnect’ between these early investigators and physicians working in cancer led to a delay in the development of prospective studies of patients that explored both the medical and psychological perspectives, and ensured an integrated approach to their care“ (Holland 2006, S.22).

2.3.2 Strukturelle Versorgungsbedingungen

Im folgenden Kapitel wird der aktuelle Stand der Entwicklung in der Psychoonkologie, ihre Aufgaben und Struktur, Forschungsbereiche und Aufgabenstellungen für die Zukunft vorgestellt.

2.3.2.1 Aufgaben und Struktur der psychoonkologischen Versorgung

In der heutigen medizinischen Versorgung haben onkologische Krankheiten einen weitgehend veränderten Stellenwert. Durch die sich fortlaufend verbessernden Behandlungs- und Therapiekonzepte hat Krebs in vielerlei Hinsicht den Status einer chronischen Krankheit bekommen. Krebs ist in den meisten Fällen nach wie vor nicht heilbar, dennoch sterben viele Patienten mittlerweile nicht mehr am Krebs, sondern sie sterben mit dem Krebs. Dennoch hat sich

die kognitive Bewertung in den Köpfen der Menschen bisher kaum gewandelt. “Cancer diagnosis is associated with harmful, debilitating and depressing events that may last until death...” (Kleeberg et al. 2005, S.4).

Durch die oben beschriebene enorme psychische Belastung von Krebspatienten, die immer länger mit ihrer Erkrankung leben, steht die Psychoonkologie vor einer großen Herausforderung. In Anlehnung an die o.g. Definition sieht die Psychoonkologie ihre primäre Aufgabe darin, die psychische Stabilisierung der Patienten und ihrer Angehörigen zu untersuchen, sowie Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung zu gewährleisten, um so den Patienten Lebensqualität zu erhalten bzw. sie zu erhöhen.

Dabei kommen verschiedene Methoden aus den unterschiedlichen Therapierichtungen zum Einsatz. Psychotherapie ist für den Großteil der psychisch belasteten Krebspatienten nachweislich sinnvoll. Randomisierte Studien haben eine deutliche Verbesserung der psychischen Symptomatik durch Psychotherapie gezeigt (s. Holland 2004; Greer 1994).

Psychoonkologische Betreuung erfolgt im interdisziplinären Ansatz und wird in Zusammenarbeit einer großen Zahl unterschiedlicher Berufsgruppen erbracht: „The contributions from psychiatry, behavioral medicine, health psychology, social work, nursing and pastoral counseling, as well as oncologists, ethicists and patients themselves have created a richness and diversity of information and theoretical models and approaches, both in research and clinical cancer care. The most successful psycho-oncology, psychosocial and behavioral oncology units have been those able to use this diversity to their advantage by evaluating patients and referring them to the most appropriate resource” (Holland 2002, S.29).

2.3.2.2 Forschungsbereiche und Publikationen

Seit etwa 30 Jahren ist die Psychoonkologie dabei, sich als eigene Wissenschaftssparte und Subspezialisierung der Onkologie zu etablieren. Psychoonkologische Forschung wird in multiprofessionelle Arbeitsgruppen aus den Fachbereichen Psychosomatik, Psychologie, Onkologie, Soziologie, Sozialpädagogik, Psychiatrie und Theologie betrieben. Es entstanden eigene Fachgesellschaften wie die 1984 gegründete International Psycho-Oncology-Society (IPOS) und die European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). In Deutschland sind die Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e.V. (Dapo)¹⁷ und die Arbeitsgemeinschaft für

¹⁷ Für weitere Informationen s. www.dapo-ev.de

Psychoonkologie (PSO)¹⁸ in der Deutschen Krebsgesellschaft als psychoonkologische Organisationen an der Forschung beteiligt.

Die IPOS veranstaltet zudem in regelmäßigen Abständen einen „World Congress of Psycho-Oncology“ der im Juni 2009 zum elften Mal stattgefunden hat.

Forschungsbereiche der Psychoonkologie sind u.a.: Krankheitsverarbeitung, Lebensqualität, Belastung und Komorbidität, Salutogenese, Interventionen und Arzt-Patienten-Interaktion. Unterstützt werden derartige Forschungsprojekte in Deutschland durch die staatliche Forschungsförderung (v.a. BMBF, BMG, DFG) und private oder freigemeinnützige Stiftungen (wie DKH, Carreras, u.v.m.) (Weis et al. 2007).

Wissenschaftliche Forschungsergebnisse der PO wurden in zahlreichen Publikationen in medizinpsychologischen und psychosomatischen Fachzeitschriften aber auch in speziellen PO-Fachzeitschriften veröffentlicht. Zu nennen sind hierunter im Besonderen „Psycho-Oncology“ und „Quality of Life Research“. Im deutschen Sprachraum sind psychoonkologische Arbeiten v.a. in „Onkologie“ und der Zeitschrift „Forum“ der DKG publiziert worden¹⁹. Zudem zeigt sich die wissenschaftliche Produktivität der PO „auch in substanziellen Publikationsanteilen in hochrangigen medizinischen Zeitschriften (z.B. Journal of Clinical Oncology, The Oncologist)“ (Weis 2007, S.193).

2.3.2.3 Zukunftsaufgaben der Psychoonkologie

Für die Zukunft stellen sich der PO zwei Hauptaufgaben: Als erste wird die Schwierigkeit genannt, dass die psychoonkologischen Versorgungskonzepte bei den behandlungsbedürftigen Patienten ankommen müssen: „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). Derzeit leidet ein substantieller Anteil der onkologischen Patienten an psychischen Komorbiditäten, d.h. an behandlungsbedürftigen psychischen Belastungen und Störungen. „Heute gehen die meisten Experten von einer mittleren Prävalenzrate irgendeiner psychischen Störung im Verlauf einer Krebserkrankung von ca. 25% aus. Die Rate ist höher bei fortgeschrittenem Stadium“ (Herschbach, Heußner 2008, S.58). Die psychischen Komorbiditäten werden jedoch in der Praxis häufig nicht diagnostiziert oder – wenn diagnostiziert – nicht angemessen behandelt. Um dieser Problematik angemessen zu begegnen, empfiehlt sich daher die Verwendung geeigneter Screeningmethoden, um interventionsbedürftige

¹⁸ Für weitere Informationen s. www.pso-ag.de

¹⁹ Für Literatur- und Zeitschriften Empfehlung der dapo s. <http://www.dapo-ev.de/litliste.pdf>

Patienten zu erkennen. Wichtig ist hierbei, dass leicht praktikable Erfassungsinstrumente zur Anwendung kommen (z.B. Fragebogenkurzversionen), um den Arbeitsaufwand für Personal und Patienten möglichst gering zu halten und dadurch Akzeptanz und Anwendung des Screenings zu fördern (Mehnert et al. 2006). Inzwischen existieren fünf verschiedene Screeningverfahren die für den Routineeinsatz in der Psychoonkologie geeignet sind und von der PSO empfohlen werden (s. Kapitel 2.4.3).

Gleichzeitig ist es essentiell, den Patienten einen niederschweligen Zugang zur Behandlung zu ermöglichen, sie über entsprechende Angebote zu informieren oder psychoedukative Fortbildungsveranstaltungen anzubieten. Gegenwärtig beschränkt sich die PO-Versorgung auf noch einzelne schwerpunktmäßig spezialisierte Versorgungszentren. Gerade im Bereich der Akutversorgung ist ein Mangel festzustellen. Daher bleibt es das Ziel, das psychoonkologische Versorgungsangebot für bedürftige Patienten und deren Angehörige weiter flächendeckend auszubauen (Weis et al. 2007).

Zweitens wird es darum gehen, die Psychoonkologie in der medizinischen Routineversorgung zu integrieren. Einen wichtigen Stellenwert hat in diesem Zusammenhang die Implementierung von umfassenden psychoonkologischen Leitlinien für Diagnostik und Therapie als integraler Bestandteil der onkologischen Patientenversorgung (s. Kapitel 2.4.2). Außerdem wichtig und erstrebenswert ist die Integration der psychoonkologischen Inhalte in die medizinische (und psychologische) Lehre. In diesem Zusammenhang können wiederum Leitlinien von Bedeutung sein, da sie ein zeitökonomisches, praxisnahes aktuelles Lehrmaterial (z.B. in Form von übersichtlichen Kurzfassungen in Kitteltaschenformat) für Studenten, Praktikanten und Famuli darstellen (Heimpel 2006). Bisher gibt es für psychoonkologische Lehrinhalte in den universitären Studienordnungen weder Verpflichtungen noch Empfehlungen. Dabei sind die Einbeziehung von Leitlinien in die medizinische Lehre und deren Implementierung in der Praxis Garant eines einheitlichen Versorgungsstandards. So sollte ein Ziel sein, bei der medizinischen Behandlung von Krebspatienten neben den fünf Parametern des Routinescreening: Temperatur, Atmung, Herzfrequenz, Blutdruck und Schmerz zusätzlich emotionalen Distress als „sixth vital sign“ aufzunehmen, wie es die Canadian Strategy for Cancer Control (CSCC) empfiehlt (Bultz 2006).

2.3.3 Psychoonkologische Versorgung in Deutschland

„Die psychoonkologische Versorgung (in Deutschland) beruht auf einem gegliederten System verschiedener Strukturen und Einrichtungen. Sie ist jedoch bisher nicht flächendeckend und bedarfsgerecht ausgebaut“ (Weis et al. 2007, S.189), sondern wird weitgehend schwerpunktmäßig

an spezialisierten Standorten angeboten. Als Ansatzpunkte für psychosoziale Arbeit werden die drei Versorgungsbereiche Akutversorgung, stationäre Rehabilitation und ambulante Beratung genutzt.

Die **Akutversorgung** ist ein zentrales Aufgabengebiet der PO. Im Rahmen von psychosomatischen Konsiliar-/Liaisondiensten werden Krebspatienten in Abhängigkeit ihrer akuten Belastungssituation und ihres individuellen Betreuungsbedarf behandelt. Die Indikation wird in Absprache mit den behandelnden Ärzten ermittelt oder ergibt sich durch den Wunsch der Patienten (s. auch Kapitel 4.1). Der Betreuungsbedarf während der Akutbehandlung wird von Experten auf etwa 1/4 der Patienten geschätzt (s.o.). „Das Interventionsspektrum beinhaltet kurzpsychotherapeutische, supportive und systemische Strategien, Informationsvermittlung, ggf. Planung einer Weiterbehandlung und Sterbebegleitung“ (Weis et al. 2007, S.190).

In der **stationären Rehabilitation** ist die Zielsetzung die Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität, die Anpassung an krankheits- oder behandlungsbedingte Funktionseinschränkungen und die Förderung der beruflichen und sozialen Reintegration. Dabei kommt der Einbeziehung des Patienten an medizinischen Entscheidungen, seiner Befähigung zur Mitverantwortung sowie dem Mitwirken am Rehabilitationsprozess große Bedeutung zu.

Der **ambulanten Beratung** kommt angesichts der zunehmenden Verkürzung der stationären Liegezeiten ein großer Stellenwert innerhalb der PO-Betreuung zu. Ihre Funktion liegt in der Klärung und Vermittlung weiterführender ambulanter Hilfen (wie qualifizierte niedergelassene Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen, psychoedukative Informationsveranstaltungen u.a.). Haus- oder Klinikbesuche von niedergelassenen Psychoonkologen bei körperlich immobilen oder gesundheitlich instabilen Patienten, sind aus der psychotherapeutischen Praxis heraus jedoch nicht praktikabel und werden von den Versicherungen bisher nicht honoriert (Schwarz 2006). Für diese Art der Betreuung werden für Patienten und ihre Angehörigen Unterstützungsangebote in ambulanten psychoonkologischen Beratungsstellen oder von spezialisierten niedergelassenen Psychotherapeuten angeboten.

2.4 Qualitätssicherung in der Psychoonkologie

Gerade die Psychoonkologie braucht definierte Qualitätsstandards, die sich am Stand der Forschung orientieren, weil im Rahmen der Tumorerkrankung viel Raum für Esoterik und Mythenbildung entsteht und die Grenzen zu zweifelhaften, paramedizinischen Behandlungsmethoden oft fließend sind. Die Umsetzung in der Praxis erfordert Maßnahmen der systematischen QS. Um den beschriebenen Zukunftsaufgaben der PO angemessen zu begegnen, wurden in Deutschland bereits verschiedene Maßnahmen realisiert.

2.4.1 Curriculum „Weiterbildung Psychosoziale Onkologie“

Dieses Weiterbildungskonzept wurde von den nationalen Fachverbänden Dapo und PSO entwickelt, um eine einheitliche Qualifikation der psychoonkologischen Fachkräfte zu gewährleisten. Die Absolventen dieses Curriculums erhalten hierfür ein Zertifikat der DKG.²⁰ Außerdem veranstalten Dapo und PSO fachspezifische Kongresse, Tagungen und Symposien als Fortbildungsangebote für die ausgebildeten Psychoonkologen. Eine Reihe psychoonkologischer Fachbücher wird von der Dapo als Grundlagenliteratur und zur Weiterbildung im psychoonkologischen Fachgebiet empfohlen.²¹

2.4.2 Leitlinien der Psychoonkologie²²

Eine Arbeitsgruppe der PSO befasst sich im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen mit der (Weiter-) Entwicklung von umfassenden psychoonkologischen Leitlinien für Diagnostik und Therapie. In ihren Ausführungen zum Qualitätsmanagement in der Psychoonkologie wurden seitens der Dapo bereits konkrete Forderungen bzgl. Leitlinien für ambulante Beratungsstellen formuliert (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie 2004). Die Bedeutungssteigerung von ärztlichen Leitlinien in den letzten zehn Jahren hat verstärkte Bemühungen der nationalen und internationalen psychoonkologischen Fachgesellschaften bewirkt.

Als Leitlinien internationaler Institutionen herausgegeben sind bislang die National Psychosocial Oncology Standards for Canada der Canadian Association for Psychosocial Oncology – CAPO (1999), die Psychosocial practice guidelines des australischen National Health and Medical Research Council – NHMRC (2003), für die USA die Distress – Treatment Guidelines for Patients

²⁰ Detaillierte Informationen hierzu unter: www.wpo.de und <http://www.ipos-society.org/professionals/meetings-ed/core-curriculum/core-curriculum-pres.htm>

²¹ Für Literatur- und Zeitschriftenempfehlungen der Psychoonkologie s. <http://www.dapo-ev.de/litliste.pdf>

²² Das folgende Kapitel ist eine modifizierte Fassung von Schmitz et al. 2008.

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) und die Guidelines for Psychosocial Support Service der British Psychosocial Oncology Society – BPOS (unpublished).

Die Standardvorgaben für die psychoonkologische Beratung und Behandlung sind bisher lediglich in den integrativen Leitlinien zu verschiedenen Tumordiagnosen enthalten. Diese organspezifischen Leitlinien werden von der Deutschen Krebsgesellschaft in Kooperation mit der AWMF erstellt. Die Psychoonkologie ist durch die Mitwirkung der beiden Fachgesellschaften PSO und Dapo in dem entsprechenden Gremium der DKG (ISTO) vertreten.

Eigenständige und einheitliche psychoonkologische Leitlinien, die fächerübergreifend relevant sind, existieren zurzeit in Deutschland noch nicht. Dieses Ziel wird jedoch seit 2002 bearbeitet. Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern verschiedener psychosozialer Fachgesellschaften hat inzwischen eine entsprechende Konsensvorlage erstellt. Ein Antrag für die Erstellung einer S3 Leitlinie zur psychoonkologischen Beratung und Betreuung wurde von der Deutschen Krebshilfe bewilligt. In diesem Förderantrag werden wichtige Forderungen des Qualitätsmanagements aufgegriffen (s. Tabelle 3). Das Projekt zur Erstellung dieser S3 Leitlinie wird im Herbst 2009 beginnen.

Tabelle 3: Gliederungspunkte der Inhalte einer Leitlinie für psychoonkologische Versorgung (nach dem Förderantrag der Leitlinieninitiative)

<p>1. Definition und Grundprinzipien der Psychoonkologie</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aufgabenbereiche b) Ziele c) Strukturelle und organisationale Voraussetzungen (Versorgungsbereiche Akut, Reha, ambulante Nachsorge)
<p>2. Grundprinzipien der Psychoonkologischen Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Räumliche und Personelle Erfordernisse (Stellenschlüssel) b) Information c) Kooperation d) Integration
<p>3. Psychische Komorbidität</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Problemlagen b) Krankheitsverarbeitung c) Psychische Störungen (Prävalenz, ICD-Codierung) d) Vulnerabilitätsfaktoren e) Funktionsstörungen (ICF)
<p>4. Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aufgaben und Besonderheiten b) Bereiche der Abklärung c) Verfahren d) Bedarf, Zuweisung, Zuweisungssteuerung
<p>5. Psychoonkologische Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einführung in Konzepte und allgemeine Grundlagen b) Einzelinterventionen, incl. Indikationsstellung c) Einzelintervention (Therapie, Beratung, Krisenintervention) <ul style="list-style-type: none"> - Entspannungsverfahren, (AT, Jacobson) - Imaginative Verfahren (KBE, gelenkte I., Hypnotherapie) - Gruppentherapien (psychoedukativ, supportiv-expressiv) - Kunsttherapie - Paar/Familientherapie - Sozialberatung - Seelsorge - Internet Chat (expert guided)
<p>6. Qualitätssicherung</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dokumentation b) Berichtswesen c) Überprüfung der Ergebnisqualität d) Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> - psychosoziale Basiskompetenzen für medizinische Berufsgruppen - Qualifikation für psychoonkologisch tätige Berufsgruppen e) Supervision
<p>7. Umsetzung und Evaluierung der Leitlinien (nach Vorgaben AWMF)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evaluation der Implementierung der Leitlinie b) Qualitätsindikatoren für das Ergebnis der Umsetzung der Leitlinie

2.4.3 Screeningverfahren in der Psychoonkologie

In internationalen und nationalen Leitlinien wird die systematische Untersuchung aller Krebspatienten mit Screeningverfahren zur Diagnostik des psychosozialen Betreuungsbedarfs gefordert, da dies der einzige zuverlässige Weg sei, betreuungsbedürftige Menschen zu identifizieren. Ein Expertengremium aus Mitgliedern und Beiräten des PSO-Vorstandes ermittelte fünf geeignete Verfahren, die in einer Informations-Broschüre²³ für Psychoonkologen zusammengestellt und im Einzelnen beschrieben werden. Es handelt sich um:

- (1) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- (2) Hornheider Screening-Instrument (HSI)
- (3) Distress Thermometer
- (4) Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK)
- (5) Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)

Die fünf Screeninginstrumente unterscheiden sich u.a. im Befragungsumfang und der Bearbeitungszeit, in der Handhabung (Paper-Pencil-Befragung oder computergestützt-digital) und der Art der Erhebung (Fremd- oder Selbsteinschätzungsinstrument). Die meisten der o.g. Verfahren bieten sog. Cut-Off-Werte an, die als schnelle Entscheidungshilfe bezüglich der Indikationsstellung im klinischen Alltag hilfreich sind. Alle aufgeführten Instrumente wurden auf ihre psychometrische Güte überprüft.

Im folgenden Kapitel wird die PO-Bado detaillierter beschrieben.

2.4.3.1 Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)²⁴

Die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) ist eine Fremdeinschätzungsskala zur Erfassung des psychosozialen Befindens von Tumorpatienten. Entwickelt wurde sie von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in einem Forschungsprojekt mit Unterstützung von PSO und Dapo (Herschbach et al. 2004). Ziel des Projektes war es, ein Kategoriensystem zu entwickeln, das einheitlich und reliabel die Beurteilung des psychosozialen Befindens der Patienten ermöglicht. „Der Einsatz eines Fremdratings empfiehlt sich immer dort, wo der Patient aus körperlichen, psychischen oder mentalen Gründen nicht in der Lage ist, einen Fragebogen auszufüllen und wenn besonderes Augenmerk auf den Gesamteindruck des Patienten gelegt werden muss, etwa weil ‚Verleugnung‘ als Copingstrategie eine große Rolle spielt“ (Herschbach, Heußner 2008, S.80). Da für die Betreuung von Krebspatienten meist viele Personen aus unterschiedlichen medizinischen

²³ Die Broschüre kann über die PSO kostenfrei bezogen werden: www.pso-ag.de

²⁴ Für detailliertere Informationen zur PO-Bado s. <http://www.po-bado.med.tu-muenchen.de>

Disziplinen verantwortlich sind, ist eine einheitliche Beurteilung besonders wichtig, um eine reliable professionelle Kommunikation zu gewährleisten und so Missverständnissen und deren Folgen vorzubeugen.

Die PO-Bado ist ein Messinstrument, das therapieschulenunabhängig, spezifisch, umfassend und erlebnisnah das subjektive Befinden von Tumorpatienten beschreibt, auf alle Diagnosen, Krankheitsstadien und Behandlungssettings anwendbar ist und im klinischen Alltag praktikabel und ökonomisch eingesetzt werden kann (Brandl et al. 2006). Durch die routinemäßige Anwendung der Bado kann eine flexible Anpassung der psychoonkologischen Unterstützungsangebote auf das im Krankheitsverlauf individuell stark schwankende psychische Befinden der Patienten ermöglicht werden.

Die Standardversion der PO-Bado besteht aus einem zweiseitigen Erhebungsbogen, einem Interviewleitfaden und einem Manual zur Gebrauchsanweisung. Die erste Seite des Erhebungsbogens beinhaltet neben der Erfassung der wichtigsten soziodemographischen und medizinischen Merkmale die WHO-ECOG-Skala, auf der der Aktuelle Funktionsstatus des Patienten anhand einer 5-stufigen Likertskala (0 = „Normale Aktivität“ bis 4 = „Patient ist ständig bettlägerig“) angegeben wird.

Die zweite Seite erhebt die (objektive) Einschätzung der vom Patienten subjektiv empfundenen Belastung in den Bereichen „Somatische Belastung“ und „Psychische Belastung“. Die jeweiligen Items werden wieder auf einer 5-stufigen Likertskala (von 0 = „nicht belastend“ bis 4 = „sehr stark belastend“) eingeschätzt. Daneben werden Angaben zu „zusätzlichen Belastungsfaktoren“ mit „ja“ und „nein“ beantwortet (s. Abbildung 9).

Für die individuelle Therapieempfehlung (s. Abbildung 9, letztes Item) ist keine statistische Auswertung notwendig. Eine Indikation ist gegeben, wenn der Summenwert der Einzelitemscores mit hoher Belastungsausprägung einen definierten Schwellenwert überschreitet (beispielsweise mind. 1 x Stufe 4 oder mind. 2 x Stufe 3 der Likertskala).

Neben der vorgestellten Standardversion liegen eine PO-Bado-Kurzform (PO-Bado-KF) bestehend aus 6 Items und eine brustkrebsspezifische Version (PO-Bado-BK) vor.

Alle 3 Versionen der PO-Bado wurden bzgl. psychometrischen Gütekriterien (Objektivität, Validität, Reliabilität) überprüft (Herschbach et al. 2008). „Die PO-Bado stellt insgesamt ein sehr gutes Instrument zur Vereinheitlichung der psychoonkologischen Dokumentation und Verbesserung der Versorgungsplanung und -qualität dar“ (Mehnert 2006, S.466). Für die systematische Einbeziehung der Qualitätssicherung in der Psychoonkologie ist dies von großer Bedeutung.

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** des Patienten der **letzten drei Tage** beziehen.

1. Somatische Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... Schmerzen.	<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 somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, Verlust von Körperteilen, sexuellen Funktionsstörungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Psychische Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kognitiven Einschränkungen (z.B. Konzentrations-/ Gedächtnisstörung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hilflosigkeit / Ausgeliefertsein.	<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"/>
... Scham / Selbstunsicherheit.	<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"/>
... weiteren psychischen Belastungen (z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Zusätzliche Belastungsfaktoren

	Ja	Nein
Belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren (z.B. Probleme mit Ärzten/Pflegenden, Probleme aufgrund drohender bzw. aktueller Pflege- / Hilfsbedürftigkeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Belastungen beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 9: Erhebungsbogen der PO-Bado (Seite 2)

2.4.3.2 Global Assessment of Functioning (GAF-Skala)

Die Einschätzung des Globalen Funktionsniveaus der Patienten kann mittels der GAF-Skala (Saß et al. 2003) erfasst werden. Hierbei werden nur die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten hingegen nicht einbezogen werden. Auf einer kontinuierlichen Skala von 1 bis 100 wird das Funktionsniveau des Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung eingestuft. Diese „GAF-Skala wird unterteilt in 10 Funktionsniveaus. Bei der GAF-Beurteilung wird ein einzelner Wert festgelegt, der das allgemeine Funktionsniveau des Patienten am treffendsten wiedergibt. Die Beschreibung jedes der 10 GAF-Niveaus besteht aus zwei Komponenten: der erste Teil umfasst jeweils den Schweregrad der Symptome, der zweite Teil bezieht sich auf die Funktionen (s. Anhang). Der GAF-Wert liegt innerhalb eines bestimmten Dezilbereichs, wenn entweder der Schweregrad der Symptome oder das Funktionsniveau in diesem Bereich liegen. (Beispielsweise läge der GAF-Wert bei einer Person mit geringfügiger psychischer Symptomatik, jedoch erheblicher Funktionsbeeinträchtigung (z.B. übermäßige Beschäftigung mit Substanzkonsum, was zum Verlust von Arbeitsplatz oder Freundschaften geführt hat) bei 40 oder darunter“ (Saß et al. 2006, S.23). Die Information des GAF-Wertes hilft bei der Therapieplanung, bei der Messung der Wirksamkeit der Therapie und bei der Prognoseerstellung.

2.4.4 QM-Besonderheiten in der Psychoonkologie

Für die Psychoonkologie spielen im Qualitätsmanagement bestimmte Aspekte eine besonders wichtige Rolle. Im Folgenden sollen einige der Schwerpunkte ausführlicher beschrieben werden, um die Besonderheiten des psychoonkologischen QM zu verdeutlichen. Die zitierten Forderungen beziehen sich auf die Einzelpunkte des o.g. Leitlinienentwurfs (s. Tabelle 3).

a) **Strukturqualität**

Die Forderung zu „**Räumlichen und personellen Erfordernissen (Stellenschlüssel)**“ (Punkt 2a des Leitlinienentwurfs) hat die Deutsche Gesellschaft für Senologie folgendermaßen konkretisiert: „Für die psychoonkologischen Patientengespräche ist geeigneter Raum bereitzustellen. (...) Pro Brustzentrum ist mindestens eine 0,5 Stelle für die Versorgung einzurichten (bezogen auf 150 Fälle). Pro Standort mindestens 0,25 Stellen. Die Leistungen können auch durch niedergelassene Psychoonkologen erbracht werden“ (Deutsche Gesellschaft für Senologie 2006, S.11).

Die Psychoonkologie, als junges Fachgebiet, ist erst seit relativ kurzer Zeit in die onkologischen Behandlungskonzepte und Strukturen integriert. Es zeigt sich daher nach wie vor ein Defizit an Personalstellen und an Räumlichkeiten. Angesichts der derzeitig angespannten finanziellen Lage im

Gesundheitswesen bleibt die baldige Umsetzung der Forderungen einzelner Verbände (bzgl. Personalschlüssel, Ausstattung etc.) ungewiss (vgl. Schumacher 2006).

Für den Bereich **„Weiterbildung – Psychosoziale Basiskompetenzen für medizinische Berufsgruppen und Qualifikation für psychoonkologisch tätige Berufsgruppen“** (Punkt 6a) legte die Dapo genaue Anforderungen fest: „Die zugrunde liegenden Berufsausbildungen (z.B. Studium) qualifizieren nicht von vornherein für die beratende Arbeit mit schwerkranken Menschen und ihrer Angehörigen. Die psychoonkologische Tätigkeit erfordert darüber Weiterbildung in folgenden Bereichen:

- Zusatzqualifikation in einem anerkannten psychotherapeutischen Verfahren,
- Weiterbildung im psychoonkologischen Bereich. Eine Qualifizierungsmöglichkeit stellt die Weiterbildung ‚Psychosoziale Onkologie‘ der PSO und der Dapo dar. Diese Weiterbildung wird durch die DKG zertifiziert und die regionalen Ärztekammern anerkannt“ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie 2004, S.10).

b) **Prozessqualität**

Auf die **„Psychische Komorbidität von Krebspatienten“** (Punkt 3) geht das NCCN in ihrer Leitlinie ein: „Existential concerns: Uncertainty about the clinical course may compound existential distress. The patient who has existential concerns may find it difficult to express their fears in detail and present with agitation, poor sleep or nightmares or somatic symptoms of anxiety. Encouraging the patient to talk about their fears and ‘speak the unspeakable’ provides an opportunity to give support. For example: (...) In palliative care and in the terminal phases: ‘It is enormously painful for any of us to contemplate our own death. Are there particular fears or issues concerning you about facing death and what that means?’ (...) Education sessions can improve adjustment, knowledge, death awareness and increase positive self concept. Psychological interventions are associated with improved outcomes in a number of domains of quality of life, including mood, self-esteem, coping, sense of personal control, physical and functional adjustment. Open communication and expression of feelings promotes adjustment” (National Comprehensive Cancer Network, 2004)²⁵.

Bezüglich der **„Diagnostik“** (Punkt 4) spielt in der Psychoonkologie die systematische Vorgehensweise eine zentrale Rolle. „Der Bedarf psychoonkologischer Betreuung wird systematisch mit angemessenen Instrumenten erhoben“ (Mehnert et al. 2003, S.83). Hierbei ist die Integration ausgewählter Screeningtests in den klinischen Versorgungsalltag von besonderer Bedeutung. Empfehlungen der PSO zu Screeningverfahren wurden in Kapitel 2.4.3 beschrieben.

²⁵ Abrufbar über http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp (Zugriff: 23.10.2008).

Eine kontinuierliche „**Dokumentation**“ (Punkt 6a) der erfassten Befunde und Maßnahmen ist während der psychoonkologischen Betreuung unerlässlich. „Die Basisdokumentation (Bado) ist unverzichtbarer Bestandteil des QM und der psychoonkologischen Versorgung. (...) Sie ist zeitökonomisch, reliabel, klinisch relevant und veränderungssensitiv“ (Mehnert et al. 2003, S.83).

c) **Ergebnisqualität**

Zur Messung und Evaluation der Ergebnisqualität können 4 Hauptvariablen verwendet werden:

1) Resultat der Therapie (z.B. Patientenzufriedenheit und Lebensqualität)

Das Erreichen eines spezifisch definierten Ziels der Behandlung (Therapieerfolg) sowie die Erfüllung der Erwartungen aller am Prozess beteiligten bilden die Basis zur Bewertung der Ergebnisqualität. Allerdings ist es schwierig, psychoonkologische Therapieresultate mit objektiven wissenschaftlichen Methoden messbar zu machen (vgl. Kapitel 2.2.2.2). „Die Konfundierung somatischer und psychologischer Parameter erschwert Planung und Operationalisierung methodisch sauberer Studien, insbesondere beim Versuch, einen Effekt psychologischer Interventionen auf somatische Parameter wie Krankheitsverlauf und Langzeitüberleben führen zu wollen. Es gibt aber mittlerweile eine Reihe guter Studien mit dem Nachweis eines Effektes auf die Lebensqualität oder auch die emotionale Anpassung“ (Schumacher 2006, S.223).

2) Patientenbefragung und Beschwerdemanagement

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben können routinemäßig durchgeführte Befragungen der Patienten Aufschluss über ihre Zufriedenheit mit der Behandlungssituation geben. Eine weitere wichtige Komponente ist die Etablierung eines gut funktionierenden Systems zum Beschwerdemanagement in der Abteilung, das den Patienten einen leichten Zugang bietet, in anonymer Weise ihre Sorgen und Beschwerden an die zuständige Stelle heranzutragen.

3) Mitarbeiterzufriedenheit (Befragung und Supervision)

Zur Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit ist eine Befragung mit standardisierten Fragebögen sinnvoll. So lassen sich mögliche Koordinationsprobleme im Team, Motivationsmängel o.a. erkennen. Zudem kann die Mitarbeiterzufriedenheit durch kontinuierliche Supervision und die Arbeit von Qualitätszirkeln verbessert werden (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie 2004).

4) Externe Evaluation der Ergebnisqualität z.B. durch Zertifizierung der Versorgungseinrichtung, wie bereits in Kapitel 2.1.6.2 ausführlich beschrieben.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass durch die gewissenhafte Implementierung der veröffentlichten Leitlinien eine Qualitätsverbesserung in Struktur, Prozess und Ergebnis stattfindet, wie dies in den bestehenden Leitlinien der Dapo gefordert wird: „Die Einschätzung der Wirksamkeit und Effizienz psychosozialer Beratung eröffnen Ansatzpunkte für die kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsstrukturen und -abläufe auch angesichts sich wandelnder Problemlagen“ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie 2004, S.16).

2.5 Zusammenfassung

Analog zu Entwicklungen in der freien Wirtschaft erhalten Bestrebungen des Qualitätsmanagements auch in der Medizin einen immer größeren Stellenwert. Ziel ist es dabei, fortlaufend eine Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität herbeizuführen, um ökonomisch und medizinisch effiziente Arbeit zu leisten. Dabei wird vom Gesetzgeber die Einführung eines betriebsinternen QM-Systems gefordert, wobei eine zentrale Steuerungsgruppe die QS-Bemühungen dezentraler Qualitätszirkel koordiniert. Zusätzlich sollte eine externe Zertifizierung durch akkreditierte Zertifizierungsstellen Teil des QM sein und dieses unterstützen. Die Implementierung von Leitlinien der Fachgesellschaften spielt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle, da Leitlinien sich am aktuellen Wissensstand von Forschung und Fachexperten orientieren und somit eine optimale medizinische und gesundheitsökonomische Versorgung garantieren.

Als wichtiges Maß zur Beurteilung der Qualität haben sich Patientenbefragungen über ihre Zufriedenheit bewährt. Zwar bereitet es Schwierigkeiten, Patientenzufriedenheit exakt zu messen, da sie von verschiedenen Faktoren wie Emotionen, Alter, sozialer Erwünschtheit u.a. beeinflusst wird, was sich beispielsweise im Fall der sozialen Erwünschtheit in durchschnittlich hohen Zufriedenheitswerten widerspiegelt („Ceiling-Effekt“). Dennoch ist die Erfassung und Berücksichtigung von Patient-reported Outcomes und Zufriedenheitsbefragungen für die Qualitätssicherung von großem Nutzen.

Auch und gerade in der Psychoonkologie ist Qualitätsmanagement von Bedeutung. Diese Subspezialisierung der Onkologie befasst sich mit den psychosozialen Komorbiditäten von Krebspatienten und ihren Angehörigen. Sie werden in der Akutversorgung im Rahmen des stationären Konsiliar-/Liaisondienstes, in der stationären Rehabilitation und in ambulanter Beratung mit psychotherapeutischer Beratung und Kurztherapien unterstützt. Momentan sind die Fachgesellschaften PSO und Dapo dabei, psychoonkologische Versorgungsstandards für Diagnostik und Therapie zu definieren und in fachspezifischen Leitlinien festzulegen. Mit ihrer Implementierung kommt die Psychoonkologie einer wichtigen Forderung von QM-Prinzipien nach. Für die QS in der Struktur- und Prozessqualität bieten die Leitlinien konkrete Anhaltspunkte und Vorgaben für eine gute Versorgung. Die Hauptvariablen zur Veranschaulichung der Ergebnisqualität in der PO sind neben dem Resultat der Therapie und der externen Evaluation (ggf. Zertifizierung) die Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit (durch Befragung und Supervision) und die Erhebung der Patientenzufriedenheit (durch Befragungen oder durch ein System zum Beschwerdemanagement).

Diese Studie befasst sich mit dem Aufbau eines QM-Systems in psychoonkologischen Versorgungseinrichtungen. Sie setzt ihren Schwerpunkt auf die Analyse der Fragestellungen bei Durchführung und Implementierung von QS-Strukturen. Anhand einer durchgeführten Patientenbefragung zur Zufriedenheit wird eine Aufwand-Nützlichkeits-Analyse unter besonderer Berücksichtigung von Qualitätsgesichtspunkten erstellt. Des Weiteren wird der Einfluss soziodemografischer, medizinischer und belastungsabhängiger Variablen auf die Patientenzufriedenheit untersucht. Im Folgenden werden die der Studie zu Grunde liegenden Hintergründe und Fragestellungen im Einzelnen dargestellt.

3 Fragestellung

3.1 Hintergrund der Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung wurde in der Sektion Psychosoziale Onkologie der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar (MRI) der Technischen Universität München (TUM) durchgeführt. Im Rahmen eines Projekts zur Qualitätssicherung wurde zunächst ein standardisierter Fragebogen zur Patientenzufriedenheit entwickelt, der den spezifischen Anforderungen für die Befragung psychoonkologischer Patienten an einem Universitätsklinikum entspricht (s. Kapitel 4.2.3). Daraufhin wurde dieser erstmals in einer entsprechenden Einrichtung bei einer Patientenbefragung angewendet.

3.2 Ziele der Untersuchung

Neben dem praktischen Nutzen, der für die Sektion durch die Einführung der Qualitätssicherungs-Maßnahme entstand, verfolgte die Untersuchung zwei verschiedene Ziele:

1. Die Analyse von Aufwand und Nutzen der durchgeführten QS-Maßnahme
2. Die Untersuchung möglicher Determinanten der Patientenzufriedenheit

3.2.1 Aufwand-Nützlichkeits-Analyse (Feasibility Studie)

Erstes Ziel der Untersuchung soll es sein, Erkenntnisse über Aufwand, Machbarkeit und Nützlichkeit der Implementierung von Qualitätssicherungs-Maßnahmen für eine Psychoonkologische Abteilung eines Krankenhauses der Maximalversorgung im Sinne einer „Feasibility Study“²⁶ zu gewinnen. Ausgangspunkt ist die erwähnte Neueinführung einer QS-Maßnahme. Der Fokus dieses Untersuchungsteils liegt auf der Analyse ihrer Praktikabilität. Es soll also eine Gegenüberstellung von Aufwand und Nützlichkeit der gesamten QS-Maßnahme erstellt werden. Große Bedeutung hat dabei die Bewertung der Praktikabilität dieser Maßnahme für regelmäßige Anwendung im Routinealltag.

Vorgestellt werden die Initiierung des Arbeitsprojekts durch Entwicklung des verwendeten Fragebogens, die verschiedenen Arbeitsschritte, der erbrachte Arbeitsaufwand aller Beteiligten und auftretende Probleme bei Durchführung der Maßnahme und der Auswertung der Daten. Praktische

²⁶ Definition: “Feasibility study”. Likelihood study. A way to determine if a business idea is capable of being achieved. (Asks the question, "Can it work and produce the level of profit necessary?" Eine weitere Definition lautet: “A detailed investigation and analysis of a proposed development project to determine whether it is viable technically and economically.” Quelle: http://teachmefinance.com/Financial_Terms/feasibility_study.html - (Zugriff: 12.10.2008)

Erkenntnisse, die letztendlich zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Einrichtung im Sinne des TQM beitragen, werden analysiert.

Einerseits hat die Beschreibung und Analyse dieser Prozesse eine große Aussagekraft für die Erkennung von Qualitätsdefiziten und deren Bewertung. Relevantes Verbesserungspotential der Qualität wird sichtbar, von dem sich konkrete Qualitätsziele für die Sektion ableiten lassen. Andererseits kann aufgrund dieser Analyse die Durchführung solcher Qualitätssichernden Maßnahmen für die Zukunft optimiert und somit mit geringstmöglichem Zusatzaufwand und größtmöglichem Nutzen durchgeführt werden.

3.2.2 Determinanten der Patientenzufriedenheit

Das zweite Ziel der Untersuchung ist die Beurteilung des Einflusses weiterer individueller Patientenvariablen auf die Zufriedenheit der Patienten mit den Beratungsgesprächen. Einbezogen wurden:

- a) unterschiedliche Settings (Ambulanz, Konsil) und Gesprächsumfang (Kurzzeit-, Langzeittherapie)
- b) soziodemographische Variablen
- c) medizinische Variablen
- d) Variablen der individuellen Belastung
- e) therapeutenabhängige Variablen (wie z.B. Alter oder Berufserfahrung der Therapeutinnen).

Ausgehend von der Hypothese, dass die Zufriedenheit der Patienten sich zwischen den verschiedenen Gesprächssettings, sowie zwischen Patienten mit verschiedenen soziodemographischen, medizinischen, belastungsabhängigen Variablen und verschiedenen Variablen der Therapeutin unterscheidet, sollen insbesondere folgende Fragen beantwortet werden:

- (1) In welchen Gesprächssettings sind die Patienten zufriedener; in welchen sind sie stärker belastet?
- (2) Welche der Variablen haben wesentlichen Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten?

Die Beantwortung dieser Fragen ist von erheblicher Relevanz für den klinischen Alltag. Der Vergleich der Zufriedenheit zwischen Patienten unterschiedlichen Gesprächssettings, kann Rückschlüsse über die Qualität innerhalb der einzelnen Settings zulassen. Außerdem ergeben sich Erkenntnisse über Faktoren, welche die Patientenzufriedenheit in der erhaltenen Betreuung beeinflussen bzw. welche hierfür keine nennenswerte Rolle spielen. So lassen sich neue Aspekte für die Planung, Organisation und Indikationsstellung der psychoonkologischen Betreuung erkennen, welche zum Ziel haben, die Versorgungsqualität für die Patienten weiter zu erhöhen.

4 Material und Methode

Im Folgenden wird zunächst die Versorgungspraxis der Einrichtung skizziert, an der die Untersuchung durchgeführt wurde. Des Weiteren werden die verwendeten Meßmethoden, der Modus der Datenerhebung und die statistische Auswertung näher beschrieben.

4.1 Versorgungspraxis der „Sektion Psychosoziale Onkologie“ am MRI

Am Klinikum rechts der Isar München ist die Sektion Psychoonkologie als Subabteilung in die Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eingegliedert. Die Klinik hat drei Schwerpunktbereiche: 1) Psychosomatische Station und Tagesklinik 2) Psychosomatische Ambulanz unterteilt in vier Teilambulanzen 3) Sektion Psychosoziale Onkologie mit der Psychoonkologischen Ambulanz und einem speziell psychoonkologischen Konsiliardienst. Außerdem existiert ein allgemein- psychosomatischer Konsiliardienst (s. Abbildung 10).

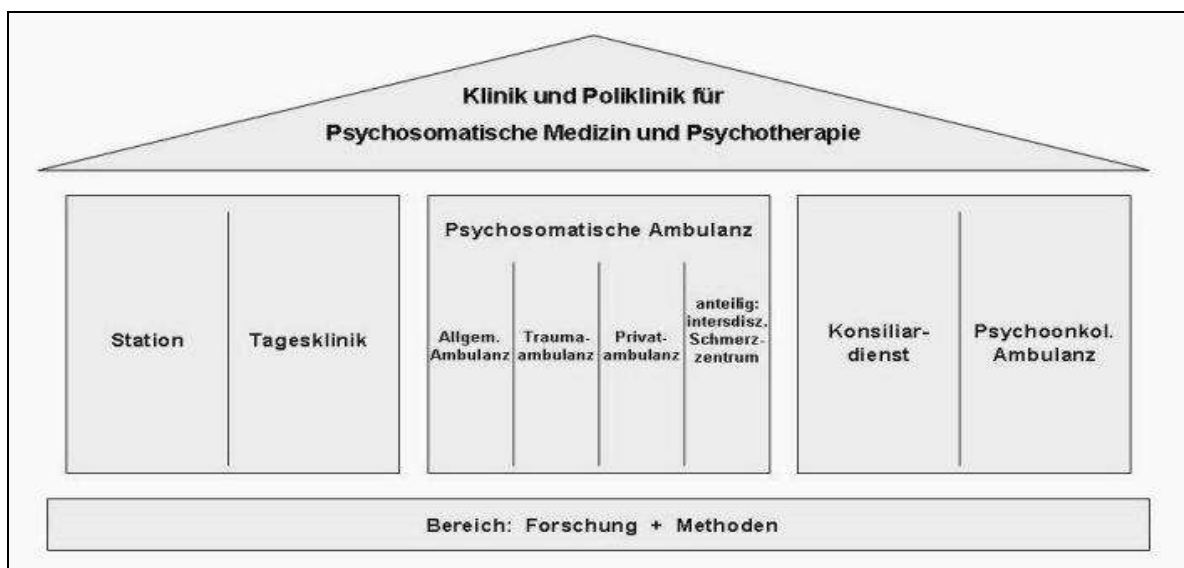


Abbildung 10: Struktur der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am MRI

Die Patientenbetreuung der Sektion Psychosoziale Onkologie erfolgt im Wesentlichen auf zwei Ebenen. Im Tumorthераpiezentrum des MRI integriert, befindet sich eine psychoonkologische Ambulanz, als fester Bestandteil der onkologischen Versorgung am Klinikum. Parallel dazu findet auf den Onkologischen Stationen ein Konsiliardienst statt. Bei allen Patienten werden Screeningverfahren zur Feststellung des Betreuungsbedarfs nach der Empfehlung der PSO (s. Kapitel 2.4.3) routinemäßig eingesetzt (s.u.).

4.1.1 Psychoonkologischer Konsiliardienst

Die Indikation für ein psychoonkologisches Konsil bei Krebspatienten ergibt sich aufgrund einer manifesten psychosozialen Belastungssituation, bei Beschwerden mit wahrscheinlicher psychosomatischer Ätiologie oder durch den geäußerten Wunsch des Patienten nach einem Betreuungsgespräch. Der behandelnde Arzt fordert daraufhin ein Konsil in der Sektion Psychoonkologie des Klinikums an. Beispielsweise sind schlechte Patientencompliance („schwieriger Umgang mit dem Patienten“), häufig weinende Patienten, ein präterminaler Krankheitsstatus mit palliativer Behandlungssituation typische Alltagssituationen, aufgrund derer ein Konsil angefordert wird.

Jeder Mitarbeiter des Stammpersonals der Sektion Psychosoziale Onkologie betreut in der Regel seine fest zugeordneten Abteilungen des Klinikums. Ein angefordertes Konsil wird dementsprechend der für die Abteilung verantwortlichen Therapeutin zugeteilt. Nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt über die aktuelle Problemstellung und einen geeigneten Zeitpunkt, findet ein Erstgespräch mit dem Patienten statt. Da auf den Stationen keine eigenen Räumlichkeiten für die Konsiliargespräche vorhanden sind, finden die Gespräche in der Regel im Arztzimmer oder (z.B. bei bettlägerigen Patienten) direkt am Krankenbett statt.

	Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München Anstalt des öffentlichen Rechts	
PM Psychosomatische Medizin, Langerstraße 3, 81675 München		Briefanschrift 81675 München Langerstraße 3/1 Telefon (089) 4140-4311 Telefax (089) 4140-4845 E-Mail psychosomatik@lrz.tum.de Internet www.med.tu-muenchen.de
Konsil-Formulare-Psychoonkologie		Psychosoziale Onkologie Leitung Telefon Anmeldung
Name, Geb.Datum		
Diagn: Anpassungsstörung (F43.2)		
Aktuelles Befinden: Der Patient klagt über nächtliches Erwachen mit Angst, innere Unruhe und Kopfschmerzen, äußert Informationsdefizite.		
Sozialer Hintergrund/biographische Aspekte: (wenn klinisch relevant) Pat. hat zwei kleine Kinder; finanzielle Sorgen. Der Vater starb auch an Bronchial-Ca!		
Psychoonkologischer Befund: Der Patient beginnt erst jetzt seine Situation zu realisieren, bei insgesamt angemessener Krankheitsbewältigung. Gute soziale Unterstützung.		
Procedere: Wiedervorstellung, Kontakt zur Sozialberatung.		
12.12.2007		Unterschrift tel.

Abbildung 11: Beispiel eines psychoonkologischen Konsilbogens

Im Erstgespräch wird zusätzlich zur aktuellen Problematik und zu Hintergrundinformationen zum Patienten routinemäßig die Kurzversion der Psychoonkologischen Basisdokumentation (s. Kapitel 2.4.3.1) und das Globale Funktionsniveau mittels GAF-Skala (s. Kapitel 2.4.3.2) erhoben, um einerseits die Diagnostik und ggf. den Betreuungsbedarf des Patienten festzustellen. Am Ende des Gespräches entscheiden Patient und Therapeut gemeinsam über das weitere Vorgehen. Entsprechend des festgestellten Betreuungsbedarfs empfiehlt der Therapeut weitere Gespräche, welche die Patienten aber auch jederzeit selbständig anfordern können. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Folgetermine in der psychoonkologischen Ambulanz zu vereinbaren.

Nach Beendigung des Patientengesprächs findet eine ausführliche Besprechung des Psychoonkologen mit den behandelnden Ärzten statt. Hierbei berichtet er über die aktuelle psychosoziale Situation des Patienten und gibt weitere Empfehlungen zum Prozedere. Diagnose, Vorgeschichte, Beschwerden und Behandlungsbedarf werden auf einem Konsilbogen dokumentiert (s. Abbildung 11).

4.1.2 Psychoonkologische Ambulanz

Die Psychoonkologische Ambulanz als integrierter Teil des Tumortherapiezentrum des MRI hat die Möglichkeit, Leistungen auch über die gesetzliche Krankenversicherung abzurechnen. Dies hat zur Folge, dass u.a. auch andere Krankenhäuser der Maximalversorgung, wie z.B. das KH Großhadern der Ludwig-Maximilians Universität München, ihre Patienten an das MRI überweisen. Außerdem können Krebspatienten und deren Angehörige, mit Überweisungsschein des behandelnden Arztes, jederzeit selbständig Termine im Sekretariat der Ambulanz vereinbaren. Informiert über die möglichen Betreuungsangebote der Psychoonkologie werden die Patienten durch ihre Ärzte oder die Homepage des Klinikums.

Nach der Zuteilung zu einem Psychoonkologen findet das Erstgespräch in der PO-Ambulanz statt. Hierfür stehen der Sektion im interdisziplinären Tumorthherapiezentrum Räumlichkeiten zur Verfügung. Im Verlauf des Erstgespräches wird das weitere Prozedere mit dem Patienten festgelegt, z.B. eine fortlaufende Weiterbetreuung in der Ambulanz oder eine Weitervermittlung an einen niedergelassenen Kollegen. Wenn abzusehen ist, dass nur wenige Folgetermine notwendig sind, bleibt der Patient in der Regel in ambulanter Betreuung. Im Rahmen des ambulanten Erstgespräches führen die Therapeutinnen für alle Patienten routinemäßig die Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado), die Erfassung des GAF-Scores sowie zusätzlich eine Bewertung der psychosozialen Belastung mittels des Fragebogens zur Belastung von Krebspatienten FBK-R10 (Herschbach 2003) durch (s. auch Kapitel 2.4.3).

Sämtliche Befunde, Diagnosen und Leistungen aus ambulanten oder konsiliarischen Gesprächen werden im SAP-Computersystem dokumentiert. Diese Informationen sind somit dem gesamten Team via Intranet jederzeit zugänglich.

4.1.3 Struktur des Psychoonkologen-Teams

Als Psychoonkologen tätig sind Diplom-Psychologen oder Mediziner mit spezieller Weiterbildung im Fachgebiet Psychoonkologie bzw. mit ausführlicher klinischer Erfahrung in diesem Bereich. Unter ihnen sind Verhaltenstherapeuten, Psychoanalytiker, Therapeuten mit psychodynamischem Ansatz und Gesprächstherapeuten. Einzelne Therapeuten bieten zudem spezielle (außerklinische) Angebote an, wie z.B. Gruppentherapien, Entspannungsgruppen oder auch psychoedukative Fortbildungen für Patienten und Angehörige.

Das Psychoonkologen-Team trifft sich jede zweite Woche zu einer Organisationsbesprechung, in welcher Zuständigkeiten, Stationsverteilung, Termine, Urlaubsplanung, Studentenkurse und Forschungsprojekte koordiniert werden. Außerdem findet wöchentlich eine verpflichtende Fallkonferenz statt, in welcher zunächst jeder neu betreute Patient kurz (ca. 5 min) vorgestellt wird. Anschließend können besonders schwierige Fälle im Rahmen einer internen Supervision ausführlicher diskutiert werden. Daneben ist gewährleistet, dass die Therapeuten jederzeit die Möglichkeit haben, Problemfälle mit dem Leiter der PO-Sektion zu besprechen. Zusätzlich dazu nimmt das Team alle sechs Wochen ein Supervisionsangebot eines externen Supervisors wahr.

Für alle Mitarbeiter der Psychosomatischen Klinik findet eine wöchentliche Wissenschaftskonferenz als abteilungsinterne Fortbildung mit externen oder internen Referenten statt. Zusätzlich trifft sich das Team in vierwöchentlichem Rhythmus zu einer Sitzung, bei der Patientenfälle vorgestellt und diskutiert werden. Diese Fortbildungsveranstaltungen sind Teil des Qualitätssicherungsprozesses.

4.2 Messinstrumente und verwendete Variablen

4.2.1 Ausgangspunkt der Untersuchung

Für die vorliegende Untersuchung wurde eine Vollerhebung der Patienten der Sektion Psychosoziale Onkologie der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchgeführt. Es wurden alle Patienten befragt, die in der Psychoonkologischen Ambulanz oder über den Konsil-/ Liaisondienst der Sektion im Zeitraum des ersten Tertials des Jahres 2007 (1.1.2007 bis 4.5.2007) behandelt wurden. Für Durchführung und Auswertung der Studie ist der Autor (im Folgenden: „Untersuchungsleiter“) verantwortlich. Er war zu keinem Zeitpunkt an der untersuchten Einrichtung in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt.

4.2.2 Messinstrumente

Zur Erhebung des Datensatzes wurden die routinemäßig in der Sektion erfassten Daten der Psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado) und des Globalen Funktionsniveaus (GAF) und die Daten einer durchgeführten Patientenbefragung zur Zufriedenheit verwendet. Erfasst werden sollte die subjektive Angabe der Zufriedenheit von Tumorpatienten mit der erhaltenen psychoonkologischen Betreuung durch eine Patientenbefragung. Gleichzeitig sind soziodemographische und medizinische Faktoren, sowie solche zur Beurteilung der psychosozialen Belastung mit in die Untersuchung eingegangen.

Die **PO-Bado** (s. Kapitel 2.4.3.1) ermöglichte für jeden Patienten die Aufstellung der wichtigsten soziodemographischen und medizinischen Parameter, sowie unterschiedlicher Daten zur Beurteilung der psychosozialen Belastungssituation (ECOG-Score, Bado-Summenwert).

Folgende PO-Bado-Variablen wurden für die Untersuchung einbezogen:

Soziodemographische Variablen: Hier wurden Geschlecht, Alter, Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet) und Schul-/ Ausbildung (Volks-, Hauptschule ohne/mit abgeschlossener Lehre, Mittlere Reife, Abitur, abgeschlossenes Studium, (noch) ohne Schulabschluss) erfasst.

Medizinische Variablen: Zu diesen zählen Datum der Erstdiagnose, Art der Tumordiagnose, aktueller Krankheitsstatus und psychopharmakologische Medikation.

Psychosoziale Belastungssituation: Bewertet wurden der aktuelle Funktionsstatus (ECOG) sowie ein PO-Bado Summenwert, gebildet aus den Werten zur somatischen und psychischen Belastung der Patienten.

Das **Globale Funktionsniveau (GAF)** wurde neben der PO-Bado als zusätzliche Variable für die Belastung der untersuchten Patienten verwendet. Anhand der GAF-Skala von 1-100 Punkten wurde das Niveau der psychischen, sozialen und beruflichen Funktion mit der entsprechenden Punktzahl angegeben (s. auch Kapitel 2.4.3.2 und Anhang).

4.2.3 Entwicklung des Fragebogens zur Evaluation Psychoonkologischer Qualität (EPOQ)

Die Patientenbefragung wurde mittels eines Fragebogens durchgeführt. Da zum Zeitpunkt des Untersuchungsbeginns kein geeigneter psychometrisch evaluierter Fragebogen existierte, der die zu untersuchende Fragestellung umfassend überprüft, wurde im Vorfeld der Untersuchung der ‚Fragebogen zur Evaluation Psychoonkologischer Qualität‘ (EPOQ) (s. Anhang) in einem mehrstufigen Entwicklungsprozess innerhalb der Sektion Psychosoziale Onkologie des MRI neu entwickelt.

Zielvorgabe für die Entwicklung war es, einen mehrdimensionalen Fragebogen zu entwickeln, mit dem die Zufriedenheit psychoonkologischer Patienten im Konsiliardienst sowie der Ambulanz beurteilt werden kann. Dabei sollten die Dimensionen 1) Struktur und Setting, 2) Patient-Therapeut-Beziehung und 3) Effekte und Effizienz der Therapie analysiert werden.

Der Entwicklungsprozess gliederte sich in mehrere Stufen im Sinne einer Delphi-Befragung innerhalb des Psychoonkologischen Teams. In einer ersten Sitzung wurden in dieser Gruppe mittels Brainstorming relevante Fragestellungen im Bezug auf die erwähnte Zielvorgabe gesammelt. Jedes Mitglied der Gruppe bekam die Aufgabe, in der Zeit bis zum nächsten Treffen konkrete Fragen auszuarbeiten, welche in einer zweiten Sitzung zusammengetragen wurden. Dieser Fragenpool wurde durch Eliminierung redundanter Fragen und Ergänzung wichtiger, bisher nicht beachteter Themen überarbeitet.

Im nächsten Schritt wurden präzise Formulierungen der einzelnen Fragen ausgearbeitet, sowie das Layout der Fragebögen besprochen. Dabei wurde darauf geachtet, dass positiv und negativ formulierte Fragen durchmischt eingesetzt wurden. Außerdem entschied sich die Arbeitsgruppe dazu, lediglich die Antwortmöglichkeiten „JA“ / „NEIN“ und allenfalls „Entfällt“ anzuwenden. Um die Handlichkeit hoch und den Arbeitsaufwand für die Patienten gering zu halten, wurde Wert darauf gelegt, dass der Fragebogen die Größe einer DIN A4 Seite nicht übersteigt.

Aufgrund der Erfahrung, dass manche Effekte der Psychotherapie erst nach mehreren Sitzungen zu erwarten sind, zeigte sich die Notwendigkeit, zwei unterschiedliche Versionen des EPOQ zu kreieren. Die Version „EPOQ-Kurzkontakte“ (im Folgenden „EPOQ-K“) wurde für Patienten

verwendet, welche zum Zeitpunkt der Befragung höchstens drei Gesprächstermine (Kontakte) wahrgenommen hatten. Für Patienten, die bereits längere Zeit in psychoonkologischer Behandlung waren (mehr als drei Kontakte), wurde die andere Version „EPOQ-Langkontakte“ (im Folgenden „EPOQ-L“) entworfen, welche in größerem Umfang Fragen zu den möglichen Effekten der Gespräche enthält (s. Anhang).

Beide Versionen des EPOQ bestehen aus geschlossenen Einzelfragen (Items), einem skaliertem Zufriedenheitsrating und einem Item „Verbesserungsvorschläge“ für freie Formulierungen bestehen.

Beide Fragebogenversionen gliedern sich in vier identische Abschnitte (Dimensionen):

Struktur und Abläufe: Die Fragen 1-7 beziehen sich auf die Strukturen und Abläufe der psychoonkologischen Versorgung und sind in beiden Fragebogenversionen identisch. Erfragt wurde u.a. die Zufriedenheit mit den Räumlichkeiten in denen die Therapie stattfand, die Dauer und der Umfang der Gespräche, die Erreichbarkeit der Therapeutin und Zeitpunkt der Termine.

Patient-Therapeut-Beziehung: Die Fragen 8-11 befassen sich mit der Patient-Therapeut-Beziehung und sind ebenfalls in beiden Fragebögen identisch. Es wurden Angaben zum Vertrauensverhältnis, zum Umgang und zur Einschätzung der fachlichen Kompetenz erfragt.

Effekte der Gespräche: Der dritte Abschnitt (Fragen 12-18 in der EPOQ-K Version und Fragen 12-24 der EPOQ-L Version) geht auf die Effekte der psychoonkologischen Behandlung ein. Lediglich Frage 12 („Die Gespräche haben dazu beigetragen, dass ich mich seelisch besser fühlte“) und Frage 16 („Die Gespräche haben mich verunsichert“) kamen identisch in beiden Fragebogenversionen vor.

Gesamtzufriedenheit: Das letzte Item beider Fragebogenversionen war das so genannte „Zufriedenheitsrating“. Auf einer Visuellen Analog Skala sollten die Patienten ihre Gesamtzufriedenheit markieren. Der Messbereich erstreckte sich von 1 = „Sehr unzufrieden“ bis 10 = „Sehr zufrieden“.

Abschließend wurden die Patienten gebeten, in einem Freitextfeld weitere Verbesserungsvorschläge zu formulieren. So wurde ihnen die Möglichkeit gegeben, nicht in den Fragen behandelte Themen anzusprechen oder Anregungen auszudrücken.

4.3 Durchführung der Untersuchung

Zur Beschreibung der Durchführung der Untersuchung werden nun die Einschlusskriterien zur Studie und die Vorgehensweise bei der Datenerhebung vorgestellt.

4.3.1 Einschlusskriterien

Folgende Einschlusskriterien mussten für die Teilnahme an der Studie erfüllt werden (s. Tabelle 4):

(1) Die Patienten waren selber an Krebs erkrankt und erklärten schriftlich ihr Einverständnis zur Befragung. Psychoonkologisch betreute Angehörige von Tumorpatienten wurden nicht befragt.

(2) Die Patienten wurden durch einen Psychoonkologen des Stammteams der Sektion betreut. Nicht befragt wurden Patienten, welche von vorübergehend betreuenden Therapeuten der Klinik für Psychosomatik, Urlaubsvertretungen, Hospitanten u.a. gesehen worden waren, da die Aussage der Untersuchung auf die Qualität des Standardbetriebs der Sektion abzielen sollte.

Ebenso von der Untersuchung ausgeschlossen wurden Patienten, welche vom Leiter der PO-Sektion betreut wurden. Da das Anschreiben an die Patienten (s. Anhang) vom Sektionsleiter unterzeichnet wurde, waren seine eigenen Patienten über seine Doppelfunktion als Therapeut und gleichzeitig supervisierender Leiter der Einrichtung im Bilde. Ein möglicherweise verfälschtes Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit sollte durch den Ausschluss dieser Patienten verhindert werden.

(3) Die zu befragenden Patienten sollten sich sowohl körperlich als auch mental in einer Verfassung befinden, welche eine Befragung zur Qualitätssicherung moralisch vertretbar und praktisch durchführbar erscheinen ließ. Maßstab hierfür war die subjektive Einschätzung der jeweiligen Therapeutin.

(4) Ausreichende Kommunikation und Verständnis in deutscher Sprache musste gegeben sein.

Tabelle 4: Einschlusskriterien zur Befragung

1) Tumorpatient mit schriftlichem Einverständnis zur Befragung. Keine Befragung von Angehörigen.
2) Betreuung durch einen Psychoonkologen des Stammpersonals der Sektion PO (exklusive des Leiters der Sektion).
3) Patient ist körperlich und mental in einem Zustand, in dem eine Befragung durchführbar und auch moralisch vertretbar ist.
4) Ausreichende Kommunikation und Verständnis ist in deutscher Sprache möglich.

4.3.2 Datenerhebung mittels des Fragebogens EPOQ

In der wöchentlichen Teamsitzung wurden den Therapeutinnen Inhalt, Ziel und Prozedere der Untersuchung vorgestellt. Sie wurden instruiert, ihre Patienten gemäß den in Tabelle 4 beschriebenen Kriterien in die Patientenbefragung einzuschließen. Dabei wurde wie folgt verfahren: Patienten, bei denen kein weiterer Gesprächstermin vereinbart wurde (Ambulanzkontakt), bzw. bei denen in absehbarer Zeit kein weiteres Gespräch stattfinden würde (Konsilkontakt), wurden am letzten Termin von ihrer Therapeutin gefragt, die Einverständniserklärung zur Befragung auszufüllen. Hier konnten sie zudem angeben, ob sie bevorzugt telefonisch oder per zugesendeten Fragebogen befragt werden wollten (s. Anhang). Die betreuenden Therapeutinnen erklärten den Patienten dabei explizit, dass ihre Angaben anonym und vertraulich von einem unabhängigen Untersuchungsleiter bearbeitet werden. Es wurde betont, dass ihre Angaben keinerlei Auswirkung auf ihre aktuelle Behandlung haben werden, da das Personal der Sektion PO nur inhaltlich und ohne Nennung von persönlichen Daten von den Ergebnissen der Untersuchung erfahren wird.

Die Therapeutinnen gaben auf einem gesonderten Formular (s. Anhang) an, in welchem Setting (Ambulanz / Konsil) der entsprechende Patient gesehen wurde und wie viele Gespräche bis zu diesem Zeitpunkt stattgefunden hatten. Diese Formulare (im Folgenden „Patientenzettel“ genannt) wurden zusammen mit der ausgefüllten Einverständniserklärung der Patienten an den Untersuchungsleiter weitergeleitet.

Nach Eingang der Patientenzettel beim Untersuchungsleiter, wurden die Patienten in 4 Kategorien eingeteilt, nach dem Setting und nach der Anzahl der stattgefundenen Gespräche. Daraufhin wurden ihre persönlichen Daten mit einem Code verschlüsselt. Für jeden Patienten wurde ein Patientenprotokoll (s. Anhang) angelegt, in welchem sämtliche Kontaktaufnahmen mit dem Patienten und der Rücklauf der Fragebögen dokumentiert wurde. Parallel dazu wurde der Eingang jedes Patientenzettels zusätzlich in einem elektronischen Kalender²⁷ eingetragen und eine automatische Erinnerungsfunktion für den Ablauf der festgelegten Befragungsfrist (s.u.) aktiviert. Durch dieses Vorgehen sollte einerseits die Vollständigkeit der Befragung und andererseits die Einhaltung des einheitlichen Zeitrahmens gewährleistet werden.

Hatten die Patienten angegeben, schriftlich befragt zu werden, wurde ihnen der entsprechende Fragebogen (EPOQ-K oder EPOQ-L) (s. Kapitel 4.2.3) mit einem Begleitschreiben des Leiters der Sektion Psychosoziale Onkologie und einem frankierten, adressierten Rückumschlag zugesendet (s. Anhang). Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen, waren die Fragebögen auf gelbfarbiges Papier gedruckt, damit sie nicht unter möglichen anderen Papieren im Haushalt der

²⁷ Software: Microsoft-Office Outlook 2003

Patienten verlegt wurden. Im Begleitschreiben wurde den Patienten der Zweck und Ablauf der Untersuchung erläutert, sowie erneut auf die zugesicherte Anonymität hingewiesen.

War von den Patienten eine telefonische Befragung gewünscht, so wurde die Befragung anhand eines einheitlichen Telefongesprächsleitfadens durch den Untersuchungsleiter durchgeführt. Während des Telefonats wurde zunächst gefragt, ob der Patient in diesem Moment nicht gestört wurde und sich nun im Stande fühle, an der Befragung teilzunehmen. Analog zum erwähnten Begleitschreiben wurde Zweck und Ablauf erklärt, sowie die anonyme Bearbeitung der gemachten Angaben betont. Daraufhin wurde der verwendete Fragebogen beschrieben, jede Frage einzeln vorgelesen und die angegebene Antwort auf einem blanko Fragebogen vom Untersuchungsleiter notiert.

Für jede der vier Kategorien wurde eine Excel-Tabelle angelegt, in welche die schriftlichen Angaben der Patienten in codierter Form übertragen wurden.

Der Zeitrahmen für die Durchführung der Befragung wurde auf zwei Wochen nach Abgabe der Einverständniserklärung festgelegt. Wenn innerhalb dieses Zeitraumes der Fragebogen nicht zurück geschickt worden war, bekamen diese Patienten ein Erinnerungsschreiben (s. Anhang) zugesandt. Erfolgte in den nächsten zwei Wochen wiederum keine Rücksendung, wurde die angegebene Adresse bzw. der mögliche stationäre Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik überprüft und daraufhin versucht, die Patienten telefonisch zu kontaktieren. In diesem Telefonat wurde erfragt, ob ein neuer Fragebogen zugeschickt werden sollte, ob sie möglicherweise zur Verfügung stünden, die telefonische Befragung gleich bei dieser Gelegenheit durchzuführen, oder ein günstiger Termin für die Durchführung einer Telefonbefragung vereinbart.

4.3.3 Datenerhebung mittels PO-Bado und GAF

Die Daten der PO-Bado sowie das GAF werden routinemäßig für alle Patienten erhoben. Sie wurden von den behandelnden Psychoonkologinnen in das verwendete SAP-Dokumentationssystem eingegeben. Somit war für die Verwendung dieser Daten i.d.R. kein zusätzlicher Arbeitsaufwand erforderlich, bis auf die in Kapitel 5.2.2 beschriebenen Ausnahmen.

Im Anschluss an die Erhebung wurden die Datensätze aus der Patientenbefragung mit den Therapeutenangaben der SAP-Dokumentation zusammengeführt und statistisch ausgewertet.

4.4 Statistische Auswertung

Zur Beschreibung der Stichprobe (gesamt und in den 4 Subgruppen) nach soziodemografischen, medizinischen, psychosozialen Merkmalen und Therapeutenvariablen wurden für die kontinuierlichen Variablen Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) berechnet und für die kategorialen Variablen Gruppenhäufigkeiten und Anteile berichtet. Zur Beschreibung der Verteilung der Variable Krankheitsdauer wurden außer M und SD auch Median, Minimum und Maximum dargestellt.

Zum Zwecke einer Dimensionsreduktion in den Items des EPOQ wurden in einem ersten Schritt die Items der beiden EPOQ-Versionen Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalysen mit Oblimin-Rotationen) unterzogen mit dem Ziel, dass sich im Ergebnis die Rationalfaktoren des Fragebogens („Struktur und Abläufe“, „Patient-Therapeut-Beziehung“ und „Effekte der Gespräche“; vgl. Kapitel 4.2.3) wieder finden.

Es wurden Faktorenanalysen mit unterschiedlichen Vorgaben für die Anzahl von Faktoren gerechnet, und zwar getrennt für die Items des EPOQ-K und des EPOQ-L als auch zusätzlich für die in beiden Versionen vorhandenen Items. Keine dieser Faktorenanalysen erbrachte eine inhaltlich interpretierbare Lösung. Es wurden daher Rationalfaktoren definiert, deren Reliabilität mittels Itemanalysen geprüft bzw. durch Ausschluss von Items mit geringer Korrelation mit dem Faktor optimiert wurde. Dabei wurde wie folgt verfahren:

Die Items, die mit identischem Wortlaut sowohl im EPOQ-K als auch im EPOQ-L vorkamen (Item 1-12 und 16) wurden zu einem Faktor zusammengefasst. Eine Itemanalyse ergab eine Reliabilität von $\text{Alpha} = 0,71$, wobei die Items 8, 9, 10 und 16 ausgeschlossen wurden, weil sie die Reliabilität nicht steigern konnten.²⁸ Dieser Faktor wurde „Faktor der Globalen Zufriedenheit“ (F-GZ) genannt.

Für die Items, die nur im EPOQ-K enthalten sind (Items 13, 14, 15, 17, 18) und die ebenfalls in einem Faktor zusammengefasst wurden, ergaben Itemanalysen eine Reliabilität von $\text{Alpha} = 0,81$, nachdem Item 14 und 15 ausgeschlossen wurden. Da es sich bei den Inhalten der verbleibenden Items 13, 17 und 18 um Gesprächseffekte bei Kurzzeitpatienten handelt und das gemeinsame Item 12 ebenfalls einen Gesprächseffekt abfragt, wurde es in diesen Faktor integriert; dadurch konnte dessen Reliabilität von 0,81 auf 0,86 gesteigert werden. Dieser Faktor wurde „Gesprächseffekte Kurzzeitpatienten“ genannt und war demgemäß auch nur für Kurzzeitpatienten berechenbar.

Die Items, die nur im EPOQ-L vorkamen (das sind die Items 13-15 und 17-24), wurden mit Ausnahme der Items 19 und 22, die keine Varianz aufweisen, ebenfalls in einem Faktor

²⁸ Der Berechnung von Cronbach's Alpha bei dichotomen Items liegt der Kuder-Richardson-20-Koeffizient zugrunde.

zusammengefasst. Seine Reliabilität beträgt 0,75. Durch Hinzunahme des Items 12, das sowohl im EPOQ-K als auch im EPOQ-L enthalten ist, konnte das Alpha auf 0,77 erhöht werden. Dieser Faktor wurde „Gesprächseffekte Langzeitpatienten“ genannt und war auch nur für diese Gruppe berechenbar.

Um eine gemeinsame Variable „Gesprächseffekte“ sowohl für Kurzzeit- als auch für Langzeitpatienten zu erhalten, wurden für jede dieser beiden Patientengruppen die jeweiligen Werte ihrer Faktoren in einer Variable zusammengefasst (V-Eff). Es wurde dabei in Kauf genommen, dass den Faktoren der beiden Gruppen unterschiedliche Items zugrunde liegen, die jedoch als Einzelfaktoren in jeder Gruppe eine hohe interne Konsistenz aufweisen (s.o.).

Als Indikatoren für die Patientenzufriedenheit wurden folgende 3 Variablen herangezogen:

- der Faktor F-GZ (auf der Grundlage der gemeinsamen Items aus EPOQ-K und EPOQ-L),
- der Faktor V-Eff, der die Gesprächseffekte der Kurzzeitpatienten und der Langzeitpatienten beinhaltet,
- das Zufriedenheitsrating (ZR) auf der visuellen Analogskala, das in beiden Fragebogenversionen enthalten ist.

Der Wertebereich von F-GZ und V-Eff reicht von 0 (sehr unzufrieden) bis 100 (sehr zufrieden), da sowohl die mittleren Ja-Nein-Antworten pro Item als auch pro Faktor mit 100 multipliziert wurden. Der Wertebereich des ZR wurde - entsprechend der EPOQ-Zufriedenheitsskala - mit Werten von 1 („sehr unzufrieden“) bis 10 („sehr zufrieden“) beibehalten.

Auf Itemebene wird der prozentuale Anteil der Ja-Antworten berichtet und Unterschiede im Antwortverhalten der 4 Untergruppen (Patienten mit Kurz- oder Langzeitbehandlung, jeweils unterteilt in Patienten mit konsiliarischer Behandlung oder in ambulanter Therapie) mit dem exakten Test von Fisher getestet.

Zur Identifikation möglicher Determinanten der Patientenzufriedenheit wurden für diverse soziodemografische und medizinische Subgruppen, für Gruppen mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung und mit unterschiedlichen Therapeutenmerkmalen M und SD der genannten 3 Indikatoren dargestellt. Da die 3 Zufriedenheitsvariablen nicht annähernd normalverteilt sind, wurden für diese Gruppenvergleiche nonparametrische Signifikanztests verwendet, nämlich der Mann-Whitney-U-Test für den Vergleich von zwei Gruppen bzw. der Kruskal-Wallis-Test bei mehr als zwei Gruppen. P-Werte < 0,05 wurden als signifikant betrachtet.

Alle statistischen Auswertungen wurden mit dem Programm SPSS16.0 durchgeführt.

4.5 Therapeuten-Feedback und Benchmarking

Alle vier Wochen nahm der Untersuchungsleiter an der wöchentlichen Teambesprechung der Psychoonkologen teil, um das Auftreten möglicher Probleme zu besprechen, den Therapeutinnen über den Rücklauf der Fragebögen berichtete und an die Wichtigkeit der konsequenten Einhaltung des festgelegten Prozedere zu erinnern.

Nach Abschluss der Befragung wurde dem Therapeutenteam im Rahmen der wöchentlichen Konferenz ein erstes Feedback präsentiert. Es wurden die erfassten Daten (ohne statistische Auswertung) und erste Erkenntnisse der QS-Maßnahme vorgestellt. Analog zu den erhobenen Fragen wurde für die einzelnen Patientengruppen die Prozentzahl der angegebenen Antworten erwähnt. Zudem wurden die Zahlen der Grundgesamtheit, der rekrutierten Stichprobe, der Drop-Outs und Missing Data mitgeteilt und die Fehlerquellen für auftretende Mängel hierbei im Team diskutiert.

Im Anschluss erstellte der Untersuchungsleiter ein Feedback nach dem Benchmarking-Prinzip. Jeder Therapeutin wurden die Befragungsergebnisse ihrer Patienten zugeordnet (Mittelwerte) und in einer Tabelle aufgestellt. Die Namen der Therapeutinnen wurden mit einem Code versehen. Jeder Beteiligten wurde daraufhin die Ergebnisaufstellung mit Nennung ihres persönlichen Codes per E-Mail gesendet. Dieses Verfahren ermöglichte jeder Einzelnen, ein persönliches Feedback zu bekommen und ihre persönlichen Werte mit den anonymisierten Einzelwerten der Kolleginnen zu vergleichen.

Abschließend wurde mit allen am Prozess der Untersuchung beteiligten Therapeutinnen (incl. des Sektionsleiters) eine Kurzbefragung durchgeführt. Dazu erhielten alle Beteiligten eine E-Mail des Untersuchungsleiters mit der Aufforderung, den Aufwand und die Nützlichkeit für sich selbst und für das Gesamtteam zu bewerten. Die vertrauliche und anonyme Bearbeitung der Antworten wurde zugesichert. Aufgrund der geringen Anzahl der Beteiligten wurde auf eine statistische Auswertung der Therapeutenbefragung verzichtet, da deren Aussagekraft ohnehin sehr gering gewesen wäre und außerdem die Anonymität der Antworten nicht mehr gewährleistet gewesen wäre.

5 Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Stichprobe der untersuchten Patienten

Insgesamt wurden im genannten Zeitraum 262 Patienten erfasst. 119 Patienten (45,4%), erfüllten die Einschlusskriterien nicht und wurden nicht weiter berücksichtigt, so dass 143 für die Befragung rekrutiert wurden, von denen 75 in konsiliarischer und 68 in ambulanter Betreuung waren.

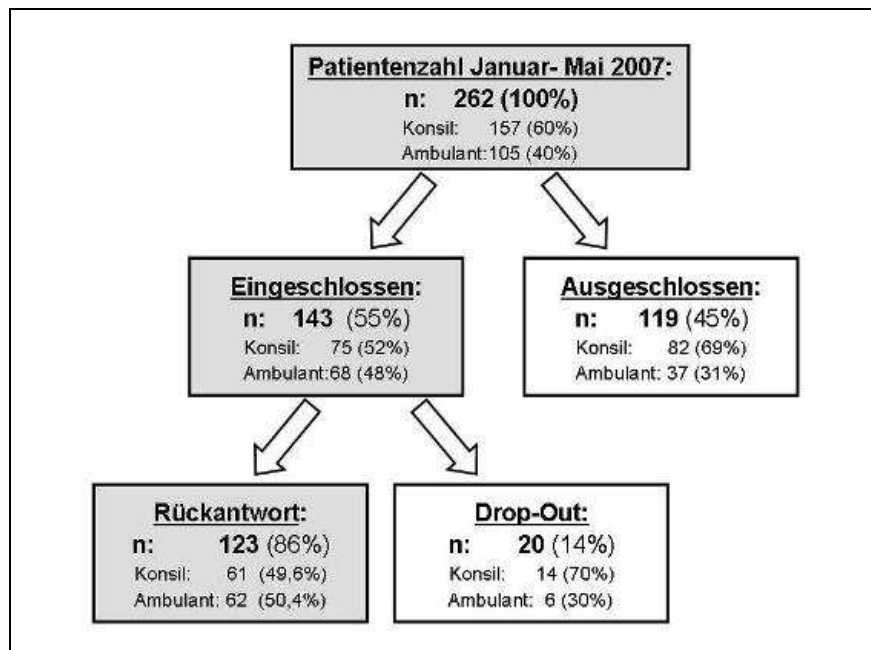


Abbildung 12: Übersicht der Gesamtstichprobe

Es zeigt sich, dass 69% der ausgeschlossenen Patienten in konsiliarischer Betreuung waren. Ebenso zählen von den Drop-Out-Patienten 70% zur Konsilgruppe (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Aufstellung des untersuchten Patientenkollektives (Vollerhebung)

Patientenkollektiv	Gesamt		Konsil		Ambulanz	
	n	%	n	%	n	%
Grundgesamtheit	262	100	157	59,9	105	40,1
Ausgeschlossen	119	45,4	82	68,9	37	31,1
Eingeschlossen	143	54,6	75	52,4	68	47,6
Drop-Out	20	7,6	14	70	6	30
Stichprobe	123	46,9	61	49,6	62	50,4

Die Gründe für den Ausschluss der Patienten sind in Tabelle 6 zusammengefasst: Von 119 Patienten hatte etwa ein Viertel (26,1%) nur einen Kurzkontakt mit der Therapeutin. Angehörige von Tumorpatienten und Patienten, deren Gespräche nicht beim Stammpersonal der Sektion stattgefunden hatten, machten jeweils knapp 1/5 der ausgeschlossenen Patienten aus. Bei 13% war auf Grund ihres psychischen oder physischen Zustandes ein Einschluss in die Studie nicht

vertretbar, weiter 13% lehnten eine Befragung ab und mit 9% der Patienten war eine ausreichende Kommunikation in deutscher Sprache nicht möglich.

Tabelle 6: Ausgeschlossene Patienten differenziert nach Gründen für den Ausschluss aus der Studie

Grund für Ausschluss von der Studie	n	%
Kein Einverständnis	16	13,4
Angehörige	23	19,3
Gespräch nicht bei Stammpersonal	22	18,5
psychisch / physisch zu labiler Zustand	16	13,4
Kommunikation nicht möglich	11	9,2
nur Kurzgespräch	31	26,1
Ausgeschlossene Patienten gesamt	119	100

Die Gründe für die fehlenden Daten der 20 eingeschlossenen Drop-Out-Patienten stellt Tabelle 7 dar: 8 Patienten haben ihren Fragebogen nicht zurückgeschickt, 4 Patienten sind nicht zum verabredeten Folgetermin erschienen, 3 sind vor Durchführung der Befragung verstorben, und weitere 3 wurden unerwartet vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassen. Von 2 Patienten wurden die Gründe nicht erfasst.

Tabelle 7: Drop-Out-Patienten differenziert nach Gründen

Grund für Drop-Out	n	%
Fragebogen nicht zurückgeschickt	8	40
nicht zum Termin erschienen	4	20
verstorben	3	15
vorzeitig entlassen	3	15
Gründe nicht bekannt	2	10
Gesamt	20	100

Die überwiegende Mehrheit (70%) der Drop-Out-Patienten zählte zur Gruppe der konsiliarisch betreuten Patienten. Knapp 2/3 (60%) waren männlichen Geschlechts (s. Tabelle 8).

Tabelle 8: Drop-Out-Analyse der Stichprobe

Merkmal	Studiengruppe n = 123	Drop-out-Patienten n = 20
Alter		
Range	25 – 85	33 – 75
M (SD)	54,8 (12,6)	52,0 (11,21)
Geschlecht		
Frauen	74 (60,2 %)	8 (40,0 %)
Männer	49 (39,8%)	12 (60,0%)
Setting		
Ambulanz	62 (50,4 %)	6 (30,0 %)
Konsil	61 (49,6 %)	14 (70,0 %)

Letztendlich gingen die Daten einer Stichprobe von 123 Patienten (86%) in die Auswertung ein. Von ihnen waren 14 telefonisch und 109 per Post befragt worden. Insgesamt wurden die Daten von 47% der Grundgesamtheit der Patienten (n = 262) ausgewertet, vor allem bedingt durch die hohe Zahl der ausgeschlossenen Patienten.

Durch die Unterteilung der Stichprobe in einerseits Patienten mit konsiliarischer Behandlung (Konsil) und solchen in ambulanter Therapie (Ambulanz) sowie andererseits in Patienten mit Kurz- und Langzeitbehandlung, ergeben sich nach einem Vier-Felder-Schema die, in Abbildung 13 dargestellten entsprechenden vier Patientengruppen.

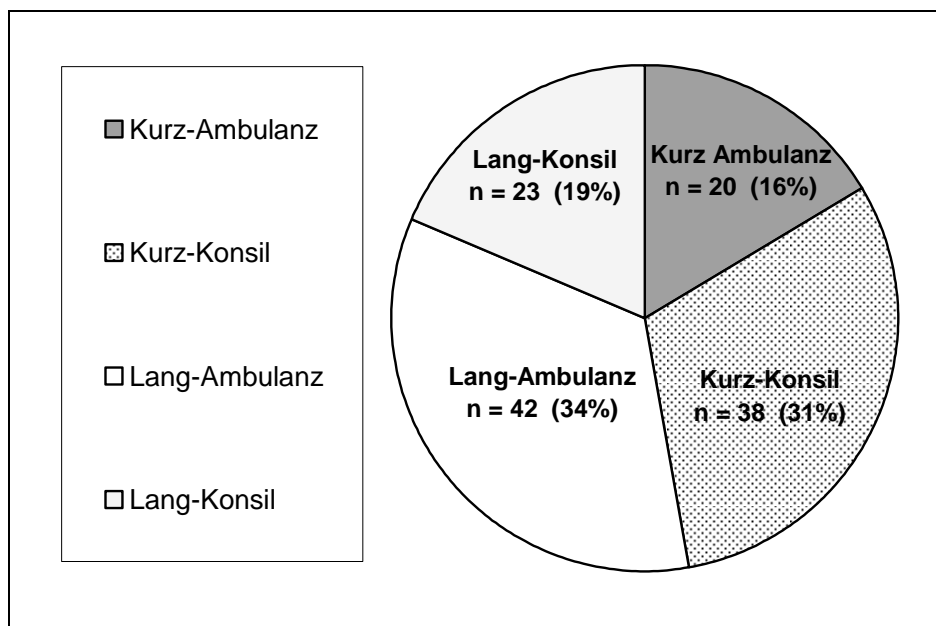


Abbildung 13: Verteilung der Stichprobe auf die 4 Patientengruppen

Die Verteilung der Stichprobe auf die Patientengruppen kann Abbildung 13 entnommen werden. 16,3% der befragten Patienten waren kurzzeitig in ambulanter Behandlung, 30,9% wurden kurzzeitig vom Konsildienst betreut. Von den Patienten, welche mehr als 3 Beratungstermine wahrgenommen haben, befanden sich 34,1% in ambulanter und 18,7% in konsiliarischer Behandlung.

5.1.1 Soziodemographische Daten der Patienten

Von den untersuchten Patienten sind 60% weiblichen und 40% männlichen Geschlechts. Das statistische Mittel (M) des Alters der Patienten liegt bei 54,8 Jahren mit einer Standardabweichung (SD) von 12,6 Jahren. Die Mehrheit (61%) ist verheiratet, 22% sind ledig, 12% geschieden und 5% verwitwet. Zum Zeitpunkt der Befragung lebten 61,6% mit einem festen Partner zusammen, 6,3%

befanden sich in fester Partnerschaft, jedoch getrennt lebend und 32% lebten ohne festen Lebenspartner.

Tabelle 9: Soziodemographische Daten der Stichprobe

	Kurz-Ambulanz n = 20		Kurz-Konsil n = 38		Lang-Ambulanz n = 42		Lang-Konsil n = 23		Gesamt n = 123	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Alter	54,6	11,2	58,2	12,6	50,5	12,1	57,0	13,3	54,8	12,6
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geschlecht										
Frauen	13	65	19	50	28	67	14	61	74	60
Familienstand										
ledig	3	18	5	14	12	32	5	22	25	22
verheiratet	10	59	26	72	19	51	14	61	69	61
geschieden	4	24	3	8	5	14	1	4	13	12
verwitwet	0	0	2	6	1	3	3	13	6	5
Gesamt	17	100	36	100	37	100	23	100	113	100
Partnerschaft										
Kein fester Partner	6	38	9	24	15	41	6	26	36	32
Fester Partner, getrennt lebend	0	0	1	3	3	8	3	13	7	6
Fester Partner, zusammen lebend	10	63	27	73	18	50	14	61	69	62
Gesamt	16	100	37	100	36	100	23	100	112	100
Bildungsstand										
VS, HS ohne Lehre	1	7	2	8	0	0	1	5	4	5
VS, HS mit Lehre	3	21	6	25	4	14	11	58	24	28
Realschule, MR	3	21	5	21	12	43	5	26	25	29
Abitur	0	0	4	17	7	25	2	11	13	15
Studium	7	5	7	29	5	18	0	0	19	22
Gesamt	14	100	24	100	28	100	19	100	85	100
Beschäftigung										
Vollzeitarbeit	3	19	10	32	15	42	5	23	33	31
Teilzeitarbeit	4	25	2	7	4	11	1	5	11	11
Arbeitslos	1	6	0	0	2	6	1	5	4	4
Pensioniert	6	38	14	45	10	28	9	41	39	37
Hausfrau/mann	1	6	4	13	4	11	3	14	12	11
Sonstiges	1	6	1	3	1	3	3	14	6	6
Gesamt	16	100	31	100	36	100	22	100	105	100

Betrachtet man die Ausbildungssituation, zeigen sich 4,7% der Personen mit absolvierter Volks- und Hauptschule, jedoch ohne abgeschlossene Lehre. 28,2% haben nach der Hauptschulausbildung eine Lehre abgeschlossen. Die Mittlere Reife haben 29,4% erworben, eine (Fach-)Hochschulreife 15,3%. Einen Studiumabschluss geben 22,4% der Befragten an. Einer Vollzeitbeschäftigung gehen

zum Untersuchungszeitpunkt 31,4% nach, 10,5% sind teilzeitbeschäftigt und 3,8% arbeitslos. Mit 37,1% stellen die Pensionäre die größte Gruppe innerhalb der Stichprobe. 11,4% geben an, derzeit als Hausfrau/-mann tätig zu sein.

5.1.2 Medizinische Merkmale der Patienten

Eine Übersicht über die Verteilung der unterschiedlichen Tumor-Diagnosen der untersuchten Patienten bietet Tabelle 10.

Tabelle 10: Tumordiagnosen in den 4 Patientengruppen

Tumor-Diagnose	Kurz-Ambulanz		Kurz-Konsil		Lang-Ambulanz		Lang-Konsil		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Magen, Ösophagus	0	0	5	13,5	3	7,9	5	22,7	21	18,3
Mamma	5	27,8	2	5,4	13	34,2	0	0	20	17,4
HNO	4	22,2	4	10,8	8	21,1	1	4,5	17	14,8
Kolon, Rektum	1	5,6	6	16,2	1	2,6	6	27,3	14	12,2
Hämatologisch	1	5,6	1	2,7	4	10,5	6	27,3	12	10,4
Sonstige Tumoren	1	5,6	5	13,5	3	7,9	3	13,6	12	10,4
Gynäkologisch	1	5,6	1	2,7	3	7,9	1	4,5	6	5,2
Prostata, Hoden	1	5,6	2	5,4	2	5,3	0	0	5	4,3
Urologisch	1	5,6	2	5,4	0	0	0	0	3	2,6
Atemwege	1	5,6	0	0	1	2,6	0	0	2	1,7
Haut	2	11,1	0	0	0	0	0	0	2	1,7
Weichteile	0	0	1	2,7	0	0	0	0	1	0,9
Gesamt	18	100	37	100	38	100	22	100	115	100

Die häufigste Diagnose ist mit 18,3% Magen- bzw. Ösophagus Tumoren, gefolgt von Brustkrebs (17,4%) und Tumoren im Hals-Nasen-Ohren Bereich (14,8%). Seltener vertreten sind Kolon- und Rektum-Tumoren (12,2%) und Tumoren des hämatologischen Formenkreises (10,4%). Die restlichen 27% verteilten sich auf seltenere Tumore.

Außerdem wurden weitere medizinische Merkmale erfasst (s. Tabelle 11). Betrachtet man die unterschiedliche Krankheitsdauer der befragten Patienten, zeigt sich eine sehr große Varianz, die unter den Gruppen nicht annähernd normalverteilt ist. Daher wird neben dem Mittelwert zusätzlich der Median der Krankheitsdauer beschrieben, der unsensibel gegenüber statistischen Ausreißerwerten ist.

Tabelle 11: Medizinische Merkmale der Stichprobe

Krankheitsdauer (in Monaten)	Kurz-Ambulanz		Kurz-Konsil		Lang-Ambulanz		Lang-Konsil		Gesamt	
Mittelwert	62,5		17,4		25,6		9,9		26,3	
Median	7,5		3,1		16,1		2,6		9,2	
Standardabweichung	110,5		45,2		30,5		15,2		56,7	
Minimum	0,1		0,3		3,3		0,2		0,1	
Maximum	398,2		251,1		136,4		58,5		398,2	
	Kurz-Ambulanz		Kurz-Konsil		Lang-Ambulanz		Lang-Konsil		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Krankheitsdauer										
Bis 2 Monate	4	21,1	14	43,8	0	0	11	47,8	29	25,9
3-6 Monate	4	21,1	6	18,8	7	18,4	6	26,1	23	20,5
7-12 Monate	5	26,3	4	12,5	5	13,2	1	4,3	15	13,4
1-5 Jahre	1	5,3	6	18,8	22	57,9	5	21,7	34	30,4
über 5 Jahre	5	26,3	2	6,3	4	10,5	0	0	11	9,8
Gesamt	19	100	32	100	38	100	23	100	112	100
Krankheitsstatus										
Erstdiagnose	14	73,7	27	75,0	26	66,7	16	69,6	83	70,9
Zweit-/ Dritttumor	1	5,3	0	0	3	7,7	1	4,3	5	4,3
Rezidiv	1	5,3	1	2,8	3	7,7	2	8,7	7	6,0
Metastasen	1	5,3	6	16,7	4	10,3	3	13,0	14	12,0
unklar	1	5,3	2	5,6	1	2,6	1	4,3	5	4,3
Rezidiv / Zweittumor mit Metastasen	1	5,3	0	0	2	5,1	0	0	3	2,6
Behandlungssituation*										
Behandlungsplanung	3	16,7	12	33,3	2	6,7	9	45,0	26	25
Operation	5	27,9	17	47,2	7	23,3	8	40,0	37	35,6
Chemotherapie	7	38,9	9	25,0	8	26,7	5	25	29	27,9
Strahlentherapie	4	22,2	9	25,0	9	30,0	0	0	22	21,2
Hormontherapie	0	0	1	2,8	2	6,7	0	0	3	2,9
Sonstige Behandlungssituation	4	22,2	2	5,6	13	43,3	1	5,0	20	19,2
Verabreichte Medikamente*										
Tranquilizer / Hypnotika	1	5,6	3	8,3	1	3,3	2	10,0	7	6,7
Antidepressiva / Neuroleptika	2	11,1	4	11,1	4	13,3	4	20,0	14	13,5
Opiathaltige Analgetika	0	0	2	5,6	1	3,3	1	5,0	4	3,8
Andere Analgetika	1	5,6	5	13,9	3	10,0	4	20,0	13	12,5

* Mehrfachnennungen möglich

In der Gruppe „Kurz-Ambulanz“ liegt (aufgrund eines Ausreißerwertes mit Tumorerstdiagnose 1974) die mittlere Krankheitsdauer bei 62,5 Monaten (SD 110,5). Die kürzeste Dauer ist 0,1 und die längste 398,2 Monate, der Median liegt bei 7,5 Monaten. Kurz-Konsil-Patienten zeigen eine mittlere Krankheitsdauer von 17,4 Monaten (SD 45,2); der Median ist 3,1 Monate, das Minimum 0,3 und Maximum 251,1 Monate. Lang-Ambulanz-Patienten sind im Mittel bereits 25,6 Monate erkrankt (SD 30,5), der Median ist 16,1 Monate, das Minimum 3,3 und das Maximum 136,4. Bei den befragten Langzeit-Konsil-Patienten ist die Tumordiagnose seit durchschnittlich 9,9 Monaten (SD 15,2) bekannt, der Median liegt bei 2,6 Monaten, die kürzeste Krankheitsdauer bei 0,2 und die längste bei 58,5 Monaten.

Fast die Hälfte der Lang-Konsil-Patienten (47,8%) wissen von ihrer Tumorerstdiagnose erst seit max. 2 Monaten, ähnlich wie die Kurz-Konsil-Patienten (43,8%). Der Großteil der Lang-Ambulanz-Patienten (57,9%) weiß bereits seit 1-5 Jahren über die Diagnose Bescheid. Gesamt gesehen ist die Gruppe der 1-5 Jahre Erkrankten auch die Größte (30,4%), gefolgt von 25,9% der Patienten, mit einer Dauer von 2 Monaten und 20,5% mit bekanntem Tumor seit 3-6 Monaten.

Bei den meisten der Befragten (71%) das Bekanntwerden der Erkrankung eine Erstdiagnose. 12% sind von Metastasen betroffen, 6% von Rezidiven.

Bezüglich ihrer Behandlungssituation verteilen sich die untersuchten Patienten prozentual wie folgt: für 36% beinhaltet die Krebstherapie eine Operation, für 28% eine Chemotherapie. 25% der Patienten befinden sich zum fraglichen Zeitpunkt erst in der Behandlungsplanung, 21% erhalten eine Strahlentherapie. Durch Mehrfachnennungen werden Gesamtwerte über 100% erreicht.

Neben der Medikation zur Therapie der Grunderkrankung, erhalten nur sehr wenige der untersuchten Patienten zusätzliche Medikamente. 14% werden mit Antidepressiva oder Neuroleptika behandelt, 13% mit nicht-opioiden Analgetika, 7% mit Tranquilizern bzw. Hypnotika. Nur 4% benötigen opiathaltige Analgetika.

5.1.3 Merkmale der Belastung der Patienten

Die Werte des Globalen Funktionsniveaus (GAF-Score) verteilen sich in der beschriebenen Stichprobe auf das obere Drittel der Skala von 1-100 Punkten. Jeweils gut 30% der Patienten liegen zwischen 60 und 69 bzw. 70 und 79 Punkten, bei 22% der Patienten liegt das GAF zwischen 80 und 89 Punkten.

Der Aktuelle Körperliche Funktionsstatus (ECOG-Skala) ist beim Großteil (>70%) der Patienten gut: bei 33% ist zum Zeitpunkt der Beratung trotz der Krankheit eine normale Aktivität festzustellen, knapp 41% sind zumindest fast uneingeschränkt gehfähig. Etwa ¼ der Patienten ist

durch die Krankheit stärker körperlich eingeschränkt (Zeitweise Bettruhe: 12%, Bettruhe mehr als die Hälfte der Tageszeit: 8%, Ständig bettlägerig 7%).

Der aus den PO-Bado-Variablen „Somatische Belastung“ und „Psychische Belastung“ gebildete Summenwert liegt bei der Mehrheit (53%) aller Patienten um 3,0 Punkte; eine Verteilung, die mit Ausnahme der Kurz-Konsil-Gruppe auch den Untergruppen entspricht. Die Gruppe der Kurz-Konsil-Patienten hingegen ist im Mittel weniger stark belastet (54,3% mit PO-Bado Summenwert von 2,0) als die Vergleichsgruppen (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Belastungsmerkmale der Stichprobe (GAF, ECOG, PO-Bado)

	Kurz-Ambulanz		Kurz-Konsil		Lang-Ambulanz		Lang-Konsil		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Globales Funktionsniveau (GAF-Skala)										
50-59 Punkte	0	0	6	17,1	0	0	6	31,6	12	12,0
60-69 Punkte	7	41,2	10	28,6	7	24,1	8	42,1	32	32,0
70-79 Punkte	5	29,4	15	42,9	6	20,7	5	26,3	31	31,0
80-89 Punkte	5	29,4	4	11,4	13	44,8	0	0	22	22,0
90 und mehr Punkte	0	0	0	0	3	10,3	0	0	3	3,0
Gesamt	17	100	35	100	29	100	19	100	100	100
Aktueller körperlicher Funktionsstatus (ECOG)										
Normale Aktivität	7	41,2	8	22,9	8	27,6	10	50,0	33	32,7
Fast uneingeschränkt gehfähig	9	52,9	14	40	16	55,2	2	10,0	41	40,6
Zeitweise Bettruhe	1	5,9	8	22,9	2	6,9	1	5,0	12	11,9
Mehr als 50% des Tages Bettruhe	0	0	1	2,9	2	6,9	5	25,0	8	7,9
Ständig bettlägerig	0	0	4	11,4	1	3,4	2	10,0	7	6,9
Gesamt	17	100	35	100	29	100	20	100	101	100
PO-Bado Summenwert										
1,00	0	0	1	2,9	1	2,5	1	4,3	3	2,6
2,00	3	15,8	19	54,3	10	25,0	7	30,4	39	33,3
3,00	14	73,7	13	37,1	22	55,0	13	56,5	62	53,0
4,00	2	10,5	2	5,7	7	17,5	2	8,7	13	11,1
Gesamt	19	100	35	100	40	100	23	100	117	100

5.1.4 Soziodemographische Daten der Therapeutinnen

Neben den Patienten sind außerdem die 6 Psychoonkologinnen des Stammpersonals der Sektion Psychosoziale Onkologie an der Studie beteiligt. Ihr Altersdurchschnitt liegt bei 49,7 Jahren. Vier von ihnen sind ausgebildete Diplom-Psychologinnen, zwei sind approbierte Ärztinnen. Die

durchschnittliche Berufserfahrung (angegeben wurde die Zeit seit dem Hochschulabschluss) liegt bei 13,7 Jahren (s. Tabelle 13).

Tabelle 13: Stichprobe der Therapeutinnen des PO-Stammteams

Merkmale der Therapeutinnen			
Alter (Mittelwert in Jahren)		49,7	
Berufserfahrung (Mittelwert in Jahren)		13,7	
		n	%
Anzahl der Therapeutinnen des PO-Stammpersonals		6	100
davon	weiblich	6	100
davon	Diplom Psychologinnen	4	66,7
	Ärztinnen	2	33,3
Tiefenpsychologisch / Analytische Ausbildung		4	66,7
Verhaltenstherapeutische Ausbildung		1	16,7
Klinische Gestalttherapie Ausbildung		1	16,7

5.2 Ergebnisse der Feasibility-Studie – Analyse von Aufwand und Nützlichkeit

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur durchgeführten Feasibility-Studie vorgestellt. Zunächst werden Arbeitsaufwand, auftretende Probleme und Konsequenzen für die Sektion durch die Einführung der QS-Maßnahme aufgeführt. Daraufhin wird der erbrachte Aufwand im Vergleich zum erbrachten Nutzen der Maßnahme analysiert.

5.2.1 Beschreibung des erforderlichen Arbeitsaufwandes zur Durchführung der Untersuchung

Die Durchführung der neu eingebrachten Maßnahme zur Qualitätssicherung war retrospektiv betrachtet mit einem insgesamt sehr hohen Arbeitsaufwand verbunden. Tabelle 14 sind in groben Zügen die im Zusammenhang mit der QS-Maßnahme erforderlichen Aufgaben zu entnehmen.

Die Phase der Vorbereitungen zur Patientenbefragung mit Ausarbeitung des Fragebogens, Instruktion aller beteiligter Mitarbeiter, Organisation der Logistik etc. bedeutet für die Mitwirkenden deutliche Zusatzarbeit in mehreren Teamsitzungen. Die ersten Wochen nach Start der Befragung sind für alle eine Gewöhnungsphase, da jeder die neuen Arbeitsschritte erst in seine Alltagsroutine integrieren muss. Daraufhin setzt jedoch eine gewisse Art der Routine in den Arbeitsschritten ein, sowohl für den Untersuchungsleiter, wie auch für die Therapeutinnen. Die bereits angelaufene und in den Arbeitsalltag integrierte QS-Maßnahme fortlaufen zulassen, ist für das Therapeutenteam nur mit recht geringem zusätzlichem Arbeitsaufwand möglich; mehr noch, es führt in bestimmten Bereichen zu einer höheren Arbeitseffizienz, wie von den beteiligten Therapeutinnen beschrieben wurde (s. Kapitel 5.2.3).

Für den Untersuchungsleiter stellt sich besonders die Prozedur der Befragung als zeit- und arbeitsaufwändig heraus. Bedingt durch den Befragungsmodus per zugesandtem Fragebogen bzw. per Telefon, führt eine nicht korrekte oder ungenaue Angabe der Kontaktdaten zu erheblicher Mehrarbeit (s. Kapitel 5.2.2). Außerdem ergeben sich für die Einrichtung Zusatzkosten durch Porto und Telefongebühren.

Tabelle 14: Arbeitsaufwand für die an der QS-Maßnahme beteiligten Personengruppen

Beteiligte	Aufgaben im Rahmen der Befragung
Gesamtteam	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung des verwendeten Fragebogens in Teamsitzungen - Mehrere Teambesprechungen zur Koordination, Problembesprechung und Feedback zur Befragung - Fehleranalyse, Detektierung von Fehlerquellen
Psychoonkologen	<ul style="list-style-type: none"> - Rekrutierung der in die Befragung eingeschlossenen Patienten; Erklärung von Inhalt und Ablauf der Untersuchung; Bitte um schriftliches Einverständnis - Abgabe der Einverständniserklärungen an den Untersuchungsleiter - Beachten der lückenlosen Dokumentation - Zeitgerechte Eingabe der PO-Bado-Daten ins Computersystem
Untersuchungsleiter	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung der verwendeten Formulare (Layout, Druck, Anfertigung von Kopien und frankierten Rückumschlägen etc.) - Regelmäßige Leerung des Postfachs für neu rekrutierte Patienten, eingetroffene Rückkuverts, unzustellbare Fragebögen - Sorgfältige Dokumentation der rekrutierten Patienten mit Patientenprotokoll und elektronischem Kalender; Einhaltung der Befragungsfrist - Verifizierung der angegebenen Kontaktdaten, ggf. Rücksprache mit behandelnden Ärzten oder Angehörigen über den Aufenthaltsort der Patienten; Ermittlung der korrekten Kontaktdaten bei Unzustellbarkeit - Versand der erforderlichen Formulare und frankierten Rückkuverts - Durchführung der telefonischen Befragung, evtl. Rückruf zu vereinbartem Termin nach Patientenwunsch - Eingabe der eingegangenen Daten ins Computersystem - Versand von Erinnerungsschreiben (1.Mahnung) bzw. Erinnerungsanruf (2.Mahnung) - Teilnahme an den Teambesprechungen der Psychoonkologen in regelmäßigen Abständen - Detektierung von Dokumentationslücken; Aufforderungen der Therapeutinnen zur Komplettierung der fehlenden Daten, Übertragung von Papierdokumentation aus dem Archiv in die elektronische Datenbank - Zusammenführung der Datenbanken, statistische Auswertung und Analyse, unterstützt durch Personal der Statistikabteilung - Mitarbeiterbefragung bzgl. Auswirkungen der QS-Maßnahme auf ihre Arbeit innerhalb der Sektion

5.2.2 Auftretende Probleme bei Implementierung und Durchführung der QS-Maßnahme

Im Rahmen der Durchführung der QS-Maßnahme traten zahlreiche unvorhergesehene Probleme auf. Es zeigten sich insbesondere folgende Schwierigkeiten:

- Die auf den Patientenzetteln angegebenen Adressen waren unvollständig, falsch oder nicht leserlich.
- Die Patienten waren unter der angegebenen Adresse bzw. Telefonnummer nicht erreichbar. Häufig war dies der Fall, wenn Patienten im Anschluss an den stationären Aufenthalt in eine Reha-Klinik überwiesen wurden. Aufenthaltsort bzw. die entsprechenden Kontaktdaten mussten dann teilweise von Angehörigen, den behandelnden Stationsärzten sowie mit Hilfe des Internets in Erfahrung gebracht werden, um eine korrekte Zusendung der Fragebögen zu gewährleisten.
- Nach Anlaufen der Befragung über einige Wochen stellte sich durch Überschlagsrechnungen heraus, dass auf Grund von Missverständnissen nicht alle Therapeutinnen die definierten Einschlusskriterien zur Befragung einheitlich anwendeten. Daraufhin mussten in einer Teamkonferenz erneut das Prozedere, sowie die Einschlusskriterien unmissverständlich erläutert werden.
- Mitunter kam es vor, dass Patienten, welche ursprünglich konsiliarisch betreut wurden, im Verlauf der Untersuchung in die ambulante Betreuung wechselten. Hier gab es Fälle, bei denen diese Patienten doppelt erfasst und befragt wurden, was zur Unübersichtlichkeit der Datenlage beitrug und entsprechend korrigiert werden musste.
- Bei Patienten, die schon seit geraumer Zeit zu Gesprächen in die PO-Ambulanz kamen, lag das Datum des Erstgespräches entsprechend lang zurück. In der Zwischenzeit kam es zu einer Weiterentwicklung der PO-Bado, sodass die aktuell erfassten Daten nicht mehr komplett mit denen von Altfassungen der PO-Bado übereinstimmten. Hierdurch entstanden bei der Auswertung gewisse Datenlücken. Hinzu kam, dass gewisse Altfassungen nur auf einem Papierbogen handschriftlich erfasst wurden und daher nicht in der elektronischen Datenbank vorhanden waren. Die entsprechenden Bögen mussten daher aus dem Archiv herausgesucht werden und (so möglich) in die aktuelle elektronische Bado-Maske der Datenbank übertragen werden.
- Bei der abschließenden Auswertung der Daten wurden Dokumentationslücken der PO-Bado-Daten sichtbar. Teilweise waren die Daten unvollständig, teilweise noch nicht ins System eingegeben, jedoch gab es auch Fälle, bei denen zu keinem Zeitpunkt eine Bado erfasst worden war. Der Untersuchungsleiter forderte jede der betroffenen Therapeutinnen einzeln auf eine Nachdokumentation zu den entsprechenden Patienten durchzuführen und die Datensätze zu vervollständigen. Dies gestaltet sich in der Regel problemlos.

Aus dieser Aufstellung ist leicht ersichtlich, dass diese auftretenden Probleme, den erforderlichen Arbeitsaufwand der Befragung noch deutlich erhöhen.

5.2.3 Folgen der QS-Maßnahme – Veränderungen, Reaktionen, Konsequenzen

Die Durchführung der QS-Maßnahme führte zu Veränderungen innerhalb der Sektion. Im qualitativen Feedback der beteiligten Mitarbeiter in der E-Mail-Befragung wurde nach Auswirkungen der QS-Maßnahme auf ihre tägliche Arbeit im Allgemeinen (z.B. Strukturveränderungen innerhalb der Sektion, Arbeitsklima) und nach den Effekten auf die persönliche Arbeit (z.B. Erkenntnisse aus Benchmarking-Feedback, Veränderung der Motivation etc.) gefragt. Zudem sollten die Befragten subjektive Einschätzungen über den Mehraufwand, den dadurch entstandenen Nutzen, sowie eine Gegenüberstellung von Gesamtaufwand und allgemeinem Nutzen abgeben.

Zunächst wird deutlich, dass für weitgehend alle Beteiligten die Nützlichkeit der QS-Maßnahme klar ersichtlich ist. Jedoch wird der Mehraufwand bei der täglichen Arbeit auch als deutlich spürbar und als zu hoch beschrieben.

Als Konsequenz aus den auftretenden Mängeln bei der Dokumentation wurde eine Reihe konkreter Veränderungen durch die Sektionsleitung eingeführt, mit dem Zweck, mehr Transparenz in die Arbeit der Mitarbeiter zu bringen und die Dokumentation systematischer kontrollieren zu können. Es wurden so genannte Falllisten eingeführt, in welchen routinemäßig dargestellt wird, welche Therapeutin bei welchem Patienten welche Leistungen durchgeführt hat. Somit wird innerhalb des Teams jedem die Arbeitsweise der Kollegen ersichtlich, was u.a. zu einer Ökonomisierung der Arbeitsschritte durch bessere Aufgabenstrukturierung führt.

Obwohl dies zunächst wiederum einen zusätzlichen Mehraufwand für die Mitarbeiter und das Sekretariat bedeutete, wird die Veränderung von den Mitarbeitern positiv bewertet. Die geleistete Arbeit des Einzelnen ist für die Kollegen und die Sektionsleistung durch die Einführung der Falllisten besser ersichtlich. Der Gesamtprozess wurde von einer Therapeutin mit dem Begriff einer „team-bildenden Maßnahme“ bezeichnet. Negative Auswirkungen auf die alltägliche Arbeit (abgesehen vom beschriebenen Mehraufwand) werden von keiner genannt.

Die größere Transparenz ist mit Ursache für eine von den Therapeutinnen beschriebene Verbesserung des Arbeitsklima innerhalb des Kollegiums. Dieses entwickelte sich allerdings erst nach einiger Zeit, da im Team zunächst Missstimmung durch die von der Sektionsleitung durchgeführten Konsequenzen und stärkeren Kontrollen entstanden war.

Das Benchmarking, als Möglichkeit eines unabhängigen und individuellen Feedbacks, wird einstimmig positiv bewertet. Es führte für die Einzelnen mitunter zur Bestätigung der eigenen Arbeitsweise, zu einer besseren Orientierung bzgl. der eigenen Arbeit, bis hin zu teilweiser Umstrukturierung der eigenen Arbeitsweise.

Angesprochen auf eine Gegenüberstellung von Zusatzaufwand und Nützlichkeit zeigte sich weitgehend Einigkeit. Die Therapeutinnen, wie auch der Sektionsleiter, bewerteten den Mehraufwand durchwegs gerechtfertigt, bezogen auf den erreichten Nutzen durch die QS-Maßnahme.

5.2.4 Zusammenfassung der Analyse

Zusammenfassend zeigt sich, dass vor allem die Entwicklung des Fragebogens und die Implementierung der QS-Maßnahme eines hohen Zeitaufwands bedürfen. Eine bereits in den Arbeitsalltag integrierte Maßnahme fortlaufen zu lassen, ist hingegen deutlich weniger aufwändig für alle Beteiligten. Für den Untersuchungsleiter ist der große Zeitaufwand vor allem bedingt durch die Art der Befragung mit Zusendung der Fragebögen, Telefoninterviews und den damit verbundenen Schwierigkeiten (z.B. Erreichbarkeit der Patienten). Zudem ist während der Durchführung mit zahlreichen unerwarteten Problemen zu rechnen, welche vor allem die Bereiche Koordination und Sorgfalt bzgl. Vollständigkeit der Daten betreffen.

Die Nützlichkeit der abgeschlossenen Untersuchung wird von allen Beteiligten positiv bewertet, sowohl für das Gesamtteam (durch bessere Koordination untereinander und einer Verbesserung des Arbeitsklimas), wie auch für jeden Einzelnen (konkrete Rückmeldung über die geleistete Arbeit, Benchmarking).

Von den Therapeutinnen nicht erwähnt wurde der potentielle Nutzen der QS-Maßnahme für die Patienten. Qualitätsverbesserungen durch konkrete Arbeitsprojekte, welche auf Grund der aufgedeckten Mängel der Versorgung, sowie auf Grund der geübten Kritik der Patienten initiiert werden könnten, zeigen ihre positive Wirkung erst bei einer Wiederholung der Patientenbefragung. Die Wirkung der Verbesserungsmaßnahmen ist daher zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht exakt abzuschätzen, sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden.

Diese Ergebnisse verdeutlichen die erbrachten Vorteile der QS-Maßnahme und verlangen nach einer Wiederholung in regelmäßigen Zeitabständen. Allerdings ist eine Durchführung in gleicher Art und Weise nicht möglich, da neben dem Merkaufwand für alle beteiligten Personen noch die Arbeit des Untersuchungsleiters ins Gewicht fällt. Die erforderliche Arbeit in dieser Befragungsform abzudecken, ist nicht ohne zusätzliche personelle Ressourcen denkbar.

5.3 Ergebnisse des Fragebogens zur Evaluation Psychoonkologischer Qualität (EPOQ) – Zufriedenheitsbewertung der Patienten

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertung des EPOQ-Fragebogen vorgestellt. Die Zufriedenheitsbewertung der Patienten wurde im Hinblick auf die Fragestellung nach möglichen Determinanten der Zufriedenheit analysiert.

5.3.1 Ergebnisse der Zufriedenheitsanalyse bewertet nach Einzelfragen (Items)

Zu jedem Item wird der prozentuale Anteil Ja-Antworten berichtet, welcher gleichzeitig eine Zufriedenheitsskala darstellt. 100 Prozentpunkte bedeuten den Wert maximal angegebener Zufriedenheit bei positiv formulierten Fragen. Negativ formulierte Fragen („Inverse Items“) zeigen bei 100 Prozentpunkten dagegen maximal angegebene Unzufriedenheit. Die Daten basieren auf den gegebenen Antworten der befragten 123 Patienten, welche das Gesprächssetting, ihre jeweilige Therapeutin und die Effekte der Gespräche bewerteten.

In Abbildung 14 sind die Items einzeln aufgelistet, die sowohl in der EPOQ-K als auch der EPOQ-L Version vorkommen, sortiert nach dem erreichten Zufriedenheitspunktwert.

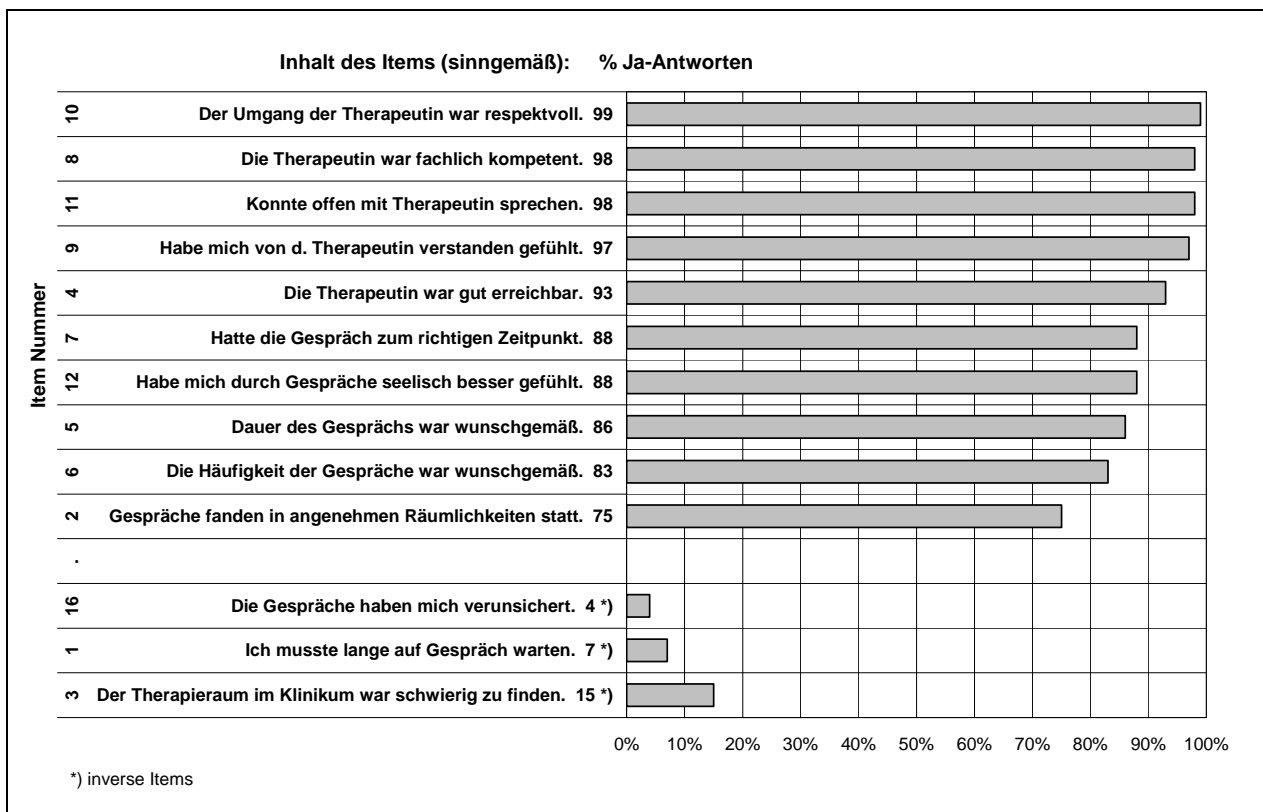


Abbildung 14: Ja-Antworten zu Items der Fragebogenversionen EPOQ-K und EPOQ-L in Prozent

Die höchsten Zufriedenheitswerte erreichen Fragen zur Patient-Therapeut-Beziehung (Respektvoller Umgang, fachliche Kompetenz etc.). Alle diesbezüglichen Fragen erreichten über 97

Zufriedenheitspunkte. Allerdings zeigt sich auch, dass im Allgemeinen alle Items durchgängig sehr hohe Punktzahlen aufweisen. Verhältnismäßig abgeschlagen, mit einem nur mäßigen mittleren Zufriedenheitswert von 75 Punkten, liegt die Bewertung der Räumlichkeiten.

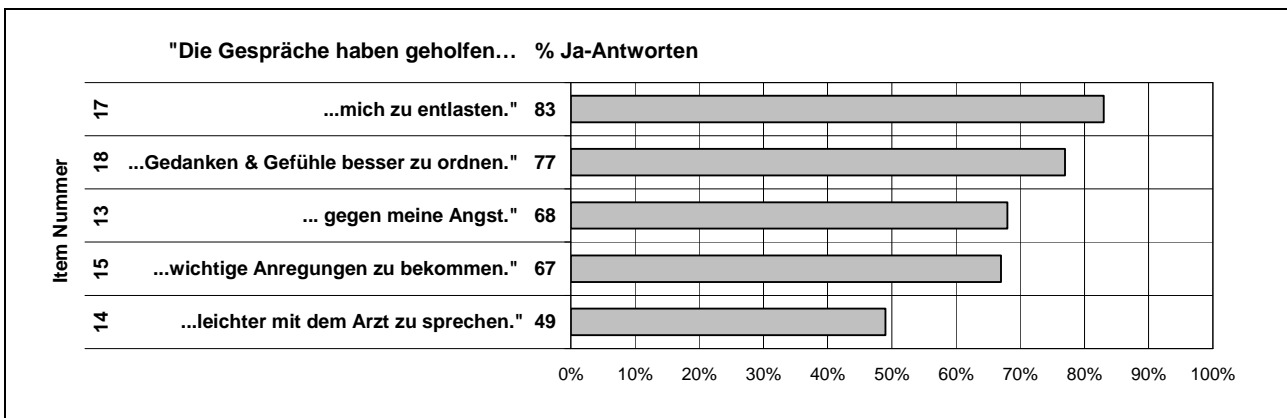


Abbildung 15: Ja-Antworten zu Items der EPOQ-K Version in Prozent (von ausschließlich Kurzzeitpatienten)

Die Effekte der Gespräche bewerten die befragten **Kurzzeitpatienten** uneinheitlich (s. Abbildung 15). Auffällig ist, dass weniger als die Hälfte der Patienten meinten, die Gespräche hätten ihnen geholfen, leichter mit ihrem Arzt sprechen zu können (49 Punkte). Insgesamt zeigt sich bei allen Items eine verhältnismäßig niedrige Zufriedenheit im Vergleich zu den Zufriedenheitswerten der Langzeitpatienten.

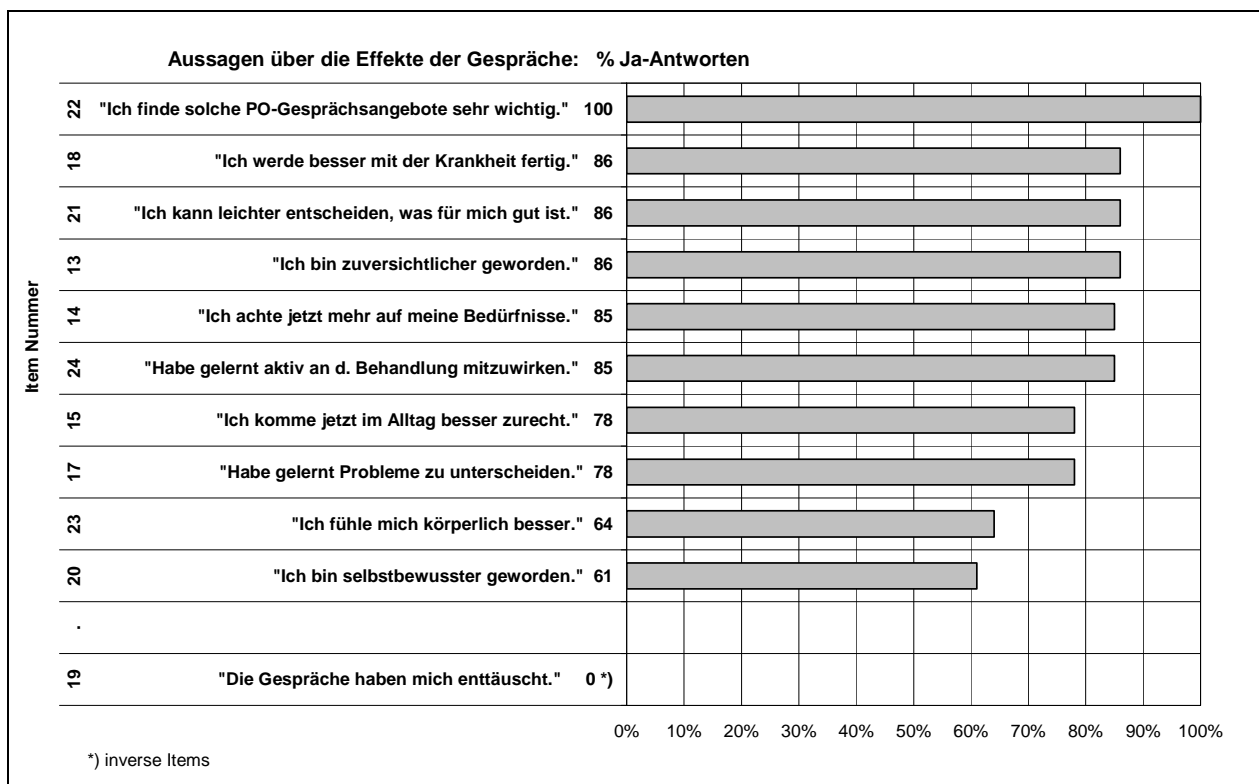


Abbildung 16: Ja-Antworten zu Items der EPOQ-L Version in Prozent (von ausschließlich Langzeitpatienten)

Langzeitpatienten bewerten die Effekte der Gespräche deutlich positiver (s. Abbildung 16). Vollständige Einigkeit besteht in der Beantwortung der Items 22 und 19: Alle Patienten fanden es „sehr wichtig, dass es im Klinikum derartige psychoonkologische Unterstützungsangebote gibt“. Kein Patient gab an von den Gesprächen enttäuscht worden zu sein.

Dagegen haben die Gespräche deutlich weniger positive Effekte auf das körperliche Befinden (Item 23: 64 % Ja-Antworten) und das Selbstbewusstsein (Item 20: 61% Ja-Antworten) gehabt.

Die gemittelte Gesamtzufriedenheit aller befragten Patienten – gemessen an den Patientenangaben im **Zufriedenheitsrating** (Visuelle Analog Skala) – erreichte einen Wert von 8,4 (+/- 1,8) Punkten (s. Abbildung 17).

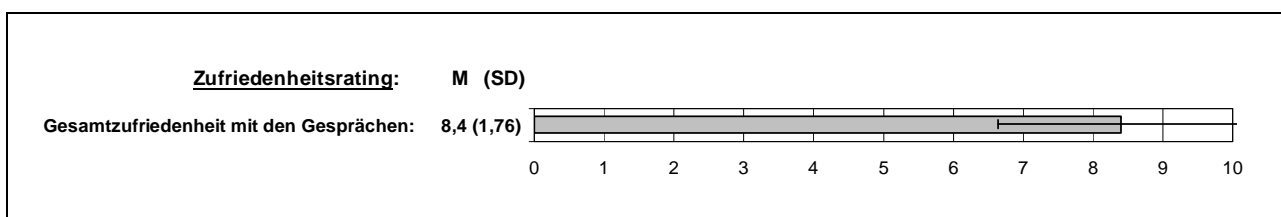


Abbildung 17: Mittelwert der Werte des Zufriedenheitsratings des EPOQ

Beim **Vergleich der vier Patientengruppen** lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen (s. Tabelle 15). Es zeigen sich lediglich leicht unterschiedliche Tendenzen. Die Kurzzeit-Konsil-Patienten sind durchgängig in allen Bewertungskategorien die unzufriedenste Gruppe (Mittelwert des Zufriedenheitsratings 7,9 (+/-2,3)). Im Vergleich zur Gruppe der Kurzzeit-Ambulanz-Patienten, werden bei ihnen auch die Effekte der Gespräche konstant schlechter bewertet. Bei Item 12 („Ich fühle mich durch die Gespräche seelisch besser“) zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede ($p=0,010$), wobei die Kurzzeit-Konsil-Patienten mit 74% Ja-Antworten eine deutlich niedrigere Zufriedenheit angeben. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Item 7 („Hatten Sie die Gespräche zum richtigen Zeitpunkt?“): Die Unterschiede zwischen den Patientengruppen sind signifikant ($p=0,037$), die Kurz-Konsil-Patienten sind mit Abstand die unzufriedenste Gruppe (76% Ja).

Tabelle 15: Mittlere Zufriedenheitswerte zu den Einzelfragen. Verteilung auf die 4 Patientengruppen

		Ambulanz		Konsil		p**
		Kurz	Lang	Kurz	Lang	
		% Ja	% Ja	% Ja	% Ja	
Gemeinsame Items EPOQ-K & EPOQ-L (n=123)						
2	Gespräche in angenehmen Räumlichkeiten	80	77	71	77	0,883
4	Therapeutin war gut erreichbar	89	93	93	100	0,654
5	Dauer des Gesprächs wunschgemäß	90	78	89	91	0,430
6	Häufigkeit der Gespräche wunschgemäß	95	83	74	91	0,212
7	Gespräch war zum richtigen Zeitpunkt	95	90	76	100	0,037
8	Therapeutin war fachlich kompetent	95	100	95	100	0,271
9	Habe mich von Therapeutin verstanden gefühlt	100	100	92	96	0,207
10	Wurde von Therapeutin respektvoll behandelt	100	100	97	100	0,659
11	Konnte offen mit Therapeutin sprechen	100	100	95	100	0,215
12	Fühle mich durch Gespräche seelisch besser	89	98	74	91	0,010
1	Musste lange auf Gespräch warten *	0	7	15	0	0,104
3	Therapieraum war schwierig zu finden *	10	13	29	17	0,453
16	Gespräche haben mich verunsichert *	5	2	8	0	0,431
Nur EPOQ-K (n=58)						
13	Gespräche haben mir gegen Angst geholfen	73		64		0,730
14	Kann durch Gespräche leichter mit Arzt sprechen	53		47		0,779
15	Durch Gespr. wichtige Anregungen bekommen	80		60		0,148
17	Die Gespräche haben mich entlastet	88		81		0,704
18	Konnte Gedanken und Gefühle besser ordnen	88		72		0,301
Nur EPOQ-L (n=65)						
13	Bin wieder zuversichtlicher geworden		85		87	1,000
14	Ich achte jetzt mehr auf meine Bedürfnisse		88		80	0,464
15	Ich komme jetzt im Alltag besser zurecht		79		77	1,000
17	Habe gelernt, Probleme zu differenzieren		75		85	0,513
18	Werde durch Gespr. besser mit d. Krankheit fertig		90		81	0,438
20	Bin durch Gespräche selbstbewusster geworden		64		53	0,554
21	Kann leichter entscheiden, was für mich gut		90		77	0,256
22	Finde psychoonkologische Angebote sehr wichtig		100		100	---
23	Fühle mich durch Gespräche körperlich besser		64		64	1,000
24	Gespr. geholfen, aktiv an Behandlg. mitzuwirken		87		81	0,706
19	Gespräche haben mich enttäuscht *		0		0	---
Globalitem (EPOQ-K und EPOQ-L)						
25	Zufriedenheitsrating (M, SD)	8,5 (1,2)	8,7 (1,5)	7,9 (2,3)	8,7 (1,4)	0,435

* inverse Items

** Gruppenvergleich auf Itemebene: Fisher's exakter Test
Gruppenvergleich der Skalenwerte: Kruskal-Wallis-Test

Beim Vergleich der übrigen Items ergeben sich zwischen den 4 Patientengruppen keine Signifikanzen. Kurz-Ambulanz-, Lang-Ambulanz- und Lang-Konsil-Patienten liegen mit ihren Bewertungen jeweils recht eng beieinander, sowohl im Vergleich der einzelnen Items als auch bei den Mittelwerten der Zufriedenheitsratings: Kurz-Ambulanz 8,5 (+/-1,2), Lang-Ambulanz 8,7 (+/-1,5) und Lang-Konsil 8,7 (+/-1,4). Die Zufriedenheit mit den Räumlichkeiten (Items 2 und 3) fällt negativ ins Gewicht, insbesondere bei Bewertungen von Konsil-Patienten, aber auch merklich bei den Ambulanz-Patienten.

Das letzte Item des EPOQ ist ein Freitextfeld, in dem die Patienten Verbesserungsvorschläge angeben können. 50 der 123 Befragten machen Angaben, welche sich interessanterweise oft inhaltlich ähneln und daher zu 8 inhaltlichen Kategorien zusammengefasst werden können. Die drei Bereiche Informationen, Räumlichkeiten und Kontakte werden verstärkt angesprochen, wobei Mehrfachnennungen vorkommen, so dass der Summe der Werte über 100% liegt (s. Tabelle 16).

Tabelle 16: Kritikpunkte und Wünsche der Patienten (Item: „Verbesserungsvorschläge“)

Verbesserungsvorschläge	Ambulanz				Konsil				Gesamt	
	Kurz		Lang		Kurz		Lang			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtzahl Patienten mit Äußerungen	9	18	21	42	16	32	4	10	50	100
davon Äußerungen zu:*										
Informationen (Umfang): mehr, besser	2	22	5	24	2	13	2	50	11	22
Räumlichkeiten: Ausstattung	1	11	8	38	1	6	1	25	11	22
Informationen (Zeitpunkt): früher	3	33	1	5	5	31	1	25	10	20
Räumlichkeiten: fester Raum	0	0	7	33	1	6	1	25	9	18
Räumlichkeiten: intimerer Raum	0	0	3	14	3	19	1	25	7	14
Kontakt (Häufigkeit): öfter	1	11	1	5	5	31	0	0	7	14
Kontakt (Dauer): länger	0	0	4	19	1	6	0	0	5	10
Sonstiges (Umfang, Ablauf...)	4	44	6	29	4	25	2	50	16	32

* Mehrfachnennungen möglich

Von den 50 Patienten die Verbesserungsvorschläge angeben, sprechen 22% den Wunsch nach ausführlicheren bzw. besseren Informationen über die psychoonkologischen Angebote an. 20% hätten die Gespräche gerne zu einem früheren Zeitpunkt begonnen. Im Bezug auf die Räumlichkeiten werden Verbesserungswünsche nach besserer Ausstattung (22%), einem festen Raum nur für psychoonkologische Gespräche (18%) und einer intimeren Atmosphäre (14%) gemacht. Diese Anliegen äußern vermehrt Langzeitpatienten der Ambulanz. Ein weiterer Kritikpunkt waren Dauer und Häufigkeit der Kontakte. 14% hätten gerne häufiger Gespräche, 10% wünschen sich länger andauernde Gespräche. Weitere 16 Einzelkritikpunkte sind in der Kategorie Sonstiges zusammengefasst.

Zahlreiche Patienten nahmen die Gelegenheit der Befragung wahr, um im Freitextfeld ihrer Dankbarkeit über die erhaltene psychoonkologische Betreuung Ausdruck zu verleihen. Auf teilweise sehr persönliche Art drückten sie ihre Wertschätzung der Arbeit der Sektion Psychosoziale Onkologie aus. Oftmals wurde der Dank geäußert in Verbindung mit dem Wunsch und der Aufforderung, die PO-Betreuung einem größeren Teil der Patienten zukommen zu lassen.

Insgesamt zeigen sich weitgehend hohe Zufriedenheitswerte der Patienten (s. Abbildung 17). Besonders die Bewertung der Therapeutinnen ist durchweg sehr positiv (Respektvoller Umgang, Kompetenz, Einfühlsamkeit). Zudem geben alle befragten Langzeit-Patienten an, dass sie das psychoonkologische Gesprächsangebot für sehr wichtig halten. Kein Langzeit-Patient zeigte sich von den Gesprächen enttäuscht. Weniger zufrieden sind die Patienten dagegen mit den zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten. Aus Tabelle 16 ist zu entnehmen, dass Konsil-Patienten diesbezüglich vor allem den Mangel an geeigneten separaten Zimmern auf den Stationen kritisieren, während Ambulanz-Patienten eher die Einrichtung der Räume sowie das Fehlen eines festen Raumes für die Gespräche bemängeln. Des Weiteren werden fehlende oder zu späte Informationen über die Möglichkeit einer psychoonkologischen Betreuung von vielen Patienten kritisiert.

Vergleichend lässt sich feststellen, dass Kurzzeit-Patienten insgesamt geringfügig niedrigere Zufriedenheitswerte als Langzeit-Patienten haben. Die Bewertung der Effekte der Gespräche fällt bei Kurzzeit-Patienten uneinheitlich aus. Langzeit-Patienten bewerten die Effekte insgesamt positiver. Signifikante Unterschiede bestehen zwischen den Patientengruppen bei den Angaben bezüglich des richtigen Zeitpunkts der Gespräche und bezüglich der Besserung des seelische Befinden aufgrund der Gespräche (s. Tabelle 15). Kurz-Konsil-Patienten geben hier jeweils deutlich niedrigere Zufriedenheitswerte an.

5.3.2 Vergleich der Zufriedenheit zwischen den Gruppen Konsil/Ambulanz und Lang/Kurz

In der Studie wurden die zu untersuchenden Settings und Patienten-Merkmale (soziodemographisch, medizinisch, Belastung, Therapeut) mit drei Variablen korreliert, welche jeweils auf unterschiedliche Weise (s. Kapitel 4.4) die Patientenzufriedenheit darstellen:

- **Faktor der Globalen Zufriedenheit (F-GZ):** Es handelt sich um einen Faktor, in welchen jene Items eingehen, die in beiden Versionen des EPOQ identisch vorkommen. Aus den Items 1-7, 11 und 12 wurde ein Mittelwert errechnet. Inhaltlich umfasst der FGZ also einen globalen Zufriedenheitsfaktor mit Bewertungen zu allen drei Dimensionen des EPOQ (Setting, Patient-Therapeut-Beziehung und Effekte der Therapeutengespräche).

- **Variable der Zufriedenheit mit den Effekten der Gespräche (V-Eff):** Durch die Zusammenlegung der beiden Faktoren „Gesprächseffekte Langzeitpatienten“ und „Gesprächseffekte Kurzzeitpatienten“ fließen in diese Variable V-Eff die Werte aller Patienten nur bezüglich ihrer Zufriedenheit mit den Effekten der Gespräche ein. In V-Eff gehen also durchaus unterschiedliche Items der beiden Patientengruppen ein, welche jedoch inhaltlich jeweils eine Bewertung der Effekt-Dimension der verwendeten EPOQ-Version widerspiegeln. Somit trifft dieses Variable in gewisser Weise eine Aussage über die globale Zufriedenheit aller Patienten mit den Effekten der Gespräche.
- **Zufriedenheitsrating (ZR):** Hier wurde jeweils ein Mittelwert aus den gemachten Angaben auf der Visuellen Analog Skala zur Zufriedenheit aller Patienten ermittelt.

Dabei erstreckt sich der Wertebereich von F-GZ und V-Eff zwischen 0 („sehr unzufrieden“) bis 100 („sehr zufrieden“) und der Wertebereich des ZR, entsprechend der EPOQ-Zufriedenheitsskala, von 1 („sehr unzufrieden“) bis 10 („sehr zufrieden“).

Tabelle 17: Mittlere Zufriedenheitswerte der konsiliarischen Patienten

Konsil	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
Kurz	38	81	(26)	37	74	(39)	38	7,9	(2,3)
Lang	22	93	(09)	23	77	(27)	23	8,7	(1,4)
Gesamt	60	85	(22)	60	75	(35)	61	8,2	(2,1)
Signifikanz p	0,154			0,623			0,228		

Tabelle 18: Mittlere Zufriedenheitswerte der ambulanten Patienten

Ambulanz	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
Kurz	20	92	(14)	17	85	(27)	20	8,5	(1,2)
Lang	42	89	(13)	42	82	(22)	42	8,7	(1,5)
Gesamt	62	90	(13)	59	83	(23)	62	8,6	(1,4)
Signifikanz p	0,348			0,180			0,390		

Abbildung 18 veranschaulicht den Vergleich der Zufriedenheitswerte zwischen den vier Gruppen der Konsil- und Ambulanz- sowie Kurzzeit- und Langzeitpatienten. Konsil-Patienten erreichen im Vergleich zu jenen in ambulanter Behandlung niedrigere Zufriedenheitswerte. Durchgängig sind sie in der Variable der Effekte (V-Eff) unzufriedener. Auffällig ist, dass in allen 3 Kategorien die Kurz-Konsil-Gruppe die niedrigsten Zufriedenheitswerte hat. Dabei ist jedoch keiner der Unterschiede zwischen den vier Patientengruppen statistisch signifikant.

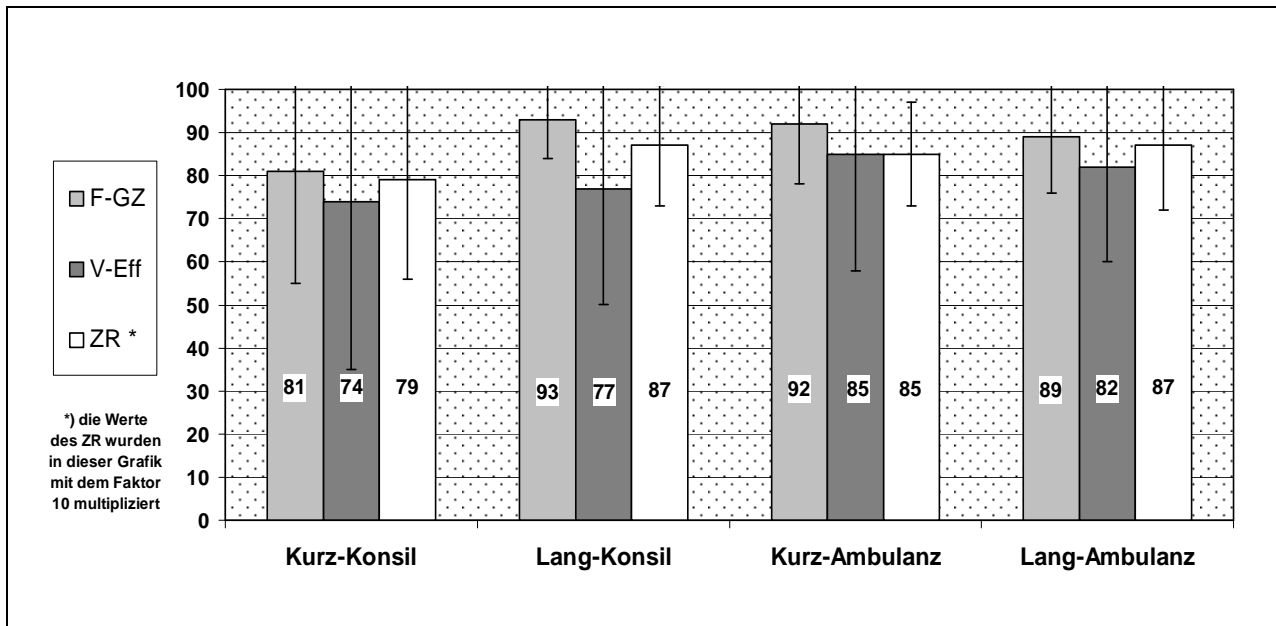


Abbildung 18: Mittelwerte der 3 Zufriedenheitswerte F-GZ, V-Eff, ZR in den 4 Patientengruppen

5.3.3 Zufriedenheitswerte in den soziodemographischen Untergruppen

Geprüft wurde eine Korrelation der Zufriedenheit mit folgenden soziodemographischen Merkmalen: Alter, Geschlecht, Familienstatus, Partnerschaft, Bildungsstand und Beschäftigungsstatus.

Unter den fünf verschiedenen Altersgruppen wurde die Zufriedenheit verglichen. Sie zeigen jedoch ebenfalls keine signifikanten Zufriedenheitsunterschiede (s. Tabelle 19).

Tabelle 19: Verteilung der Zufriedenheitswerte in unterschiedlichen Altersgruppen

Alter (in Jahren)	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
unter 40	15	88	(16)	15	76	(34)	15	8,7	(1,6)
40 – 49	29	83	(19)	28	74	(27)	29	8,1	(2,0)
50 – 59	32	86	(22)	31	69	(34)	32	8,2	(1,9)
60 – 69	37	92	(12)	35	89	(25)	37	8,6	(1,6)
70 und älter	9	86	(23)	10	94	(16)	10	8,8	(1,1)
Gesamt	122	87	(18)	119	79	(30)	123	8,4	(1,8)
Signifikanz p	0,873			0,146			0,734		

Im Vergleich der Zufriedenheitswerte von weiblichen und männlichen Patienten, zeigen sich hingegen statistisch signifikante Unterschiede. Frauen sind sowohl mit den Effekten der Gespräche (V-Eff: $p=0,014$), wie auch insgesamt (ZR: $p=0,019$) signifikant zufriedener als Männer (s. Tabelle 20).

Tabelle 20: Zufriedenheitswerte aufgeteilt nach Frauen und Männern

Geschlecht	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
weiblich	73	91	(12)	72	83	(29)	74	8,8	(1,4)
männlich	49	83	(24)	47	73	(30)	49	7,9	(2,1)
Gesamt	122	87	(18)	119	79	(30)	123	8,4	(1,8)
Signifikanz p	0,145			0,014			0,019		

Die verschiedenen Kategorien des Familienstandes zeigen keine signifikanten Unterschiede bei den drei Zufriedenheitsvariablen. Verwitwete Patienten sind in der Global-Zufriedenheit (F-GZ) und der Gesamtbeurteilung (ZR) am unzufriedensten, bei den Effekten (V-Eff) jedoch am zufriedensten. Bei dieser Variable sind die verheirateten Patienten am wenigsten zufrieden (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Zufriedenheitswerte aufgeteilt nach Familienstand

Familienstand	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
ledig	25	89	(14)	25	82	(26)	25	8,5	(1,6)
verheiratet	69	88	(20)	66	77	(32)	69	8,5	(2,0)
geschieden	12	89	(10)	13	83	(31)	13	8,4	(1,4)
verwitwet	6	84	(17)	6	95	(12)	6	8,0	(1,9)
Gesamt	112	88	(18)	110	80	(30)	113	8,5	(1,8)
Signifikanz p	0,305			1,63			0,505		

Patienten die ohne festen Partner leben, zeigen sich mit den Effekten der Gespräche (V-Eff) zwar nicht signifikant, jedoch tendenziell zufriedener als Patienten mit Partner ($p=0,088$). Im Faktor Globaler Zufriedenheit erreicht die Gruppe der Patienten mit „festem Partner, getrennt lebend“ den höchsten Mittelwert, der jedoch ebenso wie die anderen Werte nicht signifikant ist.

Tabelle 22: Zufriedenheitswerte aufgeteilt nach der aktuellen Partnersituation

Partnerschaft	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
kein fester Partner	35	88	(14)	36	87	(25)	36	8,5	(1,5)
fester Partner, getrennt lebend	7	95	(10)	7	73	(37)	7	8,5	(1,9)
fester Partner, zusamm. lebend	69	87	(21)	66	77	(31)	69	8,4	(1,9)
Gesamt	111	87	(18)	109	80	(30)	112	8,5	(1,8)
Signifikanz p	0,514			0,088			0,769		

Auch die Differenzierung der Patientenstichprobe nach dem Bildungsstand ergibt keine signifikanten Unterscheidungen bei der statistischen Auswertung. Die Gruppe der Patienten, die die

Hauptschule besucht haben, ohne eine Lehre anzuschließen, haben mit einem Mittelwert von 56 Punkten bei der Variable der Zufriedenheit mit den Effekten (V-Eff) den mit Abstand niedrigsten Wert (s. Tabelle 23).

Tabelle 23: Zufriedenheitswerte aufgeteilt nach Bildungsstand

Bildungsstand	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
Hauptschule ohne Lehre	4	87	(20)	4	56	(47)	4	8,0	(2,1)
Hauptschule mit Lehre	24	91	(10)	22	74	(35)	24	8,6	(1,6)
Realschule und Mittlere Reife	24	90	(15)	25	85	(27)	25	8,4	(1,6)
Abitur	13	91	(12)	13	88	(17)	13	9,2	(1,1)
Studium	19	86	(25)	19	76	(31)	19	8,0	(2,1)
Gesamt	84	89	(16)	83	79	(30)	85	8,5	(1,7)
Signifikanz p	0,930			0,308			1,000		

Der unterschiedliche Beschäftigungsstatus des Patienten spiegelt sich nicht signifikant in Unterschieden der Zufriedenheitsbewertung wider. Hausfrauen/-männer haben bei allen drei Messvariablen vergleichsweise niedrige Zufriedenheitswerte.

Tabelle 24: Zufriedenheitswerte aufgeteilt nach aktuellem Beschäftigungsstatus

Beschäftigungsstatus	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
Vollzeit	33	87	(22)	33	77	(31)	33	8,3	(1,9)
Teilzeit	11	91	(10)	10	86	(32)	11	9,3	(1,2)
Arbeitslos	4	86	(17)	4	95	(6)	4	9,3	(1,5)
Rente	38	93	(11)	38	87	(27)	39	8,5	(1,6)
Hausfrau/-mann	12	85	(14)	12	64	(33)	12	7,7	(1,6)
Sonstiges	6	83	(29)	6	71	(25)	6	7,8	(3,0)
Gesamt	104	89	(17)	103	80	(30)	105	8,4	(1,8)
Signifikanz p	0,932			0,299			0,936		

Insgesamt zeigen sich beim Vergleich der soziodemographischen Gruppen signifikante Unterschiede der Zufriedenheit zwischen den Geschlechtern: Frauen geben im Vergleich zu Männern höhere Zufriedenheit bei den Effekten der Gespräche sowie auch beim globalbewertenden Zufriedenheitsrating an. Der Vergleich der unterschiedlichen Partnerschaftssituationen zeigt bei allein lebenden Patienten eine Tendenz zu höherer Zufriedenheit mit den Effekten der Gespräche.

Keine signifikanten Unterschiede bestehen hingegen beim Vergleich von Alter, Familienstand, Bildungsstand, Beschäftigungsstatus.

5.3.4 Zufriedenheitswerte in den Untergruppen medizinischer Variablen

Die medizinischen Merkmale Krankheitsdauer, Art der Tumordiagnose und Krankheitsstatus wurden bezüglich Unterschieden bei den drei beschriebenen Zufriedenheitsvariablen analysiert. Die Krankheitsdauer der Patienten ergab keinen signifikanten Unterschied bzgl. der Zufriedenheit mit den Gesprächen (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Vergleich der Zufriedenheitswerte von Patienten unterschiedlicher Krankheitsdauer

Krankheitsdauer	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
1-3 Monate	38	86	(23)	38	70	(36)	38	8,1	(1,8)
4-12 Monate	29	88	(15)	26	86	(24)	29	8,6	(1,9)
1-5 Jahre	33	89	(12)	33	84	(24)	34	8,7	(1,4)
über 5 Jahre	11	90	(22)	11	76	(37)	11	8,0	(2,4)
Gesamt	111	88	(18)	108	79	(30)	112	8,4	(1,8)
Signifikanz p	0,324			0,574			0,922		

Ebenso zeigt sich auch kein erheblicher Unterschied in der Zufriedenheit bei Patienten verschiedener Tumorart. Zwar bestehen durchaus große Unterschiede zwischen den einzelnen Mittelwerten der Zufriedenheitsvariablen, allerdings werden diese aufgrund der sehr ungleichmäßig verteilten Fallzahl innerhalb der zahlreichen Tumorarten nicht statistisch signifikant (s. Tabelle 26).

Tabelle 26: Zufriedenheitswerte in den unterschiedlichen Tumordiagnosen

Diagnose	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
Mamma-Karzinom	20	93	(12)	20	94	(12)	20	9,6	(0,6)
Gynäkologischer Tumor	6	90	(9)	6	86	(34)	6	8,4	(1,1)
Atemwegs Tumor	2	100	(0)	2	100	(0)	2	9,3	(0,4)
Prostata, Hoden Tumor	5	71	(30)	5	57	(20)	5	6,2	(3,1)
Kolon, Rektum Tumor	14	93	(12)	13	73	(34)	14	8,8	(1,3)
HNO Tumor	17	80	(27)	15	65	(40)	17	7,9	(2,4)
Hämatologische Neoplasie	12	90	(12)	12	84	(20)	12	8,3	(1,5)
Haut-Tumor	2	100	(0)	2	100	(0)	2	8,5	(2,1)
Weichteil Tumor*	1	75		1	50		1	6,0	
Urologischer Tumor	3	79	(26)	3	100	(0)	3	7,7	(2,5)
Magen, Ösophagus Tumor	21	85	(20)	21	76	(33)	21	7,9	(1,8)
Sonstige Tumoren	11	92	(10)	12	78	(31)	12	8,8	(1,5)
Gesamt	114	88	(18)	112	79	(30)	115	8,4	(1,8)
Signifikanz p	0,597			0,286			0,467		

* Da in der Gruppe der Weichteiltumoren n = 1 ist, hat diese keine Standardabweichung.

Patienten mit unterschiedlichem Krankheitsstatus zeigen keine signifikanten Unterschiede bezüglich ihrer Zufriedenheit (s. Tabelle 27). Jedoch lässt sich in der Variable der Globalen Zufriedenheit (F-GZ) eine schwache Tendenz ($p=0,093$) erkennen, wonach Patienten bei denen der Krebs bereits die Zweit-, Dritt Diagnosen bzw. ein Rezidiv ist, höhere Zufriedenheitswerte angeben (92 ± 16). Niedrige Werte haben Patienten mit Metastasen (81 ± 23) oder unklarem Krankheitsstatus (81 ± 18).

Tabelle 27: Zufriedenheitswerte aufgeteilt bezüglich des Krankheitsstatus der Patienten

Krankheitsstatus	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
Ersterkrankung	83	89	(18)	79	79	(30)	83	8,6	(1,5)
Zweit-, Dritt diagnose, Rezidiv	14	92	(16)	15	76	(37)	15	7,9	(2,1)
Metastasen	14	81	(23)	14	85	(24)	14	7,5	(2,4)
unklar	11	81	(18)	11	78	(26)	11	8,3	(1,6)
Gesamt	122	87	(18)	119	79	(30)	123	8,4	(1,8)
Signifikanz p	0,093			0,745			0,427		

Der Vergleich von Patientengruppen mit unterschiedlichen medizinischen Variablen zeigt keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit bei Patienten mit unterschiedlicher Krankheitsdauer oder unterschiedlicher Art der Tumor-Diagnose. Lediglich beim Vergleich des Krankheitsstatus der Patienten ist eine Tendenz zu höherer Globaler Zufriedenheit (F-GZ) bei Patienten mit Zweit-, Dritt diagnose oder Tumorrezidiv zu erkennen.

5.3.5 Zufriedenheitswerte in den Untergruppen der Belastung

Die aktuelle Belastung und Beeinträchtigung der Patienten wurden durch die Merkmale des Globalen Funktionsniveaus (GAF-Score), des aktuellen körperlichen Funktionsstatus (ECOG-Skala) und der psychosozialen Belastung (PO-Bado-Summenwert) beurteilt. Diese Variablen wurden bezüglich der drei Zufriedenheitsvariablen analysiert.

Die Patienten unterteilt in jeweils 5 Gruppen mit ähnlichen GAF-Punktwerten, zeigen keine signifikant unterschiedlichen Zufriedenheitswerte. Patienten, die mit 90 und mehr Punkten auf der GAF-Skala bewertet wurden, erreichen durchgängig hohe Zufriedenheit. In der Variable V-Eff lässt sich eine vage positive Korrelation zwischen GAF-Wert und der Zufriedenheit nachvollziehen, welche jedoch keine statistische Tendenz erreicht (s. Tabelle 28).

Tabelle 28: Abhängigkeit der Zufriedenheitswerte vom Globalen Funktionsniveau (GAF)

GAF (in Punkten)	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
50 – 59	11	89	(14)	12	65	(44)	12	8,5	(1,6)
60 – 69	32	86	(22)	30	77	(28)	32	8,3	(1,8)
70 – 79	31	87	(21)	30	76	(36)	31	8,0	(2,1)
80 – 89	22	92	(12)	21	88	(17)	22	8,9	(1,3)
90 und mehr	3	89	(19)	3	93	(6)	3	9,7	(0,6)
Gesamt	99	88	(19)	96	78	(31)	100	8,4	(1,8)
Signifikanz p	0,803			0,760			0,223		

Wie in Tabelle 29 gezeigt wird, ergeben sich auch unter den fünf Kategorien der aktuellen körperlichen Funktion (ECOG) keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Zufriedenheitswerte.

Tabelle 29: Abhängigkeit der Zufriedenheitswerte vom Aktuellen Körperlichen Funktionsstatus (ECOG)

Aktueller Körperlicher Funktionsstatus (ECOG)	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
Normale Aktivität	33	93	(11)	30	81	(27)	33	9,0	(1,2)
Fast normal gehfähig	41	87	(19)	41	76	(31)	41	8,2	(1,8)
Zeitweise Bettruhe	12	75	(32)	11	65	(45)	12	7,2	(2,7)
Über 50% des Tages Bettruhe	7	89	(8)	8	89	(14)	8	9,1	(1,1)
Ständig bettlägerig	7	94	(7)	7	88	(31)	7	8,9	(1,4)
Gesamt	100	88	(19)	97	79	(31)	101	8,4	(1,8)
Signifikanz p	0,984			0,183			0,955		

Ebenso verhält sich die ermittelte Zufriedenheit bei Patienten mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung. Die vier Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant von einander. Allerdings zeigt sich, dass sowohl die Werte der V-Eff Variable, wie auch die des Zufriedenheitsrating mit steigendem PO-Bado-Wert ebenfalls ansteigen (s. Tabelle 30).

Tabelle 30: Abhängigkeit der Zufriedenheitswerte von der psychosozialen Belastung (PO-Bado-Summenwert)

PO-Bado Summenwert	Globale Zufriedenheit (F-GZ)			Zufriedenheit mit Effekten (V-Eff)			Zufriedenheitsrating		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	n	M	(SD)
1,00*	12	83	(27)	12	75	(31)	12	8,3	(1,8)
2,00	50	88	(19)	48	78	(34)	50	8,3	(2,0)
3,00	52	90	(14)	50	80	(26)	52	8,5	(1,6)
4,00	2	89	(16)	3	97	(6)	3	9,5	(0,9)
Gesamt	116	88	(18)	113	79	(30)	117	8,41	(1,8)
Signifikanz p	0,919			0,251			0,184		

* 2 Patienten welche einen PO-Bado-Wert zwischen 0 und 1 erreichten, wurden aus Gründen der Anschaulichkeit zur Kategorie 1,0 hinzugezählt.

Insgesamt lassen sich keine Signifikanzen beim Vergleich der Zufriedenheit von Patientengruppen mit unterschiedlicher Belastungssituation (Globales Funktionsniveau, aktueller körperlicher Funktionsstatus, PO-Bado-Summenwert für psychosoziale Belastung) feststellen.

5.3.6 Zufriedenheitswerte in den Untergruppen der Therapeutenmerkmale

Abschließend wurden die drei Zufriedenheitsvariablen im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Therapeutinnen im Allgemeinen, mit ihrer Berufsausbildung sowie mit ihrer Berufserfahrung und ihrem Alter analysiert. Zweck der Analyse war lediglich die individuelle sektionsinterne Rückmeldung an die Therapeutinnen und die praktischen Konsequenzen, die sich daraus ergeben können. Dabei zeigen sich überwiegend keine signifikanten Ergebnisse. Die Aussagen dieser Ergebnisse sind ohnehin, bedingt durch die kleine Stichprobe, nicht verallgemeinerbar.

Die ausgewerteten Ergebnisse werden in dieser Arbeit nicht detaillierter referiert, da bei einer Therapeutenzahl von lediglich sechs Personen, der Datenschutz nicht gewährleistet werden kann.

Zusammengefasst stellt sich heraus, dass die untersuchten Patienten im Allgemeinen hohe bis sehr hohe Zufriedenheitswerte angeben. Etwas niedriger, jedoch nicht signifikant, fällt die Zufriedenheit bei Kurz-Konsil-Patienten aus. Die Analyse bezüglich möglicher Determinanten der Zufriedenheit ergibt Folgendes: Frauen erreichen signifikant höhere Zufriedenheitswerte als Männer. Allein lebende Patienten zeigen sich tendenziell zufriedener als Patienten in anderen Partnerschaftssituationen. Bei der Untersuchung der medizinischen Variablen ergibt sich eine statistische Tendenz zu höherer Zufriedenheit bei Patienten mit Zweit- oder Dritt Diagnosen bzw. mit Tumorrezidiven. Der Zufriedenheitsvergleich der zusätzlich untersuchten soziodemographischen, medizinischen und Belastungsvariablen zeigt keine Signifikanzen.

6 Diskussion

Im Folgenden wird zunächst die Stichprobe der Untersuchung besprochen, gefolgt von der genaueren Diskussion der Ergebnisse der Feasibility-Studie sowie den Ergebnissen der Untersuchung der Zufriedenheitsdeterminanten. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit einer kritischen Diskussion der angewendeten Methodik.

6.1 Diskussion der Stichprobe

Von insgesamt 262 Patienten, die zwischen Januar und Mai 2007 psychoonkologische Betreuung durch die Sektion Psychosoziale Onkologie am MRI erhalten haben, wurden 123 Patienten (47%) befragt. 139 Patienten (53%) wurden entweder von der Untersuchung ausgeschlossen (45%) oder fielen in die Kategorie Drop-Out (8%). Diese hohe Zahl der Nichtbefragten wurde hauptsächlich durch die strengen Einschlusskriterien verursacht.

Die Unterscheidung zwischen Konsil-, Ambulanz-, Kurzzeit- und Langzeitpatienten erlaubte den Vergleich von 4 Patientengruppen mit der Zufriedenheit der jeweiligen Gruppe.

Dabei ist auffällig, dass knapp 70% der Ausgeschlossenen sowie ebenfalls 70% der Drop-Outs zur Gruppe der konsiliarisch betreuten Patienten zählen. Eine Erklärung hierfür ist die Tatsache, dass einige der Ausschlusskriterien (s. Kapitel 4.3.1) nur Patienten in stationärer Behandlung betreffen: Kurzkontakte mit den Therapeutinnen finden lediglich auf den Stationen, nicht aber in der PO-Ambulanz statt; Urlaubs- oder Krankheitsvertretungen durch andere Therapeutinnen betreffen ebenfalls nur den Konsildienst, da in der Ambulanz bei Abwesenheit einer Therapeutin keine Ersatztermine vergeben werden. Es ist zudem davon auszugehen, dass Konsil-Patienten sich auch in einem allgemein schlechteren Gesundheitszustand befinden, welcher durch die Hospitalisation verdeutlicht wird.

Ein Grund für das Ungleichgewicht der Drop-Out-Quote zwischen konsiliarischen und ambulanten Patienten könnte der Umstand sein, dass es für die betroffenen Patienten im stationären Umfeld zusätzlich zu den Psychoonkologen eine Vielzahl von wichtigen Personen und Ansprechpartnern aus dem Behandlungsteam gibt (Ärzte, Pfleger, Physiotherapeuten etc.). Die Aufmerksamkeit der Patienten ist daher nicht so stark auf die psychoonkologische Betreuung konzentriert, wie das der Fall ist, wenn die Patienten speziell zu einem vereinbarten Termin in die psychoonkologische Ambulanz gehen. Es kann daher angenommen werden, dass die Motivation und Zuverlässigkeit der Patienten bei der Teilnahme an der Befragung in der Konsilgruppe kleiner ist, was sich in der höheren Zahl Drop-Outs widerspiegelt. Eine weitere Teilerklärung könnte zudem die Beobachtung

liefern, dass die Mehrzahl der Drop-Out-Patienten männlich ist. Auf diesen Umstand wird später eingegangen werden.

Die untersuchte Stichprobe verteilt sich ungleichmäßig auf die vier Patientengruppen: 34% der Patienten sind Lang-Ambulanz, 31% Kurz-Konsil, 19% Lang-Konsil und nur 16% Kurz-Ambulanz-Patienten. Dies erklärt sich daher, dass typischerweise in der Ambulanz längerfristige psychoonkologische Beratung in Anspruch genommen wird, während die Konsil Kontakte auf den Stationen oft nur wenige Termine umfassen, da einerseits die Kontakte um die Behandlung (Operation, Strahlentherapie etc.) herum gelegt sind, andererseits die Hospitalisationsdauer der Krebskranken nur so kurz wie nötig andauern soll.

Die Beobachtung, dass die Inzidenz der großen Mehrheit der Tumorerkrankungen mit dem Alter ansteigt, ist die wahrscheinlichste Erklärung für das mittlere Alter der Patienten (54,8 Jahre). Daher ergibt sich auch, dass eine Mehrheit verheiratet oder geschieden ist (zusammen 73%), die meisten Patienten einen Schul- bzw. Berufsausbildungsabschluss nachweisen können und ein Großteil Rentner sind (37%).

Die Patientenverteilung unter den verschiedenen Tumordiagnosen erklärt sich mitunter dadurch, dass Ösophagus/Magentumore, wie auch Mamma-Karzinome zu den besonderen Spezialgebieten des MRI zählen und dadurch eine entsprechend höhere Patientenzahl mit diesen Tumorarten behandelt wird.

Die relativ geringen Belastungswerte der Befragten bei den drei verwendeten Variablen (GAF, ECOG und PO-Bado Summenwert) lässt sich durch die Einschlusskriterien erklären, da es aus moralisch-ethischen Gründen in vielen Fällen nicht möglich war, stark psychisch belastete Patienten um die Teilnahme an der Befragung zu bitten.

Dass Kurz-Konsil-Patienten beim PO-Bado-Summenwert, wie auch bei den anderen Belastungsvariablen (GAF, ECOG), niedrigere Belastungswerte erreichen (s. Tabelle 12), kann mehrere mögliche Ursachen haben. Zum einen handelt es sich bei dieser Patientengruppe um die einzige, die für das Zustandekommen des Kontaktes mit den Psychoonkologinnen nicht selber verantwortlich sind. Er wird oft durch eine dritte Person (z.B. den Stationsarzt) angefordert, wenn eine Belastungssituation vermutet wird. Ambulanzpatienten hingegen nehmen die Gespräche aus Eigeninitiative wahr und Lang-Konsil-Patienten haben sich ebenfalls aktiv für eine Fortführung der Betreuung über 3 Kontakte hinaus entschieden. Es ist daher denkbar, dass bei einigen Kurz-Konsil-Patienten PO-Gespräche „verordnet“ wurden, ohne dass diese in diesem Moment stark belastet waren. Sucht ein Patient hingegen aktiv Unterstützung, ist anzunehmen, dass der Antrieb für seine Eigeninitiative eine spürbare psychosoziale Belastungssituation ist. Des Weiteren ist zu beachten,

dass der Großteil der Kurz-Konsil-Patienten sich noch in einem recht frühen Krankheitsstadium befindet (s. Tabelle 11). Es ist davon auszugehen, dass diese Patienten auch bzgl. des psychischen Verarbeitungsprozesses ihrer Diagnose noch am Anfang stehen. Eventuell ist ihnen auf dieser Stufe ihre Gesamtsituation mit all den dazugehörigen Konsequenzen noch nicht so deutlich geworden, dass dies zu einer starken psychosozialen Belastung führen kann.

Wie in Kapitel 5.3.6 beschrieben, können auf Grund der geringen Fallzahl (der insgesamt sechs beteiligten Therapeutinnen) die Ergebnisse, welche mögliche Rückschlüsse auf die einzelnen Therapeutinnen zulassen, nur für den internen Gebrauch innerhalb der Sektion verwendet werden. Eine Veröffentlichung dieser Ergebnisse ist aus Datenschutzgründen nicht möglich.

6.2 Diskussion der Ergebnisse der Feasibility-Studie

Durch die QS-Maßnahme und deren Analyse bzgl. Aufwand und Nützlichkeit konnten einige wichtige Erkenntnisse für die Sektion Psychosoziale Onkologie gewonnen werden, auf die im Einzelnen eingegangen werden soll. Der Arbeitsaufwand stellt sich als sehr umfangreich heraus, vor allem während der Initiierungsphase mit Entwicklung des Fragebogens und Implementierung der Patientenbefragung. Es traten zudem zahlreiche unerwartete Probleme auf, die den Arbeitsaufwand beträchtlich erhöhten und welche in Zukunft bei vergleichbaren Projekten vermieden werden können. In der Routinedokumentation (PO-Bado) wurden Dokumentationslücken aufgedeckt, woraufhin diese behoben und ein Kontrollsystem zur Vermeidung zukünftiger Dokumentationslücken etabliert wurde. Es zeigen sich einerseits Qualitätsmängel in bestimmten Bereichen der Patientenversorgung, in anderen Bereichen dagegen große Zufriedenheit mit der Versorgung – Informationen, die für zukünftige Qualitätssicherungs-Projekte von großer Wichtigkeit sind. Gleichzeitig bekamen die Therapeutinnen eine direkte Rückmeldung über Ergebnisse ihrer geleisteten Arbeit, was für Bestätigung, Ansporn und Motivation bei der weiteren Tätigkeit hilfreich ist (s. Kapitel 4.5). Zudem wird den Mitarbeitern mit der Durchführung einer solchen Qualitätsmaßnahme die Wertschätzung ihrer Arbeit seitens der Sektionsleitung vermittelt.

Innerhalb des Teams führte die Maßnahme zu besserer Transparenz und Ökonomisierung der Arbeitsabläufe und zu einer von den Therapeutinnen beschriebenen Verbesserung des Arbeitsklimas im Team. Nicht zuletzt ist die QS-Maßnahme für die Patientenversorgung von großer Nützlichkeit, da ihre Kritik Anlass für konkrete Qualitätsverbesserungsmaßnahmen gibt.

Der durch die Implementierung der QS-Maßnahme verursachte Mehraufwand an Arbeit konzentrierte sich größten Teils auf die Entwicklung des Fragebogens EPOQ, auf die Initialphase mit Instruktion der Therapeutinnen, organisatorischen Vorbereitungen, wie Anfertigung der Kopien der Fragebögen, Kuverts, Anschreiben etc. und Implementierung der Patientenbefragung in den

Routinebetrieb. Dies sind überwiegend Tätigkeiten, derer es lediglich einmal bedarf. Daher ist davon auszugehen, dass bei zukünftigen Projekten die erforderliche Arbeit mit wesentlich geringerem Aufwand zu bewältigen ist.

Es ist verständlich, dass die Neueinführung einer Maßnahme, die für jeden zunächst mehr Arbeit bedeutet, auf wenig Begeisterung im Team stößt. Um die Unterstützung der Mitarbeiter zu erlangen und Motivation für die Durchführung der Maßnahme zu erzeugen, ist es daher wichtig, erstens allen Mitarbeitern den konkreten Nutzen vor Augen zu führen und zweitens ihre eigenen Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse in die Ausarbeitung des Projekts mit einfließen zu lassen. Ist die Befragung im Alltag etabliert und hat sich eine gewisse Routine in den veränderten Arbeitsabläufen eingestellt, bedarf es keines allzu großen Zusatzaufwandes mehr (vgl. Kapitel 5.2.1).

Der Befragungsmodus (s. Kap. 4.3.2) mit zugesendeten Fragebögen oder Telefonbefragung stellt sich als weiterer Punkt heraus, der den Arbeitsaufwand deutlich erhöht. Patienten sind in vielen Fällen unter der angegebenen Adresse schlecht oder gar nicht zu erreichen, woraufhin die korrekten Kontaktdaten nachrecherchiert werden müssen. Das angewandte Prozedere, mit Ausfüllen jeweils eines Patientenzettels durch Therapeut bzw. Patient, Zusendung der Fragebögen mit frankiertem Rückkuvert und wiederum Rücksendung der Antwort seitens des Patienten, bzw. mehrfacher schriftlicher und telefonischer Mahnung bei ausbleibender Rücksendung, bedeutet eine Vielzahl einzelner Arbeitsschritte. Dieses umfangreiche Prozedere wurde gewählt, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen. Jedoch erhöht sich durch jeden zusätzlichen Arbeitsschritt der Gesamtaufwand und bedeutet zudem eine weitere mögliche Fehlerquelle (vgl. Kapitel 5.2.2).

Die Nützlichkeit der Maßnahme verdeutlicht sich in mehreren Aspekten und betrifft die Patienten, die Therapeutinnen und die Sektion als Ganze. In der Sektion wurde als Folge der Aufdeckung von Dokumentationslücken das beschriebene Kontrollsystem erstellt, wodurch die Arbeitsschritte jedes einzelnen für das Team veranschaulicht werden (s. Kapitel 5.2.3). Durch die beschriebene Einführung der Kontrollmaßnahmen wurde die geleistete Arbeit in Inhalt und Umfang für alle Beteiligten transparenter, Arbeitsabfolgen lassen sich besser koordinieren und ökonomisieren. Wie im Curriculum QS und QM der Bundesärztekammer beschrieben, ist hierbei allerdings darauf zu achten, dass Qualitätskontrolle nicht im Mittelpunkt der QS steht, da ein Übermaß von Kontrolle – oft mit Zwang oder Sanktionen assoziiert – für das QM kontraproduktiv ist (s. Kapitel 2.1.5). Die Therapeutinnen bewerten das Benchmarking als Feedback ihrer persönlichen Ergebnisse als sehr nützlich. Es fördert die individuelle Motivation und verdeutlicht jedem einzelnen den Sinn seiner Arbeit. Außerdem zeigt solch ein direktes Feedback Vorteile und Nutzen der durchgeführten QS-Maßnahme auf, was die Akzeptanz zukünftiger Maßnahmen und die Motivation der Mitarbeiter

erhöhen kann. Wie sich in der E-Mailbefragung der Mitarbeiter zeigte, wurde allen die Nützlichkeit der QS-Maßnahme bewusst (vgl. Kapitel 5.2.3). Dass die Durchführung trotz spürbarem Mehraufwand und wenigen Kritikpunkten abschließend durchgängig als positiv und sinnvoll bewertet wird, bekräftigt den geforderten Ansatz, solche Maßnahmen in regelmäßigen Abständen zu wiederholen und trotz einer möglichen anfänglichen Scheu vor dem zu erwartenden Mehraufwand in die Arbeitsroutine zu integrieren.

Für die Patienten bedeutet die Durchführung die Erfassung von Qualitätsmängeln und Fehlern. Sie erhalten die Möglichkeit, Kritik zu üben, positive Aspekte zu loben und so eine Rückmeldung über Verbesserungspotential der Versorgungsqualität an die Sektionsleitung zu geben. Diese Informationen sind von großer Wichtigkeit für die Sektionsleitung als Ausgangspunkt bzw. Zwischenstand im kontinuierlichen Verbesserungsprozess der Qualität (vgl. Kapitel 2.1.7). Die Ergebnisse der Patientenkritik werden im nächsten Kapitel diskutiert mit Anführung von konkreten Beispielen zur Qualitätsverbesserung.

Wie in Kapitel 2.1.3.1 beschrieben, ist einer der Punkte für gute Qualität die Vermeidung von unnötigem Aufwand (vgl. Tabelle 1). Damit ein Qualitätsmanagement auch selbst hohe Güte hat, müssen QS-Maßnahmen folglich auch den QM-eigenen Forderungen genüge tun. Somit ist eine wichtige Priorität, bei der Durchführung sämtlicher Maßnahmen auf möglichst geringen Aufwand zu achten. Dies ist besonders wichtig, wenn man die Forderung des QMs nach kontinuierlicher und dauerhafter Wiederholung der QS-Maßnahmen in Betracht zieht.

Es wird ersichtlich, dass die QS-Maßnahme in der durchgeführten Form nicht für einen Routineeinsatz praktikabel ist. Der notwendige Arbeitsumfang ist nicht ohne zusätzliche personelle Ressourcen zu meistern. Dennoch ist die kontinuierliche Durchführung dieser Art von QS-Maßnahmen sinnvoll und wichtig. Folglich muss die Methode überarbeitet werden, um vergleichbare Ergebnisse bei deutlich geringerem Aufwand zu erreichen. Einige Arbeitsschritte, wie die Entwicklung des Fragebogens und die Implementierung fallen ohnehin bei einer Wiederholung der Maßnahme nicht an. Außerdem ist davon auszugehen, dass durch die Umstellung einiger Arbeitsschritte innerhalb des Prozederes sowie durch zukünftige Vermeidung einiger Fehler der Arbeitsaufwand so weit verringert wird, dass er einen vertretbaren Umfang erreicht.

Vorstellbar wäre ein Modell, bei dem systematisch nach TQM-Prinzipien vorgegangen wird: Die Basis aller QM-Maßnahmen bildet ein definiertes Leitbild der Sektion, welches die Aufgabe und die Funktion der Sektion innerhalb der Universitätsklinik veranschaulicht („vision and mission“ (s. Kapitel 2.1.3)). Ausgehend von diesem Leitbild, werden in einem ersten Schritt konkrete Ziele zur Verbesserung der Qualität festgelegt. Beispielsweise könnte, um Greers Forderung bezüglich

Zukunftsaufgaben der PO (s. Kapitel 2.3.2.3) nachzukommen, eine mögliche Zielsetzung lauten: „Unser Ziel ist es, dass über 90% aller im MRI behandelten Tumorkranken über Inhalt und Angebot der psychoonkologischen Unterstützung Bescheid wissen.“ Mit der Umsetzung dieser Vorgabe wird daraufhin ein Qualitätszirkel betraut. Der Vorteil der Arbeit in Qualitätszirkeln ist die Anwendung der „bottom-up“ Methode. Dadurch werden das Qualitätsbewusstsein und die Motivation zum Erreichen des gesetzten Ziels auf der Ebene der Mitarbeiter erhöht (vgl. Kapitel 2.1.5 und 2.1.7.2).

Aus der Analyse der durchgeführten Untersuchung ergibt sich ein unmittelbar neues Qualitätsverbesserungspotential für die PO-Sektion am MRI. Die Befragung muss in ihren Abläufen praktikabler werden. Dabei ist eine Umstellung des Befragungsmodus zu empfehlen. Denkbar wäre eine Befragung nur mittels Papierfragebogen, den die Patienten möglichst direkt im Anschluss an das Therapeutengespräch ausfüllen. Ambulanzpatienten werfen diesen dann in eine aufgestellte Urne ein, Konsilpatienten schicken den Fragebogen per Hauspost ins Sekretariat der Sektion. Auf diese Weise sind sich die Patienten ihrer Anonymität sicher, was die Wahrscheinlichkeit von offenen und ehrlichen Antworten erhöhen würde. Durch das sofortige Erledigen der Befragung entfallen einige Zwischenschritte im Ablauf der Befragung, wodurch eine hohe Rücklaufquote und gleichzeitig ein geringerer Arbeitsaufwand erreicht werden könnte. Sinnvoll wäre zudem, den Befragungszeitraum zu verlängern, um somit eine größere Stichprobenzahl zu erreichen. Der verwendete Fragebogen EPOQ kann in seinen Grundzügen weiterverwendet werden. Eventuell ist in Erwägung zu ziehen, einzelne Items zu ergänzen oder zu verändern, um die Bandbreite der Befragung zu erweitern. Zur Komplettierung der psychometrischen Evaluation des EPOQ steht die Überprüfung der Konstruktvalidität und der Test-Retest-Reliabilität noch aus (s. Kapitel 6.4).

Es ist gut vorstellbar, solch ein schlankeres QS-Modell in der Sektion dauerhaft zur Anwendung kommen zu lassen und somit einer weiteren Forderung des TQM nachzukommen.

6.3 Diskussion der Zufriedenheitsbewertung der Patienten

Die Auswertung der Ergebnisse der EPOQ-Befragung dient der Beantwortung von zwei unterschiedlichen Fragestellungen. Erstens ergeben sich Erkenntnisse über den Qualitäts-Ist-Stand der untersuchten Sektion durch die Patientenrückmeldung über ihre Zufriedenheit in den einzelnen Bereichen. Diese Informationen sind ein wichtiger Grundstein für Überlegungen zur weiteren Qualitätsverbesserung. Zweitens wird die Frage nach der Einflussnahme von soziodemographischen, medizinischen und belastungsabhängigen Variablen beantwortet. Diese Ergebnisse werden nun im Einzelnen diskutiert.

6.3.1 Patientenzufriedenheit mit einzelnen Teilbereichen ihrer Betreuung

Die Auswertung der Zufriedenheitsbewertung der Patienten zu den einzelnen Items zeigte Qualitätsmängel in der Patientenversorgung auf. Die Items, welche verhältnismäßig geringe Zufriedenheitswerte erreichen, sind auch Hauptanstoßpunkt für Kritikäußerungen im Freitextfeld „Verbesserungsvorschläge“.

Sowohl von Konsil- als auch von Ambulanz-Patienten wird kritisiert, dass für die PO-Gespräche keine geeigneten Räumlichkeiten mit ausreichender Intimsphäre und ansprechender Atmosphäre vorhanden sind. In der Tat müssen auf Grund von mangelnden Räumlichkeiten die Konsil-Gespräche häufig am Krankenbett (oftmals bei anwesenden Zimmernachbarn) oder im Arztzimmer der Station (bei anwesendem Personal) stattfinden. Beachtet man die Sensibilität der Gesprächsinhalte, ist die Forderung nach angenehmen und abgetrennten Räumlichkeiten von großer Relevanz. Dies kann die etwas geringere Zufriedenheit der Konsil-Patienten erklären (s. Tabelle 15). Dagegen stehen Ambulanz-Patienten im Tumortherapiezentrum separate Räume zur Verfügung. Wie sich aus den schriftlich formulierten Angaben im Freitextfeld des Fragebogens schließen lässt, ist diese Patientengruppe jedoch unzufrieden mit der Ausstattung der vorhandenen Räumlichkeiten („Krankenhausatmosphäre“) sowie mit der Tatsache, dass für die Gespräche kein fester Raum zur Verfügung steht, der nur für psychoonkologische Gespräche genutzt wird, sondern an unterschiedlichen Terminen verschiedene Räumlichkeiten genutzt werden (s. Tabelle 16).

Vor allem zur Wahrung der Intimsphäre der Patienten ist geboten, baldmöglichst eine Verbesserung der Räumlichkeiten anzustreben. Wie oben beschrieben, empfiehlt sich hierfür die Beauftragung eines Qualitätszirkels, der eine Begutachtung der bisherigen Räumlichkeiten, Wartebereiche u.ä. und die Umsetzung der notwendigen Verbesserungen veranlasst und somit Forderungen der anerkannten Leitlinien entspricht (vgl. Kapitel 2.4.2). Allerdings ist hierbei zu beachten, dass es sich bei vielen der konsiliarisch betreuten Patienten um bettlägerige, teilweise sehr schwer erkrankte Menschen handelt, bei denen sich eine Mobilisierung aus dem Krankenzimmer als sehr kompliziert erweisen würde. Um das Ziel der Wahrung der Intimsphäre für diese Patienten zu erreichen, erscheint als einzige Lösung ihre Unterbringung in Einzelzimmern. Eine solche Lösung ist lediglich für Privatpatienten möglich, für die Versorgung sämtlicher psychoonkologisch betreuten Patienten jedoch unrealistisch, betrachtet man die hierdurch steigenden Kosten sowie die entstehenden Probleme für das Stationsmanagement. Eine umfassende Lösung für dieses Problem zu finden, erscheint schwierig und bleibt offen.

Bezüglich der Kritik der Ambulanz-Patienten ist eine Verbesserung der Räumlichkeiten leichter zu erreichen, da es sich hierbei hauptsächlich um ein logistisches Problem bzw. ein Problem der

Ausstattung handelt. Beispielsweise kann durch gestalterische Veränderungen (Aufstellen von Zimmerpflanzen o.ä.) versucht werden in den Zimmern eine angenehmere Atmosphäre zu schaffen. Des Weiteren könnte der Patientenwunsch, die Gespräche immer in dem selben, schon vertrauten Zimmer zu führen, durch eine bessere Koordination bei der Zimmereinteilung ermöglicht werden.

Die ungenügende Information über Möglichkeit und Inhalt einer PO-Betreuung war ein weiterer Kritikpunkt sowohl von Konsil- wie auch von Ambulanz-Patienten. Mängel in der Kommunikation sind bereits bei vergleichbaren Patientenbefragungen aufgefallen (vgl. Klotz 1996). Die untersuchten Patienten berichten, teilweise nur „durch Zufall“ oder „erst viel zu spät“ über die Möglichkeit einer solchen Betreuung erfahren zu haben. Für das Zustandekommen eines PO-Konsils ist bisher die Anforderung des behandelnden Arztes oder der ausdrücklich Wunsch des Patienten notwendig (vgl. Kapitel 4.1.1). Dabei fällt erschwerend ins Gewicht, dass die Vergütung psychoonkologischer Konsile in den Rahmen der eingeführten Vergütung medizinischer Leistungen nach dem DRG-Prinzip (Diagnose related groups) fällt. Dies bedeutet für die medizinische Abteilung, von der ein Konsil angefordert wird, dass die Kosten jedes Konsils von ihrem Stationsbudget abgezogen werden, bzw. dass das Geld jedes „eingesparten Konsils“ für andere Leistungen zur Verfügung steht. Dieser Umstand kann dazu führen, dass die behandelnden Ärzte PO-Konsile nur zurückhaltend anfordern.

Damit die Patienten ihren Wunsch nach einem Gespräch mit einem Psychoonkologen überhaupt äußern können, müssen die Patienten bereits bei Diagnosestellung eingehend über Möglichkeit und Inhalt einer PO-Betreuung informiert werden. Im Moment der Eröffnung einer Krebsdiagnose durch den Arzt sind die betroffenen Patienten meist emotional und kognitiv überfordert. Es fällt ihnen schwer, ihre Gedanken klar zu ordnen, da diese oft nur um die Hauptinformation „Krebs“ kreisen. So können sie Detailinformationen, wie z.B. Psychoonkologische Betreuung, nicht aufnehmen. Es empfiehlt sich daher, den Patienten bei der Diagnoseeröffnung alle mündlich gegebenen Informationen zusätzlich auch in schriftlicher Form auszuhändigen. So können sie diese mit etwas mehr zeitlichem Abstand genauer betrachten und detaillierter aufnehmen.²⁹ Denkbar wären beispielsweise Patientenflyer oder Informationsmappen mit anschaulichen Bildern, welche den Patienten erklären, was in der Folge auf sie zukommen wird, wie die Abläufe funktionieren und welche Möglichkeiten für sie als Betroffene bestehen. Diese Flyer würden den Patienten von ihren Ärzten ausgehändigt und könnten auch im Wartebereich der PO-Ambulanz ausliegen (vgl. Klotz 1996).

²⁹ Empfehlungen nach Dr. med. Ueli Caflisch, Onkologe am Luzerner Kantonsspital (Gesprächsprotokoll vom 29.05.2008, Luzern)

Zudem zeigen Erfahrungswerte des Psychoonkologenteams, dass die Anzahl der Konsilanforderungen seitens der Ärzte steigt, je mehr Präsenz die Therapeutinnen auf den Stationen zeigen und dabei die Stationsärzte konkret auf Belastungssituationen ihrer Patienten ansprechen. Dieses Ergebnis verdeutlicht die Wichtigkeit der von psychoonkologischen Fachgesellschaften geforderten Umsetzung der Zukunftsaufgaben bezüglich „niederschwelligem Zugang“ und Integrierung der PO als festem Bestandteil des onkologischen Versorgungskonzeptes (s. Kapitel 2.3.2.3). Hilfreich wäre diesbezüglich auch eine Verbesserung der Kommunikation zwischen der psychoonkologischen und den medizinischen Abteilungen. Wenn beispielsweise ein Patient einen vereinbarten Gesprächstermin nicht wahrnimmt, würde daraufhin der behandelnde Arzt von der Therapeutin darüber informiert werden und könnte seinerseits den Patienten noch einmal auf die Gesprächsmöglichkeit hinweisen.

Der Wunsch nach häufigeren bzw. länger andauernden Gesprächen (s. Kapitel 5.3.1 und Tabelle 16) sollte nicht unbeachtet bleiben. Allerdings müssen diesen persönlichen Wünschen nach ausgiebigerem Betreuungsbedarf die Prinzipien des psychotherapeutischen Behandlungskonzeptes, welche im Allgemeinen Gespräche von 45 Minuten Dauer empfiehlt, sowie die Indikationsstellung für die Betreuung seitens der Psychoonkologen (Teil der PO-Bado) gegenübergestellt werden. Eine genaue und regelmäßige Überprüfung des Betreuungsbedarfes jedes Patienten sollte zum Standardprozedere gehören.

Positive Kritik äußern die Patienten in ihrer großen Zufriedenheit mit ihrem Verhältnis zu den Psychoonkologinnen. Umgang, Kompetenz und Einfühlsamkeit der Therapeutinnen erreichen durchgängig die höchsten Zufriedenheitswerte. Dieses Ergebnis wird das PO-Team in ihrer Arbeit bestärken. Jedoch sollten diesbezüglich zwei Punkte beachtet werden: Im Hinblick auf das Phänomen der sozialen Erwünschtheit (s. Kapitel 2.2.2.3) muss angenommen werden, dass direkte Kritik der Patienten an ihrer Therapeutin während einer fortlaufenden Therapie trotz Zusicherung von Anonymität nur in abgeschwächter Form geübt wird. Zweitens lässt sich nicht ausschließen, dass die hohen Zufriedenheitswerte zumindest teilweise eine Folge der großen Dankbarkeit der Patienten über die PO-Betreuung im Allgemeinen sind, was besonders für die Gruppe der Langzeitpatienten zutrifft. Die 100% Ja-Antworten zu Item 22 der EPOQ-L Version („Es ist sehr wichtig, dass es im Klinikum derartige psychoonkologische Unterstützungsangebote gibt.“), die Tatsache, dass kein Langzeitpatient bei Item 19 („Die Gespräche haben mich enttäuscht“) mit Ja antwortete und die zahlreichen Dankesbekundungen der Patienten im Freitextfeld unterstreichen diese Annahme.

6.3.2 Beeinflussung der Patientenzufriedenheit durch Determinanten

Die Ergebnisse der EPOQ-Befragung liefern Erkenntnisse bzgl. der Fragestellung nach möglichen Determinanten der Patientenzufriedenheit (vgl. Kapitel 3.2.2). Die Ergebnisanalyse ist hilfreich zur Überprüfung der aufgestellten Hypothese, dass die Zufriedenheit der Patienten sich je nach Gesprächssetting sowie nach verschiedenen soziodemographischen, medizinischen und belastungsabhängigen Variablen der Patienten unterscheidet. Des Weiteren ergeben sich Antworten auf die Fragen nach Zufriedenheitsunterschieden von Patienten in den vier verschiedenen Gesprächssettings, nach Unterschieden in der Belastungsstärke zwischen diesen vier Gruppen und nach dem Einfluss soziodemographischer, medizinischer und belastungsabhängiger Variablen auf die Zufriedenheit.

Beim Vergleich der vier Patientengruppen ist auffällig, dass die Gruppe der Kurz-Konsil-Patienten in allen Kategorien durchschnittlich niedrigere Zufriedenheitswerte erreicht. Es zeigen sich signifikante Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit mit dem Zeitpunkt der Gespräche sowie mit den Effekten der Gespräche auf die seelische Belastung (s. Tabelle 15). Gleichzeitig fällt auf, dass sich unter den Kurz-Konsil-Patienten deutlich weniger Personen mit hohen Belastungswerten (PO-Bado-Summenwert) befinden als in den anderen drei Patientengruppen (s. Tabelle 12). Diese Ergebnisse führen zu der Hypothese, dass somatisch und psychisch stärker belastete Patienten möglicherweise zufriedener mit einer psychoonkologischen Betreuung sind. Die vorliegende Untersuchung kann diese Hypothese allerdings nicht durch statistisch signifikante Ergebnisse unterstützen. Zwar zeigt sich beim Vergleich der PO-Bado Summenwerte mit den drei Variablen der Zufriedenheit eine positive Korrelation. Diese Unterschiede sind mitunter aufgrund der kleinen Fallzahl der einzelnen Gruppen und der hohen SD nicht signifikant. Zudem besteht dieser Zusammenhang in den beiden anderen Variablen GAF und ECOG nicht.

Eine andere Erklärungsmöglichkeit für die Beobachtung, dass eine Patientengruppe die geringsten Belastungswerte erreicht und gleichzeitig die größte Unzufriedenheit angibt, kann der Umstand des Zustandekommens des Kontaktes sein (vgl. Kapitel 6.1). Kommt ein Gespräch auf Grund einer Konsilanforderung eines Arztes zustande und nicht durch den primären Wunsch des Patienten – was in dieser Gruppe häufig der Fall ist – so ist es vorstellbar, dass dieses eventuell vom Patienten nicht gewünschte Gespräch durch eine anfangs unklarere Beziehung der beiden Gesprächspartner zueinander geprägt wird. Patienten könnten sich bevormundet, missverstanden oder abgeschoben fühlen. Auch für die Therapeutinnen zählt solch eine schwierige Situation zu der eher unangenehmen Art des Patientenkontaktes, was sich möglicherweise auch auf die Qualität der Arbeit auswirkt. Beide Faktoren könnten eine Ursache für geringer angegebene Zufriedenheit der

Patienten sein. Um die Ursachen für einen möglichen Zusammenhang zwischen psychosozialer Belastung und Zufriedenheit mit psychosozialen Unterstützungsangeboten beurteilen zu können, ist allerdings noch weiterführende Forschungsarbeit notwendig.

Bei den Variablen „Gesprächseffekte“ (V-Eff, welche die Zufriedenheit der Patienten mit den erzielten Effekten der Gespräche beschreibt) und „Zufriedenheitsrating“ (ZR, bei dem die angegebene Gesamtzufriedenheit auf der visuellen Analogskala angegeben wurde) zeigen sich signifikant höhere Zufriedenheitswerte bei Frauen im Vergleich zu Männern. Dieses Ergebnis steht den bisherigen Studien in der Erforschung der Patientenzufriedenheit entgegen, in welchen kein Geschlechterunterschied bezüglich Zufriedenheit nachgewiesen wurde (s. Kapitel 2.2.2.3). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu beachten, dass einerseits deutlich mehr Frauen als Männer befragt wurden und andererseits, dass die Gespräche ausschließlich von weiblichen Therapeuten geführt wurden.

Um diese Ergebnisse als aussagekräftig bewerten zu können, empfiehlt sich eine erneute Untersuchung durchzuführen, wobei die Fallzahl beider Variablen ausgeglichen sein sollte. Wie bereits angesprochen, finden sich in der Literatur keine spezifischen Daten über die Zufriedenheit von psychoonkologischen Patienten in Krankenhäusern der Maximalversorgung (vgl. Kapitel 2.2.2.2). Aus Mangel an Vergleichsdaten lässt sich also die Hypothese bisher nicht wissenschaftlich widerlegen, dass krebskranke Männer für eine psychoonkologische Therapie eventuell nicht so empfänglich sind wie Frauen, was mit unterschiedlichen Copingstrategien zu tun haben könnte. Dieser Umstand kann sich möglicherweise auch auf die angegebene Zufriedenheit der Patienten niederschlagen.

Die in der Literatur beschriebene Steigerung der Zufriedenheitswerte mit ansteigendem Alter kann nicht bestätigt werden. Aus der durchgeführten Untersuchung ergeben sich keine statistischen Tendenzen bezüglich höherer Zufriedenheit in bestimmten Altersgruppen. Dagegen zeigt sich, dass Patienten, die ohne festen Partner leben, tendenziell zufriedener sind (s. Tabelle 22). Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass sie möglicherweise fehlende vertraute Gesprächspartner durch die Psychotherapeutin versuchen zu ersetzen.

Betrachtet man den Einfluss medizinischer Variablen auf die Zufriedenheit zeigt sich eine statistisch schwache Tendenz für größere Zufriedenheit von Patienten mit Zweit-, Dritttumoren oder Rezidiven (s. Tabelle 26). Da solche Patienten zumindest körperlich eine höhere Belastungssituation erleben, unterstreicht dieses Ergebnis gewissermaßen die erwähnte Hypothese von größerer Zufriedenheit bei Patienten mit höherer Belastung.

Auf die Analyse der Patientenzufriedenheit mit den Therapeutinnen kann in dieser Arbeit nicht genauer eingegangen werden, da die geringe Fallzahl von sechs Therapeutinnen möglicherweise Rückschlüsse auf einzelne Personen zuließe und somit die Anonymität nicht mehr gewahrt wäre (vgl. Kapitel 5.3.6). Die Ergebnisse aus dieser Untersuchung wurden daher lediglich für die sektionsinterne Qualitätssicherung verwendet.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Zufriedenheit der Patienten je nach Gesprächsetting und Therapiedauer unterscheidet. Kurz-Konsil-Patienten sind am unzufriedensten. Es besteht ferner eine größere Zufriedenheit bei weiblichen Patienten. Allein lebende Patienten und Patienten mit Zweit-, Dritt Diagnosen bzw. mit Rezidivtumoren sind tendenziell zufriedener mit den Gesprächen. Die zusätzlich untersuchten soziodemographischen, medizinischen belastungsabhängigen Variablen zeigen keinen Einfluss auf die Zufriedenheit. Insbesondere ergab sich in dieser Studie kein Unterschied in der Zufriedenheit bei Patienten unterschiedlichen Alters. Eine Überprüfung der genannten Ergebnisse in zukünftigen Forschungsprojekten ist anzustreben.

6.4 Diskussion der Methodik

Bei der kritischen Betrachtung der angewandten Messinstrumente und Methodik fallen Einzelaspekte auf, die in zukünftigen Untersuchungen dieser Art vermieden bzw. verbessert werden sollten.

Die psychometrische Evaluation des verwendeten Fragebogens wurde vor Beginn der Studie nicht komplett abgeschlossen. Während der Vorbereitungsarbeiten zur Befragung zeigte sich, dass bisher kein Messinstrument existiert, das für die spezifischen Anforderungen der Untersuchung einer psychoonkologischen Abteilung einer Universitätsklinik geeignet ist. Der in Kapitel 2.2.2.2 beschriebene PASQOC Fragebogen untersucht inhaltlich Fragestellungen, die für die spezifischen Anforderungen onkologischer Praxen und Tageskliniken relevant sind. Die Items des PASQOC zeigen lediglich eine sehr geringe Schnittmenge mit den Anforderungen einer psychoonkologischen Einrichtung eines Krankenhauses der Maximalversorgung. Daher wurde eigens ein spezifischer Fragebogen entwickelt, der exakt die Themen behandelt, welche für die Praxis der Sektion Psychosoziale Onkologie des MRI von Bedeutung sind.

Der Fragebogen EPOQ erfüllt einige, wenn auch nicht alle erforderlichen, psychometrischen Gütekriterien. Die Objektivität ist durch die standardisierte Form der Fragen und Antwortkategorien gegeben. Ebenso erfüllt der EPOQ das Kriterium der inhaltlichen Validität. Die Reliabilität wurde bzgl. der Skalenhomogenität geprüft. Die entsprechenden Cronbach's Alpha Werte (bzw. der Kuder-Richardson-20-Koeffizient bei dichotomen Items) lagen zwischen 0,71 und 0,86 – also in einem befriedigenden Bereich (s. Kapitel 4.4). Nicht überprüft wurden hingegen die Test-Retest-

Reliabilität und die Konstruktvalidierung, da der komplette Validierungsprozess des Fragebogens einen mehrjährigen Arbeitsaufwand verlangt und den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte.

Bei der Ausarbeitung des Fragebogens wurde die Erfassung der Antworten mit nur zwei bzw. drei Kategorien (Ja / Nein / Entfällt) gewählt, da sich die Ergebnisse so plastischer darstellen. Erfahrungen mit vorangegangenen Arbeiten ergaben, dass die Differenziertheit von beispielsweise fünf verschiedenen Antwortkategorien nicht sehr relevant für die Kernaussage der Ergebnisse war. Oftmals wurden daher im Rahmen von Präsentationen die differenzierten Ergebnisse letztlich zu positiven und negativen Gruppen zusammengefasst, um deren Anschaulichkeit zu erhöhen. Hinzu kommt, dass die Erfassung mittels dichotomer Items verhindert, dass das Antwortverhalten der Patienten sich auf neutrale Angaben im mittleren Skalenbereich beschränkt. Mangelbewertungen werden somit schneller ersichtlich. Auf Grund des beschriebenen Ceiling-Effekt (vgl. Kapitel 2.2.2.3) sind fein differenzierbare Aussagen der Ergebnisse ohnehin nicht gegeben, da keine Normalverteilung der Antworten zu erwarten ist.

Der Datensatz der vorgelegten Studie kann nicht als repräsentativ für andere Kliniken gelten, da bislang keine Vergleichsdaten aus anderen psychoonkologischen Versorgungseinrichtungen vorliegen. Für psychoonkologische Einrichtung vergleichbarer Größe und Settings können in zukünftigen Untersuchungen hingegen Vergleiche der Ergebnisse angestellt werden. Die Auswertung der Studie für den internen Nutzen wird von diesem Problem nicht berührt, da es sich bei der Stichprobe um eine Vollerhebung handelt.

Bezüglich der Stichprobe besteht allerdings ein strukturelles Problem, da die Untersuchung ein sehr spezielles Patientenkollektiv untersucht. Es handelt sich meist um psychisch und physisch stark belastete Patienten, was dazu führte, dass die Mehrheit aller Patienten die festgelegten Einschlusskriterien nicht erfüllte (s. Kapitel 5.1). Es ergeben sich jedoch kaum Möglichkeiten, die Einschlusskriterien auszuweiten, da es in vielen Fällen ethisch-moralisch nicht vertretbar, und bei moribunden Patienten zusätzlich aus Gründen der Praktikabilität nicht möglich ist, eine Befragung durchzuführen (z.B. Befragung von Patienten auf Intensivstationen).

Bei der Würdigung der Ergebnisse muss zudem die Gefahr von Antworttendenzen beachtet werden. Wie in Kapitel 2.2.2.3 beschrieben, ist davon auszugehen, dass stark psychisch belastete Patienten bei Befragungen nur sehr zurückhaltend Kritik an ihrer medizinischen Gesamtversorgung üben, da sie fürchten, dies könnte sich negativ auf ihre fortlaufende Behandlung oder ihr Verhältnis zur Therapeutin auswirken. Der mitunter hierdurch bedingte Ceiling-Effekt ist eine plausible Erklärung für die insgesamt durchwegs sehr hoch angegebenen Zufriedenheitswerte. Veranschaulicht wurde dieses Phänomen am Beispiel eines Patienten, der zwar die Einverständniserklärung zur Befragung

ausgefüllt, den Fragebogen jedoch nicht im erwünschten Zeitraum zurückgesendet hatte. Im Rahmen des zweiten Erinnerungstelefonates antwortete er auf die Frage nach der Ursache der ausbleibenden Antwort, er habe für sich gemerkt, dass Psychoonkologie für ihn nicht die richtige Methode sei mit dem allem umzugehen. Daher habe er den Fragebogen nicht ausgefüllt, weil er nicht wolle, dass unsere Befragungsergebnisse dadurch negativ verfälscht würden.

Patientenbefragungen eignen sich vor allem zur Aufdeckung von Qualitätsmängeln (vgl. Kapitel 2.2.3). Zieht man den Ceiling-Effekt in Betracht, erscheint es umso wichtiger, die spärlich geäußerte Kritik sensibel und gewissenhaft zu behandeln. Gilt ein Patient als unzufrieden, sollte dies immer Anlass zur Reflexion seiner Behandlung sein. Wichtig ist es zudem, Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre Kritik oder Beschwerden vertrauensvoll anbringen zu können.

Die Größe der Stichprobe von 123 Patienten ist bedingt durch die eng gefassten Einschlusskriterien und die Dauer des Befragungszeitraums. Durch die Verteilung der Stichprobe auf die vier verschiedenen Patientengruppen wurde die Fallzahl in einzelnen Gruppen stellenweise recht klein, wodurch die statistische Aussagekraft der einzelnen Berechnungen an Gewicht verlor. Wie bereits beschrieben, war der Aufwand der Untersuchung erheblich, weshalb von einer Verlängerung der Befragung abgesehen wurde. In zukünftigen Untersuchungen ist daher zu empfehlen, einen deutlich längeren Befragungszeitraum anzusetzen, bei möglicherweise reduzierter Differenziertheit.

Bei der statischen Auswertung wurde durch Zusammenlegung der Faktoren zu effektbezogenen Items der K- und L-Versionen des EPOQ die Mischvariable „Gesprächseffekte“ (V-Eff) berechnet (s. Kapitel 4.4). Diese Zusammenlegung ist keine wissenschaftlich einwandfreie Methodik, da die beiden verwendeten Faktoren inhaltlich nicht hundertprozentig miteinander übereinstimmen. Bei der Auswertung der Ergebnisse bezüglich der Gesprächseffektvariablen ist daher zu beachten, dass die entsprechenden Aussagen nur von sekundärer Qualität sind. Die Variable wurde dennoch in die Auswertung mit einbezogen, da sie interessante Zusatzinformationen über Qualitätsunterschiede nur im Bezug auf die Effekte der Gespräche liefern kann.

Insgesamt erscheint die Methodik hinreichend für das interne Qualitätsmanagement. Sie ist vor allem eingeschränkt im Hinblick auf die externe Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

7 Zusammenfassung und Ausblick

In Zeiten begrenzter finanzieller Ressourcen und gleichzeitig stark zunehmendem globalen Wettbewerbs spielen auch in der medizinischen Versorgung betriebswirtschaftliche Aspekte, wie ökonomisches Handeln und Qualität, verstärkt eine Rolle. Qualitätsmanagements-Methoden bieten die Möglichkeit, systematisch den Ansprüchen nach hoher Qualität nachzukommen. Die Zufriedenheit der Patienten, welche verstärkt in der Rolle eines frei wählenden Kunden gesehen werden, ist ein wichtiges Maß von Qualität. Befragungen zur Patientenzufriedenheit sind ein Mittel, Qualitätsmängel in der Versorgung aufzudecken, Verbesserungspotential erkennbar zu machen und auf Ergebnisqualität hin zu analysieren. Die Notwendigkeit nachweislich hoher Qualität betrifft die Psychoonkologie im Besonderen, da dieses Fachgebiet der Onkologie bis heute noch stark mit Vorurteilen und Stigmatisierung besetzt ist.

Vor diesem Hintergrund wurde innerhalb der Sektion Psychosoziale Onkologie am Klinikum rechts der Isar München eine Befragung zur Patientenzufriedenheit durchgeführt. Ziel der Untersuchung war die Analyse von Aufwand und Nützlichkeit einer solchen Qualitätssicherungs-Maßnahme im Sinne einer Feasibility-Studie. Außerdem sollte ermittelt werden, ob Patientenmerkmale, wie soziodemographische, medizinische oder belastungsabhängige Variablen oder auch therapeutenbezogene Merkmale Einfluss auf die Zufriedenheit haben. Über den letztgenannten Bereich der therapeutenbezogenen Merkmale können jedoch aus Datenschutzgründen keine Ergebnisse referiert werden.

Die Analyse der Machbarkeit zeigte einen unerwartet hohen Arbeitsaufwand für die Durchführung der Befragung. Bedingt war dies im Besonderen durch die aufwändige Vorbereitungsphase, der Entwicklung des Fragebogens, der Instruktion und Implementierung der QS-Maßnahme, sowie durch zahlreiche auftretende Probleme im Verlauf der Untersuchung. Gleichzeitig zeigte sich die große Nützlichkeit für Therapeutinnen, Patienten und die Sektion als Ganzes. Die Therapeutinnen erhielten ein Feedback über die Ergebnisse ihrer Arbeit, ihnen wurden Fehlerquellen aufgezeigt und sie bekamen mittels Benchmarking eine Standortbestimmung der eigenen Leistung. Für die Sektion führte die Detektierung einiger Mängel, wie beispielsweise die lückenhafte Dokumentation, zur Einführung von Kontrollmechanismen und dadurch zu erhöhter Transparenz und besserer Abstimmung der Arbeitsabläufe unter den Kollegen, sowie mittelfristig zu einem besseren Betriebsklima. Die Patienten hatten die Möglichkeit, Kritik zu äußern, auf Qualitätsmängel hinzuweisen und gute Bereiche zu loben, was zu Verbesserungen ihrer Versorgung führt. Bemängelt wurden im Besondern die ungeeigneten bzw. fehlenden Räumlichkeiten für psychoonkologische

Therapeutengespräche sowie fehlende Information der Patienten über Angebot und Inhalte der psychoonkologischen Betreuung.

Bei der Untersuchung zu möglichen Determinanten für die Zufriedenheit ergeben sich im Vergleich der Patientengruppen mit verschiedenem Gesprächssetting signifikante Unterschiede. Die Gruppe der Kurz-Konsil-Patienten stellt sich als unzufriedenste Gruppe mit gleichzeitig den niedrigsten Belastungswerten heraus. Der Vergleich der Geschlechter zeigt eine signifikant geringere Zufriedenheit bei männlichen Patienten. Andere soziodemographische Daten (Alter, Familien- und Bildungsstand, Partnersituation) und medizinische Merkmale (Diagnose, Krankheitsdauer und -status) der Patienten haben keinen statistisch nachweisbaren Einfluss auf deren Zufriedenheit. Die geprüften Belastungsmerkmale (GAF, ECOG, PO-Bado-Summenwert) zeigen ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Zufriedenheit, allerdings lässt sich beobachten, dass mit höheren Belastungswerten im PO-Bado-Summenwert auch die Zufriedenheitswerte der Patienten ansteigen.

Bei der Gegenüberstellung von Aufwand und Nützlichkeit wird deutlich, dass die erreichten Ergebnisse die Durchführung solcher QS-Maßnahmen rechtfertigen. Allerdings ist der erbrachte Arbeitsaufwand deutlich zu hoch, weshalb bei zukünftigen Projekten die verwendete Methode in einer schlankeren Version angewendet werden sollte. Den erwähnten Qualitätsmängeln gilt es mit konkreten Verbesserungsmaßnahmen zu begegnen und dabei systematisch nach QM-Methoden vorzugehen. Hierzu wurden einige Möglichkeiten beschrieben, wie beispielsweise der Einsatz von Qualitätszirkeln, deren Aufgabe darin besteht, die vorhandenen Mängel zu beheben.

Die kontinuierliche Fortführung von QS-Maßnahmen in regelmäßigen Abständen ist ein anzustrebender Zustand. Ein mittelfristig angepeiltes Ziel des QM-Prozesses sollte die Zertifizierung der gesamten Abteilung durch eine akkreditierte Zertifizierungsstelle sein.

Die vorliegende Untersuchung wirft außerdem weitere Fragen für zukünftige Forschungsprojekte auf. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass somatisch und psychisch stärker belastete Patienten möglicherweise zufriedener mit psychoonkologischer Betreuung sind. Für die Zukunft wäre es interessant zu untersuchen, ob sich bei Bestätigung dieser Annahme die allgemeinen psychoonkologischen Behandlungsziele praxisrelevanter fassen ließen. Mögliche Forschungsfragen könnten beispielsweise lauten: Welche spezifische Behandlungsart ist für eine bestimmte Patientengruppe geeignet? Gibt es eine sinnvolle Mindest- bzw. Höchstdauer für eine effiziente Behandlung bestimmter Patienten? Durch Beantwortung dieser Fragen ließe sich die Behandlung exakter auf die konkreten Bedürfnisse der jeweiligen Patienten abstimmen. In Verbindung mit der konsequenten Anwendung des Qualitätsmanagements wird die psychoonkologische

Patientenversorgung dadurch ökonomischer und qualitativ hochwertiger. Vertrauen und Akzeptanz von Bevölkerung und Ärzteschaft würden gefördert, was zu einer verstärkten Inanspruchnahme psychoonkologischer Dienste führen kann. Dieser Weg kann es ermöglichen, krebserkrankte Menschen und ihre Angehörigen angemessen und bestmöglich zu versorgen.

8 Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ): Leitlinienmanual.(2001) Abrufbar über: <http://leitlinien.net> (Zugriff: 23.10.2008)
- Behets K: Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen am Beispiel einer onkologischen Klinik – kontrollierte Verbesserung oder verbesserte Kontrolle? In: „Guter Rat ist teuer. Lebensqualität und Qualitätsmanagement in der Psychoonkologie“, Schneider E, Keller M (Hrsg.). Dapo Jahrbuch. Pabst Science Publishers, Lengerich, 1998, 1.Auflage, 52-61
- Beske F: Qualitätssicherung – Einführung und gesetzliche Grundlagen. *Gesundh.-Wes* 54 (1992) 508-510
- Bitzer EM: Möglichkeiten und Grenzen von Patientenbefragungen. *Arzneim.-Forsch./Drug Res.*52 (2002) 317-318
- Brandl T, Marten-Mittag B, Herschbach P: Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado). Eine Fremdeinschätzungsskala zur Klassifikation des subjektiven Befindens von Ca-Patienten. In: „Psycho-Onkologie, Perspektiven heute“, Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (Hrsg.), Pabst- Science Publishers, Lengerich, 2006, 165-174
- Bultz B, Calson L: Emotional Distress: The Sixth Vital Sign – Future Directions in Cancer Care. *Psycho-Oncology* 15 (2006) 93-95
- Bundesärztekammer: Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement. 4. Auflage 2007. Abrufbar über: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.120.1116.4714&all=true> (Zugriff: 24.10.2008)
- Bundesärztekammer: Curriculum Qualitätssicherung / Ärztliches Qualitätsmanagement. 3. Auflage 2003. ISSN 0945-1951
- Bundesministerium der Justiz: §135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung. Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V). Abrufbar über: http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/index.html#BJNR024820988BJNE041904308 (Zugriff: 23.10.2008)
- Canadian Association for Psychosocial Oncology: National Psychosocial Oncology Standards for Canada. CAPO (1999) Abrufbar über: www.capo.ca/eng/finalstandards.asp (Zugriff: 23.10.2008)
- Carr-Hill R: The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 14 (1992) 236-249
- Cleary P, McNeil B: Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. *Inquiry* 25 (1988) 25-36
- Deppe H-U: Die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen ist eine Erfindung der Politiker – oder: Der Markt, das neue Allheilmittel? In: „Guter Rat ist teuer. Lebensqualität und Qualitätsmanagement in der Psychoonkologie“, Schneider E, Keller M (Hrsg.) Dapo Jahrbuch. Pabst Science Publishers, Lengerich, 1998, 1.Auflage, 8-21
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie: Leitlinien für ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen. Dapo (2004) Abrufbar über: www.dapo-ev.de/qs.html (Zugriff: 23.10.2008)
- Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP): Konsiliar- und Liaisondienste in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin (psmCL) in Krankenhäusern der Akutversorgung. AWMF (2000) Abrufbar über: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF> (Zugriff: 23.10.2008)

- Deutsche Gesellschaft für Senologie: Erhebungsbogen für Brustzentren der deutschen Krebsgesellschaft und Deutschen Gesellschaft für Senologie. (2006) Abrufbar über: [http://www.onkozert.de/downloads/fab-erhebungsbogen-B1\(31.08.2006\).doc](http://www.onkozert.de/downloads/fab-erhebungsbogen-B1(31.08.2006).doc) (Zugriff:24.10.2008)
- Deutsche Gesellschaft für Senologie: Fachliche Anforderungen für die Zertifizierung von Brustzentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Senologie. (2003) Abrufbar über: www.senologie.org/download/pdf/anforderungen.pdf (Zugriff: 24.10.2008)
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V: PASQOC Studie. Ergebnisse der ersten bundesweiten Befragung zur Patientenzufriedenheit in der ambulanten onkologischen Versorgung. Forum – Deutsche Krebsgesellschaft 1 (2003) Abrufbar über: http://www.krebsgesellschaft.de/download/2003-1_Aktuelles.pdf (Zugriff: 24.10.2008)
- Dierks ML, Bitzer EM: Wie kann man Zufriedenheit mit der Servicequalität messen? Qualitätsmanagement in der Arztpraxis 17 (1996) 125-184
- Dörning H, Bitzer E, Schwartz F: Patientenzufriedenheit als Health Care Outcome – das Beispiel der operativen Korrektur der Nasensecheidewand. Gesundheitswesen 58 (1996) 510-518
- Dörning H: Health Outcomes als Voraussetzung für Qualitätsmanagement. Public Health Forum 4 (1996) 18
- Donaldson MS: Taking PROs and patient-centered care seriously: incremental and disruptive ideas for incorporating PROs in oncology practice. Quality of Life Research 17 (2008) 1323-1330
- European Foundation for Quality Management: „Wir über uns“ - Abrufbar über: www.deutsche-efqm.de bzw. www.efqm.org (Zugriff: 24.10.2008)
- Faller H: Beeinflussen psychologische Faktoren den Verlauf einer Krebserkrankung? Ergebnisse, Methoden, Mechanismen. Z Med Psychol 13 (2004) 99-108
- Fitzpatrick R: Surveys of patient satisfaction: Important general consideration. British Medical Journal 302 (1991) 887-889
- Garbe C, Bamberg M: Die Rolle des Informationszentrums für Standards in der Onkologie (ISTO) in der Entwicklung onkologischer Leitlinien. Forum – Deutsche Krebsgesellschaft 5 (2006) 35-39
- Gemeinsamer Bundesausschuss (1): Vereinbarung gemäß §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an eine einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. (2005) Abrufbar über: http://www.g-ba.de/downloads/39-261-143/Vb-Qualitaetsmanagement_BAnz-2005-06-21.pdf (Zugriff: 23.10.2008)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2): Patienteninformationen. Qualitätssicherung. Abrufbar über: <http://www.g-ba.de/informationen/patienteninformationen/qualitaetsberichte-lesen/7> (Zugriff: 24.10.2008)
- Greenhalgh J: The applications of PROs in clinical practice: what are they, do they work, and why? Quality of Life Research 18 (2009) 115-123
- Greer S: CBT for emotional distress of people with cancer: some personal observations. Psycho-Oncology 17 (2008) 170-173
- Greer S: Description and Effectiveness of Psychotherapy for Cancer Patients. In: „Psycho-Onkologie, Perspektiven heute“, Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (Hrsg.), Pabst Science Publishers, Lengerich, 2006, 152-162
- Greer S: Psycho-Oncology: It's aims, achievements and future tasks. Psycho-Oncology 3 (1994) 87-101
- Hannöver W, Dogs C, Kordy H: Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? Psychotherapeut 45 (2000) 292-300

- Heim M: Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation. Forum – Deutsche Krebsgesellschaft 22 (2007) 49-52
- Heimpel H: Leitlinien in der ärztlichen Praxis: Probleme der Implementation. Forum – Deutsche Krebsgesellschaft 5 (2006) 44-48
- Helmig B: Patientenzufriedenheit messen und managen. Führen & Wirtschaften im Krankenhaus 14 (1997) 112-120
- Herschbach P, Book K, Brandl T, Keller M, Marten-Mittag B: The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado) – an Expert Rating Scale for Psychosocial Experience of Cancer Patients. Onkologie 31 (2008) 591-596
- Herschbach P, Brandl T, Knight L, Keller M: Das subjektive Befinden von Krebskranken einheitlich beschreiben – Vorstellung der Psycho-Onkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). Deutsches Ärzteblatt 101 (2004) 799-802
- Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (Hrsg.): „Psycho-Onkologie, Perspektiven heute“ Pabst-Science Publishers, Lengerich, 2006
- Herschbach P, Heußner P: „Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis“ Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2008
- Herschbach P, Marten-Mittag B, Henrich G: Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23). Z Med Psychol 12 (2003) 1-8
- Holland J: “Psycho-oncology” Oxford University Press, New York, 1998
- Holland J: From Empirical Research to Screening Programs. In: “Psycho-Onkologie, Perspektiven heute”, Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (Hrsg.), Pabst Science Publishers, Lengerich, 2006, 17-43
- Holland J: History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. Psychosomatic Medicine 64 (2002) 206-221
- Holland J: IPOS Sutherland Memorial Lecture: an international perspective on the development of psychosocial oncology: overcoming cultural and attitudinal barriers to improve psychosocial care. Psychooncology 13 (2004) 445-459
- Jacob G, Bengel J. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. ZKPP 48 (2000) 280-301
- Kamiske G, Umbreit G: „Qualitätsmanagement“ Hanser Verlag, München, 2001
- Kleeberg U, Feyer P, Günther W, Behrens M: Patient satisfaction in outpatient cancer care: a prospective survey using The PASQOC[®] questionnaire. Support Care Cancer 16 (2008) 947-954
- Kleeberg U, Tews J-T, Ruprecht T, Höing M, Kuhlmann A, Runge C: Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC study. Support Care Cancer 13 (2005) 303-310
- Klotz T, Zumbé J, Velmans R, Engelmann U: Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Teil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. Dtsch.med.Wschr. 121 (1996) 889-895
- Knorr D, Goerig R-M: „Qualitätsmanagement in Krankenhäusern“ Hanser-Verlag München, 2004
- Koch U, Weis J: „Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung“ Schattauer Verlag, Stuttgart, 1998
- Kolkman F-W, Seyfarth-Metzger I, Stobrawa F: „Leitfaden: Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus“ Zuckerschwerdt Verlag, München, 2001
- Kortmann RD: Qualitätssicherung in der Onkologie. Onkologie 11 (2005) 1248-1251
- Küchler T. Qualitätssicherung in der Medizin – Gefahren und Chancen für die Psychoonkologie. In: „Guter Rat ist teuer. Lebensqualität und Qualitätsmanagement in der Psychoonkologie“,

- Schneider E, Keller M (Hrsg.), Dapo Jahrbuch. Pabst Science Publishers, Lengerich, 1998, 1.Auflage, 88-95
- Kutz R: „Pilotstudie - Patientenzufriedenheit im onkologischen Versorgungssystem“ Grin Verlag, München, 2007
- Lewis J: Patient Views on quality care in general practice: Literature review. Soc.Sci.Med 39 (1994) 665-670
- Mehnert A, Lehmann C, Cao P, Koch U: Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie – Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. Psychother Psych Med 56 (2006) 462-479
- Mehnert A, Petersen C, Koch U: Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. Z Med Psychol 12 (2003) 77-84
- NCCN, National Comprehensive Cancer Network: Distress Treatment Guidelines. American Cancer Society (2004) Abrufbar über: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp (Zugriff: 23.10.2008)
- NHMCR, National Breast Cancer Centre, National Cancer Control Initiative: Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. Commonwealth of Australia, Canberra (2003)
- Ollenschläger G, Thomeczek C, Weidringer J: Qualitätsmanagement und Zertifizierung aus Sicht der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung. ÄZQ Homepage. Abrufbar über: www.aezq.de (Zugriff: 25.07.2007)
- Pfeiffer T: „Praxisbuch Qualitätsmanagement“ Hanser Verlag, München, 2001
- Pfeiffer T: „Qualitätsmanagement“ Hanser Verlag, München, 2001
- Praetorius F: Leitlinien im Spannungsfeld von Handlungsfreiheit, Unabhängigkeit und Regularisierung. Forum – Deutsche Krebsgesellschaft 5 (2006) 52-57
- Prescher A: Entwicklung von S2- und S3-Leitlinien bis 2008. Forum – Deutsche Krebsgesellschaft 5 (2006) 28
- Rahmqvist M: Patient Satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. International Journal for Quality in Health Care 13 (2001) 383-390
- Ratsak G: Das psychoonkologische Curriculum der PSO/dapo: ein Beitrag zur Qualitätssicherung. In: „Guter Rat ist teuer. Lebensqualität und Qualitätsmanagement in der Psychoonkologie“, Schneider E, Keller M (Hrsg.) Dapo Jahrbuch. Pabst Science Publishers, Lengerich, 1998, 1.Auflage, 74-87
- Richardson A, Medina J, Brown V, Sitzia J: Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools. Support Care Cancer 15 (2007) 1125-1144
- Sackett D, Rosenberg W, Gray M, Brian Haynes R, Scott Richardson W: Evidence Based Medicine: What is it and what isn't it. BMJ 312 (1996) 71-72
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M: „Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR“ Hogrefe Verlag, Göttingen, 2003
- Schmitz T, Weis J, Herschbach P: Qualitätssicherung in der Psychoonkologie. In: „Psychoonkologie. Diagnostik – Methoden – Therapieverfahren“, Dorfmueller M, Dietzfelbinger H (Hrsg.), Elsevier Verlag, München, 2008
- Schneider E, Keller M. „Guter Rat ist teuer. Lebensqualität und Qualitätsmanagement in der Psychoonkologie“, Pabst Science Publishers, Lengerich, 1998
- Schumacher A: Die Situation der Psycho-Onkologie in Deutschland unter aktuellen gesundheitsökonomischen Aspekten. In: „Psycho-Onkologie, Perspektiven heute“, Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (Hrsg), Pabst Science Publishers, Lengerich, 2006, 217-226

- Schumacher A: Stellenwert der Psychoonkologie im neuen deutschen Gesundheitssystem. *Der Onkologe* 2 (2004) 98-102
- Schwarz R, Rucki N, Singer S: Onkologisch Kranke als Patienten der psychotherapeutischen Praxis. *Psychotherapeut* 51 (2006) 269-375
- Schwarz R: Die Anfänge der Psychoonkologie. *Psychosom. Konsiliarpsychiatr* 1 (2007) 245-248
- Schwarz R: Die sogenannte Krebspersönlichkeit – Seelische Einflüsse auf die Entstehung von Krebs. Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Onkologie (PSO) Abrufbar über: www.pso-ag.de/menue_forschung6.htm (Zugriff: 24.10.2008)
- Selbmann H-K, Kopp I: Leitlinien im Gesundheitswesen: Kompetenzen und Zuständigkeiten der AWMF. *Forum – Deutsche Krebsgesellschaft* 5 (2006) 39-42
- Sens B, Fischer B, Bastek A, Eckardt J, Kaczmarek D, Paschen U, Pietsch B, Rath S, Ruprecht T, Thomeczek C, Veit C, Wenzlaff P: Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. *GMS Med Inform Biom Epidemiol.* 3 (2007)
- Sitzia J, Wood N. Patient Satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc.Sci.Med* 45 (1997) 1829-1843
- Thielking-Wagner G: „Psychoonkologie und Versorgungsqualität im Akutkrankenhaus“ Technische Universität Berlin, 2006. Abrufbar über: <http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2006/1234> (Zugriff: 23.10.2008)
- Thompson A, Suñol R: Expectation as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. *International Journal for Quality in Health Care* 7 (1995) 127-141
- Tschuschke V: „Psychoonkologie“ Schattauer Verlag, Stuttgart, 2006
- Turner J, Zapart S, Pedersen K, Rankin N, Luxford K, Fletcher J: Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. *Psycho-Oncology* 14 (2005) 159-173
- Vogel H, Schön Müller H, Faller H, Götz D: Qualitätssicherung und –management in einem Kreiskrankenhaus. *Bayerisches Ärzteblatt* 6 (1998) 213-215
- Watzke B, Schulz H, Koch U, Mehnert A: Psychotherapeutische Versorgung in der Onkologie. *Psychotherapeutenjournal* 4 (2008) 328-336
- Weis J, Blettner, G, Schwarz R: Psychoonkologische Versorgung in Deutschland. Qualität und Quantität. *Z. f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 46,1 (2000) 4-17
- Weis J, Mehnert A, Koch U: Entwicklung von Leitlinien und Behandlungsstandards für die Psychoonkologie. *Forum – Deutsche Krebsgesellschaft* 4 (2003) 30-32
- Weis J, Schumacher A, Blettner G, Determann M, Reinert E, Ruffer J, Werner A, Weyland P: Psychoonkologie – Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin. *Der Onkologe* 13 (2007) 185-194
- Weis J: Leitlinien und Qualitätssicherung in der Psychoonkologie. In: „Diagnostik und Behandlungsziele in der Psychoonkologie“, Schumacher A, Broeckmann S (Hrsg.) Dapo Jahrbuch. Pabst Science Publishers, Lengerich (2004) 84-92
- Weis J: Psychoonkologische Versorgung in Deutschland. In: „Psycho-Onkologie, Perspektiven heute“, Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (Hrsg), Pabst Science Publishers, Lengerich, 2006, 227-234
- Wüthrich-Schneider E: Patientenzufriedenheit – Wie verstehen? *Schweizerische Ärztezeitung* 81 (2000) 1046-1196
- Zollondz H-D: „Grundlagen Qualitätsmanagement“ Oldenbourg Verlag, München, 2006

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Die Arbeitsschritte der Qualitätsmanagement-Verfahren im fortwährenden Kreislauf (nach Kolkmann 2001).....	14
Abbildung 2: Die Schritte des PDCA-Zyklus – „Regelkreis der Qualität“	15
Abbildung 3: Das PDCA-Schema als Methode des endlosen kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.....	16
Abbildung 4: Organigramm der Struktur eines internen QM-Systems am Beispiel des MRI	19
Abbildung 5: Ablaufschema eines Zertifizierungsprozesses (nach Ollenschläger et al. 2007).....	22
Abbildung 6: Beispiel für internes Audit, Bereich „Verpflichtungen der Leitung“ (Auszug aus: DIN EN ISO 9000:2000:5)	23
Abbildung 7: Auszug aus dem OnkoZert-Erhebungsbogen (Abschnitt 1.5: Psychosoziale und -onkologische Betreuung) mit Angaben des IBZ zum Ist-Stand (rechte Spalte).....	26
Abbildung 8: Arbeitsschritte der Qualitätssicherungsprozesse. Bsp.: QS-Algorithmus des KH München Schwabing (nach Kolkmann 2001, S.79)	28
Abbildung 9: Erhebungsbogen der PO-Bado (Seite 2).....	49
Abbildung 10: Struktur der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am MRI.....	58
Abbildung 11: Beispiel eines psychoonkologischen Konsilbogens	59
Abbildung 12: Übersicht der Gesamtstichprobe	71
Abbildung 13: Verteilung der Stichprobe auf die 4 Patientengruppen.....	73
Abbildung 14: Ja-Antworten zu Items der Fragebogenversionen EPOQ-K und EPOQ-L in Prozent	85
Abbildung 15: Ja-Antworten zu Items der EPOQ-K Version in Prozent (von ausschließlich Kurzzeitpatienten).....	86
Abbildung 16: Ja-Antworten zu Items der EPOQ-L Version in Prozent (von ausschließlich Langzeitpatienten).....	86
Abbildung 17: Mittelwert der Werte des Zufriedenheitsratings des EPOQ	87
Abbildung 18: Mittelwerte der 3 Zufriedenheitswerte F-GZ, V-Eff, ZR in den 4 Patientengruppen.....	92

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Definition für gute Qualität (nach Kolkmann et al. 2001).....	13
Tabelle 2: Klassifikation von Leitlinien in die Entwicklungsstufen S1-S3 (nach AWMF 2001)	29
Tabelle 3: Gliederungspunkte der Inhalte einer Leitlinie für psychoonkologische Versorgung (nach dem Förderantrag der Leitlinieninitiative)	46
Tabelle 4: Einschlusskriterien zur Befragung	65
Tabelle 5: Aufstellung des untersuchten Patientenkollektives (Vollerhebung).....	71
Tabelle 6: Ausgeschlossene Patienten differenziert nach Gründen für den Ausschluss aus der Studie	72
Tabelle 7: Drop-Out-Patienten differenziert nach Gründen	72
Tabelle 8: Drop-Out-Analyse der Stichprobe	72
Tabelle 9: Soziodemographische Daten der Stichprobe	74
Tabelle 10: Tumordiagnosen in den 4 Patientengruppen.....	75
Tabelle 11: Medizinische Merkmale der Stichprobe	76
Tabelle 12: Belastungsmerkmale der Stichprobe (GAF, ECOG, PO-Bado)	78
Tabelle 13: Stichprobe der Therapeutinnen des PO-Stammteams.....	79
Tabelle 14: Arbeitsaufwand für die an der QS-Maßnahme beteiligen Personengruppen.....	81
Tabelle 15: Mittlere Zufriedenheitswerte zu den Einzelfragen. Verteilung auf die 4 Patientengruppen.....	88
Tabelle 16: Kritikpunkte und Wünsche der Patienten (Item: „Verbesserungsvorschläge“).....	89
Tabelle 17: Mittlere Zufriedenheitswerte der konsiliarischen Patienten	91
Tabelle 18: Mittlere Zufriedenheitswerte der ambulanten Patienten	91
Tabelle 19: Verteilung der Zufriedenheitswerte in unterschiedlichen Altersgruppen.....	92
Tabelle 20: Zufriedenheitswerte aufgeteilt nach Frauen und Männern	93
Tabelle 21: Zufriedenheitswerte aufgeteilt nach Familienstand	93
Tabelle 22: Zufriedenheitswerte aufgeteilt nach der aktuellen Partnersituation.....	93
Tabelle 23: Zufriedenheitswerte aufgeteilt nach Bildungsstand.....	94
Tabelle 24: Zufriedenheitswerte aufgeteilt nach aktuellem Beschäftigungsstatus	94
Tabelle 25: Vergleich der Zufriedenheitswerte von Patienten unterschiedlicher Krankheitsdauer...	95
Tabelle 26: Zufriedenheitswerte in den unterschiedlichen Tumordiagnosen	95
Tabelle 27: Zufriedenheitswerte aufgeteilt bezüglich des Krankheitsstatus der Patienten.....	96
Tabelle 28: Abhängigkeit der Zufriedenheitswerte vom Globalen Funktionsniveau (GAF)	97
Tabelle 29: Abhängigkeit der Zufriedenheitswerte vom Aktuellen Körperlichen Funktionsstatus (ECOG)	97
Tabelle 30: Abhängigkeit der Zufriedenheitswerte von der psychosozialen Belastung (PO-Bado- Summenwert)	98

Anhang

- Patientenerklärung zur Untersuchung

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

 Psychosoziale
Onkologie
Klinikum rechts der Isar / TUM

Befragung zur Qualität der psycho-onkologischen Versorgung

INFORMATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir führen zur Zeit eine Befragung **zur Nützlichkeit der psychoonkologischen Betreuung** im Klinikum rechts der Isar durch. Zweck ist es, unsere Angebote zu überprüfen und eventuell weiter zu verbessern.

Sie führen gerade Gespräche mit einer unserer Kolleginnen - entweder im Rahmen unserer psychoonkologischen Sprechstunde oder konsiliarisch auf einer der Stationen.

Wir sind an Ihrer Erfahrung interessiert und möchten Sie bitten, an dieser kleinen Befragung teilzunehmen und unsere Arbeit zu unterstützen. Die Befragung dauert etwa 10 Minuten und besteht in der Beantwortung einiger Fragen zu den Gesprächen, die Sie geführt haben. Sie wird von unserem Doktoranden Herrn Torsten Schmitz durchgeführt.

Die in der Befragung erhobenen Daten werden anonymisiert, d.h. Ihr Name wird mit Ihren persönlichen Angaben nicht in Verbindung gebracht. Es besteht also keine Gefahr, dass Ihre Therapeutin oder andere Personen etwas darüber erfahren, wie Sie die Gespräche einschätzen. Die Daten werden für wissenschaftliche Zwecke anonym ausgewertet. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig, d.h. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen von der Zusage Ihrer Teilnahme zurücktreten. Dies hat keinerlei Einfluss auf laufende oder geplante Behandlungen.

Sie haben die Möglichkeit sich zu entscheiden, ob Sie den Fragebogen mit der Post zugeschickt bekommen möchten (selbstverständlich mit einem frankierten Rückumschlag) oder ob sie lieber die Fragen telefonisch beantworten möchten.

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Felder (Telefon oder Post) auf der nächsten Seite an!

- Einverständniserklärung

QS_2007

Patientencode

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Befragung zur Qualität der psycho-onkologischen Versorgung

Vorname, Name: _____ Geburtsdatum _____

Hiermit erkläre ich

(bitte Zutreffendes ankreuzen!)

dass ich das Informationsblatt durchgelesen habe und bereit bin, an der Befragung teilzunehmen.

dass ich nicht an der Befragung teilnehmen möchte.

Ich möchte

den Fragebogen mit der Post zugesandt bekommen (incl. Rückkuvert).

ich möchte angerufen werden.

Bitte geben Sie an, wo Sie **in den nächsten 4 Wochen** am besten zu erreichen sind:

Meine Telefonnummer: _____

Adresse: _____
Strasse, Hausnummer

Ort, Postleitzahl

Haben Sie bereits im Kalenderjahr 2006 Kontakt / Termine bei einer Psychoonkologin im Klinikum „Rechts der Isar“ gehabt?

JA

NEIN

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin /des Patienten

- Therapeutenzettel

QS_2007

Patientencode

Anmeldung zur Befragung

Ambulant

Konsil Station _____

Therapeutin _____ Datum _____

Herr / Frau _____
Vorname, Name

hat bei mir **bis zu drei Termine** wahrgenommen (Kurzzeit Effekte)

mehr als drei, nämlich Termine wahrgenommen (Langzeit Effekte)

Letzter Termin fand am _____ statt.

KURZ INFO:

Bitte diesen Bogen unbedingt zusammen mit der Einverständniserklärung der Patientin/des Patienten im **QS 2007 Fach im Sekretariat** ablegen.

Wenn kein neuer Termin abgemacht wurde, **bitte nicht lange mit der Übergabe warten**, da Herr Schmitz sich innerhalb von zwei Wochen nach dem letzten Termin sich bei den Patienten melden soll (für Kurzzeit Effekte).

- Anschreiben zum EPOQ



Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin
Langerstraße 3, 81675 München

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Anstalt des öffentlichen Rechts

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Peter Henningsen



Email: Psychosomatik@lrz.tum.de

Briefanschrift: 81644 München

Vorzimmer (089) 4140-4311

Ambulanz-Sekretariat (089) 4140-4313

Telefax (089) 4140-4845

Sektion Psychosoziale Onkologie

Leitung: Prof. Dr. Peter Herschbach

Telefon (089) 4140-4318

Email P.Herschbach@lrz.tum.de

31.10.2008

Sehr geehrte/r

Sie wurden vor kurzem im Klinikum rechts der Isar von einer Therapeutin der Sektion Psychosoziale Onkologie betreut (entweder in unserer psychoonkologischen Sprechstunde oder auf einer der Stationen). Sie hatten sich seinerzeit einverstanden erklärt, an einer kleinen Befragung zur Nützlichkeit dieser Betreuung teilzunehmen.

Wir bedanken uns nochmals für Ihre Unterstützung und bitten Sie nun, den beiliegenden kurzen Fragebogen zu beantworten. Die Fragen beziehen sich ausschließlich auf das oder die Gespräche mit den Psychoonkologinnen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen offen und ehrlich und senden Sie anschließend den Fragebogen mit dem beiliegenden rückfrankierten Umschlag an uns zurück. Alle Angaben werden vertraulich behandelt (- auch Ihrer Therapeutin gegenüber). Sollten Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an.

Sie helfen uns, unser Betreuungsangebot in Zukunft weiter zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. P. Herschbach

Leiter der Sektion Psychosoziale Onkologie

Anlage: Fragebogen inkl. rückfrankiertem Umschlag

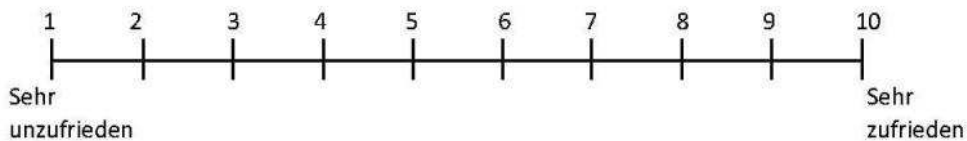
QS_2007 Patientencode

K

- | | Ja | Nein | Entfällt |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mußten Sie zu lange auf Ihr Gespräch warten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben die Gespräche in angenehmen Räumlichkeiten stattgefunden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. War es für Sie schwierig, den Therapieraum im Klinikum zu finden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. War Ihre Therapeutin für Sie gut erreichbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Entsprach die Dauer der Gespräche Ihren Wünschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Entsprach die Häufigkeit der Gespräche Ihren Wünschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Hatten Sie die Gespräche zum richtigen Zeitpunkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Ich fand meine Therapeutin fachlich kompetent. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Ich habe mich von meiner Therapeutin verstanden gefühlt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Meine Therapeutin ist respektvoll mit mir umgegangen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Ich konnte mit meiner Therapeutin offen sprechen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Die Gespräche haben dazu beigetragen, dass ich mich seelisch besser fühlte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Die Gespräche haben mir gegen meine Angst geholfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Die Gespräche haben dazu beigetragen, dass ich mit meinem Arzt leichter über schwierige Themen sprechen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Die Gespräche haben mir wichtige Anregungen gegeben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. Die Gespräche haben mich verunsichert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Die Gespräche haben mich entlastet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. Ich konnte meine Gedanken und Gefühle besser ordnen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

19. Alles in allem war ich mit den Gesprächen ...

Bitte die passende Zahl auf der Linie ankreuzen!



20. Verbesserungsvorschläge:

Vielen Dank!

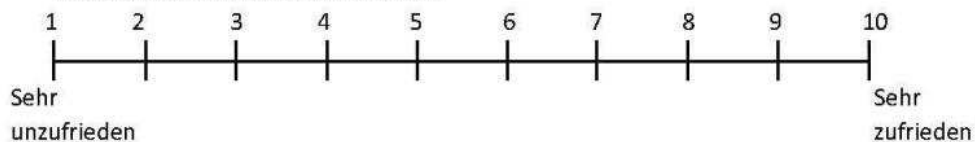
QS_2007 Patientencode

 L

- | | Ja | Nein | Entfällt |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mußten Sie zu lange auf Ihr Gespräch warten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Haben die Gespräche in angenehmen Räumlichkeiten stattgefunden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. War es für Sie schwierig, den Therapieraum im Klinikum zu finden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. War Ihre Therapeutin für Sie gut erreichbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Entsprach die Dauer der Gespräche Ihren Wünschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Entsprach die Häufigkeit der Gespräche Ihren Wünschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Hatten Sie die Gespräche zum richtigen Zeitpunkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Ich fand meine Therapeutin fachlich kompetent. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Ich habe mich von meiner Therapeutin verstanden gefühlt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Meine Therapeutin ist respektvoll mit mir umgegangen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Ich konnte mit meiner Therapeutin offen sprechen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Die Gespräche haben dazu beigetragen, dass ich mich seelisch besser fühlte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Ich bin irgendwie wieder zuversichtlicher geworden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. Ich achte jetzt mehr auf meine Bedürfnisse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Ich komme jetzt in meinem Alltag besser zurecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. Die Gespräche haben mich verunsichert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Ich habe gelernt zu unterscheiden, welche Probleme mit der Krankheit und welche mit etwas anderem zu tun haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. Die Gespräche haben mir dabei geholfen mit der Krankheit fertig zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. Die Gespräche haben mich enttäuscht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. Ich bin durch die Gespräche selbstbewusster geworden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 21. Es fällt mir jetzt leichter zu entscheiden, was für mich gut ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 22. Es ist sehr wichtig, dass es im Klinikum derartige psychoonkologische Unterstützungsangebote gibt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 23. Die Gespräche haben dazu beigetragen, dass ich mich körperlich besser fühlte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 24. Die Gespräche haben mir geholfen, aktiver an meiner Behandlung mitzuwirken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

25. Alles in allem war ich mit den Gesprächen ...

Bitte die passende Zahl auf der Linie ankreuzen!



26. Verbesserungsvorschläge:

Vielen Dank!

- Erinnerungsschreiben



Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Anstalt des öffentlichen Rechts



Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Peter Henningsen

Email: Psychosomatik@lrz.tum.de

Briefanschrift: 81644 München

Vorzimmer (089) 4140-4311

Ambulanz-Sekretariat (089) 4140-4313

Telefax (089) 4140-4845

Sektion Psychosoziale Onkologie

Leitung: Prof. Dr. Peter Herschbach

Telefon (089) 4140-4318

Email P.Herschbach@lrz.tum.de

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin
Langerstraße 3, 81675 München

31.10.2008

Sehr geehrte/r

Sie hatten sich seinerzeit bereit erklärt, an unserer klinikinternen Qualitätssicherungsbefragung teilzunehmen. Wir hatten Ihnen daraufhin einen kurzen Fragebogen zur Beantwortung zugeschickt.

Da wir zwischenzeitlich noch keine Antwort von Ihnen erhalten haben, möchten wir nachfragen, ob der Bogen bei Ihnen angekommen ist, oder ob es spezielle Probleme gibt. Wenn nicht, bitten wir Sie sehr herzlich, den Fragebogen in den nächsten 10 Tagen ausgefüllt an uns zurückzuschicken, damit er mit in die Auswertung eingehen kann. Falls Sie einen neuen Bogen benötigen, lassen Sie uns dies bitte wissen.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. P. Herschbach

Leiter der Sektion Psychosoziale Onkologie

Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)

Untersucher:

das seelische Befinden

Patient:

von Krebspatienten

Datum:

PsychoOnkologische Basisdokumentation

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe
www.po-bado.med.tu-muenchen.de

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
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig	<input type="checkbox"/> Krank geschrieben	<input type="checkbox"/> Rente
	<input type="checkbox"/> Hausarbeit	<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Tumor-Diagnose / Lokalisation	<input type="checkbox"/> Mamma	<input type="checkbox"/> Hämatologische Erkrankungen (Leukämie etc.)	
	<input type="checkbox"/> Gyn. Tumore	<input type="checkbox"/> Haut (Melanome, Basaliome etc.)	
	<input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien	<input type="checkbox"/> Weichteiltumore (Sarkome)	
	<input type="checkbox"/> Prostata/Hoden	<input type="checkbox"/> Urologische Tumore (Harnwege, Niere, Blase etc.)	
	<input type="checkbox"/> Colon/Rektum	<input type="checkbox"/> Magen, Ösophagus, Pankreas	
	<input type="checkbox"/> HNO	<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"/> Zweittumor	<input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen
	<input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> Remission	
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstige:
	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Hormontherapie	<input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen):		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Psychopharmaka / Opiate: (z.B. Tranquillizer, Morphin)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen):		
	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
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		
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> Initiative des Patienten / hat Gesprächsbedarf signalisiert		
	<input type="checkbox"/> Initiative ging von anderen Personen aus (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige etc.)		
	<input type="checkbox"/> Initiative des Raters (Aufnahme-/ Routinegespräch, Studie etc.)		

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** des Patienten der **letzten drei Tage** beziehen.

1. Somatische Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Mattigkeit.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
... Schmerzen.	<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 somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, Verlust von Körperteilen, sexuellen Funktionsstörungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Psychische Belastungen

Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kognitiven Einschränkungen (z.B. Konzentrations-/ Gedächtnisstörung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hilflosigkeit / Ausgeliefertsein.	<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"/>
... Scham / Selbstunsicherheit.	<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"/>
... weiteren psychischen Belastungen (z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Zusätzliche Belastungsfaktoren

	Ja	Nein
Belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren (z.B. Probleme mit Ärzten/Pflegenden, Probleme aufgrund drohender bzw. aktueller Pflege- / Hilfsbedürftigkeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Belastungen beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© AG PO-Bado München 2003

- Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Beachte: Benutze auch entsprechende Zwischenwerte, z.B. 45, 68, 72)

Punkte	Merkmale
100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.
90-81	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
70-61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
50-41	Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast alles Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20-11	Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10-1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
0	Unzureichende Informationen

Quelle: Saß et al. 2003, S. 24, 25